

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**Factores clínicos asociados a ulcera péptica en pacientes  
atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital  
Vitarte en el año 2015**

**Tesis para optar el título profesional de médico cirujano**

Bonzano Díaz, Luisa

AUTOR

Dr. De La Cruz Vargas Jhony

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Galvez Gutierrez, Jorge

ASESOR

**Lima-2017**

## **DEDICATORIA**

A Dios por darme la fuerza y perseverancia  
durante todos estos años.

A mis padres, hermanos, sobrinos y amigos  
que estuvieron conmigo y me apoyaron siempre.

## **AGRADECIMIENTO**

Dr Jhony De la Cruz Vargas (Asesor URP)

Dr Jorge Gálvez Gutierrez (Asesor de Tesis)

Prof. Willer Chanduvi Puicón

Prof. Luis Roldan Arbierto

Servicio de Docencia y Estadística del hospital  
Vitarte

# FACTORES CLINICOS ASOCIADOS A ULCERA PEPTICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA DEL HOSPITAL VITARTE EN EL AÑO 2015

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la asociación entre factores clínicos y desarrollo de úlcera péptica en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del hospital vitarte en el año 2015.

**Material y métodos:** Es un estudio observacional, analítico, retrospectivo. Se incluyó 144 pacientes a los que se les realizó examen endoscópico en el año 2015 en el servicio de gastroenterología del Hospital Vitarte. Se excluyó a aquellos con historias clínicas incompletas y con comorbilidades que alteren el resultado histopatológico. Para el análisis de asociación se utilizó la prueba Chi<sup>2</sup> y se estimaron los ORs. Para el procesamiento de datos se utilizó el programa estadístico IBM SPSS v21.

**Resultados:** la prevalencia de úlcera péptica fue de 37.5%, la frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* fue 37.5% (OR= 5.4 IC 95% 2,6 - 11,2) demostrando que es un factor clínico asociado a úlcera péptica. El 27.7% de pacientes consumía Antiinflamatorios no esteroideos (AINES) (OR= 5.9 IC 95% 2,7 - 13,1). Solo el 2,8% de pacientes consumía corticoides (OR =1.7 IC 95% 0,2 - 12,4). Respecto a factores sociales, la frecuencia de consumo de tabaco fue 8,3% (OR= 5.8 IC 95% 1,5 - 22,5). En cuanto a los factores demográficos, se observó que los varones presentaron una mayor frecuencia de úlcera péptica 59.3% (OR= 2.5 IC 95% 1.3 - 5.0). Se observó una mayor frecuencia de úlcera péptica en el grupo de pacientes menores a 51 años (OR= 1,6 IC 95% 0.8 - 3,1).

**Conclusiones:** existe asociación significativa entre los factores clínicos como *Helicobacter pylori* y consumo de AINES con la presencia de úlcera péptica.

**Palabras claves:** Úlcera péptica, *Helicobacter pylori*.

# CLINICAL FACTORS ASSOCIATED WITH PEPTIC ULCER IN PATIENTS ATTENDED IN THE GASTROENTEROLOGY SERVICE OF VITARTE HOSPITAL IN THE YEAR 2015

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the association between clinical factors and peptic ulcer development in patients treated at the gastroenterology service of the vitarte hospital in the year 2015.

**Material and methods:** This is an observational, analytical, retrospective study. We included 144 patients who underwent endoscopic examination in the year 2015 in the gastroenterology department of the Vitarte Hospital. Those with incomplete medical histories and comorbidities that alter the histopathological result were excluded. The Chi2 test was used for association analysis and the ORs were estimated. For data processing, the statistical software IBM SPSS v21 was used.

**Results:** the prevalence of peptic ulcer was 37.5%, the frequency of infection by *Helicobacter pylori* was 37.5% (OR = 5.4 95% CI 2.6 - 11.2), demonstrating that it is a clinical factor associated with peptic ulcer. 27.7% of patients consumed non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) (OR = 5.9 95% CI 2.7 - 13.1). Only 2.8% of patients used corticosteroids (OR = 1.7 CI 95% 0.2 - 12.4). Regarding social factors, the frequency of smoking was 8.3% (OR = 5.8 CI 95% 1.5 - 22.5). As for demographic factors, it was observed that men presented a higher frequency of peptic ulcer 59.3% (OR = 2.5 95% CI 1.3 - 5.0). A higher frequency of peptic ulcer was observed in the group of patients younger than 51 years (OR = 1.6 95% CI 0.8 - 3.1).

