



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

ESOFAGITIS EROSIVA ASOCIADA A PACIENTES CON GASTRITIS E
INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO EN EL
PERIODO 2020 - 2021

Línea de investigación: Enfermedades emergentes y reemergentes

Presentado por la Bachiller:

Guzman Huaman, Yuli

<https://orcid.org/0009-0007-0326-5679>

Para optar el título de Médico Cirujano

Asesor: Dr. Rubén Coaquira Mamani
<https://orcid.org/0009-0002-2512-3552>

CUSCO - PERÚ
2023



Metadatos

Datos del autor	
Nombres y apellidos	Yuli Magali Guzmán Huamán
Número de documento de identidad	48959230
URL de Orcid	https://orcid.org/0009-0007-0326-5679
Datos del asesor	
Nombres y apellidos	Dr. Ruben Ulises Coaguila Manqui
Número de documento de identidad	40179297
URL de Orcid	
Datos del jurado	
Presidente del jurado (jurado 1)	
Nombres y apellidos	Dra. Cristabel Milda Rivas Achahui
Número de documento de identidad	41548249
Jurado 2	
Nombres y apellidos	Dr. Walter Justo Vignatti Valencia
Número de documento de identidad	25216441
Jurado 3	
Nombres y apellidos	Dr. Jimmy Williams Cuevas Cisneros
Número de documento de identidad	42416735
Jurado 4	
Nombres y apellidos	Dr. Hector Paucar Satomayor
Número de documento de identidad	23849726
Datos de la investigación	
Línea de investigación de la Escuela Profesional	Enfermedades Emergentes y Reemergentes.



AGRADECIMIENTOS

Primero agradecer a Dios quien me ha guiado y me ha dado la fortaleza para seguir adelante, en seguida agradecer a mi madre Rita, esposo Percy , hija Naomy, hermano Rodolfo y amiga Karol por ser los principales promotores de mi sueño gracias a ellos por cada día confiar y creer en mi y en mis expectativas brindándome su apoyo incondicional a lo largo de mi vida universitaria y conseguir una de mis metas.

Así mismo agradecer de manera especial a mi asesor el Dr. Rubén Ulises Coaquira Mamani por su apoyo y confianza incondicional en la elaboración de mi tesis.



JURADO DE LA TESIS

MTRA. MED. Cristabel Nilda Rivas Achahui

JURADO REPLICANTE – PRESIDENTE DEL JURADO

DR. MED. Hector Paucar Sotomayor

JURADO REPLICANTE

MED. Walter Justo Vignatti Valencia

JURADO DICTAMINANTE

MED. Yimy Williams Cuevas Cisneiros

JURADO DICTAMINANTE

MED. Rubén Coaquira Mamani

ASESOR



CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	i
JURADO DE LA TESIS.....	ii
RESUMEN	vi
CAPITULO I: INTRODUCCION.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
Problema general:.....	3
Problemas específicos secundarios:.....	3
JUSTIFICACIÓN	4
Conveniencia	4
Relevancia social	4
Implicaciones practicas	5
Valor teórico.....	5
Utilidad metodológica	5
OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	6
Objetivo general:.....	6
Objetivos específicos:.....	6
DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO	7
DELIMITACIÓN ESPACIAL.....	7
DELIMITACIÓN TEMPORAL.....	7
CAPITULO II:	8
MARCO TEÓRICO.....	8
ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	8
ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	8
ANTECEDENTES NACIONALES	11
BASES TEÓRICAS.....	15
HIPÓTESIS	22
HIPÓTESIS GENERAL.....	22
HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	22
VARIABLES	23
IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	23
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	24
CAPÍTULO III	30
MÉTODO.....	30
Alcance del Estudio	30
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	31



POBLACIÓN.....	31
Muestra	32
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33
VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS	35
PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	40
CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	42
CAPITULO V: DISCUSIÓN	58
5.1. DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS MÁS RELEVANTES Y SIGNIFICATIVOS.....	58
5.2. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	58
5.3. COMPARACIÓN CRÍTICA CON LA LITERATURA EXISTENTE.....	59
5.4. IMPLICANCIAS DEL ESTUDIO	62
CONCLUSIONES:	62
RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	68
ANEXO N° 01	68
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	68
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS.....	72



ÍNDICE DE GRÁFICO Y TABLAS

Gráfico 2. Distribución de genero de los pacientes	42
Gráfico 3. Distribución de los pacientes según edad.....	42
gráfico 4 distribución de los pacientes según género y estado de gravidez.....	43
gráfico 5 distribución de los pacientes según antecedentes patológicos	44
Gráfico 6 distribución de los pacientes según sexo y habito de fumar.....	46
Gráfico 7 distribución de los pacientes según sexo y consumo de chocolate	46
Gráfico 8 distribución de los pacientes según sexo y consumo de café	47
Gráfico 9 distribución de los pacientes según sexo y consumo de alcohol.....	49
Gráfico 10. Manifestaciones clínicas de los pacientes con gastritis.....	50
Gráfico 11. Distribución de los pacientes con gastritis según la presencia o ausencia de helicobacter pylori.....	52
Gráfico 12. Distribución de los pacientes con gastritis según la presencia de esofagitis erosiva	53
Tabla 1 distribución de los pacientes con gastritis con y sin helicobacter pilori segun si usa algún farmaco.....	45
Tabla 3 distribución de pacientes según la frecuencia de consumo de cafe.....	48
Tabla 4 distribución de los pacientes según la frecuencia de consumo de alcohol	49
Tabla 5 Distribución de las pacientes según el grado de inflamación observado en los hallazgos endoscópicos	50
Tabla 6. Distribución de los pacientes según la presencia de gastritis nodular	51
Tabla 7. Tipos de gastritis crónica en los pacientes según gravedad	51
Tabla 8. Tipo de gastritis de los pacientes según su morfología.	52
Tabla 9. Clasificación los Ángeles de los pacientes que tuvieron esofagitis.....	53
Tabla 10. Tabla cruzada entre gastritis con y sin helicobacter pylori con esofagitis erosiva.	54
Tabla 11. Tabla cruzada entre gastritis con y sin helicobacter y los tipos de esofagitis	55
Tabla 12. Tabla cruzada de esofagitis erosiva y gastritis con y sin h.pylori, con las variables intervinientes	56



RESUMEN

ESOFAGITIS EROSIVA ASOCIADA A PACIENTES CON GASTRITIS E INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO EN EL PERIODO 2020 - 2021

Yuly Guzmán Huamán

Introducción: la existencia de *Helicobacter pylori* en los individuos que sufren de gastritis altera el flujo y la funcionalidad de la producción de ácido gástrico en el estómago encontrando una relación con la presencia de esofagitis por ERGE. Por esta razón es crucial investigar la vinculación entre estos dos variables **Objetivo:** Conocer la asociación entre la esofagitis erosiva y la gastritis con/sin *Helicobacter Pylori* en el servicio de Gastroenterología del Hospital Regional de cusco, del periodo 2020 – 2021.

Material y Método: se empleó un método de muestreo probabilístico para elegir una muestra de 155 pacientes en el estudio, cuyos datos fueron analizados utilizando el programa SPSS 21. El enfoque del estudio es correlacional asociativo y retrospectivo. Se uso chi cuadrado y medidas paramétricas

Resultados: 155 pacientes con gastritis que entraron al estudio. 93 pacientes con gastritis (60%) tienen *helicobacter pylori* según endoscopia, y 62 pacientes (40%) no presentaron *helicobacter pylori*. Se encontró asociación inversa significativamente estadística en los pacientes con gastritis con/sin *helicobacter pylori* y la presencia de esofagitis. El chi cuadrado es de 4,306 con un nivel de significancia del 0.038. phi: -0.17. Se asociación estadísticamente significativa entre los pacientes con gastritis con/sin *helicobacter* y la clasificación de los ángeles de esofagitis. El chi cuadrado es de 4,444 con un nivel de significancia del 0.035.



Conclusiones: Se encontró una asociación muy fuerte de forma inversa entre la presencia de helicobacter pylori y esofagitis erosiva en pacientes con gastritis . Se encontró una asociación significativamente estadística entre la presencia de helicobacter pylori y el consumo de cigarrón y chocolate en los pacientes que desarrollaron gastritis.

Palabras clave: Gastritis, Helicobacter pylori, Esofagitis erosiva.

ABSTRACT

EROSION ESOPHAGITIS ASSOCIATED WITH PATIENTS WITH GASTRITIS AND HELICOBACTER PYLORI INFECTION IN THE GASTROENTEROLOGY SERVICE OF THE CUSCO REGIONAL HOSPITAL IN THE PERIOD 2020 - 2021

Introduction: the presence of helicobacter pylori in patients with gastritis alters the flow and functionality of gastric acid production in the stomach, finding a relationship with the presence of GERD esophagitis. For this reason, it is important to determine the association of these variables. Objective: To know the association between erosive esophagitis and gastritis with/without Helicobacter Pylori in the Gastroenterology service of the Regional Hospital of Cusco, from the period 2020 - 2021. **Material and Method:** The study is associative, retrospective, correlational. Sampling was probabilistic. A sample of 155 patients was collected and the data was analyzed in the SPSS 21 program. Chi-square and parametric measures were used. **Results:** 155 patients with gastritis who entered the study. 93 patients with gastritis (60%) had helicobacter pylori according to endoscopy, and 62 patients (40%) did not present helicobacter pylori. A statistically significant inverse association was found in patients with gastritis with/without



helicobacter pylori and the presence of esophagitis. The chi square is 4.306 with a significance level of 0.038. phi: -0.17. There was a statistically significant association between patients with gastritis with/without helicobacter and the angel's classification of esophagitis. The chi square is 4.444 with a significance level of 0.035.

Conclusions: A very strong inverse association was found between the presence of helicobacter pylori and erosive esophagitis in patients with gastritis. A statistically significant association was found between the presence of helicobacter pylori and cigarette and chocolate consumption in patients who developed gastritis.

Key words: Gastritis, Helicobacter pylori, Erosive esophagitis.



ESOFAGITIS EROSIVA ASOCIADA A PACIENTES CON GASTRITIS E INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO EN EL PERIODO 2020 - 2021

Fecha de entrega: 30-jun-2023 05:29:00 m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega: 2124930832

Nombre del archivo: TESIS_YULY_FINAL_30_JUNIO.docx (7.71M)

Total de palabras: 13455

Total de caracteres: 74487


Dr. Ruben Ulises Coaquira Mamani
MEDICO GASTROENTEROLOGO
CMP: 49854 RNE: 26654



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

ESOFAGITIS EROSIVA ASOCIADA A PACIENTES CON GASTRITIS E
INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO EN EL
PERIODO 2020 - 2021

Línea de investigación: Enfermedades emergentes y reemergentes

Presentado por la Bachiller:

Guzmán Huamán, Yuli

<https://orcid.org/0009-0007-0326-5679>

Para optar el título de Médico Cirujano

Asesor: Dr. Rubén Coaquira Mamani
<https://orcid.org/0009-0002-2512-3552>

CUSCO - PERÚ

2023

Dr. Ruben Ulises Coaquira Mamani
MEDICO GASTROENTEROLOGO
CMP: 49854 RNE: 26654



ESOFAGITIS EROSIVA ASOCIADA A PACIENTES CON GASTRITIS E INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO EN EL PERIODO 2020 - 2021

INFORME DE ORIGINALIDAD

9%

INDICE DE SIMILITUD

12%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
2	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	1library.co Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Andina del Cusco Trabajo del estudiante	1%
6	repositorio.unp.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	aprenderly.com Fuente de Internet	1%
8	www.scribd.com Fuente de Internet	1%

Dr. Ruben Ulises Coaquira Mamani
MEDICO GASTROENTEROLOGO
CMP: 49854 RNE: 26654



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: **Guzman Huaman Yuli**
Título del ejercicio: **Quick Submit**
Título de la entrega: **ESOFAGITIS EROSIVA ASOCIADA A PACIENTES CON GASTRITI...**
Nombre del archivo: **TESIS_YULY_FINAL_30_JUNIO.docx**
Tamaño del archivo: **7.71M**
Total páginas: **85**
Total de palabras: **13,455**
Total de caracteres: **74,487**
Fecha de entrega: **30-jun.-2023 05:29p. m. (UTC-0500)**
Identificador de la entre... **2124930832**

UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

ESOFAGITIS EROSIVA ASOCIADA A PACIENTES CON GASTRITIS E
INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO EN EL
PERIODO 2020 - 2021

Línea de investigación: Enfermedades emergentes y reemergentes

Presentado por la Bachiller:
Guzmán Huamán, Yuli
<https://orcid.org/0009-0007-0326-5679>
Para optar el título de Médico Cirujano

Asesor: Dr. Rubén Coaquira Mamani
<https://orcid.org/0009-0002-2512-3552>

CUSCO - PERÚ
2023

Derechos de autor 2023 Turnitin. Todos los derechos reservados.

Dr. Ruben Ulises Coaquira Mamani
MEDICO GASTROENTEROLOGO
CMP: 49854 RNE: 26654



CAPITULO I: INTRODUCCION1

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Fundamentación del problema

La incidencia de la infección por *Helicobacter pylori* varía, según la opinión de la OMS. varía significativamente a nivel global, lo cual quiere decir que la gran mayoría de los habitantes presenta infección por esta bacteria, pero se observan ciertas diferencias en términos de proporción y frecuencia en lo que se refiere a países desarrollados, donde la infección por *Helicobacter pylori* (Hp) oscilan entre el 10% y el 30%, es posible que esto sea resultado de mejoras en las condiciones de salud e higiene., acceso a atención médica y prácticas de higiene más rigurosas. En cambio la prevalencia de casos oscila entre 80% al 90%, en naciones subdesarrollada lo cual puede ser atribuido a condiciones sanitarias deficientes, ausencia de atención médica y mayores exposiciones ambientales.

