

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**“PREVALENCIA DE LESIONES GÁSTRICAS PREMALIGNAS
O MALIGNAS DIAGNOSTICADO ENDOSCÓPICAMENTE EN
PACIENTES CON DISPEPSIA, HOSPITAL RENE TOCHE
GROPO DURANTE 2013-2015”**

PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

**PRESENTADO POR EL BACHILLER
DÁVALOS SALINAS, HÉCTOR ENRIQUE JESÚS**

Dr. Jhony Alberto De la Cruz Vargas

DIRECTOR DE TESIS

Dra. Rosa Bertha Gutarra Vilchez

ASESORA DE TESIS

LIMA – PERÚ

- 2016 -

AGRADECIMIENTO

A la Dra. Romy Morales Arana, por el apoyo para realizar este trabajo.

A la Dra. Rosa Gutarra Vilchez por el asesoramiento y la paciencia al realizar este trabajo.

Al hospital Rene Toche Groppo, sus respectivas autoridades, personal de salud y administrativo de la ciudad de Chincha, que con buena voluntad, me permitieron realizar la investigación.

A todos los pacientes atendidos en el hospital, quienes de forma anónima participaron en este trabajo

A la universidad por las enseñanzas impartidas en sus aulas y la oportunidad de entrar a esta bella profesión

A mis amigos, por el apoyo desinteresado y los gratos momentos compartidos.

Y sobre todo a Dios y a mi familia por haberme apoyado durante todos los años de aprendizaje, de manera incondicional y constante. Estando en los buenos y malos momentos.

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a Dios y a mi amada familia, que gran esmero, ahora, nos ayudan a cumplir una meta más en nuestra vida profesional

INDICE

RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
1 CAPITULO I.....	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: GENERAL Y ESPECIFICOS	9
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.5.1 OBJETIVO GENERAL.....	12
1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
2 CAPÍTULO II	13
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	13
2.2 BASES TEÓRICAS – ESTADÍSTICAS	16
2.2.1 DISPEPSIA	16
2.3 HALLAZGOS HISTOLÓGICOS	18
2.4 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES	23
3 CAPITULO III.....	26
3.1 HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS	26
3.2 VARIABLES: INDICADORES.....	26
3.2.1 Variables dependientes.....	26
3.2.2 Variables independientes.....	26
3.2.3 Variable interviniente.....	26
4 CAPITULO IV	27
4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	27
4.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	27
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	27
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	27
4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS	27
4.6 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	28

5	CAPÍTULO V	29
5.1	RESULTADOS	29
5.2	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	41
6	CAPITULO VI	44
6.1	CONCLUSIONES	44
6.2	RECOMENDACIONES	44
	BIBLIOGRAFÍA.....	45
	ANEXOS	51
	ANEXO 01	51
	ANEXO 02	53

RESUMEN

Objetivo principal: determinar la prevalencia de lesiones pre malignas y malignas en pacientes de 15 a 45 años de edad con dispepsia en el hospital Rene Toche Groppo durante los años 2013 al 2015

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional no experimental, transversal descriptivo y retrospectivo, con un enfoque cuantitativo, de una población de 356 personas de 15 a 45 años, con dispepsia que se realizaron endoscopia alta. Se recolectó los datos mediante una ficha de recolección y se obtuvo los resultados mediante el programa SPSS versión 23.0

Resultados: se ha establecido que de un total de 33 pacientes con dispepsia de 15 a 45 años, en el cual se le realizó endoscopia digestiva alta y se le encontró lesiones pre malignas o malignas, en el Hospital Rene Toche Groppo, durante enero 2013 a diciembre del 2015. La prevalencia de lesiones pre maligna es 8,4% y maligna 0,8%. El sexo más frecuente en presentar lesiones pre malignas fue el femenino (76,7%), en contraste del sexo masculino (23,3%); se observó que en las lesiones malignas el sexo masculino fue el más frecuente con el 66,67%. El síntoma clínico más frecuente fue la epigastralgia (69,7%), seguido por: llenura precoz y pérdida de peso (15,15%), epigastralgia y melena (6,06%), epigastralgia y llenura precoz (3,03%), epigastralgia y meteorismo (3,03%), hematemesis y melena (3,03%). La presencia de *Helicobacter pylori* fue del 18%, no lo presentan (12%) y no reporta (3%)

Conclusión: En comparación con otros estudios la prevalencia de lesiones pre malignas ha sido baja, pero la prevalencia de lesiones malignas ha sido de similar porcentaje. El síntoma clínico más frecuente es la epigastralgia. El sexo más frecuente en lesiones pre malignas es el femenino, en comparación de las lesiones malignas que es el sexo masculino.

Recomendaciones: Prever y efectuar acciones orientadas a reconocer, detectar e identificar de manera adecuada, oportuna y eficaz las lesiones pre malignas y malignas

ABSTRACT

Main objective: To determine the prevalence of premalignant and malignant lesions in patients 15-45 years of age with dyspepsia in hospital René Toche Groppo for the years 2013 to 2015

Materials and Methods: A non-experimental, cross-sectional descriptive retrospective observational study, with a quantitative approach, from a population of 356 people aged 15 to 45, with dyspepsia to upper endoscopy were performed. Data was collected using a data-collection and the results obtained using SPSS version 23.0.

Results: It has been established that a total of 33 patients with dyspepsia of 15-45 years, which underwent upper endoscopy and was found pre-malignant or malignant lesions, Rene Hospital Toche Groppo, during January 2013 to December 2015. The prevalence of pre malignant lesions is 8.4% and 0.8% malignant. The most frequent sex in pre malignant lesions present was the female (76.7%), in contrast to male (23.3%); It was observed in malignant lesions male sex was the most frequent with 66.67%. The most common clinical symptom was epigastric pain (69.7%), followed by: early fullness and weight loss (15.15%), epigastric pain and hair (6.06%), epigastric fullness and early (3.03%), epigastric pain and bloating (March 03%), hematemesis and melena (3.03%). The presence of *Helicobacter pylori* was 18%, do not have (12%) and not reported (3%).

Conclusion: Compared with other studies the prevalence of pre-malignant lesions has been low, but the prevalence of malignant lesions was similar percentage. The most common clinical symptom is epigastric pain. The most common pre-malignant lesions sex is female, compared to malignant lesions is male.

Recommendations: Prevent and perform actions to recognize, detect and identify appropriate, timely and effective pre-malignant and malignant lesions

INTRODUCCIÓN

El cáncer gástrico es una de las más importantes causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, el cual es influenciado por varios factores de riesgo.

Según el GLOBOCAN 2012, en el mundo se registran 14.1 millones de casos nuevos de cáncer en hombres y mujeres, con una mortalidad de 8.2 millones debida al cáncer. En el Perú, se registran 47 mil casos nuevos de cáncer entre hombres y mujeres. También hay 26 mil casos de muertes por cáncer ⁽¹⁰⁾.

Siendo el cáncer gástrico la segunda neoplasia maligna más frecuente en hombres, y la tercera neoplasia maligna más frecuente en mujeres. Pero en ambos sexos juntos sería la neoplasia maligna más frecuente ⁽¹⁰⁾.

Por ese motivo, se tiene que identificar cuáles son los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer gástrico. Estos factores de riesgo pueden ser: hábitos alimentarios, hábitos de fumar, la infección por la bacteria *Helicobacter pylori* y lesiones pre malignas.

También se ha observado, que las lesiones pre malignas o malignas se han diagnosticado en personas cada vez más jóvenes. Por tal motivo, se optó por este trabajo de investigación para determinar la prevalencia de lesiones pre malignas y malignas en pacientes jóvenes y adultos jóvenes.

1 CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: GENERAL Y ESPECIFICOS

La dispepsia es uno de los problemas más frecuente en salud pública en cualquier sociedad moderna, debido a muchos factores sociales, familiares e individuales ⁽¹⁾.

La prevalencia de la dispepsia varía considerablemente en las distintas poblaciones y depende de la definición utilizada en los diferentes estudios ⁽²⁾

Algunos estudios utilizan como definición de dispepsia “dolor en el abdomen superior” la prevalencia de dispepsia varía entre el 7% y el 34%⁽³⁾. Cuando la definición es más amplia, síntomas gastrointestinales en abdomen superior, se observa una prevalencia de entre el 23% y el 45% ⁽³⁾.

Debido a que la dispepsia puede producir lesiones en el estómago ya sean pre malignos y/o malignos se realiza este estudio.

El cáncer gástrico es un problema de salud tanto en países desarrollados como en los países en vía de desarrollo debido a que epidemiológicamente es uno de los cánceres más frecuente del mundo ⁽⁴⁾, cuarto tumor más frecuente del mundo ⁽⁵⁾. Hasta la década de 1980, la primera causa de muerte de cáncer era el cáncer gástrico; Luego, fue desplazado por el cáncer de pulmón ^(6,7).

La incidencia de cáncer gástrico ha descendido rápidamente en las recientes décadas ⁽⁸⁾, debido al reconocimiento del H. Pylori como factor de riesgo, y otros como la dieta y el ambiente.

En el Reino Unido, hubo un descenso continuo en la incidencia de cáncer gástrico, con reducción del riesgo relativo de 1.14 (durante 1971 a 1975) a 0.84 (durante 1996 al 2000) en hombres; y en mujeres, de 1.18 (1971 a 1975) a 0.81 (1996 a 2000) ⁽⁹⁾

Según el área geográfica el cáncer gástrico presenta diferentes incidencias. En Norteamérica y partes de África presentan una baja incidencia en comparación de Sudamérica, Este de Asia y el Este de Europa ⁽⁴⁾

En base al GLOBOCAN 2012 (el más reciente), en el mundo se registran 14.1 millones de casos nuevos de cáncer en hombres y mujeres, y hay una mortalidad de 8.2 millones por cáncer. En el Perú, se registran 47 mil casos nuevos de cáncer entre hombres y mujeres. También hay 26 mil casos de muertes por cáncer ⁽¹⁰⁾

El cáncer gástrico es la cuarta neoplasia más frecuente en hombres y el quinto más frecuente en mujeres. Siendo la tercera la causa de muerte en hombres y mujeres, debido a su diagnóstico tardío.

En Perú, no existe un adecuado registro de cáncer gástrico nacional. Los registros de cáncer de Lima, Trujillo y Arequipa se ha estimado que en el 2004, la incidencia de cáncer fue 4541 casos. En estas ciudades, el cáncer gástrico es la primera causa de cáncer en ambos sexos. ⁽¹¹⁾

En Lima metropolitana, en el periodo 2004-2005, el cáncer gástrico se sitúa en el primer lugar ⁽¹²⁾. También en ese periodo, en el Perú se observó 21.1 casos por 100 mil habitantes ⁽¹³⁾

En la ciudad de chincha no hay datos publicados sobre la incidencia ni la prevalencia de la patología gástrica.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En la ciudad de chincha no hay datos publicados sobre la incidencia ni la prevalencia de la patología gástrica y es por ello que nos planteamos la siguiente pregunta: ¿Cuál es la prevalencia de lesiones pre malignas y/o

malignas gástricas diagnosticado endoscópicamente en pacientes entre 15-45 años de edad con dispepsia en el hospital Rene Toche Groppo durante los años 2013 a 2015?

1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Epidemiológicamente

La dispepsia es uno de los problemas más frecuente en salud pública en cualquier sociedad moderna, debido a muchos factores sociales, familiares e individuales ⁽¹⁾.

La prevalencia de la dispepsia varía considerablemente en las distintas poblaciones y depende de la definición utilizada en los diferentes estudios ⁽²⁾

Geográficamente

La incidencia más elevada de cáncer gástrico se encuentra en el mundo occidental. Siendo los países en vías de desarrollo lo más afectados ⁽¹⁰⁾. En Sudamérica, el país con una de la más alta incidencia es el Perú.

Impacto económico y calidad de vida

La dispepsia es un trastorno de buen pronóstico. Sin embargo, la persistencia y recidiva de sus síntomas pueden interferir en las actividades de la vida diaria, causando un importante deterioro de la calidad de vida.