**Conclusions:** there is a significant association between clinical factors such as *Helicobacter pylori* and consumption of NSAIDs with the presence of peptic ulcer.  
Key words: Peptic ulcer, *Helicobacter pylori*.

## ÍNDICE

<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCION</b> .....	¡Error! Marcador no definido.10
<b>1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	¡Error! Marcador no definido.11
<b>1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b> .....	¡Error! Marcador no definido.13
<b>1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	¡Error! Marcador no definido.13
<b>1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA</b> .....	¡Error! Marcador no definido.14
<b>1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	14
<b>1.5.1 OBJETIVO GENERAL</b> .....	14
<b>1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	14
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b> .....	15
<b>2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	15
<b>2.2 BASES TEÓRICAS</b> .....	21
<b>2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES</b> .....	32
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b> .....	33
<b>3.1 HIPÓTESIS: GENERAL</b> .....	33
<b>3.2 VARIABLES: INDICADORES</b> .....	33
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b> .....	34
<b>4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN</b> .....	34
<b>4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA</b> .....	34
<b>4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b> .....	35
<b>4.4 RECOLECCIÓN DE DATOS</b> .....	35
<b>4.5 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS</b> .....	35
<b>CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b> .....	37
<b>5.1 RESULTADOS</b> .....	36
<b>5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b> .....	56
<b>CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	59
<b>6.1 CONCLUSIONES</b> .....	59
<b>6.2 RECOMENDACIONES</b> .....	61
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	62
<b>ANEXOS</b> .....	65

## LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1: Resumen de datos cualitativos.....	38
Tabla N° 2: Resumen de datos analíticos.....	49
Tabla N° 3: Presencia de úlcera péptica y Helicobacter pylori en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015.....	50
Tabla N° 4: Presencia de úlcera péptica y consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015.....	51
Tabla N° 5: Presencia de úlcera péptica y consumo de corticoides en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015.....	52
Tabla N° 6: Presencia de úlcera péptica y consumo de tabaco en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015.....	53
Tabla N° 7: Presencia de úlcera péptica y sexo en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015.....	54
Tabla N° 8: Presencia de úlcera péptica y edad en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015.....	55

## LISTA DE GRAFICOS

Gráfico N° 1 Pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología según sexo. Hospital Vitarte – Año 2015.....	39
Gráfico N° 2: Pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología según grupo de edad. Hospital Vitarte – Año 2015.....	40
Gráfico N° 3: Prevalencia de úlcera péptica en pacientes atendidos en el Hospital Vitarte. Año 2015.....	41
Gráfico N° 4: Porcentaje de pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología con Helicobacter Pylori. Hospital Vitarte. Año 2015.....	42
Gráfico N° 5: Localización de úlcera péptica en pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015.....	43
Gráfico N° 6: Resultado histopatológico en pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015.....	44
Gráfico N° 7: Consumo de AINES en pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015.....	45
Gráfico N° 8: Consumo de Corticoides en pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015.....	46
Gráfico N° 9: Consumo de tabaco en pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015.....	47



Gráfico N° 10: Presencia de úlcera péptica y Helicobacter pylori en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015.....50

Gráfico N° 11 Presencia de úlcera péptica y consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015.....51

Gráfico N° 12: Presencia de úlcera péptica y consumo de corticoides en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015.....52

Gráfico N° 13 Presencia de úlcera péptica y consumo de tabaco en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015 .....53

Gráfico N° 14: Presencia de úlcera péptica y sexo en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015.....54

Gráfico N° 15: gráfico de asociación de edad versus úlcera péptica en los pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del hospital Vitarte en el año 2015.....55

## INTRODUCCION

La úlcera péptica es una lesión de la mucosa del estómago o duodeno que cursa con pérdida de sustancia y compromete hasta la muscularis mucosae.

Se trata de una enfermedad frecuente que produce un dolor característico que suele ser crónico y conlleva a cambios en la calidad de vida en las personas afectadas.