En el ámbito nacional, se ha constatado que no hay disparidades sustanciales en la prevalencia de la infección por *Helicobacter pylori* (Hp) entre las tres regiones geográficas del país: costa, sierra y selva (2). Por lo que se observa, en Perú, modificaciones notables en los aspectos epidemiológicos y clínicos causada por *Helicobacter pylori* (Hp). Estos cambios impactan tanto a los segmentos socioeconómicos medio y alto de Lima como a la comunidad de bajos recursos económicos., la prevalencia de Hp se mantiene alta, superando el 80%, lo que indica que sigue siendo un importante problema de salud en este grupo. Por otro lado, en Lima se ha registrado una baja considerable, pasando del 83,3% al 58,7%, en los niveles medio- alto. Esto indica una reducción notable en la frecuencia de la infección en este grupo socioeconómicos(2). Se ha visto que la prevalencia en el Perú de ERGE fue del 26,51% en un estudio realizado en Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo (Chiclayo,



2010) (3) y en un estudio en Hospital Nacional Arzobispo Loayza la prevalencia de esófago de Barret fue 0.30% (lima, 2010)(4). Por el contrario, en países desarrollados se observa una incidencia diferente de esta enfermedad, siendo del 10-20% para la ERGE y del 1,6% al 6,8% para el esófago de Barrett

Así mismo, como lo explica Barreda Costa et al. (Perú, 2014) (5), que la mucosa gástrica presenta transformaciones progresivas a causa de la infección Hp que afecta al estómago y la misma comienza en el antro hacia el cuerpo del estómago, desarrollándose una gastritis superficial hasta llegar a una metaplasia y atrofia. En las etapas tempranas de la infección, es común que se presente un aumento excesivo de la acidez gástrica con niveles elevados de gastrina, sin embargo con el pasar del tiempo, la infección persiste y conduce a una reducción progresiva del ácido estomacal. La acidez es uno de los principales contribuyentes a la esofagitis por reflujo y al epitelio de Barrett (6). En los actuales momentos, las evaluaciones del impacto de la infección por Hp en la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) han obtenido resultados algo inconsistentes, llegando incluso a considerar que el HP podría tener un efecto beneficioso en la esofagitis por reflujo,(7).

Es por ello, que se ha planteado que la infección crónica por *Helicobacter pylori* puede proteger contra la esofagitis por reflujo al causar gastritis crónica atrófica profunda, lo que resulta en una disminución gradual de los niveles de ácido gástrico. Si es así, los pacientes con gastritis que portan *H. pylori* tienen menos probabilidades de desarrollar reflujo gastroesofágico y, por lo tanto, tienen un menor riesgo de desarrollar esofagitis que aquellos que no portan el *H. pylori*.

En este sentido, se escogió el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional del Cuzco para trabajar en esta suposición, que es la base de esta investigación, y permite brindar datos que ayudan a comprender mejor la relación entre gastritis con y sin *H. pylori*



y esofagitis por reflujo gastroesofágico.

No abordar el *Helicobacter pylori* y la esofagitis por reflujo gastroesofágico con tiempo supondría un obstáculo en el diagnóstico precoz, lo que aumentaría el riesgo que los pacientes desarrollen lesiones premalignas. Además, el no actuar de forma rápida, podría tener un efecto adverso en la calidad de vida de los individuos que padecen de esta enfermedad. De manera, se menciona que existe la certeza de una vinculación entre este trastorno (esofagitis por reflujo gastroesofágico) y la infección por *Helicobacter pylori*, no obstante, se hace notar que existe la ausencia de acuerdos por especialista en el tema si el impacto de esta bacteria es beneficioso o perjudicial en la aparición de la enfermedad en cuestión.

Por tanto, es importante investigar la relación entre la infección por *Helicobacter pylori* y la enfermedad por reflujo gastroesofágico en el contexto de salud específico. Además, se destaca la necesidad de desarrollar estrategias para reducir esta patología, así como también, es evidente la ausencia de investigaciones similares en la región, lo que motiva la realización del estudio.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

Problema general:

- ¿Cuál será la asociación entre la esofagitis erosiva y la gastritis con/sin *Helicobacter Pylori* en el servicio de Gastroenterología del Hospital Regional de Cusco, del periodo 2020 - 2021?

Problemas específicos secundarios:

- ¿Cuál será la asociación entre esofagitis y gastritis con *helicobacter pylori* de los pacientes del Hospital Regional de Cusco?
- ¿Cuál será la asociación entre esofagitis y gastritis sin *helicobacter pylori* de los pacientes del Hospital Regional de Cusco?



- ¿Cuál será el tipo de gastritis más frecuente en los pacientes del Hospital Regional de Cusco?
- ¿Cuál será el tipo de esofagitis más frecuente en los pacientes del Hospital Regional de Cusco?
- ¿Cuál será la asociación entre los hábitos nocivos (fumar, alcohol, café, chocolate) y la presencia de esofagitis erosiva de los pacientes del Hospital Regional de Cusco?
- ¿Cuál será la asociación entre los antecedentes patológicos(obesidad, embarazo, hernia hiatal) y la presencia de esofagitis erosiva de los pacientes del Hospital Regional de Cusco?
- ¿Cuáles serán las manifestaciones clínicas de los pacientes con gastritis con y sin helicobacter pylori?
- ¿Cuáles serán los hallazgos endoscópicos de los pacientes con gastritis con y sin helicobacter pylori?

JUSTIFICACIÓN

Conveniencia

El presente proyecto se realiza para crear un nuevo concepto con relación a asociación de esofagitis erosiva y gastritis por infección de Helycobacter Pylori. Además, que es conveniente por la falta de estudios en la región Cusco además de existir la controversia entre la asociación negativa o positiva entre helicobacter Pylori y esofagitis por reflujo a nivel mundial (7).

Relevancia social

Este estudio proporcionará datos significativos sobre la relevancia del diagnóstico precoz e identificación de la existencia de helicobacter pylori y esofagitis, del cual



se obtendrá datos e información que van en beneficio de los pacientes donde el principal objetivo será conseguir que los pacientes disminuyan le recaídas de su enfermedad y así mismo mejorar la atención oportuna y el diagnóstico precoz.

Implicaciones practicas

Las sugerencias y conclusiones derivadas de este estudio permitirán identificar la problemática entre la asociacion de helicobacter pylori y esofagitis, así mismo establecer la frecuencia de la infección por helicobacter pylori el cual predispone a lesiones premalignas que podrían evolucionar a cáncer y así minimizar el impacto que tiene la infección en su calidad vida (7), lo cual permitirá poder seleccionar programas que posibiliten ofrecer un servicio completo enfocado en el diagnóstico precoz de gastritis, esofagitis mediante el uso de endoscopia.

Valor teórico

Debido a la inexistencia de literatura en la región cusco y así mismo pocas investigaciones a nivel nacional, la trascendencia de este trabajo es el aporte teórico acerca de la relación existente entre variables de estudio, la cual se fundamentará en conceptos y teorías, validados por diferentes autores que permitirán comprender con mayor profundidad la problemática planteada y los resultados podrán ser empleados como antecedente en futuras investigaciones relacionadas al caso.(7).

Utilidad metodológica

La investigación será útil al presentar una metodología con datos validados y confiables, respaldando el estudio sobre la relación entre esofagitis erosiva, gastritis e infección por Helicobacter pylori en el servicio de gastroenterología del Hospital Regional del Cusco durante el periodo 2020-2021.



OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

- Conocer la asociación entre la esofagitis erosiva y la gastritis con/sin *Helicobacter Pylori* en el servicio de Gastroenterología del Hospital Regional de Cusco, del periodo 2020 – 2021.

Objetivos específicos:

- Determinar la asociación entre esofagitis y gastritis con *helicobacter pylori* de los pacientes del Hospital Regional de Cusco
- Determinar la asociación entre esofagitis y gastritis sin *helicobacter pylori* de los pacientes del Hospital Regional de Cusco
- Determinar el tipo de gastritis más frecuente en los pacientes del Hospital Regional de Cusco
- Determinar el tipo de esofagitis más frecuente en los pacientes del Hospital Regional de Cusco
- Determinar la asociación entre los hábitos nocivos (fumar, alcohol, café, chocolate) y la presencia de esofagitis erosiva de los pacientes del Hospital Regional de Cusco
- Determinar la asociación entre los antecedentes patológicos(obesidad, embarazo, hernia hiatal) y la presencia de esofagitis erosiva de los pacientes del Hospital Regional de Cusco
- Determinar las manifestaciones clínicas de los pacientes con gastritis con y sin *helicobacter pylori*
- Determinar los hallazgos endoscópicos de los pacientes con gastritis con y sin *helicobacter pylori*



DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

DELIMITACIÓN ESPACIAL

Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional del Cusco.

DELIMITACIÓN TEMPORAL

El estudio tendrá una duración entre enero del 2020 a diciembre del 2021.



CAPITULO II:

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Duquesne A., Rodríguez E., Orellana R. **“Caracterización clínico-epidemiológica-endoscópica-anatomopatológica y microbiológica de pacientes con gastritis”**. (cuba, 2017) (8) La mayoría eran mujeres (62,6%), grupo de edad 40-49 años (24,3%). Los principales síntomas clínicos fueron dolor abdominal (64,8%) y plenitud después de comer (56,1%). En términos de epidemiología, es fundamental resaltar que una considerable cantidad de pacientes incluidos en el estudio resultaron negativos para *H. pylori* (60,9%). Por otra parte, se observa también la relevancia de un alto consumo de café (65,7%) y gaseosas (63,5%). Además, la presencia de gastritis eritematosa (84,8%) y gastritis crónica (80,4%) fue destacada para los procedimientos de endoscopia y biopsia, respectivamente.

Según Alfonso Y. Roque L, Reinaldo .MC, Et al **“Gastritis crónica antral por *Helicobacter pylori* asociada a la enfermedad por reflujo gastroesofágico”** (cuba, 2019) (9). Se incluyeron 134 pacientes diagnosticados con gastritis crónica antral y con infección por *Helicobacter pylori* en un estudio de tipo observacional analítico de casos y controles realizado durante el período de enero a diciembre de 2016. Estos fueron sometidos a endoscopia y biopsia gástrica. Se constituyeron dos grupos: el grupo de referencia, compuesto por 75 pacientes sin reflujo, y el grupo de casos, conformado por 59 pacientes con síntomas de reflujo. En su mayoría, los sujetos se encontraban en el rango de edad de 40 a 59 y predominaban las mujeres. En el estudio se observó que en el



grupo sin reflujo, se evidenció una elevada prevalencia de colonización por *Helicobacter*. con 34 pacientes, lo cual difirió significativamente del grupo con reflujo. Estos resultados sugieren la posibilidad de que *Helicobacter pylori* tenga un efecto protector contra el reflujo, respaldado por la proporción más alta de casos de gastritis crónica antral quiescente en pacientes con reflujo y la alta densidad de colonización en personas sin reflujo. Además, tanto en pacientes con síntomas de reflujo como en aquellos sin reflujo, se observó, una proporción notable de casos con gastritis crónica antral quiescente.

En ambos grupos, se observó que la lesión moderada fue la más prevalente, sin diferencias significativas: 36 y 39 casos en el grupo con reflujo y casos en el grupo sin reflujo, respectivamente.

Pérez A., Rodríguez Y., Gámez M. **“Gastritis crónica antral por *Helicobacter pylori* en pacientes con y sin reflujo duodenogástrico”** (Cuba, 2014) En el grupo de estudio, se observó una mayor colonización de *Helicobacter pylori* (56%), una preponderancia de formas activas de la enfermedad (80%) y una marcada severidad en las lesiones (68%)..

Al contrastarlo con el grupo de control, no se observaron discrepancias significativas ($p > 0,05$) en el estudio realizado por el Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario Vladimir Ilich Lenin de Holguín, que se centró en un análisis de casos y controles y arrojó resultados de interés. Estos descubrimientos destacan la necesidad de considerar otros factores o variables que puedan ejercer influencia en los resultados. En la presentación histopatológica de la gastritis crónica antral, No se hallaron disparidades relevantes entre los pacientes con y sin reflujo. duodenogástrico. Se observó una alta presencia de formas activas, lesiones de moderada a severa gravedad y una colonización moderada a abundante de *Helicobacter pylori* tanto en los pacientes con reflujo como en aquellos sin reflujo. Estos hallazgos indican que no hay una relación de sinergia o antagonismo entre la infección por *Helicobacter pylori* y el reflujo duodenogástrico en



términos de su impacto en la mucosa gástrica y la cantidad de colonización bacteriana.

Según Yalaki S, Pulat H, Ilhan.et al. **“Localización de la gastritis por Helicobacter pylori y relación de las características histopatológicas existentes con la esofagitis por reflujo”.** (escandinavia, 2019) (11) realizo un estudio donde comparo y evaluó la relación entre la esofagitis por reflujo (ER) y la infección por Hp en pacientes adultos con la localización gástrica de Hp y sus características histopatológicas. Se compararon 248 pacientes con ER con 249 muestras de control equiparadas por edad y género Se evaluaron histológicamente las muestras de biopsia obtenidas del antro y cuerpo gástrico. La incidencia de infección por Hp fue significativamente menor en los pacientes con ER que en el grupo de control (Relación 1,53; IC del 95%: 1,07–2,20; $p = 0,02$, $p < 0,05$). Las puntuaciones de colonización por Hp y gastritis del cuerpo fueron notablemente más bajas en el grupo de estudio ($p = .01$, $p < .05$), mientras que no hubo diferencias significativas en las puntuaciones de colonización por Hp y gastritis del antro en el antro. Se encontró que las puntuaciones de colonización y gastritis del Corpus Hp se correlacionaron negativamente con el desarrollo de esofagitis ($r = -0.11$; $p = .01$; ($r = -0.14$; $p = .00$ respectivamente, $p < 0,05$). No hubo diferencia entre los grupos en términos de desarrollo de atrofia ($p > .05$). Este estudio mostró que la presencia de infección por Hp en la puntuación del cuerpo y la gastritis del cuerpo fue significativamente menor en los pacientes con esofagitis por reflujo erosivo que en el grupo control. También mostró que las puntuaciones de colonización por Hp y gastritis del cuerpo se correlacionaron negativamente con el desarrollo de esofagitis. Esta relación inversa fue independiente de la atrofia.

Según Peura, D; Haber, Marian; Hunt, Barbara; Atkinson, et al **“Gastritis negativa por Helicobacter pylori en pacientes con esofagitis erosiva, enfermedad por reflujo no**



erosiva o dispepsia funcional” (escandinavia, 2019) (12) Este estudio realizado tiene como objetivo comparar la prevalencia y la gravedad de la gastritis crónica del cuerpo y el antro en sujetos negativos a *H. pylori* con esofagitis erosiva, enfermedad por reflujo no erosiva o dispepsia funcional de varios ensayos. Se comparó la histología gástrica previa al tratamiento en 1595 sujetos *H. pylori* negativos con esofagitis erosiva (\geq grado 2; $n = 196$), enfermedad por reflujo no erosiva ($n = 688$) o dispepsia funcional ($n = 711$) que participaron en eventos patrocinados por Takeda en EE. UU. ensayos de lansoprazol. Los datos histológicos previos al tratamiento de los estudios clínicos en EE. UU. Mostraron que el 67,5% y el 75,0% de los sujetos adultos negativos a *H. pylori* con esofagitis erosiva tenían gastritis crónica corporal y antral moderada o grave, respectivamente. También se observó gastritis crónica en sujetos negativos para *H. pylori* con enfermedad por reflujo no erosivo o dispepsia funcional, aunque la prevalencia fue significativamente menor ($P < 0,001$) que en la esofagitis erosiva. Estos resultados destacan la necesidad de una mejor caracterización de la histología de la mucosa gástrica en estos trastornos gastrointestinales.