El cáncer gástrico es la segunda neoplasia maligna más frecuente encontrada, precedida del cáncer de pulmón. Su diagnóstico es tardío por lo que el deterioro de la calidad de vida es rápida

Impacto social

Debido a que la neoplasia es una enfermedad que se diagnostica tardíamente, se vuelve una carga para la familia.

1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El lugar donde se plantea el problema de la investigación es el departamento de Gastroenterología del Hospital Rene Toche Groppo. En el periodo desde Enero del 2013 a Diciembre del 2015.

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de lesiones pre malignas y/o malignas gástricas diagnosticado endoscópicamente en pacientes entre 15-45 años de edad con dispepsia en el hospital Rene Toche Groppo durante los años 2013 a 2015

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia de lesiones pre malignas gástricas en jóvenes y adultos jóvenes
- Determinar la prevalencia de lesiones malignas gástricas en jóvenes y adultos jóvenes
- Determinar el sexo predominante afectado con lesiones pre malignas en pacientes jóvenes y adultos jóvenes
- Determinar el sexo predominante afectado con lesiones malignas en pacientes jóvenes y adultos jóvenes
- Determinar la clínica más frecuente que presenta las lesiones pre malignas y malignas en los pacientes jóvenes y adultos jóvenes
- Determinar la etapa etaria más frecuente de lesiones pre malignas
- Determinar la edad más frecuentes de lesiones malignas
- Determinar el estado civil más frecuente de lesiones pre malignas y malignas en jóvenes y adultos jóvenes
- Determinar la frecuencia de Helicobacter pylori en las lesiones pre malignas y malignas

2 CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En el estudio, “incidencia de lesiones preneoplásicas en pacientes jóvenes, sometidos a endoscopia digestiva alta. Ion solca ‘Dr. Juan Tanca Marengo’ 2009”, se revisaron 100 historias clínicas con reporte endoscópico e histológico. Donde se encontró que el 17%, de todas las endoscopias digestivas altas en jóvenes, eran lesiones preneoplásicas. También la edad promedio fue del 34 ± 8 años. El sexo predominante fue el femenino con el 71%

Se revisó el historial de 2795 pacientes, observándose que el grupo etario más frecuente se sitúa entre los 46 y 60 años (36.1%), con predominio del sexo femenino (60.4%), el síntoma más frecuentemente referido fue la epigastralgia (84.3%), seguido de distensión (50.5%). La dispepsia funcional fue el hallazgo endoscópico más común (60.5%) versus dispepsia orgánica (39.5%). Los principales hallazgos endoscópicos significativos fueron las erosiones (16.1%) y esofagitis (12.5%). La infección por H. pylori se encontró presente en el 61.6%. La gastritis crónica activa fue el hallazgo histológico observado con mayor frecuencia.

En el estudio “Dispepsia: Características clínicas, hallazgos endoscópicos e histológicos en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue-2010” realizado por Sylvana Ayala Rios; se tomó la muestra de 300 pacientes. Donde se evaluó variables clínicas, histológicas y endoscópicas. Los resultados fueron: la mayoría fueron mujeres (63%), la edad media de 42 años, procedentes del distrito de SJL (30%). El 19% presentaba signos de alarma, la baja de peso caracterizó a este grupo (14%), en endoscopía, se observó eritema antral (74,7%), erosiones (32,9%) y nodularidad (22%). El 93% presentó infección por Hp, displasia leve en el 2,7% y atrofia en solo 14,7%.

En un estudio realizado en una clínica privada de Lima norte se revisaron 676 biopsias gástricas negativas a patología neoplásica; en el cual, la edad media fue 45,12 años. No hubo predominio de ningún sexo. Los hallazgos histológicos

más frecuentes fueron: Gastritis crónica superficial 498 (73,7%), gastritis activa 464 (68,6%), gastritis crónica profunda 90 (13,3%), gastritis atrófica 93 (13,7%), mucosa gástrica normal 79 (11,7%), daño mucinoso 508 (75,1%), metaplasia intestinal 123 (18,20%), folículos linfoides positivos 372 (55%) y displasia 9 (1,18%). Además se encontró una frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* (HP) de 64,78%

En un trabajo de investigación, Se revisó el historial de 2795 pacientes, observándose que el grupo etario más frecuente se sitúa entre los 46 y 60 años (36.1%), con predominio del sexo femenino (60.4%), el síntoma más frecuentemente referido fue la epigastralgia (84.3%), seguido de distensión (50.5%). La dispepsia funcional fue el hallazgo endoscópico más común (60.5%) versus dispepsia orgánica (39.5%). Los principales hallazgos endoscópicos significativos fueron las erosiones (16.1%) y esofagitis (12.5%). La infección por *H. pylori* se encontró presente en el 61.6%. La gastritis crónica activa fue el hallazgo histológico observado con mayor frecuencia.

En un estudio realizado por Alfonso Chacaltana, realizado en el hospital central de la fuerza aérea del Perú, se encontró que de 2616 pacientes estudiados, 187 (7.1%) presentaron diagnóstico histológico de lesiones gástricas preneoplásicas: 34 (1.3%) gastritis atrófica (GA), 55 (2.1%) metaplasia intestinal completa (MIC), 92 (3.5%) metaplasia intestinal incompleta (MII), y 6 (0.2%) displasia. La frecuencia de infección por HP fue de 76.5% ($p=0.04$), 65.5% ($p=NS$), 55.4% ($p=NS$) y 16.7% ($p=0.03$), en la GA, MIC, MII y displasia, respectivamente.

La edad media de presentación fue similar entre las 4 lesiones: 53.5 (± 9.3), 52.6 (± 11.2), 54.3 (± 7.8) y 54.2 (± 12.1) años en la GA, MIC, MII y displasia, respectivamente.

La prevalencia de infección fue del 40.2% (95%IC: 37.4-43), no se asoció con el género y se encontró débilmente asociada con la edad. Los individuos infectados fueron los más jóvenes (entre 18 y 30 años) con el 51.8%. El 96%

presentaron algún tipo de alteración macroscópica por EDA, mientras que el 80.5% presentaron alteraciones en el histopatológico. En los infectados se encontró de manera importante: gastritis crónica leve (45.9%), úlceras gastroduodenales (8.4%), atrofia glandular (30.6%), metaplasia intestinal (15%), atipia grado II (22.2%). El incremento de la edad se asoció con alteraciones premalignas de manera positiva.

2.2 BASES TEÓRICAS – ESTADÍSTICAS

2.2.1 DISPEPSIA

Existen múltiples definiciones de dispepsia, la mayoría definidas en consensos internacionales. Por ejemplo, en los criterios de ROMA II, se definía como cualquier dolor o molestia localizada en la parte central del abdomen superior (14)

En la actualidad, se utilizan los criterios ROMA III, el cual lo define como cualquier síntoma de aparente origen gastroduodenal (15), tales como: saciedad precoz, distensión, epigastralgia, eructos y náuseas (16)

La dispepsia suele clasificarse en tres tipos (17)

- No investigada: abarca a los pacientes que presentan la clínica por primera vez y aquellos que presentan recurrentemente los síntomas, pero aún no son diagnosticados

- Orgánica: se encuentra la causa orgánica a los síntomas, a través de las diferentes pruebas diagnósticas

- Funcional (18): aquella tras realizar todas las pruebas complementarias no se encuentra causa aparente
 - o Síndrome de distrés postprandial: saciedad precoz o sensación de plenitud postprandial después de una ingesta habitual de alimentos
 - o Síndrome de dolor epigástrico: dolor en epigastrio al menos una vez a la semana, discontinuo que no se irradia, no mejora con la deposición ni eliminación de gases, no dolor de origen biliar

La prevalencia de dispepsia llega al 40% de la población en general. En España, los datos obtenidos por una encuesta indican que el 39% de la población ha presentado alguna vez en su vida síntomas de dispepsia, y el 24% los ha presentado en los últimos 6 meses.

En Latinoamérica hay pocos estudios epidemiológicos que informen sobre la prevalencia de esta entidad. Domínguez et al. Notificaron la prevalencia de dispepsia no investigada en un estudio multicéntrico realizado en 1,859 adultos sanos de 21 a 65 años de varios países (Colombia, Costa Rica, Nicaragua, Honduras, México y Chile), la mayoría de origen hispanomestizo y sólo en Ciudad Obregón (México) de predominio indígena. A todos los individuos participantes se les realizó la prueba de aliento para identificar HP y se aplicó el cuestionario de ROMA III para síntomas de dispepsia, con el fin de evaluar la prevalencia de dispepsia no investigada.

La prevalencia promedio de infección por HP fue similar en todos los países (\pm 79%), la prevalencia global de dispepsia fue de 25.1%, más frecuente en mujeres (29.5%) que en hombres (18.5%), y no se encontró asociación directa con HP o la edad.

En el modelo de análisis multivariado, ajustado para edad y población, la Dispepsia Funcional tuvo relación significativa con el género femenino (OR, IC95%: 1.64, 1.30-2.08). El Síndrome Malestar Posprandial fue el subtipo más frecuente con 16.7% (F, 20.5%; M, 12.9%). El Síndrome Doloroso Epigástrico sólo se encontró en 0.3%. Este trabajo permite concluir que la dispepsia funcional, definida por el cuestionario de ROMA III para síntomas de dispepsia R3DQ, es relativamente frecuente en diferentes países de Latinoamérica, predomina en mujeres. El resto de diferencias entre las poblaciones estudiadas puede deberse a aspectos ambientales y culturales, propios de cada país ⁽¹⁹⁾

En estudios realizados en Perú, los investigadores observaron que la dispepsia tiene una prevalencia de 37.6% y al relacionarla con los alimentos esta cifra se elevó hasta un 54% ⁽²⁰⁾

No se conoce la etiopatogenia de la dispepsia funcional, lo que se sugiere es que es multifactorial, por ejemplo: alteración en la acomodación gástrica, enlentecimiento del vaciamiento, hipersensibilidad duodenal, anormalidad en la motilidad

duodenoyeyunal, alteraciones mioeléctricas y alteraciones en el sistema nervioso central y autónomo ⁽²¹⁾

Algunos autores han relacionado la dispepsia con el diagnóstico de *Helicobacter Pylori*, no se puede afirmar dicha hipótesis ya que hay múltiples estudios que han observado una similar frecuencia de dispepsia en pacientes con *Helicobacter Pylori* y en pacientes que no presentan esta infección ⁽²²⁾

Es necesario llevar a cabo una detallada historia clínica (anamnesis y examen físico exhaustivo), también análisis complementarios como: hemograma, hematocrito, bilirrubinas completas, transaminasas, fosfatasa alcalina, amilasa, y anticuerpos tipo IgG contra *H. Pylori* ⁽²³⁾

A pesar que la endoscopia es un método invasivo, es la prueba Standard para el diagnóstico, acompañado de una biopsia.

En la mayoría de los pacientes dispépticos, la endoscopia es normal o muestra ligero congestión y eritema.

El tratamiento no farmacológico, se basa en: dieta adecuada, no fumar, evitar el uso excesivo de alcohol, disminuir el sobrepeso, actividad física con regularidad, apoyo psicológico ⁽²⁴⁾

El tratamiento farmacológico, los medicamentos más utilizados son los antiácidos, antagonistas H₂, procinéticos, inhibidores de bomba de protones. Solo tienen un efecto paliativo

2.3 HALLAZGOS HISTOLÓGICOS

Los hallazgos histológicos que se consideran en este estudio son los siguientes:

2.3.1.1 Gastritis

según la clasificación de Sydney actual, esta se divide en gastritis atrófica y no atrófica ⁽³⁶⁾

La gastritis no atrófica se define como mucosa gástrica sin cambios degenerativos epiteliales y glandulares; en cambio, la gastritis atrófica si las presentan.

La atrofia gástrica es la pérdida de las glándulas mucosas. La presencia de atrofia resulta en la disminución de la secreción gástrica y se correlaciona con desarrollo de hipocloridia y acloridia lo cual aumenta el riesgo de neoplasias gástricas ⁽³⁷⁾

La gastritis aguda: se caracteriza por ser transitoria y presentar infiltrado neutrófilico.