Esta lesión suele aparecer como resultado de la suma de varios factores como la infección por *Helicobacter pylori*, tabaquismo, tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos.

A pesar del descenso de su prevalencia en las últimas décadas, la ocurrencia continua de esta enfermedad se debe en parte al consumo indiscriminado de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) en nuestra población.

Lo mismo sucede con la erradicación de la bacteria *Helicobacter pylori*, siendo que su prevalencia ha disminuido en países desarrollados, no sucede así en los países en desarrollo, ya la infección por Hp constituye una de las principales causas de úlcera péptica y un problema de salud pública, esta persistencia en la alta tasa de infección se debe quizá por la incompleta mejora y desarrollo del higiene ambiental y salubridad en nuestro medio.

El estudio consistió en buscar la asociación entre factores clínicos y el desarrollo de úlcera péptica.

## CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION

### 1.1 Planteamiento del problema

La úlcera péptica (UP) es una alteración en la mucosa gastroduodenal como resultado de un desbalance entre mecanismos agresores y defensores de la mucosa gastroduodenal produciendo lesiones ulcerativas, siendo la principal causa de sangrado digestivo alto. <sup>(1,2)</sup>

Ésta es una enfermedad relativamente frecuente, aproximadamente el 10% de la población general presentará síntomas de úlcera péptica durante su vida y un 25% de éstos presentan complicaciones que requieren atención hospitalaria en muchos casos. <sup>(3)</sup>

La incidencia anual oscila entre un 0.04% y 2.4% para las úlceras duodenales y entre 0.02% y 0.34% para las gástricas. La prevalencia a lo largo de la vida se calcula entre el 5% y 10% de la población general. <sup>(4,8)</sup>

En la actualidad existe mucha evidencia a favor de que la infección por *Helicobacter pylori* (Hp) es un prerrequisito para la formación de la mayoría de úlceras, siendo el HP el factor determinante más importante en la génesis de esta enfermedad, además es factor contributorio en la etiología de neoplasias malignas en estómago. <sup>(2)</sup>

La incidencia de las úlceras en individuos infectados por *Helicobacter pylori* es de aproximadamente 1% por año, una tasa que es de 6 a 10 veces más alta que para los sujetos no infectados. <sup>(4,8,11)</sup>

La infección por *helicobacter pylori* (Hp) afecta aproximadamente el 50 % de la población mundial, 20% de niños menores de diez años y el 80% de las personas mayores de 70 años. <sup>(5,7)</sup>

Estudios indican una prevalencia de 0,12 a 1,5 % de úlceras duodenales por año en los países desarrollados. <sup>(11)</sup>

La incidencia de *H. pylori* en pacientes menores de 60 años así como la prevalencia de *H. pylori* tanto en la población general y en pacientes con úlcera péptica está disminuyendo en los países desarrollados debido en parte a la mejora de la higiene, condiciones socioeconómicas y la disminución de transmisión *H. pylori* en la infancia. <sup>(11)</sup>

Las características epidemiológicas y clínicas de la infección por Hp en nuestro país están cambiando considerablemente, no así en la población de bajo nivel socioeconómico que ha permanecido invariable (>80%); mientras que en los estratos socioeconómicos medio y alto de Lima hubo una disminución sostenida (de 83,3% a 58,7%). <sup>(6)</sup>

El desconocimiento de la población sobre las formas de transmisión del HP, las pobres condiciones sanitarias y hacinamiento provocan que éste se transmita fácilmente y origine gastritis, enfermedad ulcero péptica y aumento de la probabilidad de desarrollar cáncer gástrico.

La vida agitada en la que vivimos, el estrés, el alcohol, el cigarro y el excesivo uso de AINES son otros detonantes para que las úlceras gastroduodenales se presenten.

El consumo de AINES aumenta el riesgo de la úlcera péptica tanto la duodenal como la gástrica. Se estima que los AINES no selectivos se asocian con un riesgo de 1 a 4% por año de un evento gastrointestinal clínicamente significativa inducida por AINE, incluyendo hemorragia gastrointestinal, perforación u obstrucción del píloro. <sup>(3)</sup>

Entre un 50% y el 80% de las hemorragias digestivas atendidas hospitalariamente tienen antecedentes de haber consumido AINES de manera reciente. <sup>(3)</sup>

Por todo lo mencionado se quiere establecer la asociación entre estos factores clínicos y úlcera péptica en nuestro medio para mejorar medidas de higiene y cambios de estilo de vida.