ANTECEDENTES NACIONALES

Barreda Costa Carlos, Arcana López Ronald, Salazar Cabrera Fernando, Barriga Calle Eduardo, Monge Zapata Víctor, Salazar Muelle Fernando et al. . “**Menor prevalencia de infección por Helicobacter pylori observada en pacientes con esofagitis erosiva.** En este estudio recopilamos datos prospectivos que permitieron recopilar datos prospectivos para investigar la conexión que existe entre la infección por *Helicobacter pylori* y la esofagitis entre aquellas personas que padecían de esta enfermedad. Se llevaron a cabo 2 biopsias del antro gástrico y 2 del cuerpo, así como la obtención de 2 muestras para la prueba de la ureasa en cada paciente y control. Se consideró que un



paciente estaba infectado, en caso de que de que estas pruebas arrojara un resultado positivo para *Helicobacter pylori*. Luego, se determinó el tipo de gastritis mediante el análisis de las biopsias. En comparación con el grupo de control, los resultados mostraron una disminución en la prevalencia de la infección por *Helicobacter pylori* en los pacientes con esofagitis (27% frente a 44%; $p=0,004$). Se observó, además, que los pacientes con diagnóstico de esofagitis presentaron una incidencia significativamente mayor de histología gástrica normal en comparación con el grupo de control (44% frente a 31%; $p=0,036$). Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de gastritis atrófica entre ambos grupos (5% frente a 9%; $p=0,164$), posiblemente debido al número limitado de casos en los que esta condición se manifestó.

Sin embargo, no se detectó una disparidad estadísticamente representativa en la prevalencia de gastritis atrófica con respecto a los dos grupos de personas (5% versus 9%; $p=0,164$), posiblemente debido al bajo número de casos en los que se detectó esta condición. Es posible que la recolección de solo dos muestras de biopsia del antro y dos del cuerpo resulten insatisfactoria. para identificar todos los casos de gastritis atrófica, ya que esta enfermedad no se desarrolla de manera uniforme en todo el estómago.

Por lo tanto, los resultados revelaron que aquellos individuos con esofagitis erosiva mostraron una baja frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* y una mayor incidencia de histología gástrica normal en comparación con los pacientes sin esofagitis. Estos hallazgos sugieren un posible efecto protector de la bacteria en el desarrollo de la esofagitis erosiva, respaldado por un bajo riesgo relativo (odds ratio) de 0,48 con un intervalo de confianza del 95% de 0,28 a 0,82.

Según Castillo O. et al Determino la “**Prevalencia de *Helicobacter pylori* en pacientes sintomáticos de consulta externa de la Red Rebagliati (Es Salud)**” (Lima- Perú;2010



– 2013) (2) Se examinaron los registros de 1711 pacientes que asistieron a consultas externas y se les llevó a cabo el examen del aliento con urea-13C para diagnosticar la infección por *Helicobacter pylori* entre los años 2010 y 2013. Se encontró que la prevalencia general de *Helicobacter pylori* fue del 45,5%, siendo más alta en mujeres que en hombres (47,1% vs. 42,1%, $p=0,056$). Se observaron diferencias representativas en cuanto a la edad entre los pacientes infectados y no infectados (44 vs. 39, $p<0,05$), estableciéndose una vinculación entre la edad y la presencia de *Helicobacter pylori* ($p<0,001$). En la población pediátrica, la prevalencia estimada fue del 36,3%, y se encontró un resultado positivo en el 51,1% de las mujeres en edad fértil (201 casos). Se determinó que el grupo principal de pacientes pertenecía al sector financiero, el cual corresponde a la zona comercial tradicional y alberga los centros financieros de la ciudad, siendo habitado mayormente por individuos de niveles socioeconómicos medio y alto en Lima. Como consecuencia, se observó una mayor frecuencia (44,8%) de pacientes con resultados positivos en la prueba de aliento con urea-13C en este sector, debido a la predominancia de pacientes provenientes del sector financiero en la muestra.

Los distritos más influenciados por la Red Rebagliati son aquellos pertenecientes al sector financiero, lo que explica una cantidad mayor de pacientes de esta área. Al analizar por sectores, se observaron las tasas más elevadas en aquellos clasificados como de nivel socioeconómico medio-bajo, como las áreas suburbanas rurales y el cono norte. En resumen, se encontró una incidencia similar de *Helicobacter pylori* en ambos sexos dentro de la muestra estudiada, y se estableció una relación entre la edad y la presencia de la bacteria. La prevalencia de *Helicobacter pylori* se mantuvo constante en el estrato socioeconómico medio de Lima, tal como se ha informado en estudios previos. La mayoría de los asegurados por EsSalud son empleados dependientes con ingresos económicos estables, lo cual refleja su posición socioeconómica media y el acceso a



servicios de atención médica, actuando como un indicador de la situación económica familiar.

Así, Cabanillas S, Ricardo A, Et al en su estudio llamado **“Prevalencia de helicobacter pylori en pacientes con síntomas dispépticos en el hospital regional docente de cajamarca, 2016-2018”** (Cajamarca 2020) (13) Con el propósito de determinar la prevalencia de la infección por *Helicobacter pylori* (HP) en pacientes que presentaban síntomas de malestar estomacal, durante el período de enero de 2016 a diciembre de 2018 se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal en el HRDC .Se tomaron en cuenta los pacientes que presentaron estos síntomas y se sometieron a una Endoscopia Alta con Biopsia para detectar la presencia de HP. De las 2,870 endoscopias altas realizadas, se realizaron biopsias en el 39.79% (1142) de los casos, de los cuales un 35.46% (405) resultaron positivos para HP,y se constató que eran del sexo femenino en un (66.67%), con una ocupación predominante de amas de casa (47.90%). Estas pacientes tenían edades promedio entre 31 y 60 años, con una edad promedio de 46 años y una moda de 53 años y gran parte de los pacientes residían en áreas urbanas (78.52%)

Los síntomas clínicos más frecuentes fueron el ardor estomacal (95.65%), dolor abdominal (79.23%), vómitos (72.95%) y náuseas (71.98%). Otros síntomas menos comunes incluyeron dolor después de comer (60.39%), sensación de plenitud (40.58%), eructos (6.28%), acidez estomacal (2.42%) y reflujo (1.93%). En términos de diagnósticos histológicos, la gastritis fue el más prevalente (96.30%), seguido de pólipo hiperplásico inflamatorio (17.78%), esofagitis crónica (6.67%), úlcera péptica (6.17%), metaplasia intestinal (4.20%), esófago de Barrett (3.46%), papiloma gástrico (1.23%) y adenocarcinoma gástrico (0.74%).

Según Bocanegra LV, Et al **“Asociación entre infección por *Helicobacter Pylori* y**



esofagitis por reflujo gastroesofágico en el Hospital Belén de Trujillo” (Trujillo – 2016)

Se llevó a cabo un análisis retrospectivo en el Hospital Belén de Trujillo con el fin de examinar la frecuencia de la infección por *Helicobacter pylori* en dos conjuntos de pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta. El estudio contó con la participación de 136 individuos, separados en dos grupos: aquellos diagnosticados con esofagitis por reflujo gastroesofágico y otro aquellos que no contaban con la enfermedad. El objetivo principal del estudio fue analizar la prevalencia de la infección por *Helicobacter pylori* en cada uno de estos grupos. Se observó una asociación significativa e inversa entre la presencia de la infección por *Helicobacter pylori* y la aparición de esofagitis por reflujo gastroesofágico. En el grupo de pacientes con esofagitis, el 46% presentaba infección por *Helicobacter pylori*, mientras que en el grupo sin esofagitis, este porcentaje fue del 71%. El odds ratio calculado fue de 0.35 ($p < 0.05$). En resumen, se determinó que en los pacientes del Hospital Belén de Trujillo existe una relación inversa entre la infección por *Helicobacter pylori* y la presencia de esofagitis por reflujo gastroesofágico.

BASES TEÓRICAS

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Esta condición (ERGE) es una dolencia gastrointestinal muy frecuente en todo el mundo. La definición de Montreal de ERGE la describe como un estado con síntomas irritables y efectos secundarios provocados (15). Clínica por el reflujo del contenido gástrico hacia el esófago,

El reflujo del ácido hacia el esófago es lo que causa la acidez estomacal, que es el síntoma típico clásico y significativo de la ERGE. Esta sensación de quemazón en el pecho puede extenderse hacia la cavidad oral. Sin embargo, solo unas pocas porciones de los casos de



reflujo muestran síntomas. Junto con la regurgitación del reflujo, un sabor agrio en la parte posterior de la boca es otro síntoma habitual de la acidez estomacal. En particular, la incomodidad en el pecho, que no es cardíaca, a menudo es provocada por la ERGE (16).

Es así, que al menos dos o más ocasiones semanales puede ser utilizada como un síntoma para el diagnóstico de la ERGE. Sin embargo, los síntomas también pueden presentarse con menor frecuencia. Si son molestos, impactan negativamente en el bienestar. La frecuencia y la intensidad de la acidez estomacal no están relacionadas con la extensión de la lesión esofágica, sino con la disfagia, presentando molestias en el pecho, chorro de agua, odinofagia, eructos, hipo, náuseas y vómitos, son síntomas menos frecuentes de ERGE, en este sentido, la disfagia es un síntoma de alerta en pacientes con ERGE y justifica una endoscopia digestiva alta. Los pacientes con acidez estomacal crónica con frecuencia desarrollan disfagia, que suele empeorar con el tiempo para las comidas, los pacientes rara vez pierden peso. Sin embargo, la disfagia es el signo inicial de cáncer de esófago, pero también puede aparecer en el esófago de Barrett. Las causas más típicas de la ERGE son la estenosis péptica y la inflamación grave (16).

Diagnóstico

La revisión médica es el fundamento principal para el diagnóstico del ERGE (17). El relato debe precisar los signos y síntomas distintivos, su ocurrencia, frecuencia, intensidad, eventos agravantes y de alivio, progresión en el tiempo y efectos en la calidad de vida

Endoscopia digestiva alta

Esta prueba específica es la que se utiliza con más frecuencia para evaluar los síntomas de ERGE en individuos que tienen síntomas alarmantes que oscilan entre 40 años y más



por ejemplo, dificultad para tragar, dolor al tragar, pérdida de peso, sangrado gastrointestinal, ganas de vomitar (náuseas), y antecedentes de malignidad en la familia. Permite la detección de condiciones adicionales que presentan síntomas similares a las dispepsias, como úlceras, especialmente úlceras gástricas, moniliasis del esófago, carcinoma de estómago e inflamación eosinofílica del esófago. También permite observar erosiones. También hace visibles erosiones, úlceras, esófago de Barrett y estenosis péptica. La gravedad de la esofagitis por reflujo se ha clasificado de varias maneras (17). La clasificación de Los Ángeles es la más utilizada.

Clasificación de Los Ángeles de la esofagitis

Grado A

Una o varias ulceraciones de tamaño inferior a 5 mm.

Grado B

Al menos una úlcera de tamaño superior a 5 mm, sin conexión entre la parte más sobresaliente de 2 pliegues mucosos.

Grado C

Se presenta al menos una úlcera que muestra continuidad entre la parte más prominente de varios pliegues mucosos, pero sin abarcar todo su contorno.

Al menos una erosión con continuidad entre la parte más prominente de varios pliegues mucosos, pero no circunferencial.

Grado D



Erosiones en toda la circunferencia ²⁰

Tratamiento

Hay un par de formas curativas a través de las cuales se puede proceder hacia la ERGE, clínicas y quirúrgicas, cuya preferencia depende de los atributos del individuo afectado (duración de la vida, adherencia terapéutica, inclinación personal y comorbilidad subyacente) y componentes tales como reacción a la atención médica, erosiones mucosas esofágicas subyacentes, manifestaciones inusuales e impedimentos (18)

Tratamiento Clínico

La terapia clínica tiene como objetivo que los síntomas se disminuyan y favorecer la cicatrización de las lesiones en la mucosa esofágica y detener la aparición de problemas. Tanto las medidas farmacéuticas como las no farmacológicas son la base de esta

Tratamiento No Farmacológico

Los cambios de conducta forman parte del tratamiento no farmacológico. Algunos autores han cuestionado estas recomendaciones en los últimos años por su falta de respaldo científico y su posible impacto negativo en el bienestar de los pacientes. Según Castro et al., 2000, gran parte de los individuos que padecen de ERGE no se benefician de estas terapias. Sin embargo, estas sugerencias son bien conocidas y se consideran útiles.

Tratamiento farmacológico

Se utiliza una variedad de medicamentos para tratar la ERGE. Los IBP son el fármaco de elección porque evitan que las células parietales produzcan ácido, lo que reduce la capacidad del ácido para irritar el esófago. El omeprazol es el más popular. El tratamiento inicial recomendado es la dosis completa de IBP durante cuatro a ocho semanas. Si los



síntomas no se alivian, se recomienda administrar una dosis duplicada antes del desayuno y la cena al paciente. (17).