La gastritis Crónica: presenta infiltrado linfocítico y/o células plasmáticas, cuando además presenta polimorfonucleares se denomina Gastritis Crónica Activa.

Si el infiltrado se encuentra localizado en la zona superficial, sin comprometer las glándulas gástricas, recibe el nombre de Gastritis Crónica Superficial. Cuando compromete toda la extensión de la lámina propia se conoce como Gastritis Crónica Profunda.

La Metaplasia Intestinal cuando existen alteraciones degenerativas con reducción glandular, el epitelio de las glándulas gástricas es reemplazado por células columnares absortivas y células caliciformes ⁽³⁸⁾.

En la Metaplasia Intestinal Completa existe un patrón celular semejante al del intestino delgado ⁽³⁸⁾

En la Metaplasia Intestinal Incompleta el patrón es colónico y se considera lesión premaligna ⁽³⁸⁾

La Metaplasia Intestinal Mixta combina los dos patrones ⁽³⁸⁾

2.3.1.2 Pólipos

Están clasificados en inflamatorios, hiperplásicos y adenomatosos.

Su frecuencia en las endoscopías es de entre 1 y 4 % ^(28, 35), entre el 50 y 60 % se encuentran en el antro, 6 % en el fondo, y el resto en el cuerpo ^{(29) (35)}

Pólipos Hiperplásicos: son los más frecuentes, entre el 50 y 75 %, ⁽³⁰⁾ de localización común en el antro y cuerpo ⁽³¹⁾

Pólipos Inflamatorios: suele presentarse como una lesión única, localizada en antro, compuesto por tejido fibroso y estructuras vasculares, acompañado de un infiltrado inflamatorio con múltiples eosinófilos ^(30,35).

Pólipos Adenomatosos: constituyen el 7 al 15 %, se observan en antro y cuerpo gástrico en igual proporción, poseen potencial maligno ^(32,35).

2.3.1.3 Displasia

El termino displasia quiere decir “desviación del desarrollo”, se considera una condición predecesora o acompañante de las neoplasias, por tal razón han sido denominadas “lesiones pre malignas”.

Se clasifican en:

displasia de bajo y alto grado, la diferencia radica en que en el caso de las primeras, estas son más frecuentes y requieren seguimiento,

las segundas por su parte representan una condición más severa y con frecuencia conllevan a condiciones terapéuticas importantes

2.3.1.4 Cáncer

Es el crecimiento no controlado de células que pueden ser bien diferenciadas o pobremente diferenciadas

El cáncer gástrico, histológicamente se clasifica en ⁽⁴²⁾:

- Adenocarcinoma (90-95%)
- Linfomas (1-5%)
- Leiomiomas / leiomiosarcoma (2%)
- Carcinoides (1%)
- Adenoacantoma (1%)
- De células escamosa (1%)

Según Jarvi y Lauren, hay dos tipos de adenocarcinomas:

- El difuso o indiferenciado: es el más frecuente en el sexo femenino y en jóvenes. También tiene mal pronóstico ⁽⁴²⁾
- El intestinal o diferenciado: se presenta en la edad media o avanzada de la vida, más frecuente en el sexo masculino y tiene un buen pronóstico ⁽⁴²⁾

2.3.1.5 CÁNCER GÁSTRICO

El cáncer digestivo superior es un hallazgo inusual en los pacientes con dispepsia, excluir malignidad suele ser la razón principal para indicar la endoscopía. En varios estudios se ha mencionado una incidencia baja, generalmente menor al 2 %; Marmo R., et al 2005, en su estudio de 6135 pacientes, sólo el 0.9% (n=58) de pacientes dispépticos presentaron cáncer, además la edad y los síntomas de alarma no fueron valores predictivos de hallazgos endoscópicos ⁽³³⁾.

También el cáncer gástrico se puede clasificar de manera macroscópica, como:

- Cáncer temprano (early cancer): lesión "In situ", es superficial, se muestra como una placa irregular, indurada, elevada o deprimida que solo está abarcando la mucosa y/o submucosa

Este también se subdivide en:

+ Tipo I o prominente

+ Tipo II o superficial

 IIa: superficial elevado

 IIb: superficial aplanado

 IIc: superficial deprimido

+ Tipo III o ulcerado

- Cáncer tardío: es el que compromete las capas de la muscularis mucosae y otras capas más profundas. La clasificación se denominó Bormann, que en 1926 presentaba cuatro tipos.

Actualmente presenta cinco tipos:

Tipo I: cánceres polipoideos o fungosos

Tipo II: lesiones ulceradas de bordes elevados

Tipo III: lesiones ulceradas que infiltran la pared gástrica

Tipo IV: lesiones infiltrantes difusas

Tipo V: lesiones o neoplasias no clasificables

Existe una estrecha correlación entre la prevalencia de infección por H. pylori en una población determinada y su incidencia de cáncer gástrico.

La erradicación de H. pylori se asocia a una mayor y más rápida cicatrización de lesiones ulcerosas, además de reducir la incidencia de tumores ^(34,39).

2.4 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

- **Sexo:** conjunto de las características de los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, tal como la producción de gametos, espermatozoides (masculino) u ovocitos (femenino)

- **Grupo etáreo:** perteneciente a un intervalo de edad
 - + Joven: de 15 a 24 años de edad
 - + Adulto joven: de 25 a 45 años de edad

- **Síntomas:**
 - + **Epigastralgia:** dolor en epigastrio, siendo ésta la región situada en la parte anterior, superior y central del abdomen.

 - + **Llenura precoz:** tener la sensación de estar lleno antes de lo normal o después de comer menos de lo usual

 - + **Melena:** deposiciones negras y malolientes debido a sangre degradada del tubo digestivo alto (boca – ángulo gastroduodenal)

 - + **Pérdida peso:** es la pérdida de la masa corporal total (líquidos, grasa, músculos, tejido conjuntivo, etc.)

 - + **Náuseas:** sensación de vomitar, sin llegar a este último

 - + **Vómitos:** reflejo que consiste en la expulsión forzada del contenido gástrico por la boca

 - + **Hematemesis:** expulsión de sangre por la boca procedente del tubo digestivo

- Biopsia: procedimiento diagnóstico que consiste en la extracción de una muestra parcial o total de un tejido
- Helicobacter pylori: bacteria GRAM negativo, productor de amoniaco, gastrolesivo epitelial. Presenta un flagelo, que le permite ingresar a la mucosa gástrica
- Endoscopia: técnica diagnóstica, que consiste en la introducción de una cámara dentro de un tubo o endoscopio para la visualización de un órgano hueco.
 - Gastritis superficial: infiltrado linfocitos o células plasmáticas que no pasa la lámina propia, por ende, sin compromiso de las glándulas gástricas
 - Gastritis erosiva: áreas de pérdida parcial o total de la capa mucosa sin incluir la muscularis mucosae. Implica curación sin cicatriz
 - Gastritis microgranular: áreas de lesiones de forma de “gránulos”, tamaño menores a 1cm
 - Gastritis macrogranular: áreas de lesiones de forma de “gránulos”, tamaño mayor o igual a 1cm
 - Lesión deprimida: lesión hundida de la superficie epitelial
 - Lesión elevada: lesión montada sobre la superficie epitelial
 - Úlcera gástrica: lesión que se extiende como mínimo a la muscularis mucosae. Implica curación con cicatriz
- Diagnóstico histológico: veredicto de la lesión, que previamente se le tomó una biopsia. Luego, se observó al microscopio

- Gastritis aguda: lesión mucosa gástrica con infiltrado inflamatorio neutrófilo y usualmente transitorio.

- Gastritis crónica activa: lesión mucosa gástrica con infiltrado inflamatorio de linfocitos o células plasmáticas, además, con células polimorfonucleares.

- Gastritis crónica inactiva: lesión mucosa gástrica con infiltrado inflamatorio de linfocitos o células plasmáticas, además, sin células polimorfonucleares.

- Displasia Bajo grado: proliferación celular no invasiva (no pasa la membrana basal). Células con núcleos elongados, hipercromáticos, localizados predominantemente en la porción basal, y una escasa actividad mitótica.

- Displasia Alto grado: Células con un notable aumento de la relación núcleo/citoplasma, con núcleos grandes, y presencia de nucléolos prominentes. Pérdida completa de la polaridad nuclear. Actividad mitótica alta con posible presencia de mitosis atípicas.

- Metaplasia intestinal completa: epitelio de las glándulas gástricas atróficas es reemplazado por células columnares y células caliciformes semejantes al del intestino, que si recuerdan el patrón de intestino delgado.

- Metaplasia intestinal incompleta: reemplazado por células columnares y células caliciformes semejantes al del intestino de patrón colónico.

3 CAPITULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS

Por ser un estudio descriptivo no se planteó la hipótesis

3.2 VARIABLES: INDICADORES

3.2.1 Variables dependientes

- Diagnóstico mediante endoscopia digestiva alta
- Diagnóstico histológico

3.2.2 Variables independientes

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Epigastralgia
- Llenura precoz
- Pérdida peso
- Náuseas
- Vómitos
- Melena
- Helicobacter pylori

3.2.3 Variable interviniente

- Características de las historias clínicas

4 CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de estudio es observacional no experimental, transversal descriptivo y retrospectivo

4.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio de enfoque cuantitativo por lo tanto el método es deductivo

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población abarca todos los pacientes de 15-45 años sometidos a endoscopia digestiva alta, en el hospital Rene toche Groppo durante los años 2013 a 2015.

La muestra se tomó a todos los pacientes de la población con los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión

- + Edad de 15 a 45 años
- + Con estudio endoscópico en el hospital Rene Toche Groppo

Criterios de exclusión

- + Historias clínicas incompletas

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó el libro de registros de procedimientos endoscópicos, historias clínicas y la ficha de recolección de datos

4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se revisó el libro de registros de procedimientos endoscópicos, en donde se revisó y copió los números de seguro e historia clínica. Luego, se revisó las

historias clínicas de los pacientes, recolectando todos los datos en la ficha de recolección de datos

4.6 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

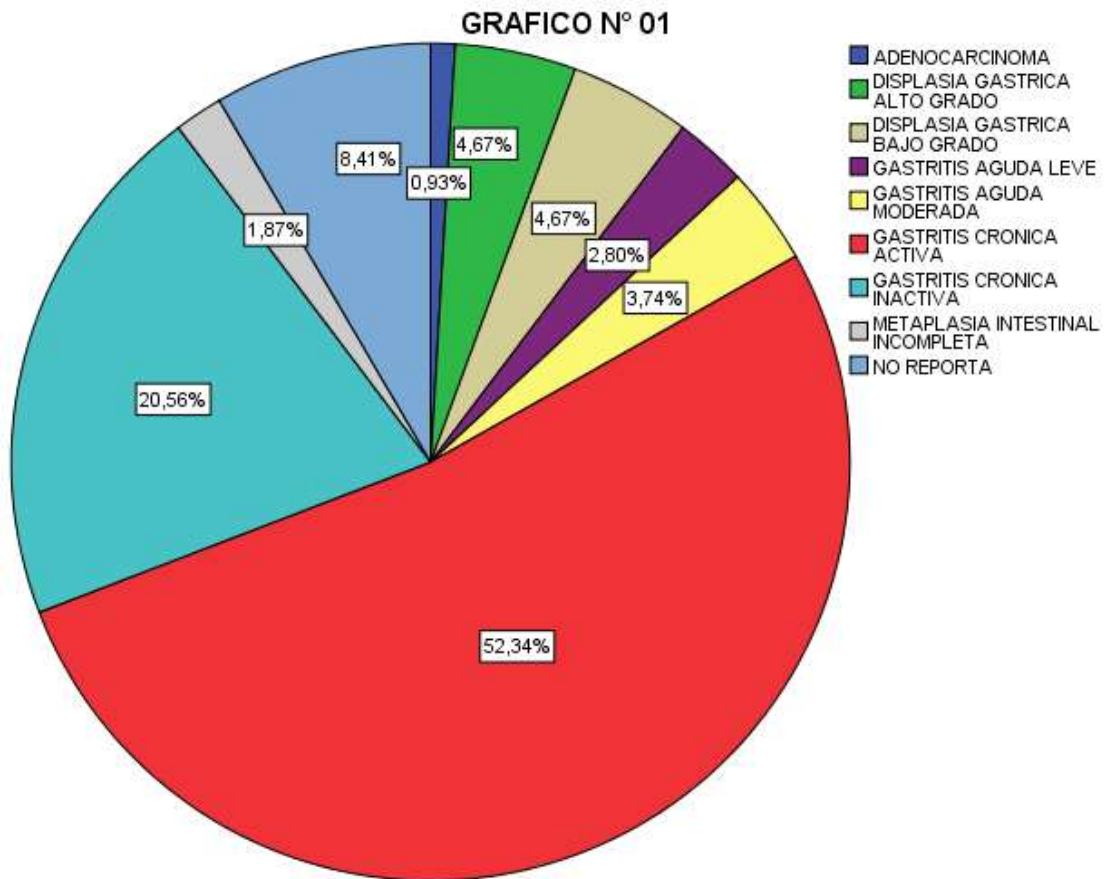
Se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables. Donde se calculó las frecuencias de las variables cualitativas como lesión gástrica maligna o pre maligna.