## 1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la prevalencia y factores asociados a úlcera péptica en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del hospital Vitarte en el año 2015?

## 1.3 Justificación del problema

Se sabe que existe una alta prevalencia de infección por *Helicobacter Pylori* (Hp), a pesar que estudios recientes revelan una importante disminución de la prevalencia de la infección en países desarrollados, el porcentaje de infección permanece alta en aquellos países en vías de desarrollo, lo que indica la gran necesidad de mejoramiento sanitario en el país y de mejoras en el tratamiento del agua.

Las altas tasas de infección por Hp son indicadores de hacinamiento y falta de saneamiento en el país por lo que este trabajo podrá aportar tanto en el ámbito médico como familiar ya que se busca la disminución de la infección por Hp y sus futuras complicaciones en la salud.

Asimismo el consumo despreocupado de AINES en nuestra población, sobre todo la automedicación, contribuyen aún más al desarrollo de enfermedad ulcero péptica y comorbilidades que empobrecen la calidad de vida.

La infección por *Helicobacter pylori* es un problema de salud pública, aproximadamente la mitad de la población mundial está infectada con esta bacteria. No solo es el principal agente causal de las gastritis crónicas, las úlceras gastroduodenales sino que también aumenta el riesgo de desarrollar cáncer gástrico y aumentar las tasas de morbilidad de estos pacientes, llevando a un costo elevado en atención hospitalaria y tratamiento.

Conociendo el efecto negativo del Hp y el consumo desmedido de los AINES, además de desconocer la prevalencia y la falta de estudios sobre esta patología en el hospital Vitarte, este trabajo de investigación tiene por finalidad determinar la asociación entre estos factores clínicos y el desarrollo de úlcera péptica.

Al obtener los resultados de la investigación y luego de determinar la asociación entre los factores clínicos mencionados y la úlcera péptica, este estudio podrá aportar no solo a la estadística y epidemiología del hospital Vitarte, también servirá de incentivo para fortalecer campañas de educación, y cambios de estilo de vida de la población.

## 1.4 Delimitación del problema

Investigación epidemiológica y clínica sobre factores clínicos (*Helicobacter pylori*, consumo de antiinflamatorios no esteroideos y consumo corticoides), factores sociales (consumo de tabaco) y demográficos (edad y sexo) asociados a la presencia de úlcera péptica en el hospital vitarte en el año 2015.

## 1.5 Objetivos

### 1.5.1 Objetivo general

Determinar la asociación entre factores clínicos y presencia de ulcera péptica en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del hospital vitarte en el año 2015

### 1.5.2 Objetivos específicos

- Estimar la prevalencia de ulcera péptica en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del hospital vitarte en el año 2015
- Determinar la asociación entre *Helicobacter pylori* y presencia de úlcera péptica en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del hospital vitarte en el año 2015
- Determinar la asociación entre consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y presencia de úlcera péptica en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del hospital vitarte en el año 2015

- Determinar la asociación entre consumo de corticoides y presencia de úlcera péptica en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del hospital vitarte en el año 2015
- Determinar la asociación entre consumo de tabaco y presencia de úlcera péptica en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del hospital vitarte en el año 2015
- Determinar la asociación entre factores demográficos y presencia de úlcera péptica en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del hospital vitarte en el año 2015
- Determinar la localización más frecuente de la úlcera péptica en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del hospital vitarte en el año 2015
- Describir el resultado histopatológico de la endoscopia digestiva alta en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del hospital vitarte en el año 2015

## CAPITULO II: MARCO TEORICO

### 2.1 Antecedentes

**Artículo:** Factores de riesgo de ulcera péptica. Centro de gastroenterología. Ciudad sanitaria doctor Luis Eduardo Aybar.