Los antagonistas de los receptores H₂ actúan al inhibir los receptores de histamina H₂ presentes en las células parietales, lo que resulta en la reducción de la secreción de ácido. Los fármacos procinéticos y los antagonistas de los receptores H₂ de histamina se clasifican como agentes de segunda opción. Los más utilizados son ranitidina, famotidina, cimetidina y nizatidina. Los fármacos procinéticos aceleran el vaciamiento gástrico sin relajar temporalmente el esfínter esofágico distal. La domperidona y la metoclopramida son las más populares. Cuando hay gastroparesia, deben prescribirse los antiácidos de alginato y sucralfato que podrían recomendarse en caso de que el paciente ambulatorio experimente reacciones adversas a los inhibidores de la bomba de protones o a los antagonistas de los receptores sensoriales de histamina H₂, para aliviar temporalmente sus síntomas. Debido a los efectos teratogénicos de estos medicamentos, las mujeres embarazadas necesitan un tratamiento especial. Se deben enfatizar las intervenciones conductuales y no se deben usar medicamentos con absorción sistémica. Se recomienda un régimen antiácido. Si los síntomas persisten, se pueden administrar bloqueadores de los receptores de histamina H₂. Dado que gran parte de los medicamentos se excretan en la leche, solo su uso entre los agentes sistémicos es seguro durante la lactancia. (17)

Entre el 20% y el 42% de los pacientes que son tratados con inhibidores de la bomba de protones (IBP) para la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) no responden satisfactoriamente al mismo; esta condición se conoce como ERGE refractaria. Moraes Filho afirma que la acidez estomacal funcional, la falta de adherencia a la terapia, las instrucciones insuficientes, las variaciones en la constitución genética, el reflujo gastroesofágico alcalino, los trastornos autoinmunes, la esofagitis eosinofílica y el diagnóstico erróneo son las principales razones de la ERGE refractaria. El autor especula



que la hipersensibilidad podría estar relacionada con la ERGE, que ocurre entre las manifestaciones clínicas y exacerba los signos. Se pueden recetar amitriptilina, así como inhibidores de la recaptación de serotonina y antidepresivos tricíclicos para tratar esta enfermedad

INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI Y LA RELACIÓN CON ESOFAGITIS

Por lo general, la gastritis es causada por agentes infecciosos, como *Helicobacter pylori*, o estar relacionada con mecanismos inmunitarios. Sin embargo, en muchos casos, la causa de la gastritis es desconocida. En las etapas iniciales de la infección causada por *Helicobacter pylori* (Hp), es común encontrar hiperacidez y niveles elevados de gastrina. Sin embargo, a medida que la infección se vuelve crónica, los niveles de ácido gástrico disminuyen gradualmente (19). Esto se debe a que la infección provoca cambios progresivos en la mucosa gástrica, que se extienden desde el antro gástrico hasta todo el cuerpo. Estos cambios abarcan desde una gastritis superficial hasta una gastritis profunda, y con el tiempo pueden progresar hacia metaplasia y atrofia intestinal. Es importante destacar que el ácido desempeña un papel fundamental en el desarrollo de la esofagitis por reflujo y en la aparición del epitelio de Barrett.

Durante los años 90, se reportaron los primeros casos de pacientes que presentaron síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) o evidencia de esofagitis en endoscopias después de haber erradicado *Helicobacter pylori*. La presencia de la infección por *H. pylori* en las personas puede resultar en atrofia del cuerpo y una reducción en la producción de ácido gástrico, de esto se deduce que esta infección podría ofrecer cierta protección contra la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), así como contra el desarrollo de esófago de Barrett y adenocarcinoma esofágico. Tal papel protector podría explicar las tendencias opuestas en la prevalencia de *H. pylori* infección



e incidencia de adenocarcinoma esofágico en las sociedades occidentales. De hecho, varios estudios han demostrado una correlación inversa entre la infección por *H. pylori* y la probabilidad de adenocarcinoma esofágico o esófago de Barrett, en particular la infección con la cepa del gen A vinculado a la citotoxina (*cagA+*), que se asocia más comúnmente con gastritis con predominio del cuerpo o pangastritis (20).

A pesar de la correlación opuesta respaldada por el cuerpo de evidencia entre la infección por *H. pylori* y el esófago de Barrett o el adenocarcinoma esofágico, el mecanismo de esa asociación está en duda. Los informes iniciales de síntomas de ERGE o esofagitis después de la erradicación de *H. pylori* en gran medida no han sido respaldados por estudios posteriores. Adicionalmente, un metaanálisis acerca de la conexión entre la infección por *H. pylori* y la ERGE se encontraron resultados heterogéneos, con efectos negativos mucho más fuertes en el Lejano Oriente que en América del Norte y resultados equívocos en Europa. Además, los estudios que estiman el efecto de *H. pylori* sobre la ERGE han tenido una serie de limitaciones importantes. Casi todos los estudios fueron propensos al sesgo por efectos de selección; solo 2 estudios en poblaciones occidentales utilizaron grupos de control que no se sometieron a evaluación clínica de signos o síntomas de enfermedad del intestino anterior, y ninguno identificó una relación opuesta entre la infección por *H. pylori* y la esofagitis (21). Además, casi todos los estudios previos han definido la ERGE sobre la base de la esofagitis endoscópica, aunque la mayor parte de los pacientes con síntomas de ERGE no tienen esofagitis erosiva. Se intentó abordar algunas de estas deficiencias mediante la realización de un estudio que examina la relación de *H. pylori* y *cagA* con síntomas de ERGE, esofagitis erosiva y esófago de Barrett en el mismo grupo de participantes. Se presume que la infección por *H. pylori*, en particular la cepa *cagA+*, estaría inversamente asociada con los 3 resultados (21).



HIPÓTESIS.

HIPÓTESIS GENERAL

- Hi: Existe un menor grado de severidad de esofagitis erosiva en pacientes con gastritis asociado a infección por *Helicobacter pylori* en el servicio de Gastroenterología del Hospital Regional de Cusco.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- Existe una asociación negativa entre la presencia de *Helicobacter pylori* esofagitis por reflujo gastroesofágico.
- Existe una mayor proporción significativa de gastritis crónica antral quiescente en los pacientes con ERGE del servicio de Gastroenterología del Hospital Regional de Cusco.
- Existe mayor proporción de esofagitis grado B según la clasificación de los ángeles
- No existe relación entre los hábitos nocivos y esofagitis erosiva
- Existe mayor proporción de síntomas dispépticos de los pacientes con gastritis con/sin *Helicobacter pylori*.
- Existe asociación entre hernia hiatal y esofagitis erosiva
- Existe mayor proporción de lesión moderada - severa en gastritis es la que existen mayor proporción en los pacientes con ERGE del servicio de gastroenterología del Hospital Regional del Cusco.
- Existe una mayor densidad de colonización por *H. pylori* en pacientes con esofagitis erosiva del servicio de gastroenterología del Hospital Regional del Cusco.



VARIABLES

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

INDEPENDIENTES

- Gastritis con/sin Helicobacter Pylori.

DEPENDIENTES

- Esofagitis erosiva

INTERVINIENTES

- Edad
- Genero
- Hábitos nocivos
- Antecedentes patológicos
- Tipo de gastritis
- Clínica de esofagitis erosiva
- Clasificación de los ángeles de esofagitis



Variables intervinientes	Definición conceptual	Dimensiones	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador	Fuente de información	Ítem	Expresión Operacional
Edad	Vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Biológico	Cuantitativo o discreto	De razón	Años vividos	H.C Entrevista		X años
Sexo	Condición biológica del sexo de la persona que contesta.	Biológico	Cualitativa Nominal	Escala nominal	Caracteres sexuales secundarios	H.C Entrevista		Masculino Femenino
Hábitos nocivos	Son aquellas conductas o agentes externos cuya práctica	Biológico	Cualitativa Nominal	Escala nominal	% hábitos nocivos	H.C Entrevista		Si (Consumo de alcohol, cigarro, café, chocolate)



	o interacción repetida nos provocan daños a corto o largo plazo							NO (NO Fuma, NO consume chocolate, alcohol, café.)
Antecedentes patológicos	Enfermedades anteriores y/o factores que condicionan a la enfermedad	Biológico	cualitativa nominal	Escala nominal	% de Factores que condicionan a la enfermedad	Ficha de recolección de datos		Obesidad Embarazo Hernia hiatal Utiliza algún fármaco
Variable dependiente	Definición conceptual	Dimensiones	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador	Fuente de información	Ítem	Expresión Operacional
Esofagitis erosiva.	Grado de inflamación de la mucosa (capa más superficial del esófago) de la zona	Clinica	cualitativo Ordinal	Escala ordinal	Clasificación de los Ángeles para esofagitis	H.C Entrevista		Los Ángeles Grado A: Una o varias erosiones de menos de 5 mm



mas proxima al

estómago

Los Angeles Grado B: Al

menos una erosión mayor
de 5 mm, sin continuidad
entre la parte más
prominente de 2 pliegues
mucosos

Los Ángeles Grado C: Al
menos una erosión con
continuidad entre la parte
más prominente de varios
pliegues mucosos, pero no
circunferencial.

Los Ángeles Grado D:
Erosiones en toda la
circunferencia



Variable independiente	Definición conceptual	Dimensiones	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador	Fuente de información	Item	Expresión Operacional
Tipo de gastritis	Tipo de lesión gástrica observada en microscopio óptico.	Clínica	Cualitativa nominal	Escala nominal	Resultado histopatológico.	H.C Procedimientos		Gastritis Superficial. Gastritis Profunda. Gastritis Antral Difusa Gastritis Corporal Difusa Gastritis Atrófica Antral. Gastritis Atrófica Corporal Gastritis Atrófica Multifocal Pangastritis Atrófica



Clinica de	Manifestaciones	Clinica	Cuantitativa	Escala	% manifestaciones	H.C		Dolor abdominal
esofagitis erosiva	clínicas para esofagitis erosiva		Nominal	nominal	clínicas	Ficha de recolección de datos		Reflujo gastrointestinal Síntomas dispépticos Asintomático Otros
Gastritis con/sin Helicobacter Pylori.	inflamación del revestimiento del estómago con presencia de H.P. o sin la presencia de H.P	Clínica	Cualitativa nominal	Escala nominal	Métodos Diagnósticos No Invasivos - Test de Aliento con Úrea Marcada - Anticuerpos específicos en heces invasivos - Endoscopía digestiva alta más	Ficha de recolección de datos		Si= presencia de helicobacter pylori (ureasa+, colonización, Ac+) No= presencia de helicobacter pylori



					toma de muestra y biopsia.				
--	--	--	--	--	-------------------------------	--	--	--	--



CAPÍTULO III

MÉTODO

Alcance del Estudio

La importancia de la presente investigación reside en demostrar la relación existente entre gastritis con/sin helicobacter pylori y esofagitis por reflujo gastroesofágico

Así, como también desarrollar estrategias para la atención médica óptima sobre todo en el cuidado y dirección de los determinantes de riesgo modificables desencadenante de las comorbilidades.

➤ Ámbito de estudio

El periodo de investigación comprenderá los años 2020 y 2021, y se realizará en el Servicio de Gastroenterología del Departamento de Medicina del Hospital Regional del Cusco, situado en la Ciudad del Cusco, con un altura de 3.399 metros sobre el nivel del mar.

➤ Unidad de análisis:

Aquellos pacientes que se sometían a una endoscopia digestiva alta y presenten evidencia de esofagitis serán los individuos incluidos en la investigación.

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Dado que se eligieron una variable independiente y otra dependiente, el estudio se realizó en forma correlacional,, donde tuvo como propósito analizar ambas variables con el objetivo de evaluar el grado de relación que se perciben entre las mismas . Además es una metodología básica, pues se basa en los conceptos teóricos establecidos(22).



- I. **Según asignación de la exposición:** Se refiere a situaciones donde la exposición ocurre de manera independiente a la intervención directa del investigador y está determinada por variables que escapan a su control.(22).
- II. **Según el número de mediciones:** es transversal, se lleva a cabo una única medición de los sujetos y se evalúa simultáneamente tanto la variable de interés o el factor de exposición.(22).
- III. **Según criterio de temporalidad** es retrospectivo (22).
- IV. **Según la selección de los participantes** es encuestas o de tipo transversales (22)
- V. **Según unidad de análisis** es individual (22)

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

- Observacional de tipo transversal con componente analítico (22)

POBLACIÓN

- “La población se refiere al grupo completo de elementos con características específicas que son objeto de estudio en una investigación. Puede ser finita o infinita y representa el grupo de interés para generalizar los resultados y conclusiones del estudio.”(23)
- Durante el periodo comprendido entre los años 2020 y 2021, se reclutaron un total de 190 participantes del servicio de gastroenterología del Hospital Regional del Cusco. Estos individuos fueron expuesto a una endoscopia digestiva alta y fueron diagnosticados con gastritis.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:



- Se encuentran sujetos s con signos de esofagitis erosiva (según la clasificación de los Ángeles) durante el estudio endoscópico.
- Pacientes con diagnostico anterior de gastritis.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Personas que padecen de cáncer gástrico.
- En un período de 4 semanas previas a los exámenes endoscópicos, pacientes que reciban antibióticos, inhibidores de la bomba de protones o antagonistas del receptor H2.
- Pacientes que hayan sido sometidos a gastrectomía o cirugía para hernia hiatal.
- Pacientes hospitalizados*

*el motivo de la exclusión de pacientes hospitalizados fue la presencia de otros tipos de comorbilidades

Unidad análisis y de observación

La condición de gastritis, caracterizada por la inflamación del revestimiento del estómago, se presenta en individuos que acuden al departamento de gastroenterología del Hospital Regional del Cusco.

Muestra

Se utilizó el muestreo por conveniencia, excluyendo a 25 pacientes que no cumplían con las condiciones exigidas, en el Hospital Regional del Cusco. Los pacientes recolectados, además de contar con el diagnóstico de gastritis, tenían resultados de endoscopia alta realizada en el servicio de gastroenterología.



El muestreo por conveniencia es una técnica de elección de muestras en el que los elementos se escogen de manera no aleatoria, sino en base a su disponibilidad y conveniencia para el investigador. En este enfoque, se seleccionan los elementos que son más accesibles, fáciles de reclutar o están disponibles en el momento de la investigación.(24).

La muestra de 155 afectados estuvo compuesta por aquellos que fueron atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Regional del Cusco y que cumplían con los parámetros de admisión

Entonces quiere decir, que la muestra representa una parte representativa de un universo con el fin de realizar un estudio o análisis. que se eligen de manera sistemática o aleatoria para obtener información y realizar inferencias. Además, su objetivo es proporcionar una estimación o generalización de los hallazgos que se obtendrán de la muestra del colectivo. de los resultados obtenidos a partir de la muestra a toda la población. La calidad de la muestra y su representatividad son aspectos clave para obtener conclusiones válidas y confiables. (25)

Tamaño de muestra y método de muestreo: Por conveniencia, dada la reducida disponibilidad de población, se incluyeron todos los sujetos que satisfacían las condiciones establecidas.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para determinar las frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas, se tomó en cuenta la estadística descriptiva. Se prestará especial atención a los pacientes con



indicios de esofagitis erosiva, clasificándolos según los criterios de los Ángeles y se recopilarán los datos de manera indirecta a través de un sistema de almacenamiento que contiene información de los registros médicos de los pacientes que se sometieron a endoscopias digestivas altas en el Hospital Regional del Cusco.

.

➤ Instrumentos

Como instrumento, se generó un formulario de recopilación de datos. Se donde estarán consignados la edad, sexo, hallazgo endoscópico de esofagitis erosiva en la clasificación de Los Angeles, tipo de lesión histopatológica gástrica, ubicación de la lesión gástrica, de *Helicobacter pylori*.