El programa que se utilizó para los análisis es SPSS versión 23 y Microsoft Excel 2013

5 CAPÍTULO V RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 RESULTADOS

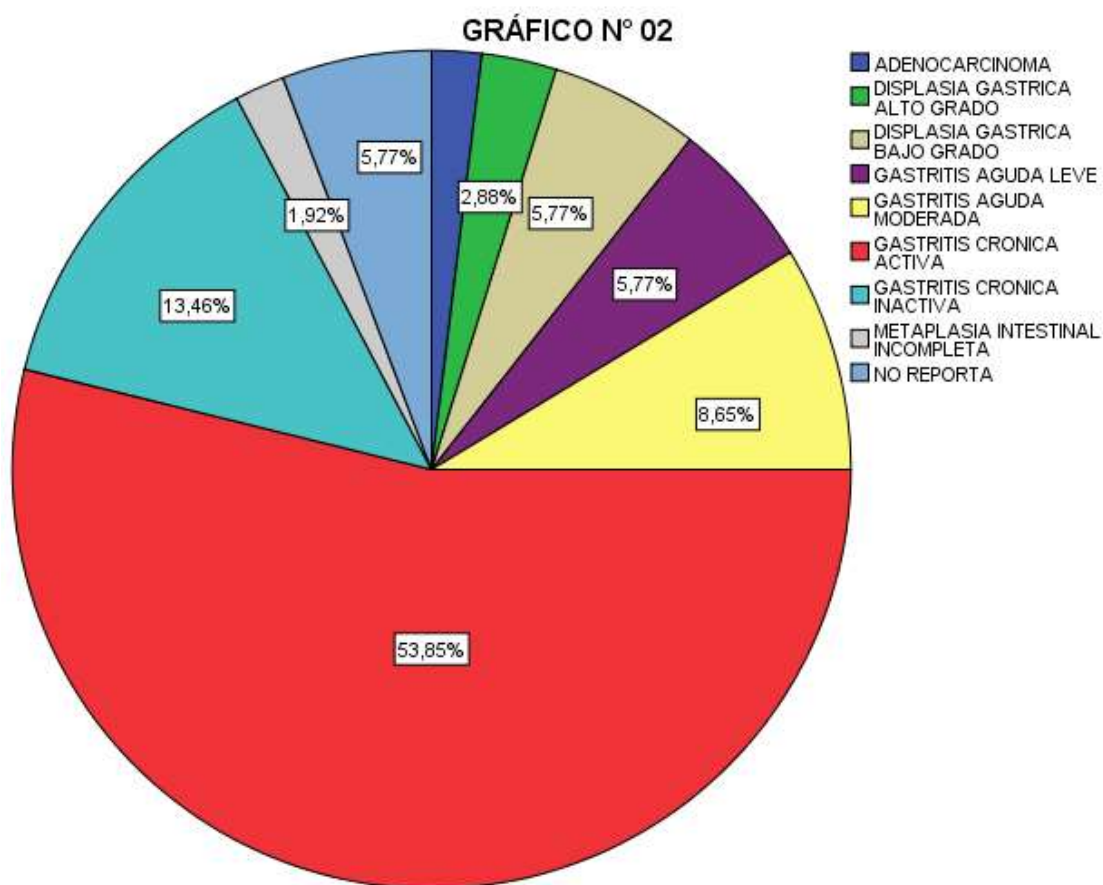
Gráfico N° 01. Frecuencia de diagnósticos histológicos en pacientes de 15 a 45 años en el año 2013



Fuente: ficha de recolección

En este gráfico observamos que el diagnóstico histológico más frecuente en los pacientes de 15 a 45 años que se realizaron endoscopia digestiva alta es gastritis crónica activa (52,3%), seguido de: gastritis crónica inactiva (20,6%), no reporta (8,4%), displasia gástrica de bajo grado (4,7%), displasia de alto grado (4,7%), gastritis aguda moderada (3,7%), gastritis aguda leve (2,8%), metaplasia intestinal incompleta (1,9%) y adenocarcinoma (0,9%). El número de casos de lesiones pre malignas es 11,3% y lesiones malignas es 0,9%. De 107 personas que se realizaron endoscopia digestiva alta, durante el año 2013.

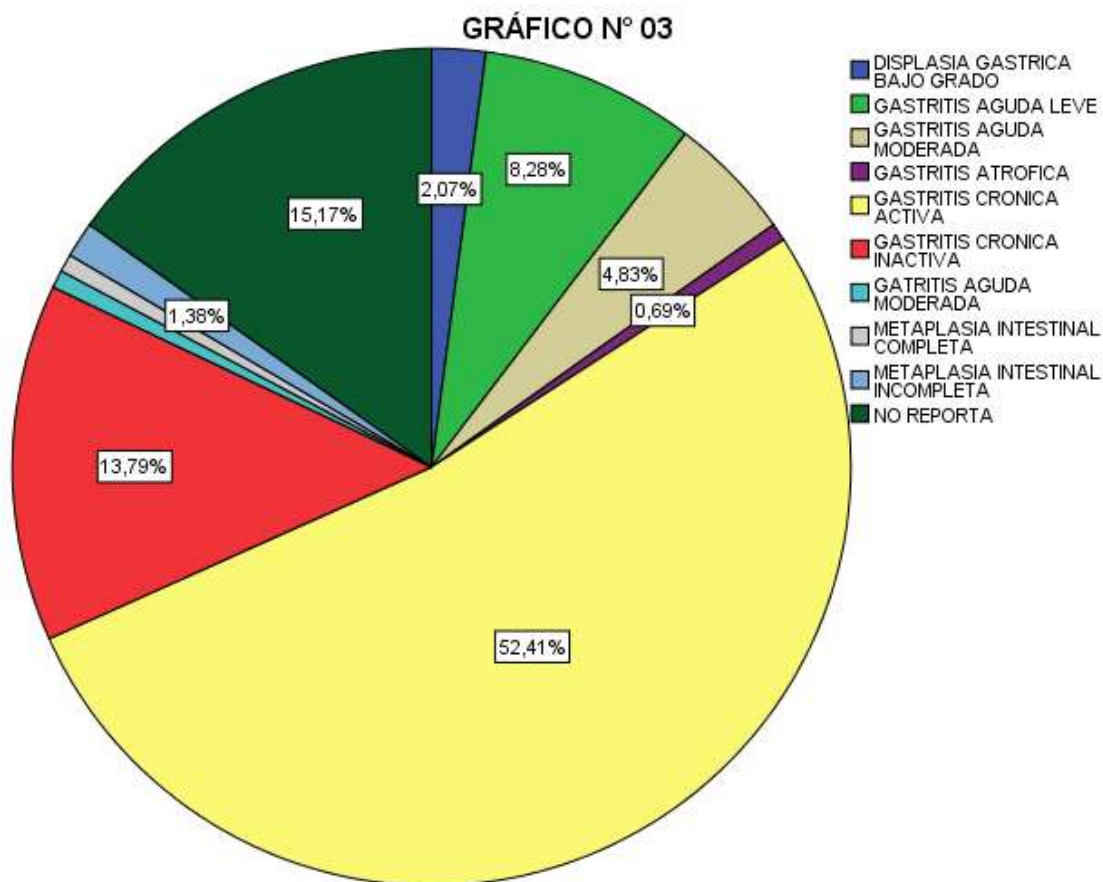
Gráfico N° 02. Frecuencia de diagnósticos histológicos en pacientes de 15 a 45 años en el año 2014



Fuente: ficha de recolección

En este cuadro observamos que el diagnóstico histológico más frecuente en los pacientes de 15 a 45 años que se realizaron endoscopia digestiva alta es gastritis crónica activa (53,8%), seguido de: gastritis crónica inactiva (13,5%), gastritis aguda moderada (8,7%), no reporta (5,8%), displasia gástrica de bajo grado (5,8%), gastritis aguda leve (5,8%), displasia de alto grado (2,9%), metaplasia intestinal incompleta (1,9%) y adenocarcinoma (1,9%). El número de casos de lesiones pre malignas es 10,6% y lesiones malignas es 1,9%. De 104 personas que se realizaron endoscopia digestiva alta, durante el año 2014.

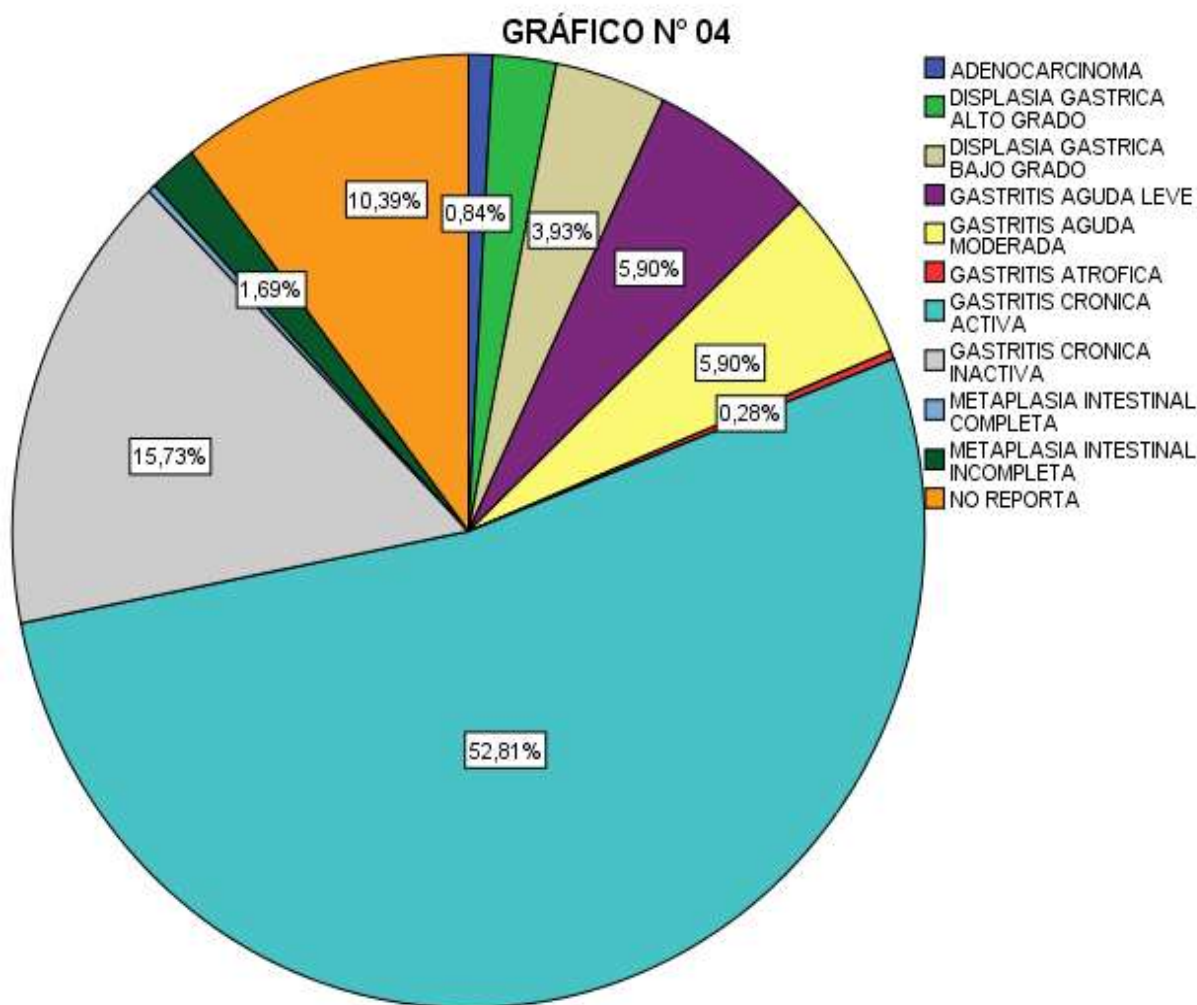
Gráfico N° 03. Frecuencia de diagnósticos histológicos en pacientes de 15 a 45 años en el año 2015