**Fuente:** Revista Médica Dominicana. Vol. 7 I-No.3 Septiembre/diciembre, 2010

Estudio retrospectivo que estudió los factores de riesgo de ulcera péptica. El estudio abarcó todos los pacientes que fueron sometidos a endoscopias alta con diagnóstico de ulcera péptica del centro de gastroenterología de la ciudad sanitaria Dr. Luis E. Aybar Julio Diciembre 2009. Hubo un total de 78 casos diagnosticados con úlcera péptica. Al sexo masculino correspondieron 63 casos (80.79%). La mayoría 56 (71.79%) era mayor de 40 años. Los pacientes que presentaron *Helicobacter pylori* fueron 58 (74.36%). Los consumidores de

alcohol fueron 52 (66.67%) y solo 30 (38.46%) consumían tabaco. En el estudio se observó que la localización más frecuentes de las úlceras pépticas fue gástrica con un total de 48 (51.06%); la localización duodenal se observó en 46 casos (48.94%). La presencia de *Helicobacter pylori* fue el factor de riesgo predominante en cuanto a causa de producción de úlcera péptica, en cambio, el consumo de Antiinflamatorios no Esteroideos (AINES) solo estuvo en 30 casos (38.46%) pacientes, 10 que indica que en la población estudiada, los AINES no representan un factor de riesgo tan significativo. Se sugiere, lavarse las manos después del ir al baño y antes de comer o de preparar los alimentos para prevenir una infección por *Helicobacter pylori* que fue el factor de riesgo más significativo.

**Artículo: Comportamiento de la infección por helicobacter pylori en la úlcera gastroduodenal en una comunidad venezolana**

**Fuente:** Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana. Cuba. 2008

El objetivo fue describir la infección por *helicobacter pylori* en la úlcera gástrica y duodenal. Se realizó un estudio transversal en dos Centros Médicos de San Felipe, Yaracuy, Venezuela, durante junio de 2006 a enero de 2008. El universo estuvo constituido por 1 563 pacientes con sospecha de enfermedad ulcero-péptica. La muestra fue seleccionada por muestreo no probabilístico, la cual quedo conformada por 186 pacientes con úlcera gástrica o duodenal, diagnosticados mediante endoscopia digestiva superior, la infección se determinó mediante pruebas serológicas. La infección por *helicobacter pylori* se encontró en el 83,3 % de las úlceras gástricas y en el 93,5 % de las duodenales, predominó en el grupo de 50-59 años y prevalecieron las féminas según los casos positivos de úlcera duodenal. Se encontró una alta prevalencia de infección por *helicobacter pylori* en los pacientes con úlcera gastroduodenal, con incremento de esta con la edad y con hábitos higiénicos inadecuados.



## **Artículo: Infección por helicobacter pylori en adultos sintomáticos**

**Fuente:** Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Camagüey, Cuba. 2002

Se realizó un estudio retrospectivo con 600 pacientes remitidos al servicio de Gastroenterología del Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja de Camagüey desde agosto del 2001 hasta julio del 2002, y sometidos a endoscopia del tracto digestivo superior con el objetivo de evaluar la incidencia del *Helicobacter pylori* en este entorno. La muestra fue de 340 pacientes (192 mujeres y 148 hombres) entre 20 y 80 años. A cada paciente se le realizó biopsia del antro gástrico para estudio microbiológico mediante la Prueba de la Ureasa Rápida (PUR). El 78 % de los pacientes fue positivo para el *H. pylori*; no se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo de las personas infectadas. La mayor incidencia perteneció a la cuarta y quinta décadas de vida. La distribución de la infección en función del diagnóstico endoscópico se comportó de la siguiente forma: endoscopia normal 20 %, gastritis crónica antral 93, 66 %, úlcera duodenal 93, 66 %, úlcera gástrica 71, 66 %. El porcentaje global de positividad, así como su distribución en función de las enfermedades gastroduodenales descritas, coincidió con la literatura revisada.