Las fuentes primarias de datos las constituyeron los involucrados.

El cuestionario diseñado será en base al problema, a los objetivos y así mismo relativo al tema de investigación.

➤ Procedimientos

. Para garantizar la debida autorización y con conocimiento de causa de los pacientes. como parte esencial del proceso de estudio, se coordinarán las gestiones necesarias con la Dirección del Hospital Regional de Cusco y la Jefatura del servicio de Gastroenterología en una etapa posterior. A continuación, se procederá al llenado de las fichas de recopilación de datos, comenzando por la identificación de aquellos pacientes que satisfagan los requisitos de inclusión y que hayan sido sometidos a procedimientos de endoscopias digestivas altas y a los que se les encuentre signos de esofagitis erosiva en diferentes grados según la clasificación de los Ángeles a quienes se les tomará biopsias de antro (02 de antro, 01 de incisura) cuerpo y fondo del estómago (01 de cara anterior



y 01 de cara posterior) y que al estudio histopatológico se encuentre *Helicobacter pylori* como causa de Gastritis. Una vez concluida la recopilación de información se procederá a organizarlos en la base de datos con el objetivo para ser interpretados y analizados en fases posteriores.

En términos éticos es obligatorio salvaguardar la privacidad de la información que se obtendrá obtenida en el proceso del estudio, asegurando que los datos recopilados sean tratados de manera segura, así como el acatamiento de las normas técnica y científicas, y administrativas pertinentes a la investigación en el campo de la salud, especialmente en lo referente a estudios llevados a cabo con participantes humanos. Por otro lado, se destaca la importancia del consentimiento válido, asegurando que los participantes estén plenamente informados y otorguen su aprobación de manera voluntaria para participar en el estudio

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS

VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA

Se implementó una estrategia que incorporó la perspectiva de tres de expertos y la elaboración de una prueba preliminar, durante este procedimiento, se les suministraron los objetivos de la investigación, la encuesta y un conjunto de preguntas junto con una escala de evaluación correspondiente, con el fin de que pudieran llevar a cabo la calificación necesaria.



TABLA DE PROCESAMIENTO DE CRITERIO DE EXPERTOS.

ÍTEM	EXPERTOS					PROMEDIO
	A	B	C	D	E	
1	4	4	4	5	5	4,4
2	5	4	4	5	5	4,6
3	4	5	5	5	5	4,8
4	5	4	5	5	5	4,8
5	5	4	4	5	5	4,6
6	5	5	4	5	5	4,8
7	4	4	5	5	5	4,6
8	4	4	5	5	5	4,6
9	4	4	4	5	5	4,4

Utilizando los promedios obtenidos, se procedió a calcular la distancia del punto múltiple (Dpp), aplicando la siguiente fórmula:

$$D_{pp} = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + \dots + (x - y_n)^2}$$

Donde:

x = Valor máximo concedido en la escala para cada ítem (4 ó 5 en la presente investigación).

y = El promedio de cada ítem.

REEMPLAZANDO:

$$D_{pp} = 1.2$$



CALCULANDO DMAX

$$D_{max} = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + \dots + (X_n - 1)^2}$$

Donde:

X = Valor máximo cancelado en la escala para cada ítem.

1 = Valor mínimo de la escala, para cada ítem (en este caso el valor es = 1).

Reemplazando: **Dmax=3**

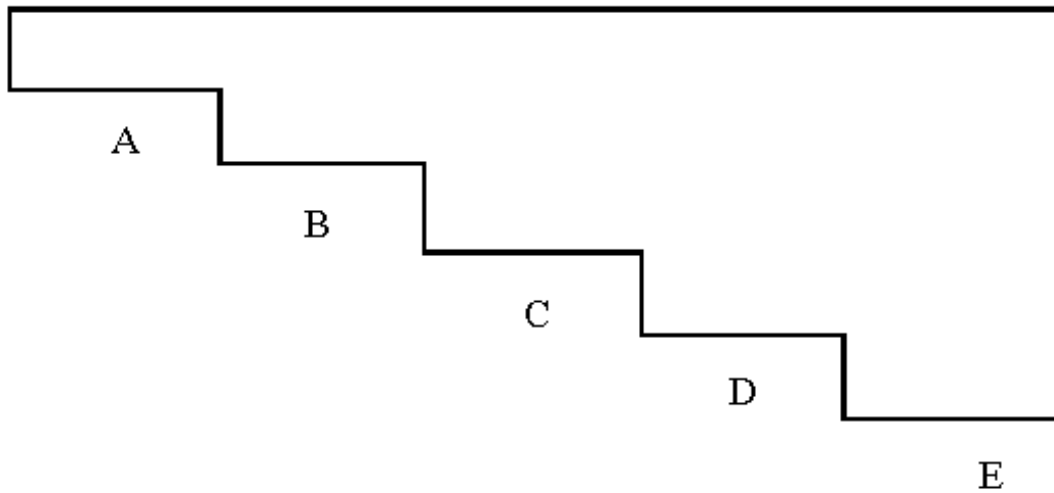
La Dmáx obtenida se divide entre el valor máximo de la escala, siendo:

$$3/5 = 0.6$$

Se construyó una nueva escala valorativa a partir de la escala de 0, hasta llegar al valor

Dmax (3), y se obtuvo lo siguiente:

0 0,6 1,2 1,8 2,4 3



Donde:

A= Adecuación total.

B= Adecuación en gran medida.

C= Adecuación promedio.

D= Escasa adecuación.

E= Inadecuación.

En la escala elaborada, se localizó la distancia del punto múltiple obtenida (D_{pp}), y se emitió una valoración. En este caso, $D_{pp} = 1.2$, lo cual se encuentra en el intervalo B, indicando que el instrumento de investigación "**se ajusta en gran medida**" al fenómeno que se desea investigar, por lo tanto, está listo para ser utilizado.



VALIDACIÓN DE CONSISTENCIA DE CUESTIONARIO UTILIZANDO

ALFA DE CRONBACH:

Tabla de puntuación alfa de cronbach

	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	Suma
1	4	5	4	5	5	5	4	4	4	40
2	4	4	5	4	4	5	4	4	4	38
3	4	4	5	5	4	4	5	5	4	40
4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45
Promedio	4,4	4,6	4,8	4,8	4,6	4,8	4,6	4,6	4,4	
Desviacion	0,5	0,5	0,4	0,4	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	
Si	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

El coeficiente alfa de Cronbach se emplea comúnmente como una medida para evaluar la confiabilidad interna de un instrumento, aunque es crucial realizar una interpretación precisa de su resultado.



Los resultados obtenidos evidencian que el cuestionario validado por Yuli Guzmán Huamán presenta un coeficiente alfa de Cronbach de 0.9. Esto destaca la relevancia de subrayar lo siguiente:

- El empleo de esta herramienta facilita la observación o evaluación del efecto que se desea estudiar.
- El instrumento muestra una alta confiabilidad.

Este resultado evidencia la cohesión interna del instrumento un valor superior a 0.9 refleja una correlación significativa y fuerte entre las preguntas del instrumento. Esto implica que las preguntas están estrechamente relacionadas y miden de manera consistente el constructo que se está evaluando. Por otro lado, un valor inferior indica una correlación más débil entre las preguntas,

Coefficiente alfa > 0.9 es excelente

PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

La información se obtuvo en Excel, que proporcionó los porcentajes correspondientes, lo que facilitó la tabulación de los datos. Para los datos cuantitativos, se utilizan gráficos y tablas estadísticas para explicar y analizar los resultados de la encuesta y dar respuesta a las preguntas planteadas y alcanzar los objetivos previstos.

Se considerará que existe evidencia estadísticamente significativa si la probabilidad de error es menor al 5% ($p < 0.05$). Para examinar la asociación entre variables categóricas en grupos independientes, se realizará el test de Chi cuadrado. Para ponderar numéricas, se utilizarán medidas de tendencia central (como el promedio y la mediana) y medidas de dispersión (como el rango y la desviación estándar). En cuanto al análisis de datos, se



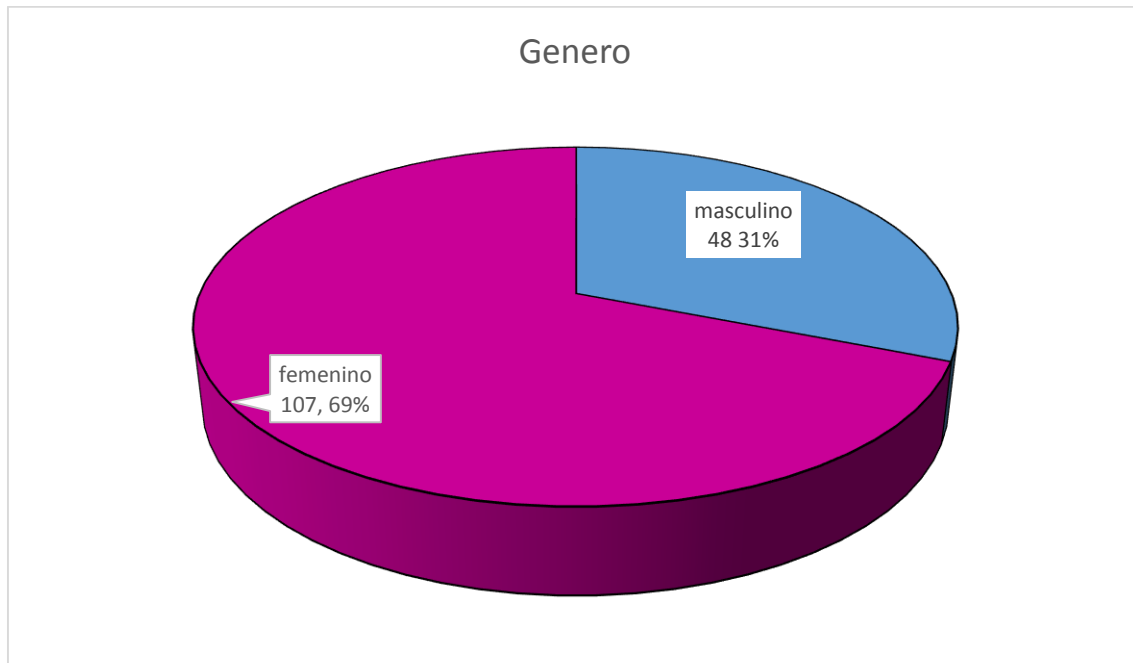
utilizará el programa SPSS v.20.0 para Windows, así como la hoja de cálculo electrónica Excel 2012 con su complemento analítico.

Se realizará el test de Chi cuadrado para examinar la asociación entre variables categóricas en grupos independientes.. Para ponderar las variables numéricas, se utilizarán medidas de tendencia central (como el promedio y la mediana) y medidas de dispersión (como el rango y la desviación estándar). En cuanto al análisis de datos, se utilizará el programa SPSS v.20.0 para Windows, así como la hoja de cálculo electrónica Excel 2012 con su complemento analítico, luego se generará la base de datos para poder realizar los cálculos estadísticos necesarios y expresarlos en sus correspondientes, tablas y graficas.

CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

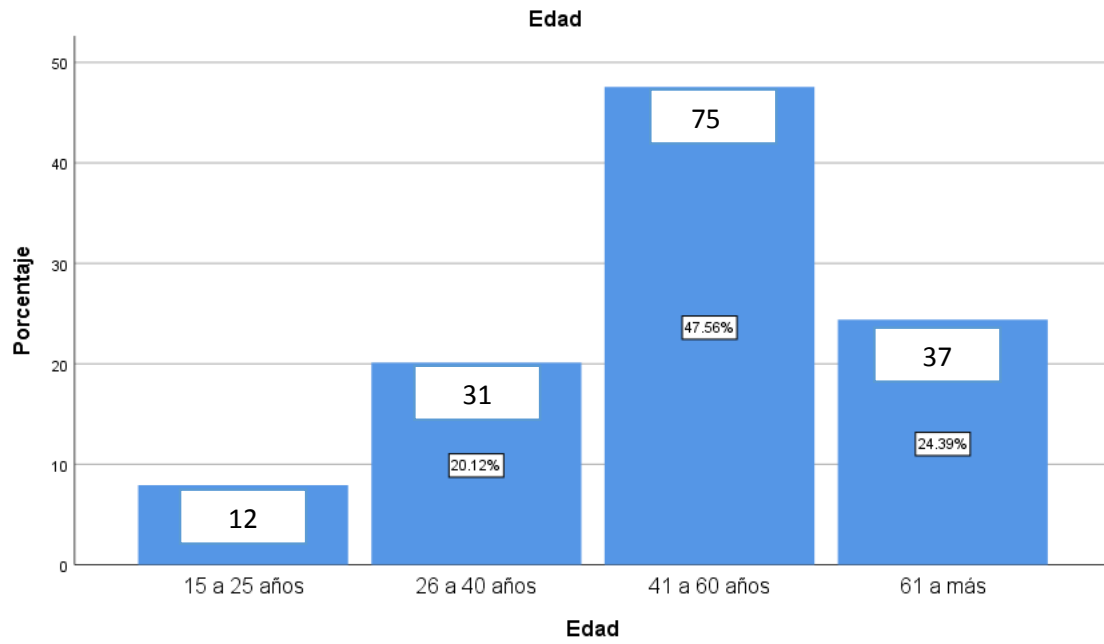
ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Gráfico 1. Distribución de genero de los pacientes



En el grafico 2. Se evidencia que hay una mayor cantidad de mujeres en el Hospital Regional del Cusco. (N=155) 69%.