Fuente: ficha de recolección

En este cuadro observamos que el diagnóstico histológico más frecuente en los pacientes de 15 a 45 años que se realizaron endoscopia digestiva alta es gastritis crónica activa (52,4%), seguido de: no reporta (15,2%), gastritis crónica inactiva (13,8%), gastritis aguda leve (8,3%), gastritis aguda moderada (4,8%), displasia gástrica de bajo grado (2,1%), metaplasia intestinal incompleta (1,4%), metaplasia intestinal completa (0,7%), gastritis aguda moderada (0,7%) y gastritis atrófica (0,69%). El número de casos de lesiones pre malignas es 4,9% y lesiones malignas es 0%. De 145 personas que se realizaron endoscopia digestiva alta, durante el año 2015.

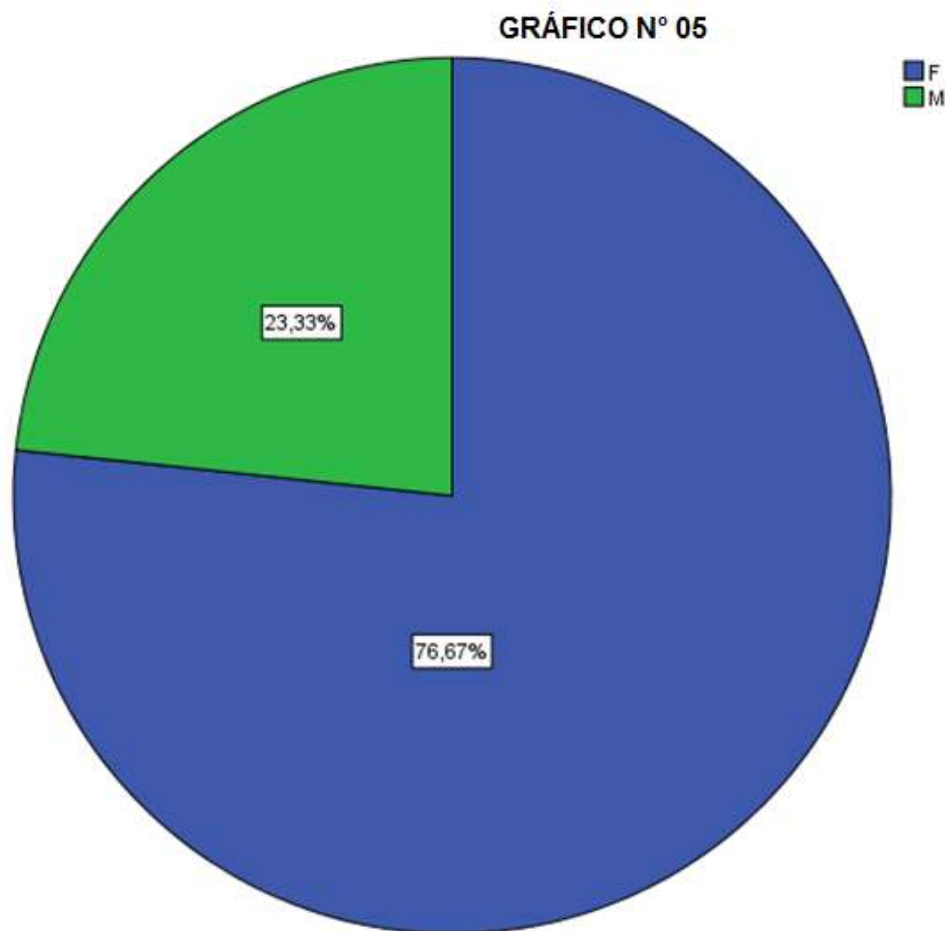
Gráfico N° 04. Frecuencia de diagnósticos histológicos en pacientes de 15 a 45 años durante Enero 2013 hasta Diciembre 2015



Fuente: ficha de recolección

El diagnóstico histológico más frecuente en pacientes de 15 a 45 años que se realizaron endoscopia digestiva alta es gastritis crónica activa (52,8%), luego, gastritis crónica inactiva (15,7%), no reporta (10,4%), gastritis aguda leve (5,9%), gastritis aguda moderada (5,9%), displasia de bajo grado (3,9%), displasia de alto grado (2,2%), metaplasia intestinal incompleta (1,7%), adenocarcinoma (0,8%), gastritis atrófica (0,3%), metaplasia intestinal completa (0,3%). Lesiones pre malignas 8,4% y lesiones malignas 0,8%. Durante enero 2013 a diciembre 2015

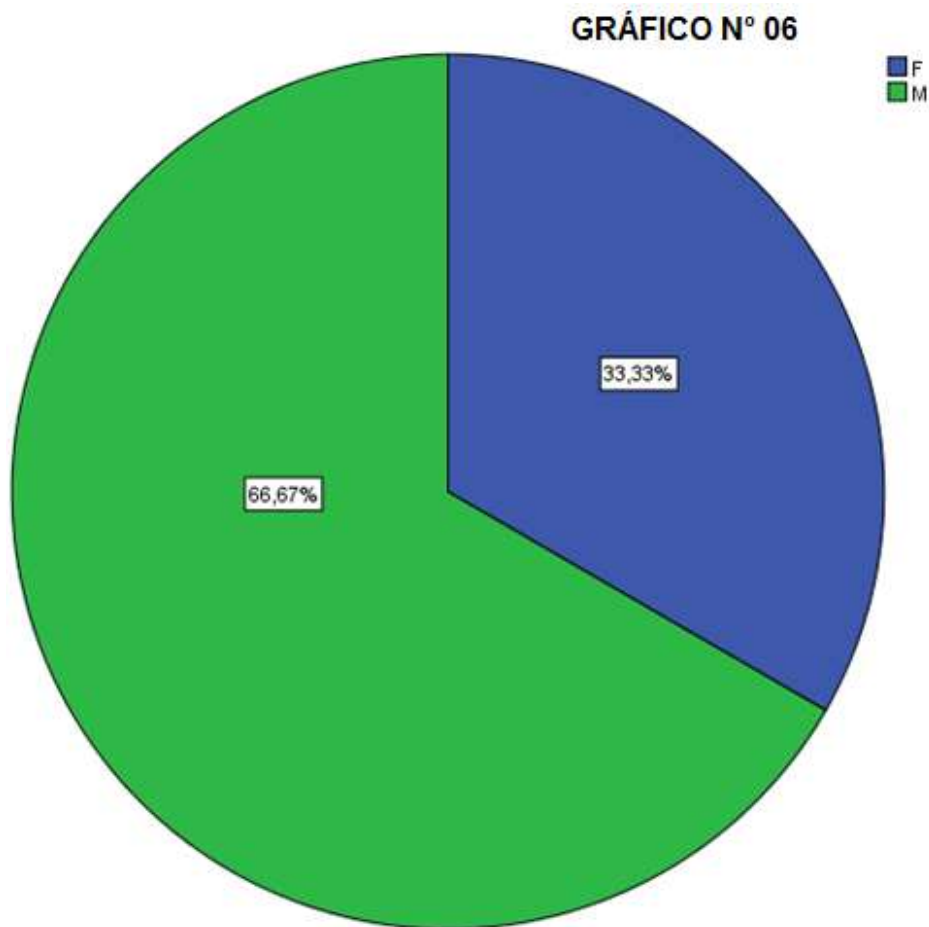
Gráfico N° 05. Frecuencia del sexo en lesiones pre malignas en pacientes de 15 a 45 años durante Enero 2013 a Diciembre 2015



Fuente: ficha de recolección

El sexo predominante en las lesiones pre malignas es el femenino con el 76,7% de la población, en comparación del sexo masculino con el 23,3%. Durante Enero 2013 a Diciembre 2015

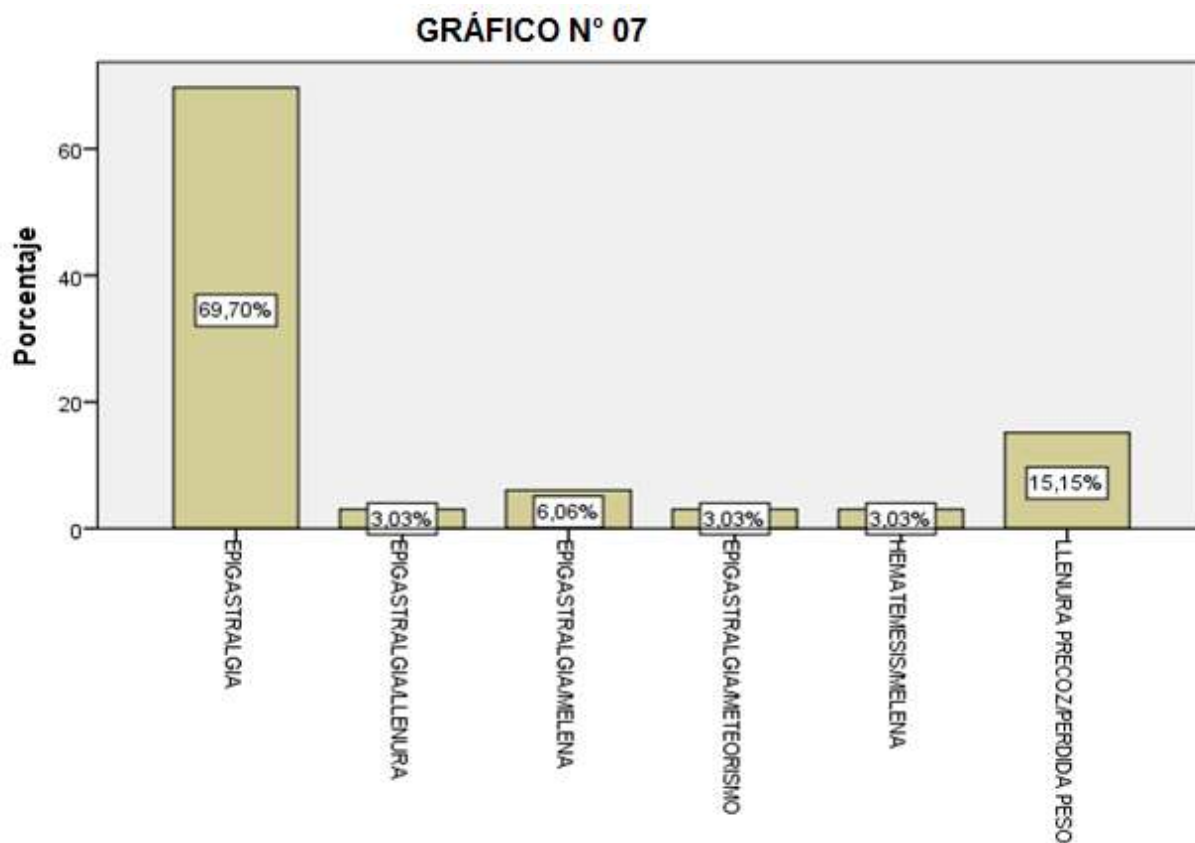
Gráfico N° 06. . Frecuencia del sexo en lesiones malignas en pacientes de 15 a 45 años durante Enero 2013 a Diciembre 2015