## **Factores de riesgo para la recurrencia de úlcera péptica**

**Fuente:** Gaceta Médica Mexicana. Vol. 137 No. 4, 2001. México

A pesar de la elevada prevalencia de úlcera péptica (UP) no hay estudios en población mexicana sobre factores de riesgo asociados a su recurrencia. El objetivo fue determinar las características clínicas y factores de riesgo asociados a UP recurrente. Es estudio de cohortes al que se integraron 211 hombres y 140 mujeres con UP. Se realizó seguimiento promedio de 5 años. Se determinó la presencia de factores de riesgo y se midió el tiempo entre el diagnóstico inicial y

el primer episodio de recurrencia: Se documentó en 41.9% de los pacientes úlcera duodenal (UD) y en 58.1% úlcera gástrica (UG). El principal factor de riesgo en sujetos con UD fue el tabaquismo y AINES en UG. Se identificó Hp en 39.3%. La edad mayor de 65 años (61% y 33% para UD y UG) y la presencia de tres o más factores de riesgo (70%) fueron las principales causas de recurrencia. La recurrencia de UP a dos años en los pacientes con Hp fue de 34%. Predominó la UG, los factores de riesgo asociados a su recurrencia fueron consumo de AINES, edad mayor de 65 años e infección por Hp.

### **Caracterización de la infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con úlcera gástrica**

**Fuente:** Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. Medisur 2009; 7(6)

Este trabajo tuvo como objetivo caracterizar la infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con úlcera gástrica y relacionar la infección con los diagnósticos histológicos gástricos. Es un estudio observacional, descriptivo, correlacional y retrospectivo en pacientes con úlcera gástrica, realizado en el Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima, entre enero de 2005 y diciembre de 2007. Se practicó endoscopia y biopsia de mucosa gástrica para estudio histológico y diagnóstico de infección por *Helicobacter pylori* mediante coloración de hematoxilina-eosina y de giemsa respectivamente. La muestra quedó constituida por 137 pacientes. Se observó una frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* de 59,1 %; predominó entre los pacientes de 51-60 años y 61-70 años. La región antral presentó la mayor frecuencia de úlceras malignas (85,7 %) con predominio de *Helicobacter pylori* (80 %). Hubo relación entre el *Helicobacter pylori* y los diagnósticos histológicos. Los pacientes con *Helicobacter pylori* mostraron mayor probabilidad de presentar cáncer; gastritis crónica, y gastritis crónica agudizada. Los pacientes infectados por *Helicobacter pylori* tienen mayor probabilidad de presentar cáncer gástrico, gastritis crónica, y gastritis crónica

agudizada; no constituyó, en este estudio, un factor de riesgo para la gastritis aguda.

**Artículo: Cambios en la Epidemiología de la Úlcera Péptica y su Relación con la Infección con Helicobacter Pylori. Hospital Daniel Carrión 2000-2005**

**Fuente:** Rev Gastroenterol Perú; 2007; 27: 382-388. Hospital Daniel Carrión 2000-2005

El objetivo principal del trabajo es describir las características epidemiológicas de la úlcera péptica durante el periodo enero 2000 – diciembre 2005 en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión. El trabajo es un estudio de tipo analítico transversal. Se incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de úlcera péptica mediante examen endoscópico durante el periodo de estudio en el Servicio de Gastroenterología del HNDAC. Se revisó 10819 reportes de endoscopia, encontrándose 899 casos de úlcera péptica, de esta población 67.8 % fueron de sexo masculino, la edad promedio fue de 54.03 años. La edad promedio fue mayor en los pacientes de sexo femenino (59.87 años), así como en aquellos que tenían úlcera gástrica (60.5 años) o úlcera gástrica más úlcera pilórica (68.7). Las indicaciones endoscópicas más frecuentes en estos pacientes fueron la hemorragia digestiva alta (53.3 %) y dispepsia (43.8 %). El tipo de úlcera más frecuente fue la úlcera duodenal (49.5 %), aunque en los últimos años la úlcera gástrica se ha convertido en la más frecuente. La frecuencia de infección por Helicobacter pylori fue de 65.3 %, siendo en los pacientes con úlcera duodenal de 74.3 % y en los pacientes con úlcera gástrica de 55.4 %. La prevalencia de úlcera péptica durante el periodo de estudio fue de 83.09 casos por 1000 endoscopias, la úlcera duodenal fue la más frecuente aunque en los últimos años observamos una disminución en su frecuencia. Se observó además una menor frecuencia de infección por Helicobacter pylori, en comparación con lo usualmente descrito.