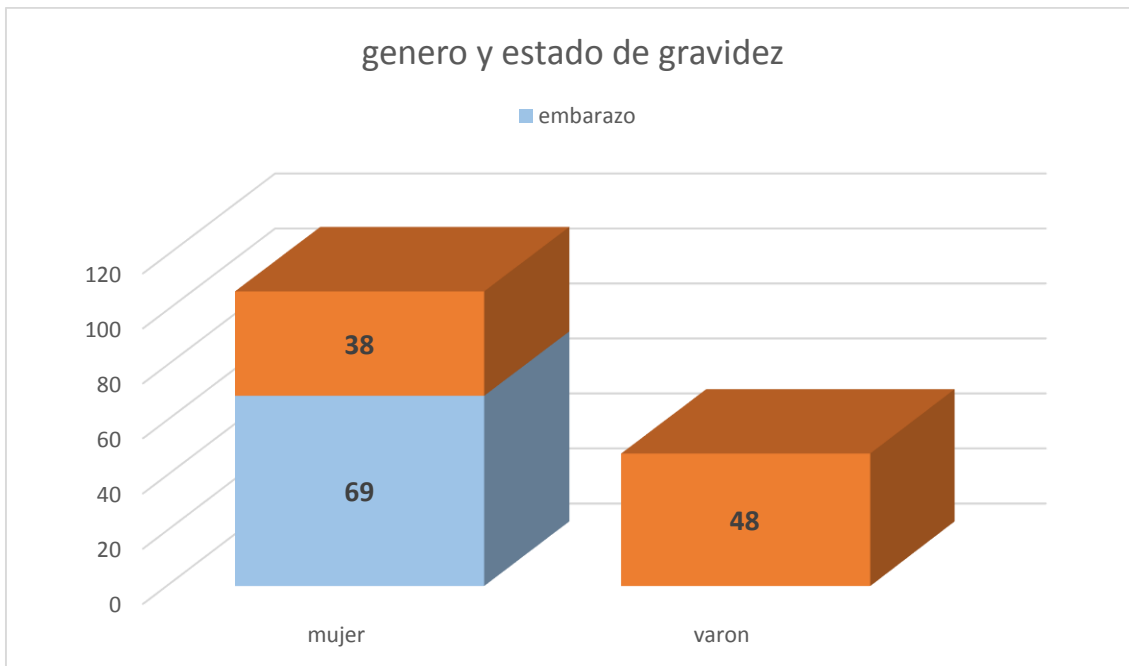
Gráfico 2. Distribución de los pacientes según edad



En el gráfico 3 se confirma un aumento significativo de pacientes entre 41 a 60 años, 75 pacientes (N=155).

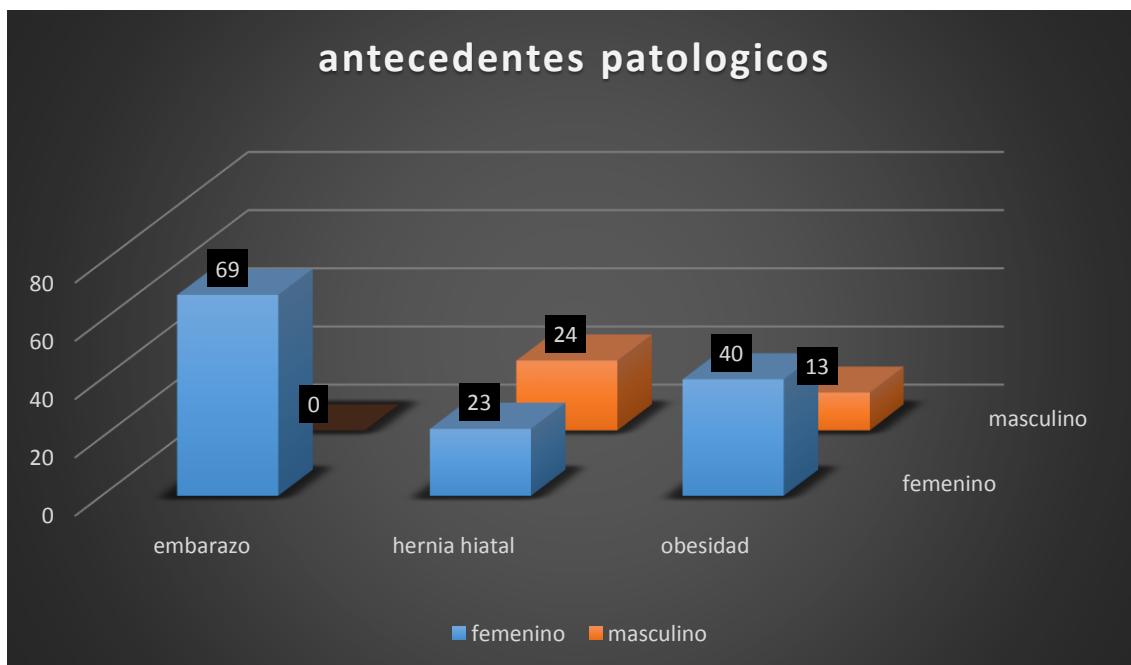
2.- Hallazgos clínicos

gráfico 3 distribución de los pacientes según género y estado de gravidez



En el grafico 4 se evidencia dentro de las mujeres las pacientes que estuvieron embarazadas fueron 69

gráfico 4 distribución de los pacientes según antecedentes patológicos





Se puede apreciar en el gráfico 5 que en el grupo de mujeres el antecedente patológico más frecuente es el embarazo (n=69), y en la población masculina el antecedente más frecuente fue la presencia de hernia hiatal (n=24).

Tabla 1 distribución de los pacientes con gastritis con y sin *helicobacter pylori* según si usa algún fármaco

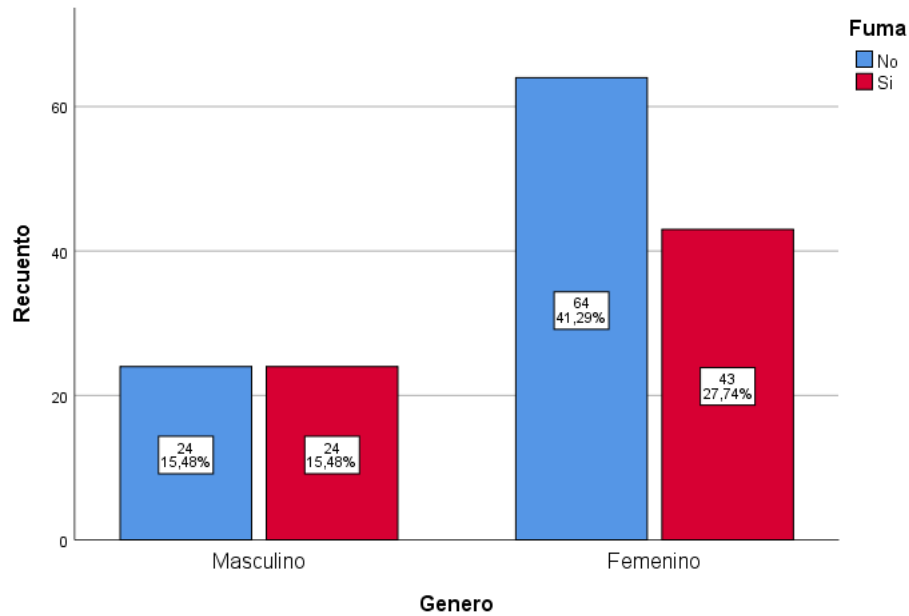
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	80	51,6
	Si	75	48,4
	Total	155	100,0

En la tabla 1 se observa que un 48,4% de la población uso algún fármaco, siendo en su mayoría el uso de omeprazol.



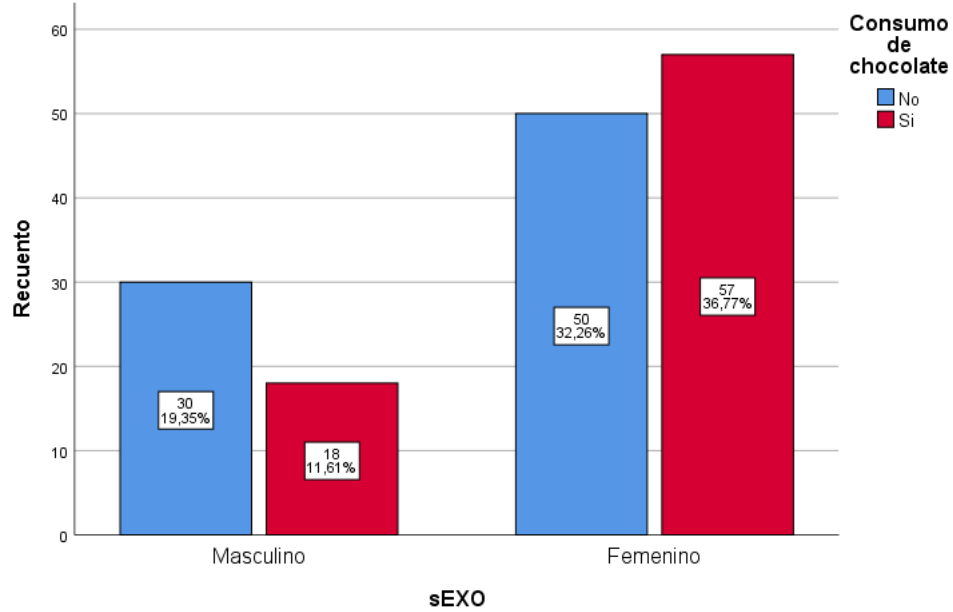
Hábitos nocivos

Gráfico 5 distribución de los pacientes según sexo y habito de fumar



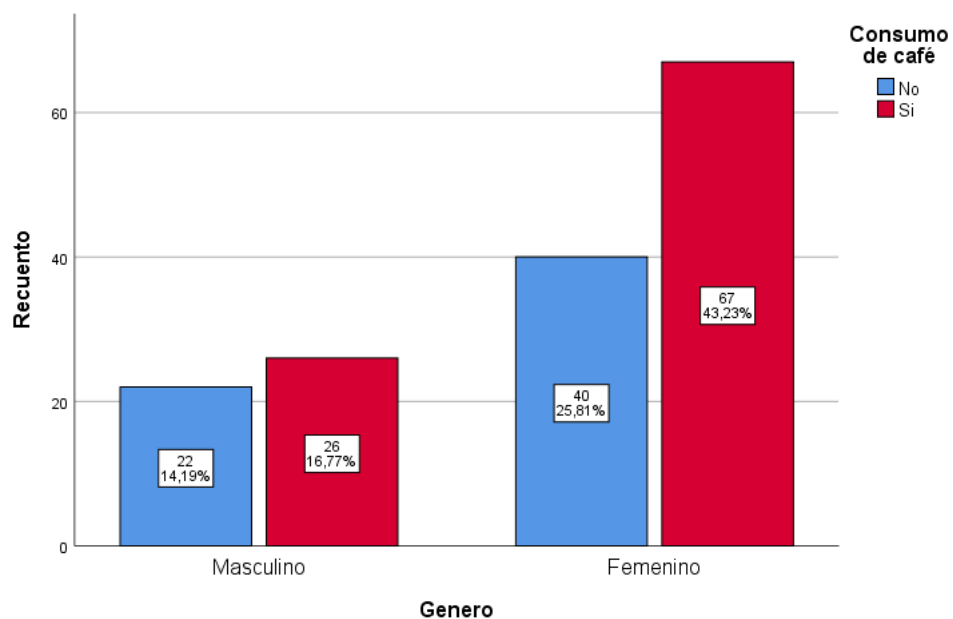
Se puede notar en la figura 6 que dentro del grupo de hombres no hubo diferencias del habito de fumar, pero en la población femenina 43 mujeres si fuman en comparación a las 64 mujeres que no fuman.

Gráfico 6 distribución de los pacientes según sexo y consumo de chocolate



En el grafico 7 se observa que en a la población masculina, 30 no consumen chocolate en comparación a 18 que, si consumen chocolate, y en la población femenina 57 mujeres si consumen chocolate en comparación a 50 que no consumen chocolate

Gráfico 7 distribución de los pacientes según sexo y consumo de café





En el grafico 8 se visualiza que al población del sexo i masculino existen 22 varones que no consumieron café en comparación a 26 que si consumen café, en la población femenina 40 mujeres no consumen café en comparación a 67 mujeres que si consumen café.

Tabla 2 distribución de pacientes según la frecuencia de consumo de cafe

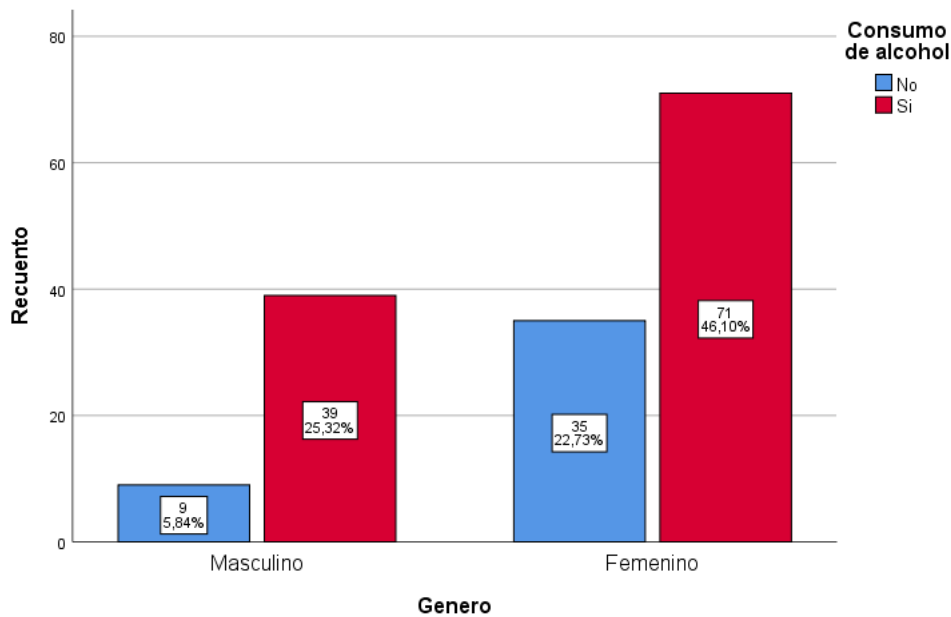
Frecuencia de consumo de café

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Diario	93	60,0	60,0	60,0
Alguna vez por semana	62	40,0	40,0	100,0
Total	155	100,0	100,0	

En la tabla 3 se nota que entre los pacientes que tiene el hábito diario de consumir café es más frecuente en un 60% (n=93)



Gráfico 8 distribución de los pacientes según sexo y consumo de alcohol



Es de percibir que dentro de la población masculina en su mayoría 39 varones si consumen alcohol. Igualmente, en la población femenina la mayoría 71 mujeres si consumen alcohol.

Tabla 3 distribución de los pacientes según la frecuencia de consumo de alcohol

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Diario	111	71,6
Alguna vez por semana	44	28,4
Total	155	100,0

En la tabla 4 se observa que dentro de la población que consume alcohol el habito diario es mas frecuente en un 71.6%.

Gráfico 9. Manifestaciones clínicas de los pacientes con gastritis



Dentro de las manifestaciones clínicas, lo más frecuente fueron el dolor abdominal con 126 pacientes seguido de síntomas dispépticos con 112 pacientes

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS

Tabla 4 Distribución de las pacientes según el grado de inflamación observado en los hallazgos endoscópicos

Grado de inflamación	Frecuencia	Porcentaje
Válido Leve	66	40.2
Moderado	77	47.0
Severa	21	12.8
Total	164	100.0

En la tabla 5 se observa que dentro de los hallazgos endoscópicos se observa que el grado de inflamación moderado es más frecuente $n=77$, 47%.