Fuente: ficha de recolección

El sexo predominante en las lesiones malignas es el masculino con el 66,67% de la población, en comparación del sexo femenino con el 33,3%. Durante Enero 2013 a Diciembre 2015

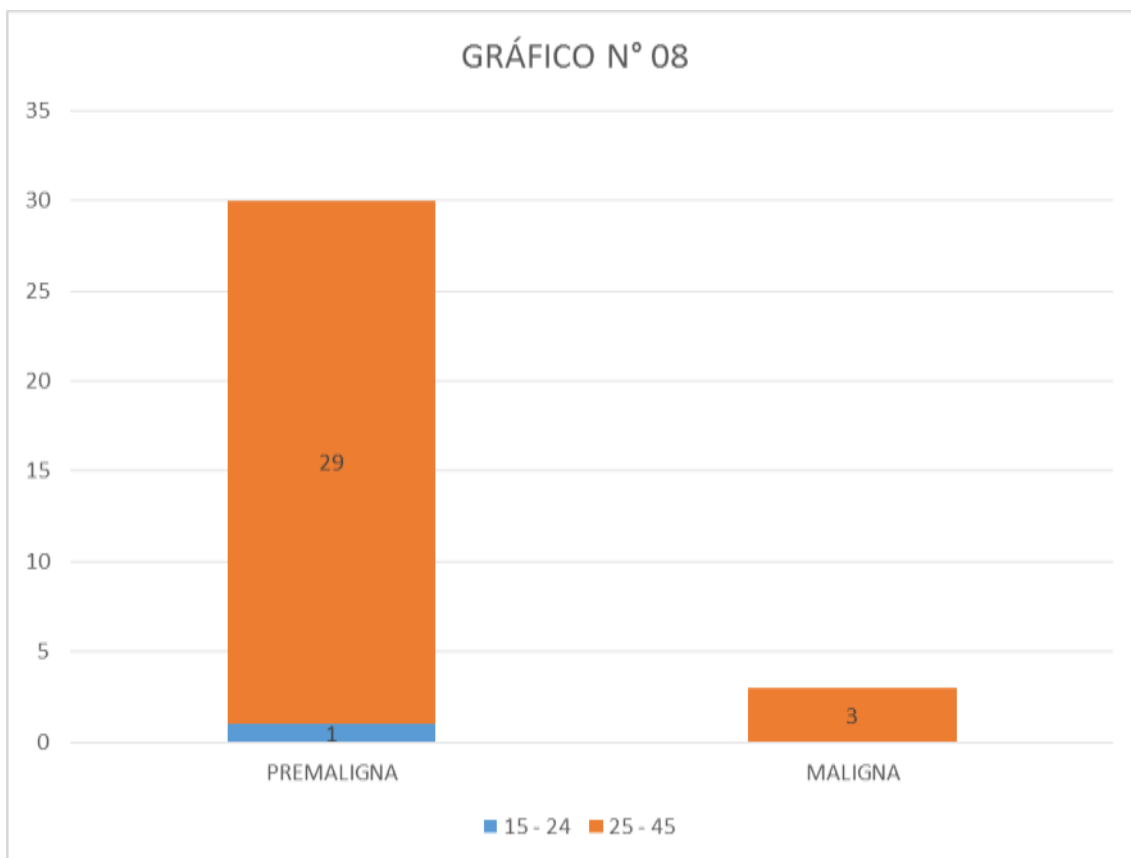
Gráfico N° 07. Frecuencia de los síntomas de las lesiones pre malignas y malignas en pacientes de 15 a 45 años durante Enero 2013 a Diciembre 2015



Fuente: ficha de recolección

El síntoma más frecuente encontrado en pacientes con lesiones pre malignas y malignas es epigastralgia con un porcentaje de 69,7%, seguido por llenura precoz y pérdida de peso con 15,2%, epigastralgia y melena con 6,1%, epigastralgia y meteorismo con 3,0%, hematemesis y melena con 3,0%

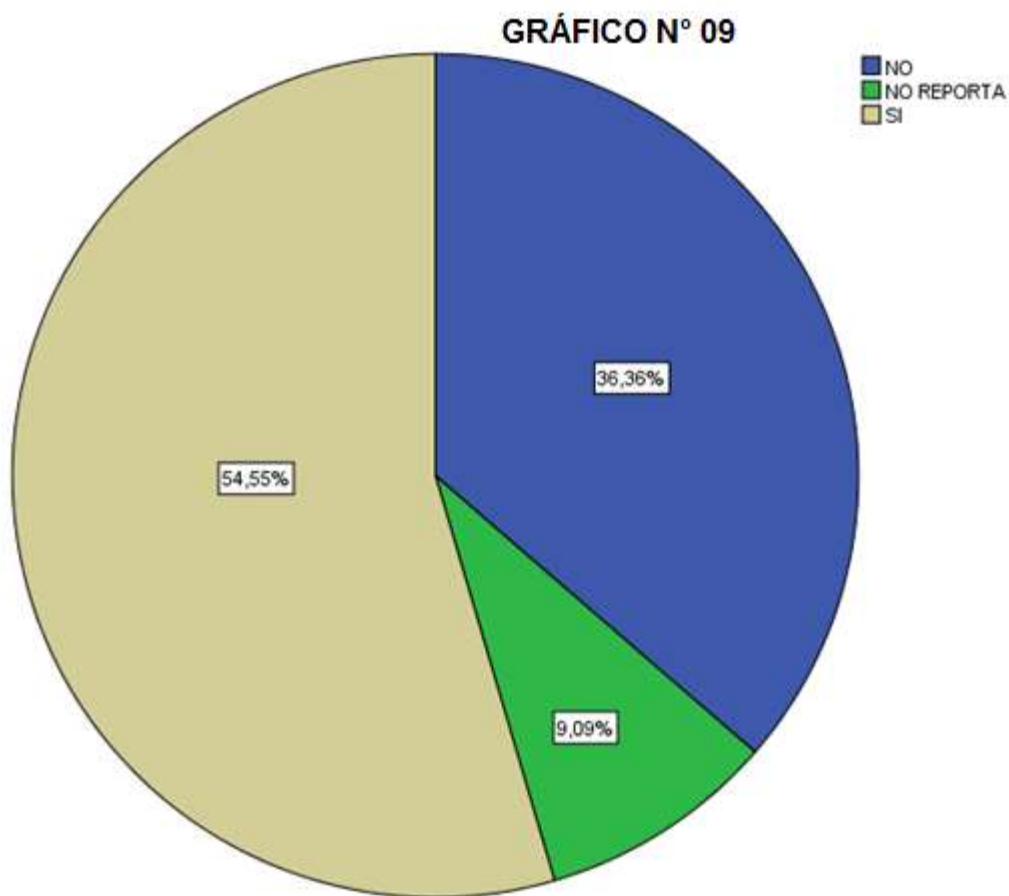
Gráfico N° 08. . Frecuencia de pacientes con lesiones pre malignas y malignas según grupo etario



Fuente: ficha de recolección

El grupo etario más frecuente que presentó lesiones pre malignas fue entre las edades de 25 a 45 años, adultos jóvenes, con un porcentaje del 96,7%. Y en jóvenes fue el 3,3%. Las lesiones malignas en su totalidad se encontraron en el grupo etario de adultos jóvenes (25 a 45 años)

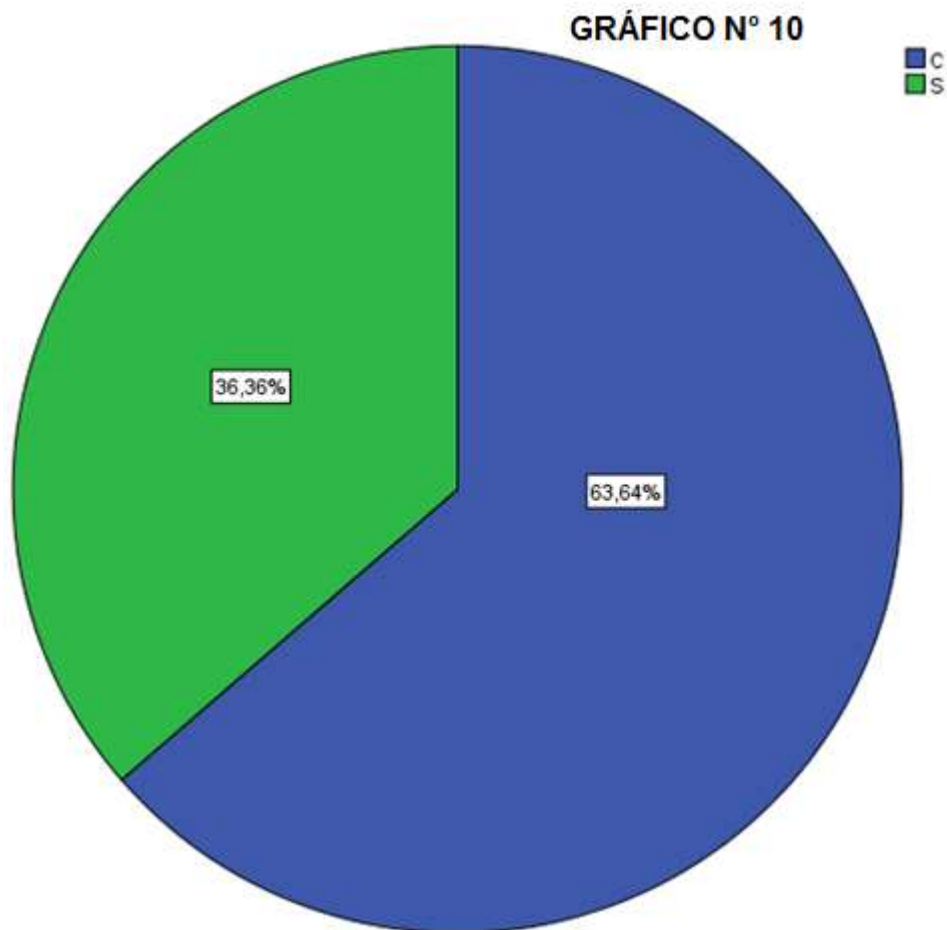
Grafico N° 09. Frecuencia de Helicobacter pylori en pacientes lesiones pre malignas y malignas



Fuente: ficha de recolección

En este cuadro de todas los casos de lesiones pre malignos y malignos, el 18% presentan Helicobacter pylori. El 12% no lo presenta, y solo 3% no reporta

Gráfico N° 10. Frecuencia del estado civil en pacientes con lesiones pre malignas y malignas



Fuente: ficha de recolección

En el cuadro se observó que los casados tienen con mayor frecuencia las lesiones pre malignas y malignas (21%), frente a los solteros (12%)

Tabla N° 01. Frecuencia de Diagnósticos histológicos.