## **Hemorragia digestiva alta no variceal asociada al uso del antiinflamatorios no esteroideos en Lima Metropolitana**

**Fuente:** Rev. Gastroenterol. Perú v.26 n.1 Lima 2006

El objetivo fue determinar la frecuencia de HDA asociado al uso de Antiinflamatorios no esteroideos (AINES). Se trata de un trabajo prospectivo, descriptivo y analítico. Se evaluaron pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal que ingresaron a los servicios de gastroenterología de los hospitales Edgardo Rebagliati Martins, Hipólito Unanue, Dos de Mayo y Cayetano Heredia, de Lima-Perú. Se excluyeron a los pacientes con cirrosis y a los que presentaron sangrado de origen variceal. Se evaluaron en trece meses a 117 pacientes (77 varones y 40 mujeres), con una edad promedio de 57.86 años, 63 (54%) consumían AINES, principalmente aspirina (60%), ibuprofeno (28.5%), diclofenaco (15.8%) y naproxeno (15.8%); 31% consumieron simultáneamente más de un AINE. El 65% del grupo-AINES tenía más de 60 años, 55.4% los consumieron sin prescripción médica. El factor de riesgo más determinante fue la edad mayor de 65 años ( $p < 0.001$ ). La úlcera gástrica fue más frecuente en el grupo-AINES 31 (49%) vs 14 (26%)  $p < 0.01$  y la duodenal en el grupo no-AINES 32 (59%) vs 19 (30%)  $p < 0.01$ ; la gastritis erosiva fue 13 (20.6%) en el grupo AINES vs 18 (33%)  $p < 0.01$ . La presentación clínica (en el grupo-AINES) con la presencia de síndrome ulceroso y hematemesis fue significativa ( $p < 0.01$ ). La frecuencia de HDA no variceal asociada al uso de AINES es alta en Lima Metropolitana, especialmente en el adulto mayor, siendo la lesión más importante la úlcera péptica, principalmente la gástrica.

**Artículo: Prevalencia de Helicobacter pylori en pacientes sintomáticos de consulta externa de la Red Rebagliati (EsSalud), Lima, Perú, en el período 2010 – 2013**

**Fuente:** Sociedad de Gastroenterología del Perú. 2016

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de *Helicobacter pylori* en pacientes sintomáticos de consulta externa en la Red Rebagliati (EsSalud) en el período 2010-2013. Es un estudio observacional, transversal y analítico. Se revisaron los registros de pacientes ambulatorios con la prueba en aliento con urea-13C diagnóstica de *Helicobacter pylori* en el período 2010-2013. De los 1711 pacientes, la prevalencia global de *Helicobacter pylori* fue 45,5% (IC 95%: 43,17- 47,89), siendo mayor en mujeres que en varones (47,1% vs. 42,1%,  $p=0,056$ ). Hubo diferencias significativas en la edad entre infectados y no infectados (44 vs. 39,  $p<0,05$ ), con asociación entre la edad y presencia de *Helicobacter pylori* ( $p<0,001$ ). La prevalencia de *Helicobacter pylori* en la población de estudio fue similar en ambos sexos y tuvo relación con la edad. El nivel socioeconómico medio de Lima mantiene la prevalencia de *Helicobacter pylori* reportada en los últimos años.

## 2.2 Bases teóricas

### 1. Definición

Se define úlcera péptica como una enfermedad crónica del tubo digestivo caracterizada por remisiones y exacerbaciones cuya lesión se manifiesta por daño necrótico de la mucosa que se extiende más allá de la *muscularis mucosae*, produciendo una lesión excavada secundaria a la acción de la pepsina y el ácido clorhídrico.

### 2. Epidemiología

La incidencia anual oscila entre un 0.04% y 2.4% para las úlceras duodenales y entre 0.02% y 0.34% para las gástricas. La prevalencia a lo largo de la vida se calcula entre el 5% y 10% de la población general. <sup>(4,8)</sup>

Las estimaciones de la incidencia de la UP no complicada de 0,09 a 0,3% por paciente y año. Una revisión que abarca los países desarrollados estima que la incidencia anual estaría comprendida entre 0,1 a la 0,19% para la úlcera

duodenal. Estudios indican una prevalencia de 0,12 a 1,5 % de úlceras duodenales por año en los países desarrollados. <sup>(11)</sup>

La incidencia de las úlceras en individuos infectados por *Helicobacter pylori* es de aproximadamente 1% por año, una tasa que es de 6 a 10 veces más alta que para los sujetos no infectados. <sup>(4, 8,11)</sup>

En las naciones en desarrollo, la mayoría de los niños están infectados con *H. pylori* antes de cumplir los 10 y los picos de prevalencia de adultos en más del 80% antes de los 50 años, en contraste, en los países desarrollados como los Estados Unidos, la evidencia de *H. pylori* es raro antes de los 10 años, aumentando a 10% entre los 18 a 30 años, y un 50% en los mayores de 60 años de edad.