Tabla 5. Distribución de los pacientes según la presencia de gastritis nodular

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	79	48.2
	Si	84	51.2
	Total	163	99.4
Perdidos	Sistema	1	.6
Total		164	100.0

En la tabla 6 se observa que 84 pacientes tuvieron gastritis nodular 51.2% y 79 pacientes no tuvieron gastritis nodular 48.2%.

Tabla 6. Tipos de gastritis crónica en los pacientes según gravedad

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Grado 1 (leve)	66	42,6
	Grado 2 (moderado)	68	43,9
	Grado 3 (severo)	19	12,3
	Grado 4 (atrofia)	2	1,3
	Total	155	100,0

En la tabla 7 se observa mayor proporción de lesión moderada - severa en gastritis, siendo 68; 43,9% y 19; 12.3% respectivamente.

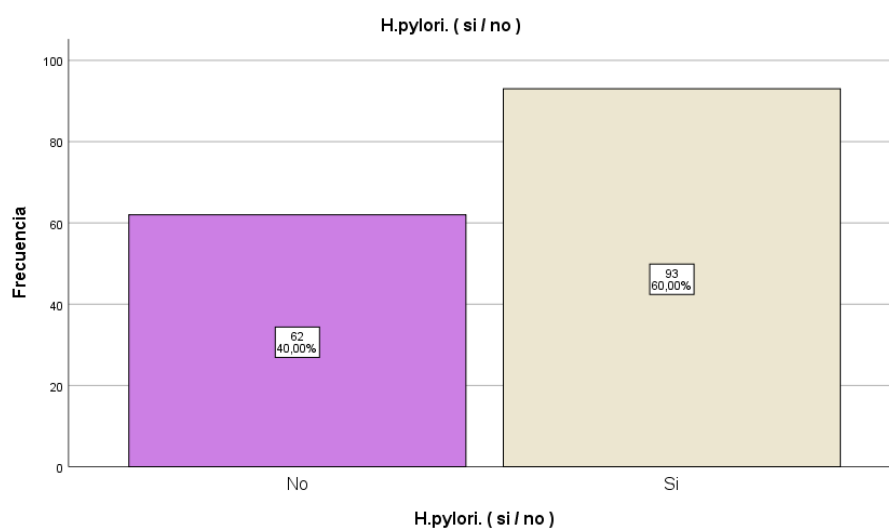


Tabla 7. Tipo de gastritis de los pacientes según su morfología.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Antral	87	56,1
	Corporal media	25	16,1
	Total	112	72,3
Perdidos	9,00	43	27,7
Total		155	100,0

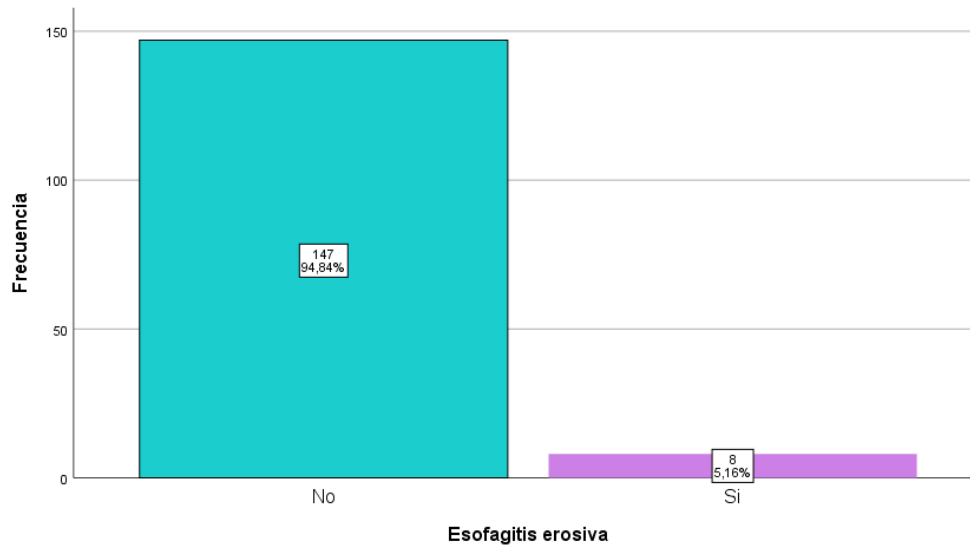
En la tabla 8 existe una proporción notablemente superior y significativa. de gastritis crónica antral quiescente siendo un 87 paciente (56,1%) en los pacientes con ERGE del servicio de Gastroenterología del Hospital Regional de Cusco.

Gráfico 10. Distribución de los pacientes con gastritis según la presencia o ausencia de *helicobacter pylori*.



En el gráfico 11 se observa que 93 pacientes con gastritis (60%) tienen helicobacter pylori según endoscopia, y 62 pacientes (40%) no presentaron helicobacter pylori.

Gráfico 11. Distribución de los pacientes con gastritis según la presencia de esofagitis erosiva



En el gráfico 12 se observa que 147 (95%) pacientes con gastritis no tuvieron esofagitis en comparación a 8 (5%) pacientes con gastritis si tuvieron esofagitis

Tabla 8. Clasificación los Ángeles de los pacientes que tuvieron esofagitis

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	grado A	3	1,9
	grado B	1	,6
	grado C	4	2,6
	Total	8	5,2
Perdidos	9,00	147	94,8



Total	155	100,0
-------	-----	-------

En la tabla 9 se aprecia que entre los 8 pacientes que presentaron esofagitis, hay una mayor proporción de grado c según la clasificación de los ángeles(n=4) 50%

ANÁLISIS INFERENCIAL

Tabla 9. Tabla cruzada entre gastritis con y sin helicobacter pylori con esofagitis erosiva.

			Esofagitis erosiva		Total
			No	Si	
Gastritis. H.pylori. (si / no)	No	valor absoluto	56	6	62
		% dentro de Esofagitis erosiva	38,1%	75,0%	40,0%
	Si	valor absoluto	91	2	93
		% dentro de Esofagitis erosiva	61,9%	25,0%	60,0%
Total		valor absoluto	147	8	155
		% dentro de Esofagitis erosiva	100,0%	100,0%	100,0%
			94,8%	5,2%	100,0%
Chi cuadrado: 4,306 P: 0.038					
Medidas simétricas phi: -0.17					



Se evidencia en la tabla 10 una correlación negativa estadísticamente representativa en los pacientes que presentan gastritis con/sin helicobacter y la presencia de esofagitis. Además, se registra un nivel de significancia del 0.038, se obtiene un valor de chi cuadrado de 4.306. Además, se registra un coeficiente phi de -0.17.

Tabla 10. Tabla cruzada entre gastritis con y sin helicobacter y los tipos de esofagitis

		Clasificación los Ángeles				Total
		grado A	grado B	grado C	grado D	
Gastritis	No	1	1	4	0	6
H.pylori. (si / no)	Si	2	0	0	0	2
Total		3	0	5	0	8
Chi cuadrado: 4,444						P: 0.035
Medidas simétricas						phi: 0.745

La tabla 11 muestra una conexión estadísticamente significativa entre la clasificación de los ángeles de esofagitis y la presencia de gastritis con o sin Helicobacter. Por otra parte existe un nivel de significancia de 0.035, donde el análisis revela un chi cuadrado de 4.444.



Tabla 11. Tabla cruzada de esofagitis erosiva y gastritis con y sin h.pylori, con las variables intervinientes

	Esofagitis Erosiva	Gastritis con /sin H. Pylori
Sexo	-	P= 0.523
Edad	-	P= 0.116
Antecedentes patológicos		
Embarazo	-	-
Hernia Hiatal	-	P= 0.272
Utiliza algún fármaco	-	-
Obesidad	-	P= 0.189
HÁBITOS NOCIVOS		
Fuma	-	P= 0.017
Consumo de chocolate	-	P= 0.049
Consumo de café	-	P= 0.462
Consumo de alcohol	-	P= 0.177
MANIFESTACIONES CLÍNICAS		
Dolor abdominal	-	P= 0.003
Reflujo gastroesofágico	-	P= 0.000
Síntomas dispépticos	-	P= 0.000
HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS	-	-
Grado de inflamación	-	P= 0.000
Gastritis Nodular	P= 0.01	P= 0.000



p valor < 0.05 (significativo)

En la tabla 12 se observa el entrecruzamiento de variables, verificando la presencia de asociación estadísticamente significativa entre gastritis con/sin helicobacter con las variables sexo, edad, hernia hiatal, obesidad, hábitos nocivos (fumar, consumo chocolate, café y alcohol), manifestaciones clínicas (dolor abdominal, reflujo gastroesofágico, síntomas dispépticos), y también con hallazgos endoscópicos (grado de inflamación y gastritis nodular).

Además de encontrar relación estadísticamente significativa entre esofagitis erosiva y gastritis nodular.



CAPITULO V: DISCUSIÓN

5.1.DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS MÁS RELEVANTES Y SIGNIFICATIVOS

Dentro de los hallazgos más destacados se encuentran :

- Se observa una prevalencia significativamente mayor de gastritis crónica antral quiescente que en aquellos con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). que acuden servicio de gastroenterología del Hospital Regional del Cusco
- Existe mayor proporción de lesión moderada - severa en gastritis es la que existen mayor proporción en las personas con ERGE del servicio de gastroenterología del Hospital Regional del Cusco

donde se encontraron relaciones estadísticamente significativas fueron:

- . Se detecta en el servicio de Gastroenterología del Hospital Regional de Cusco que los pacientes con gastritis asociada a la infección por *Helicobacter pylori* exhiben un menor grado de severidad de esofagitis erosiva.
- Hay una conexión relevante. y notable entre esofagitis y gastritis con y sin *helicobacter*, evidenciándose como factor protector la presencia de *helicobacter pylori*

5.2.LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Errores de clasificación para la esofagitis ya que no obtuvimos biopsias de forma rutinaria para histología, sino que confiamos en la apariencia endoscópica según la clasificación del esquema de clasificación de Los Ángeles.
- La escritura poco legible de los registros médicos realizadas a mano en el departamento de gastroenterología del Hospital Regional del Cusco.



- Poca afluencia de pacientes al servicio de gastroenterológica, probablemente a la pandemia por COVID-19

5.3.COMPARACIÓN CRÍTICA CON LA LITERATURA EXISTENTE

El reflujo gastroesofágico se refiere al movimiento del contenido gástrico hacia el esófago, y este proceso tiende a ser perjudicial para los pacientes y empeorar a medida que la enfermedad avanza. Es importante aclarar que la infección por *Helicobacter* provoca inflamación en la parte antral del estómago, lo cual resulta en una producción excesiva de ácido. Sin embargo, si la infección afecta la mucosa corporal responsable de la producción ácida, puede desarrollarse una gastritis atrófica que disminuye la acidez estomacal y, por lo tanto, reduce la incidencia del reflujo gastroesofágico. Por lo tanto, los efectos de erradicar el *helicobacter pylori* dependerá de las particularidades específicas específicas de la gastritis y la producción ácida mencionada.

En la tabla 12 se evidencia la no asociación significativa entre edad y género. Los hallazgos presentados son consistentes con los informados por investigadores previos en diferentes partes del mundo. Mahdi B. y sus colegas en India en 2011 (26), Xie T. y sus colegas en China en 2013 (27), y Rubenstein J. y sus colegas en Norteamérica en 2014 (28) también llegaron a resultados similares. Cabe destacar que entre los pacientes con esofagitis y aquellos sin esta patología digestiva, no se hallaron variaciones notables en cuanto género y lugar de origen, así lo demostró dicho estudio



El 100% de nuestros pacientes son diagnosticados con gastritis. Al analizar los datos en la tabla, se pudo observar la frecuencia de infección en relación a los pacientes con esofagitis. Se identificaron 8 pacientes con esofagitis dos de ellos tenían helicobacter pylori mientras que los otros 6 no presentaban esta infección. Por otro lado, entre los 56 pacientes sin esofagitis, el 38% no presentaba infección por helicobacter pylori, sin embargo el 62% sí tenía esta infección.

La asociación entre la infección por H. pylori y el reflujo gastroesofágico, (ERGE) ha sido objeto de estudio y la evidencia disponible muestra resultados contradictorios. Algunos estudios sugieren una correlación inversa entre la frecuencia de ERGE y la presencia de H. pylori, principalmente en países con alta incidencia de la infección.

Un estudio relevante realizado por Douglas A y su equipo en Norteamérica en 2009 (29) analizó retrospectivamente 256 pacientes en un diseño de casos y controles para examinar el impacto de la infección por H. pylori en el desarrollo de la enfermedad erosiva por reflujo gastroesofágico, se llevó a cabo una investigación. Los hallazgos revelaron una asociación significativa inversa entre la presencia de reflujo y la infección por H. pylori (odds ratio = 0.27, intervalo de confianza del 95%: 0.15-0.47, $p < 0.05$). Esta conclusión respaldan los resultados obtenidos en nuestro propio estudio, donde también encontramos una fuerte asociación inversa entre la esofagitis por ERGE y la presencia de H. pylori en pacientes con gastritis.

Adicionalmente, las conclusiones del estudio realizado por Xie T y colaboradores en China en 2013 (27) respaldan esta asociación inversa. A través de un metanálisis de 43 estudios observacionales, se registró una correspondencia relevante y opuesta. entre la infección por H. pylori y la enfermedad erosiva por reflujo gastroesofágico (OR = 0.64, IC 95% 0.49-0.83, $p < 0.01$). Estos resultados fortalecen la evidencia de una posible



relación inversa entre la infección por *H. pylori* y el desarrollo de la enfermedad erosiva por reflujo gastroesofágico.