Tabla N° 01

		2013		2014		2015		Total	%
		N°	%	N°	%	N°	%		
Lesiones	gastritis atrófica	0	0	0	0	1	14,28	1	3,3
Pre malignas	metaplasia intestinal completa	0	0	0	0	1	14,28	1	3,3
	metaplasia intestinal incompleta	2	16,6	2	18,19	2	28,58	6	20
	displasia gástrica bajo grado	5	41,7	6	54,54	3	42,85	14	46,67
	displasia gástrica alto grado	5	41,7	3	27,27	0	0	8	26,66
		12	100	11	100	7	100	30	100
Lesiones	adenocarcinoma	1	100	2	100	0	100	3	100
Malignas									
		1	100	2	100	0	100	3	100

Durante los tres años juntos, el diagnóstico histológico de lesiones pre malignas más frecuente fue displasia gástrica de bajo grado (46,67%), seguidas por: displasia de bajo grado (26,66%), metaplasia intestinal incompleta (20%), metaplasia intestinal completa (3,3%) y gastritis atrófica (3,3%). El año de más casos de lesiones malignas fue el 2014

Tabla N° 02. Tabla de factores socio demográficos y Helicobacter pylori

TABLA N ° 02

		Pre maligno	%	Malignos	%
Sexo	masculino	7	23,4	2	66,6
	femenino	23	76,6	1	33,4
		30	100	3	100
Grupo etario	15 - 24	1	3,4	0	0
	25 - 45	29	96,6	3	100
		30	100	3	100
Estado civil	soltero	12	40	0	0
	casado	18	60	3	100
		30	100	3	100
Clínica	epigastralgia	22	73,3	3	3
	epigastralgia/lLENURA precoz	0	0	0	0
	epigastralgia/melena	1	3,36	0	0
	epigastralgia/meteorismo	1	3,36	0	0
	hematemesis/melena	1	3,36	0	0
	lLENURA precoz/pérdida peso	5	16,6	0	0
		30	100	3	100
Helicobacter pylori	si	17	56,6	2	66,6
	no	10	33,3	1	33,4
	no reporta	3	10,1	0	
		30	100	3	100

5.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En este estudio se realizó 356 endoscopias en el servicio de gastroenterología a todos los pacientes entre las edades de 15 a 45 años de edad. De los cuales solo se realizaron 318 biopsias (89,3%) y el resto 38 pacientes (10,7%) no se le tomó la muestra debido a que las lesiones endoscópicas no lo sugerían.

La prevalencia de lesiones pre malignas gástricas en pacientes jóvenes y adultos jóvenes encontrada en este estudio fue de 11,3% durante el año 2013, 13% durante el año 2014 y del 5% en el año 2015. La prevalencia durante los tres años juntos fue de 8,4% para lesiones pre malignas y 0,8% para lesiones malignas, de una población de 356 pacientes sometidos a endoscopia alta. En comparación con el estudio presentado por la Dra. Lucia Hernandez ⁽⁴³⁾ que revela su prevalencia es del 17% de lesiones pre malignas en pacientes de 15 a 44 años, esto nos revela que en comparación con otros países, nuestra prevalencia de lesiones pre malignas es menor. A diferencia de otros estudios, por ejemplo: de Alfonso Chacaltana ⁽⁴⁴⁾ en el cual la prevalencia de lesiones pre malignas es (7,1%), al igual que el estudio de C.M. den Hoed ⁽⁴⁵⁾ en el cual se observó una prevalencia del 9,3%. En estos dos últimos trabajos citados la prevalencia de lesiones pre malignas es similar al de observado en este trabajo, pero con la salvedad que ellos presentan un mayor rango de edad.

La prevalencia de lesiones malignas en este estudio fue del 0,8%, en comparación con otros estudios, como el de Marmo R ⁽³³⁾, en el cual presenta una prevalencia de 0,9% en pacientes que se realizaron endoscopia digestiva alta; es decir, en esta parte nuestra prevalencia es igual al de otros estudios en el extranjero.

Se encontró en este estudio que el sexo predominante para presentar lesiones pre malignas fue el femenino con el 76,7%; en contraste del sexo masculino que fue de 23,3%. Esto, lo podemos comprar con el estudio de Hernández Ludeña ⁽⁴³⁾ que presenta una prevalencia mayor en el sexo femenino de 71%.

En este estudio el sexo predominante en lesiones malignas se observó con mayor frecuencia en pacientes hombres con el 66,6%. También se observó en el trabajo de Alvarado Tolentino ⁽⁴⁶⁾ que el sexo masculino tenía mayor prevalencia, con el 51,5%.

El hallazgo clínico más frecuente encontrado en este trabajo fue epigastralgia con el 73,3%, seguido por llenura precoz y pérdida de peso (16,6%), epigastralgia y meteorismo (3,36%), epigastralgia y melena (3,36%) y hematemesis con melena (3,36%) en comparación con el trabajo realizado por Abad Regalado, M ⁽⁴⁶⁾ en el cual también se observó que la epigastralgia (84,3%) como clínica más frecuente. Por tal motivo, se debe de hacer más estudios a pacientes que presentan este síntoma con recurrencia.

El hallazgo histológico más frecuente en este estudio de lesiones pre malignas fue displasia de bajo grado (46,67%), seguido por: displasia de alto grado (26,66%), metaplasia intestinal incompleta (20%), metaplasia intestinal incompleta completa (3,3%), gastritis atrófica (3,3%). En comparación con el trabajo de De Vries ⁽⁴⁷⁾, que el hallazgo histológico más frecuente fue metaplasia intestinal (67%), seguido por: gastritis atrófica (24%), displasia gástrica leve (8,3%), displasia gástrica severa (0,6%).

La frecuencia de infección de *Helicobacter pylori* en pacientes con lesiones pre malignas y malignas, en este trabajo, fue del 56,6%. En comparación con el trabajo de Vásquez Buitrón, P. ⁽⁴⁸⁾ en el cual fue de una prevalencia del 40,2%. En el trabajo de Camorlinga ⁽⁴⁹⁾ se encontró una prevalencia de seropositividad en 618 pacientes con gastritis no atrófica (368 pacientes), gastritis atrófica (4), metaplasia intestinal (110 pacientes), cáncer gástrico (65 pacientes) y úlcera duodenal (59 pacientes); los resultados fueron 73%, 85%, 82%, 66%, y 88% de los casos respectivamente. A estos, también se le realizaron estudios histológicos, en el cual, los resultados fueron: 63%, 78.6%, 69%, 41% y 81% en cada grupo respectivamente. Por lo tanto, una prevalencia de seropositividad de *Helicobacter pylori* en pacientes con lesiones pre malignas o malignas del 58.6%. Con esos porcentajes podemos decir que la prevalencia de lesiones pre malignas o malignas con infección de *Helicobacter pylori* es alta

La principal limitación es que trata de un estudio descriptivo donde no encontramos todos los datos en relación a algunas variables como presencia o ausencia de *Helicobacter pylori*.

La principal fortaleza es que se trata del primer estudio de esta patología en este hospital y puede servir como punto de partida para estudios prospectivos y analíticos

6 CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

La prevalencia de lesiones pre malignas es baja en comparación de estudios internacionales.

La prevalencia de lesiones malignas es cercana a comparación de estudios internacionales.

La prevalencia de lesión pre maligna es mayor en un paciente de sexo femenino, estado civil casado, y en el grupo etario adultos jóvenes (25-45 años).

La sintomatología que predomina en lesiones pre malignas y malignas es la epigastralgia.

La prevalencia de lesiones pre malignas o malignas con infección de *Helicobacter pylori* es igual o un poco más alta que en estudios internacionales.

6.2 RECOMENDACIONES

Para continuar con una prevalencia baja de lesiones pre malignas y para disminuir la prevalencia de lesiones malignas se debería realizar con mayor frecuencia endoscopias digestivas altas en pacientes con alto riesgo, como: personas con hábito de fumar, comidas ahumadas, uso de antiinflamatorios no esteroideos, antecedentes familiares, epigastralgia recurrente.

Llevar a cabo un seguimiento más exhaustivo de en mujeres con epigastralgia.

Llevar un mejor registro de los datos de los pacientes y resultados diagnósticos en las historias clínicas.

Informar a los pacientes para que acudan al hospital para un mejor seguimiento de las lesiones pre malignas y malignas.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Cohen H, González N. Dispepsia. Prensa Médica Latinoamericana. 2009 ISSN 0250-3816. Arch Med Interna [revista en Internet] 2009 [acceso 09 de octubre del 2015]; XXXI; 2-3: 69-73. Uruguay. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v31n2-3/v31n2-3a05.pdf>
- (2) Heading RC. Prevalence of upper gastrointestinal symptoms in the general population: a systematic review. Scand J Gastroenterol Suppl. 1999;231:3-8
- (3) Mahadeva S, Goh KL. Epidemiology of functional dyspepsia: a global perspective. World J Gastroenterol. 2006;12:2661-6
- (4) Jemal A, Bray F, Center MM, et al. Global cancer statistics. CA Cancer J Clin 2011; 61:69.
- (5) S. Mostacero Tapia, A. Ferrández. Cáncer gástrico. Hospital de Calahorra, La Rioja - España. Hospital clínico Lozano Blesa, Zaragoza – España.
- (6) Parkin DM. Epidemiology of cancer: global patterns and trends. Toxicol Lett 1998; 102-103:227.
- (7) Pisani P, Parkin DM, Ferlay J. Estimates of the worldwide mortality from eighteen major cancers in 1985. Implications for prevention and projections of future burden. Int J Cancer 1993; 55:891.
- (8) Zhu AL, Sonnenberg A. Is gastric cancer again rising? J Clin Gastroenterol 2012; 46:804.
- (9) Fitzsimmons D, Osmond C, George S, Johnson CD. Trends in stomach and pancreatic cancer incidence and mortality in England and Wales, 1951-2000. Br J Surg 2007; 94:1162.
- (10) GLOBOCAN 2012. Arnold M, Ferlay J, Goodman K, Forman D. Global patterns of cardia and non-cardia gastric cancer incidence in 2012. British Medical Journal. 2015;1(1): 1-8.
- (11) Albújar-baca, P. Mortalidad por cáncer en Trujillo: 2003-2010. Scielo Peru. [Online] 2014;31 (03):. Último ingreso 24 octubre 2015. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172014000300003

- (12) INEN. Registro de cáncer de lima metropolitana 2004 – 2005. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. [Online] 2013;04 (01). último ingreso: 24 octubre 2015. Disponible en http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/banners_2014/Febrero/13022014_Libro_RCLM_04_05.pdf
- (13) INEN - MINSA. Análisis de la situación del cáncer en el Perú - 2013. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. 2013;01(01)
- (14) Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, Koch KL, Malagelada JR, Tytgat GN. Functional gastroduodenal disorders. Gut. 1999;45 Suppl 2:37-42
- (15) Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, Hu P, Malagelada JR, et al. Functional gastroduodenal disorders. Gastroenterology. 2006;130:1466-79
- (16) Montoro MA, Mearín F. El enfermo con dispepsia. Problemas comunes en la práctica clínica. Gastroenterología y Hepatología. 2006;1:37-56
- (17) Á Ferrández, A Campillo, V Bernal. Dispepsia funcional y orgánica. Manejo general y extrahospitalario del paciente con dispepsia no investigada. Medicine - Elsevier. 2008;10(02): 101
- (18) Romecriteria.org. 1. Romecriteria.org. [Online]. Disponible en: http://www.romecriteria.org/assets/pdf/19_RomeIII_apA_885-898.pdf [Acceso 24 Octubre 2015]
- (19) Domínguez R, Morgan DR, Sexton R, et al. ROME III criteriabased prevalence of dyspepsia symptoms in general populations in six countries in Latin America (SWOG Trial S0701). Sesión de carteles presentada en: DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, CA. Su1618.
- (20) Curioso W, Donaires N, Bacilio C et al. Prevalencia y asociación de la dispepsia y el síndrome de intestino irritable en una comunidad de la selva peruana. Rev gastroenterol. Perú. (revista electrónica). 2002, vol.22, n°2 (último ingreso 23-octubre-2015) disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292002000200003&lng=es&nrm=iso
- (21) Hernando-Harder A, Franke A, Singer M, Harder H. Dispepsia funcional: nuevos conocimientos en la fisiopatogenia con complicaciones terapéuticas. Medicina (B.Aires) 2007. (último ingreso 22 octubre 2015); 67(4): 379-388. Disponible en

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802007000400012&lng=es.