No obstante, es importante tomar en cuenta que la relación entre ambos puede verse influenciada por factores geográficos y poblacionales específicos,

Existe una hipótesis que sugiere que la infección por *H. pylori* durante la infancia tiene la facultad de influir en la regulación de la respuesta inflamatoria Th1 y Th2, lo que potencialmente podría proporcionar una explicación para el efecto protector observado en casos de esofagitis. La década de 1990, se reportaron casos iniciales de pacientes que experimentaron síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) o mostraron signos endoscópicos de esofagitis después de recibir tratamiento para erradicar la infección por *Helicobacter pylori*. La posibilidad de que la infección por *H. pylori* tenga un efecto protector contra la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), así como contra el desarrollo de esófago de Barrett y adenocarcinoma esofágico, surge debido a que esta infección puede llevar a la atrofia del cuerpo gástrico y a una reducción en la generación de ácido gástrico en ciertos pacientes. De hecho, múltiples estudios han observado un vínculo opuesto entre la infección por *H. pylori* y la presencia de esofagitis. Este estudio cuestiona la idea de que la infección por *H. pylori* protege contra la esofagitis al inhibir la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Un metaanálisis encontró que la erradicación de *H. pylori* no promueve generalmente la ERGE. La producción de ácido gástrico se ve afectada de manera diferente en las infecciones por *H. pylori* con predominio de cuerpo y con predominio antral. Los casos de ERGE se relacionan con el consumo de café y grasas en la zona norte de Cusco - La convención, donde hay una elevada frecuencia de la infección por *H. pylori* por la ausencia de disponibilidad de asistencia sanitaria adecuada.



5.4.IMPLICANCIAS DEL ESTUDIO

- Aportar nuevos hallazgos acerca del enlace entre la existencia del H. pylori y la aparición de esofagitis en pacientes que padecen gastritis.
- **CONCLUSIONES:**
 - Se observó una correlación significativa y opuesta entre la detección de H. pylori y de esofagitis erosiva en personas con gastritis.
 - Se estableció una conexión significativamente estadística entre la presencia de helicobacter pylori y el consumo de cigarrón y chocolate en los pacientes que desarrollaron gastritis.



RECOMENDACIONES

PARA LAS UNIVERSIDADES

1. Sería beneficioso que los directivos de las universidades motivaran a los grupos que se interesan por indagar este tipo de tema ,que realicen estudios innovadores para que exploren la conexión entre h. pylori y esofagitis erosiva. Esto se podría lograr asignando recursos financieros específicos o promoviendo concursos académicos que se enfoquen en esta materia.

PARA LOS HOSPITALES

Como directores encargados de la unidad de atención médica y de la capacitación de los futuros profesionales de salud, tienen la responsabilidad y el deber de promover la realización de investigaciones novedosas. Además, en colaboración con el personal médico, deben brindar información a los pacientes sobre la enfermedad y desempeñar un rol crucial como puntos de referencia en la atención clínica cotidiana. en los hospitales de Cusco.

PARA LOS PROFESIONALES DE SALUD

2. Es recomendable que los médicos y el personal asistencial presten especial atención a las variables que muestren una asociación estadísticamente significativa.

PARA LA SOCIEDAD

3. una excelente idea que las autoridades regionales realicen actividades para difundir el conocimiento sobre la esofagitis erosiva y promover la conciencia sobre su desarrollo en la población de Cusco.



4. Se recomienda a las autoridades regionales realizar actividades relacionadas a la difusión del conocimiento sobre la enfermedad y el desarrollo de esofagitis erosiva a la población cusqueña.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. helicobacter-pylori-spanish-2010.pdf [Internet]. [citado 30 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/helicobacter-pylori-spanish-2010.pdf>
2. Castillo Contreras O, Maguiña Quispe J, Benites Goñi H, Chacaltana Mendoza A, Guzmán Calderón E, Dávalos Moscol M, et al. Prevalencia de Helicobacter pylori en pacientes sintomáticos de consulta externa de la Red Rebagliati (EsSalud), Lima, Perú, en el período 2010 - 2013. Revista de Gastroenterología del Perú. enero de 2016;36(1):49-55.
3. Cubas-Benavides F. Prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y su repercusión en la calidad de vida de la población general adulta del distrito de Chiclayo.
4. Vargas Cárdenas G. Esófago de Barrett: Prevalencia y Factores de Riesgo en el Hospital Nacional «Arzobispo Loayza» Lima-Perú. Revista de Gastroenterología del Perú. septiembre de 2010;30(4):284-304.
5. Barreda Costa C, Arcana López R, Salazar Cabrera F, Barriga Calle E, Monge Zapata V, Salazar Muelle F, et al. Menor prevalencia de infección por Helicobacter pylori observada en pacientes con esofagitis erosiva. Revista de Gastroenterología del Perú. enero de 2014;34(1):33-7.
6. Harrison. Principios de Medicina Interna, 21e | AccessMedicina | McGraw Hill Medical [Internet]. [citado 30 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookID=3118>
7. Kirschner DE, Blaser MJ. The dynamics of Helicobacter pylori infection of the human stomach. J Theor Biol. 21 de septiembre de 1995;176(2):281-90.



8. Alderete AD, Pérez YR, Molina AO. Caracterización clínico-epidemiológica-endoscópica-anatomopatológica y microbiológica de pacientes con gastritis. Policlínico 19 de Abril. 2012-2016. Panorama Cuba y Salud. 15 de septiembre de 2017;12(3):39-45.
9. Alfonso YA, Pérez LR, Ruiz MCR, Rodrí LLR. Gastritis crónica antral por *Helicobacter pylori* asociada a la enfermedad por reflujo gastroesofágico.
10. Mulet Pérez A, Rodríguez Castro Y, Gámez Escalona MM, Rodríguez González L, Rodríguez Diéguez M, Matos Pérez MJ. Gastritis crónica antral por *Helicobacter pylori* en pacientes con y sin reflujo duodenogástrico. Correo Cient Méd Holguín [Internet]. 2014 [citado 30 de mayo de 2023]; Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v18n1/ccm09114.pdf>
11. Yalaki S, Pulat H, Ilhan A. Localization of *Helicobacter pylori* gastritis and the relation of existing histopathological features with reflux esophagitis. Scandinavian Journal of Gastroenterology. 2 de enero de 2020;55(1):27-33.
12. Peura DA, Haber MM, Hunt B, Atkinson S. *Helicobacter pylori*-negative gastritis in erosive esophagitis, nonerosive reflux disease or functional dyspepsia patients. J Clin Gastroenterol. marzo de 2010;44(3):180-5.
13. Saona Cabanillas AR. Prevalencia de *helicobacter pylori* en pacientes con síntomas dispépticos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2016-2018. Universidad Nacional de Cajamarca [Internet]. 2020 [citado 30 de mayo de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/3848>
14. Bocanegra Romero LV. Asociación entre infección por *Helicoacter pylori* y esofagitis por reflujo gastroesofágico en el Hospital Belén de Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego [Internet]. 2018 [citado 30 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/3924>
15. Spitz L, McLeod E. Gastroesophageal reflux. Semin Pediatr Surg. noviembre de 2003;12(4):237-40.
16. Clarrett DM, Hachem C. Gastroesophageal Reflux Disease (GERD). Mo Med. 2018;115(3):214-8.
17. Henry MAC de A. Diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. Arq Bras Cir Dig. 2014;27(3):210-5.
18. Mello M, Gyawali CP. Esophageal manometry in gastroesophageal reflux disease. Gastroenterol Clin North Am. marzo de 2014;43(1):69-87.
19. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, Atherton J, Axon ATR, Bazzoli F, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection--the Maastricht IV/ Florence Consensus Report. Gut. mayo de 2012;61(5):646-64.
20. Cardona H, Gutierrez O, Becerra J, Pardo J, Colegial C, Rojas M del C, et al. Metaplasia intestinal de la union esofagogastrica: prevalencia, relacion con reflujo gastroesofagico, *Helicabacter pilori* e histologia gastrica. Rev colomb gastroenterol. 2000;95-102.



21. Chow WH, Blaser MJ, Blot WJ, Gammon MD, Vaughan TL, Risch HA, et al. An inverse relation between cagA+ strains of *Helicobacter pylori* infection and risk of esophageal and gastric cardia adenocarcinoma. *Cancer Res.* 15 de febrero de 1998;58(4):588-90.
22. Proceso de Investigación: Diseño de la Investigación - Centro de Investigación de Empresas - CIE [Internet]. 2019 [citado 30 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.uprm.edu/ademinvestiga/disenode-la-investigacion/>
23. cap03.pdf [Internet]. [citado 30 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://virtual.urbe.edu/tesispub/0092660/cap03.pdf>
24. Westreicher G. Muestreo por conveniencia [Internet]. Economipedia. [citado 30 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://economipedia.com/definiciones/muestreo-por-conveniencia.html>
25. Muguirra A. Tipos de muestreo: Cuáles son y en qué consisten [Internet]. QuestionPro. 2017 [citado 30 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.questionpro.com/blog/es/tipos-de-muestreo-para-investigaciones-sociales/>
26. Mahdi BM. The relationship between *Helicobacter pylori* infection and gastroesophageal reflux disease. *N Am J Med Sci.* marzo de 2011;3(3):142-5.
27. Xie T, Cui X, Zheng H, Chen D, He L, Jiang B. Meta-analysis: eradication of *Helicobacter pylori* infection is associated with the development of endoscopic gastroesophageal reflux disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* octubre de 2013;25(10):1195-205.
28. Rubenstein JH, Inadomi JM, Scheiman J, Schoenfeld P, Appelman H, Zhang M, et al. Association between *Helicobacter pylori* and Barrett's Esophagus, Erosive Esophagitis, and Gastroesophageal Reflux Symptoms. *Clin Gastroenterol Hepatol.* febrero de 2014;12(2):239-45.
29. Corley DA, Kubo A, Levin TR, Block G, Habel L, Rumore G, et al. *Helicobacter pylori* and gastroesophageal reflux disease: a case-control study. *Helicobacter.* octubre de 2008;13(5):352-60.
30. Yaghoobi M, Farrokhyar F, Yuan Y, Hunt RH. Is there an increased risk of GERD after *Helicobacter pylori* eradication?: a meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* mayo de 2010;105(5):1007-13; quiz 1006, 1014.





ANEXOS

Código_____

ANEXO N° 01

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

**ESOFAGITIS EROSIVA EN PACIENTES CON GASTRITIS ASOCIADO A
INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO EN EL
PERIODO 2022**

Estudiante: Yuli Guzmán Huamán

Universidad Andina del Cusco

Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional del Cusco

Objetivo: Determinar la asociación entre la esofagitis erosiva y la gastritis con y sin Helicobacter Pylori en el servicio de Gastroenterología del Hospital Regional de cusco, del periodo 2018 – 2019

Instrucciones: Marcas con una (X) la opción que crea correcta y complete los espacios en blanco.

1.- Filiación

Nombre y apellidos:_____ HC:_____

Sexo: (M) (F)

Fecha de nacimiento: ___/___/___

2.-Hallazgos clínicos

Antecedente Patológico:



Embarazo Si () No ()

Hernia Hiatal Si () No ()

Utiliza algún fármaco Si () No () menciónelo_____

Obesidad Si () No () IMC_____

Hábitos nocivos

- Fuma Si () No ()
- Consumo de chocolate Si () No ()
- Consumo de café Si () No () si la respuesta fue si, con que frecuencia lo toma?
Diario () alguna vez por semana () una vez por semana () muy rara vez ()
alguna vez por mes ()
- Consumo de alcohol Si () No () si la respuesta fue si, con que frecuencia lo
toma? Diario () alguna vez por semana () una vez por semana () muy rara
vez () alguna vez por mes ()

Manifestaciones clínicas:

- a. Dolor abdominal: Si () No ()
- b. Reflujo gastroesofágico: Si () No ()
- c. Síntomas Dispépticos: Si () No ()
- d. Otros:_____
- e. Asintomático.

3.-Hallazgos endoscópicos

- a. Grado de inflamación: Leve () Moderada () Severa ()
- b. Gastritis Nodular: Si () No ()
- c. Úlcera Gástrica: Si () No ()



d. Ulcera duodenal: Si () No ()

e. Pólipos gástricos: Si () No ()

Lesión histopatológica gástrica (informe medico)

RESULTADO DEL INFORME HISTOPATOLOGICO.	ANTRO	CUERPO	FONDO
Lesión histopatológica gástrica: _____ _____ _____			
H. pylori. (si / no) Hipodenso Denso Hiperdenso			

Observaciones:

5.-clasificacion de los ángeles. Marcar con X

Grado A	Una o más rupturas de la mucosa confinadas a los pliegues mucosos, cada uno < 5 mm	
Grado B	Por lo menos una ruptura de la mucosa > 5 mm, confinada a los pliegues mucosos pero	




	sin continuidad en los bordes de dos de los pliegues	
Grado C	Por lo menos una ruptura de la mucosa entre los límites de dos pliegues de la mucosa, pero sin ser circunferencial.	
Grado D	Ruptura circunferencial de la mucosa.	



VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA EVALUACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?					x
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?					x
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?					x
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?					x
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?					x
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?					x
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					x
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					x
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?					x
10. ¿Que aspectos habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o que aspectos habría que suprimir?					

<p style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">Cecilio Hugo Moran Bobadilla</p>	<div style="text-align: right;">  <p style="font-size: 0.8em;">16/04/18</p> </div>
NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA Y SELLO
	FECHA



HOJA DE PREGUNTAS PARA LA EVALUACIÓN


PREGUNTAS	ESCALA				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?				X	
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?					X
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?				X	
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?					X
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?					X
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?					X
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?				X	
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?				X	
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?				X	
10. ¿Que aspectos habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o que aspectos habría que suprimir?					

CÉSAR IVÁN FERRÁNDIZ TORRES	 César Ferrándiz Torres MÉDICO PEDIATRA C.M.S. 13651 B.N.E. 22670	16 07 18
NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA Y SELLO	FECHA



HOJA DE PREGUNTAS PARA LA EVALUACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?					X
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?					X
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?					X
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?					X
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?					X
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?					X
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					X
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					X
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?					X
10. ¿Que aspectos habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o que aspectos habría que suprimir?					

	 Ernesto R. Cazorla Cornejo GASTROENTERÓLOGO C.M.P. 22113 - R.N.E. 14282	
NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA Y SELLO	FECHA



HOJA DE PREGUNTAS PARA LA EVALUACIÓN


PREGUNTAS	ESCALA				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?				2	
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?				2	
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?					2
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?					2
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?				2	
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?				2	
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					2
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					2
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?				2	
10. ¿Que aspectos habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o que aspectos habría que suprimir?					

	 Dr. Ruben Ulises Conqueza Mamallari MEDICO GASTROENTEROLOGO C.M.P. 48854 H.N.E. 28854	16/09/17
NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA Y SELLO	FECHA



HOJA DE PREGUNTAS PARA LA EVALUACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?				2	
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?				2	
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?					2
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?				2	
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?				2	
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?					2
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?				2	
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?				2	
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?				2	
10. ¿Que aspectos habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o que aspectos habría que suprimir?					

Jhandyra Gómez Valer	 Jhandyra Gómez Valer MÉDICO - GASTROENTERÓLOGA CMP 56218 RNE: 32964	16/4/18
NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA Y SELLO	FECHA