- (22) Harris P, Godoy A, Guiraldes E. Dolor abdominal, dispepsia y gastritis en pediatría: Rol del Helicobacter pylori. Rev. chil. pediatr. [revista electrónica]. 2001 Mar [último ingreso 23 octubre 2015]; 72(2): 81-91. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062001000200002&lng=es
- (23) León R, Berendson R. Grandes síndromes gastrointestinales: dispepsia o síndrome del aparato digestivo alto relacionado con los alimentos. Revista de gastroenterología (28:267-269) 2008. Perú. (último ingreso 22 - octubre 2015). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v28n3/a09v28n3.pdf>
- (24) Bixquert M. Dispepsia funcional. Rev. esp. enferm. dig. [revista en la Internet]. 2004 Jun [último ingreso 21 octubre 2015]; 96(6): 427-427. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113001082004000600010&lng=es.
- (25) Riera F, González C, Vaca C, et al. Sedación, Seguridad y Utilidad de la Endoscopia Digestiva Alta en Pediatría. Departamento de Pediatría, Unidad de Gastroenterología y Nutrición, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Revista Chilena de Pediatría. Chile 2010; 81 (1): 37-45.- vol. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v81n1/art05.pdf>
- (26) Coucheton J, Guerre J, Pequinot H. "Historia Ilustrada de la Gastroenterología: de la antigüedad a nuestros días". Edición Española: Medicom S.A., 1993.
- (27) Osorio M. La endoscopia digestiva superior en la Atención Primaria de Salud. MediSur [revista en la Internet]. 2010 Oct [último ingreso 21 octubre 2015]; 8(5):1-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2010000500001&lng=es.
- (28) Archimandritis A, Spiliadis C, Tzivras M et al. Gastric epithelial polyps: A retrospective endoscopic study of 12974 symptomatic patients. Ital J Gastroenterol 1996; 28: 387-390

- (29) Vazquez-Iglesias J, Martín L. Tumores. En Vazquez-Iglesias JL ed: Endoscopia Digestiva I Diagnóstico. La Coruña. Galicia Editorial SA, 1992: 175-220.
- (30) Matsushita M, Hajiro K, Okazaki K, Takakuwa H. Endoscopic features of gastric inflammatory fibroid polyps. Am J Gastroenterol 1996; 91: 1595-1598
- (31) Hizawa K, Fuchigami T, Iida M et al. Possible neoplastic transformation within gastric hyperplastic polyp. Surg Endosc 1995; 9: 714-718.
- (32) Stolte M, Sticht T, Eidt S, Ebert D, Finkenzeller G. Frequency, location and age sex distribution of various types of gastric polyps. Endoscopy 1994; 26: 659-665
- (33) Marmo R, Rotondano G, Piscopo R, Bianco M, Russo P, Capobianco P et al. Combination of age and sex improves the ability to predict upper gastrointestinal malignancy in patients with uncomplicated dyspepsia: a prospective multicentre database study 2005. Am J Gastroenterol 100: 784–791

Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15784019>

- (34) Gisbert J. Enfermedades relacionadas con Helicobacter pylori: dispepsia, úlcera y cáncer gástrico 2011. Gastroenterología y Hepatología 34: 15-26
- (35) Morais DJ, Yamanaka A, Zeitune JM, Andreollo NA. Gastric polyps: a retrospective analysis of 26,000 digestive endoscopies. Arq Gastroenterol 2007; 44:14
- (36) Dixon MF, Genta RM, Yardley JH, Correa P. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney System. International Workshop on the Histopathology of Gastritis, Houston 1994. Am J Surg Pathol 1996; 20:1161.
- (37) La gastritis crónica atrófica corporal y la edad. (2007). *Gastroenterología colombiana*, 1(22).

- (38) González CA, Sanz-Anquela JM, Gisbert JP, Correa P. Utility of subtyping intestinal metaplasia as marker of gastric cancer risk. A review of the evidence. *Int J Cancer* 2013; 133:1023.
- (39) Wang J, Xu L, Shi R, et al. Gastric atrophy and intestinal metaplasia before and after *Helicobacter pylori* eradication: a meta-analysis. *Digestion* 2011; 83:253
- (40) Ohkusa T, Fujiki K, Takashimizu I, et al. Improvement in atrophic gastritis and intestinal metaplasia in patients in whom *Helicobacter pylori* was eradicated. *Ann Intern Med* 2001; 134:380
- (41) Leung WK, Lin SR, Ching JY, et al. Factors predicting progression of gastric intestinal metaplasia: results of a randomised trial on *Helicobacter pylori* eradication. *Gut* 2004; 53:1244.
- (42) Espejo romero, H, Navarrete siancas, J. Clasificación de los Adenocarcinomas de estómago. *Scielo-Perú*. 2003;23(23): 199-212.
- (43) Hernández Ludeña, L. Incidencia de lesiones preneoplásicas en pacientes jóvenes, sometidos a endoscopia digestiva alta ion solca 'dr juan tanca marengo' 2009. universidad de guayaquil. 2011;1(1)
- (44) Chacaltana, A, Rodríguez, C. Lesiones Gástricas Preneoplásicas y *Helicobacter Pylori* en Despistaje Endoscópico para Cáncer Gástrico en Población de Nivel Socioeconómico Medio y Alto. *Rev Gastroenterol Perú*. 2009;29(3): 218-225.
- (45) C.M. den Hoed. The prevalence of premalignant gastric lesions in asymptomatic patients: Predicting the future incidence of gastric cancer
- (46) Abad Regalado, M. hallazgos clínicos, endoscópicos altos e histológicos de pacientes con síntomas dispépticos atendidos en el hospital José Carrasco Arteaga durante 2010-2011. Universidad de Cuenca – Ecuador. 2013.
- (47) De Vries AC, van Grieken NCT et al. Gastric cancer risk in patients with premalignant gastric lesions: a nationwide cohort study in the Netherlands. *Gastroenterology* 2008; 134 (4): 945-52.

- (48) Vásquez Buitrón, P. Prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* y asociación con patologías gástricas en pacientes adultos de chequeo ejecutivo desde enero del 2010 hasta septiembre del 2012 del Hospital Metropolitano de Quito- Ecuador. Universidad San Francisco de Quito. 2013
- (49) Camorlinga-Ponce M, Flores-Luna L, Lazcano-Ponce E, et al. Age and severity of mucosal lesions influence the performance of serologic markers in *Helicobacter pylori*-associated gastroduodenal pathologies. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2008; 17: 2498-2504

ANEXOS

ANEXO 01: OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	ESCALA (spss)	CRITERIOS DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
DEPENDIENTE							
Diagnostico mediante Endoscopia Digestiva Alta	Visualización directa mediante endoscopia de alteraciones en el tracto digestivo superior	Diagnóstico mediante endoscopia digestiva alta	cualitativa	- Lesiones no significativas (eritema, congestión, hiperemia, gastritis microgranular/ macrogranular), normal · Lesiones significativas (erosiones, úlceras, tumor/cáncer, esofagitis)	Nominal Si o no	Criterios endoscópicos	Ficha de recolección de datos
Lesiones Endoscópicas	Alteraciones observadas en la mucosa el momento de la endoscopia digestiva alta	Lesiones endoscópicas	Cualitativa	-Clínicamente Significativas -Clínicamente no significativas	Nominal Si o No	Criterios endoscópicos	Ficha de recolección de datos
Diagnostico Histológico (Hallazgos Generales)	Diagnostico mediante la observación histológica en caso de haberse recogido una muestra durante la endoscopia digestiva alta	Diagnóstico Histológico	Cualitativa	-Mucosa gástrica normal -Mucosa gástrica no atrófica -Mucosa gástrica atrófica	Nominal	Criterios histológicos	Ficha de recolección de datos
Diagnostico Histológico (Hallazgos Especificos)	Diagnostico mediante la observación histológica en caso de haberse recogido una muestra durante la endoscopia digestiva alta	Diagnóstico Histológico	Cualitativa	<input type="checkbox"/> Gastritis aguda <input type="checkbox"/> Pólipo gástrico <input type="checkbox"/> Gastritis crónica <input type="checkbox"/> Gastritis crónica activa <input type="checkbox"/> Metaplasia intestinal completa <input type="checkbox"/> Pólipo adenomatoso <input type="checkbox"/> Displasia de bajo grado <input type="checkbox"/> Displasia de alto grado <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma	Nominal Si o No	Criterios histológicos	Ficha de recolección de datos
INDEPENDIENTE							

EDAD	Años de vida	Años cumplidos hasta el momento de la endoscopia	Cuantitativa	15-24 años 25-34 años 35-44 años	Variable de Intervalo	Años de vida	Ficha de recolección de datos
SEXO	Género de una persona	Características fenotípicas	Cualitativa	Femenino o Masculino	Dicotómico nominal	_____	Ficha de recolección de datos
PROCEDENCIA	Zona de la que proviene el paciente	Zona del lugar de vivienda	Cualitativa	Rural o Urbana	Dicotómica nominal	_____	Ficha de recolección de datos
EPIGASTRALGIA	Dolor en el epigastrio	Presencia o ausencia del síntoma	Cualitativa	Si o No	Dicotómico nominal	_____	Ficha de recolección de datos
LLENURA PRECOZ	Saciedad temprana al ingerir alimentos de cantidad habitual	Presencia o ausencia del síntoma	Cualitativa	Si o No	Dicotómico nominal	_____	Ficha de recolección de datos
PÉRDIDA DE PESO	Disminución del peso	Cuantificación de la pérdida de peso	Cuantitativo	0-5 kilogramos 5-10 kilogramos >10 kilogramos	Variable de intervalo	kilogramos	Ficha de recolección de datos
NÁUSEAS	Sensación asociada a la necesidad de vomitar	Presencia o ausencia del síntoma	Cualitativo	Si o No	Dicotómico nominal	_____	Ficha de recolección de datos
VÓMITOS	Expulsión violenta del contenido del estómago a través de la boca	Presencia o ausencia del síntoma	Cualitativo	Si o No	Dicotómico nominal	_____	Ficha de recolección de datos
MELENA	Heces sanguinolentas, sangrado en la parte superior del tubo digestivo	Presencia o ausencia del síntoma	Cualitativo	Si o No	Dicotómico nominal	_____	Ficha de recolección de datos
PRESENCIA DE HELICOBACTER PYLORI	Bacteria GRAM negativa, flagelada y microaerófila	Detección de la bacteria	Cualitativa	Si o No	Dicotómico nominal	_____	Ficha de recolección de datos
VARIABLE INTERVINIENTE							
Características clínicas ausentes	Falta de información	Detección de falta de un dato	Cualitativo	Si o No	Dicotómica nominal	_____	Historias clínicas

ANEXO 02: INSTRUMENTOS

Formulario de recolección de datos

PREVALENCIA DE LESIONES GÁSTRICAS PREMALIGNAS O MALIGNAS DIAGNOSTICADO ENDOSCÓPICAMENTE EN PACIENTES CON DISPEPSIA, HOSPITAL RENE TOCHE GROppo DURANTE 2013-2015

N° HC: _____ SEXO: FEMENINO / MASCULINO

EDAD AL REALIZARSE EL EXAMEN: _____

ESTADO CIVIL: _____

FECHA DEL EXAMEN: ____/____/____

MOTIVO DE CONSULTA:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Epigastralgia | <input type="checkbox"/> Meteorismo |
| <input type="checkbox"/> Llenura | <input type="checkbox"/> Hematemesis |
| <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Melenas |
| <input type="checkbox"/> Vómitos | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso |

LESIONES ENDOSCÓPICAS

- | | |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lesiones no significativas | <input type="checkbox"/> Úlcera |
| <input type="checkbox"/> Lesiones elevadas /
deprimidas | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Pólipos | <input type="checkbox"/> Otros |

HELICOBACTER PYLORI

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> No reporta | |

HALLAZGOS HISTOLOGICOS GENERALES

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mucosa gástrica normal | <input type="checkbox"/> Mucosa gástrica atrófica |
| <input type="checkbox"/> Mucosa gástrica no atrófica | |

DIAGNÓSTICOS HISTOLOGICOS ESPECÍFICOS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gastritis aguda leve | <input type="checkbox"/> Gastritis aguda severa |
| <input type="checkbox"/> Gastritis aguda moderada | <input type="checkbox"/> Pólipo gástrico |
| <input type="checkbox"/> Gastritis crónica inactiva | <input type="checkbox"/> Displasias de alto grado |
| <input type="checkbox"/> Gastritis crónica activa | <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma |
| <input type="checkbox"/> Metaplasia intestinal | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Displasia de bajo grado | |