En la actualidad, la UP se asocia con la presencia de *Helicobacter pylori* (Hp) en 50-70% de los casos y con ingesta de AINES en 24% de los casos. Por otro lado, la frecuencia de úlceras por género, en Occidente, es comparable en ambos sexos, mientras que en Oriente la úlcera es más común en los hombres que en las mujeres con una relación 3:1. <sup>(8)</sup>

La úlcera duodenal se diagnostica alrededor de los 40 años promedio, siendo más frecuente en varones, aunque en algunas revisiones se ha igualado en ambos sexos. La úlcera gástrica se suele diagnosticar aproximadamente los 55 años y afecta a ambos sexos por igual. <sup>(4)</sup>

A lo largo de las últimas dos décadas se ha presentado un descenso en el número de hospitalizaciones y en la mortalidad asociada a úlcera péptica. <sup>(8)</sup>

A pesar de que en las últimas décadas se ha reducido la incidencia de la EUP, la presencia de las complicaciones no ha cambiado significativamente. Mientras que la reducción en la prevalencia de Hp ha condicionado una menor tasa de complicaciones en los jóvenes, se ha registrado un incremento en el uso de AINES en ancianos con el consecuente aumento en la tasa de complicaciones en este grupo de edad. <sup>(8)</sup>

### 3. Etiología

La UP está asociada a dos factores principales: a la infección por *Helicobacter pylori* y el consumo de fármacos anti-inflamatorios no esteroideos (AINES), también existen otros mecanismos definidos que son mucho menos comunes.

La fisiopatología de la UP se debe a un desbalance entre mecanismos agresores y de defensa que regulan la función de la mucosa gástrica. Entre los factores agresivos, la hipersecreción de ácido péptico se considera el trastorno principal en la úlcera péptica.

El mal funcionamiento de los diferentes mecanismos de secreción, defensa, o reparación son causas poco frecuentes de úlcera, si es que ocurre. La mayoría de las úlceras se producen cuando estos mecanismos normales se rompen mediante situaciones tales como la infección por *Helicobacter pylori* y la ingesta de fármacos anti-inflamatorios no esteroideos (AINES). (7,11)

Actualmente se conoce las principales causas de la UP: infección por Hp, la utilización de AINES, hipersecreción gástrica y enfermedades de la mucosa gastrointestinal. Sin embargo las dos primeras son, por mucho, las causas más frecuentes. (1, 3, 7, 8, 9)

#### **Factores patogénicos**

La infección por Hp y el consumo de AINES son los factores que más frecuentemente se han visto que alteran la barrera mucosa frente a la acción del ácido péptico.

Actualmente la infección por Hp representa el agente causal más frecuente en la úlcera duodenal. Sin embargo, la presencia de Hp por sí sola no puede producir la enfermedad ulcerosa péptica. Es decir, la bacteria sería un factor necesario pero no suficiente. No es conocido el motivo por el que algunos sujetos infectados por Hp padecen de úlcera péptica, mientras que en otros únicamente desencadena una gastritis (7)

#### **Infección por *Helicobacter Pylori***

Hp es uno de los microorganismos más prevalentes y afecta aproximadamente al 60% de la población mundial. En las naciones en

desarrollo la prevalencia es mayor al 80%. La prevalencia de la infección es incluso mayor en poblaciones de bajo nivel socioeconómico y con pobres condiciones de salubridad. La infección se adquiere generalmente durante la infancia. La curación de forma espontánea no es frecuente y la infección suele persistir de por vida. El reservorio principal es el estómago humano, el contagio se da por vía fecal-oral y vía oral-oral. Se desconoce el mecanismo exacto de transmisión. En países en desarrollo, investigaciones indican que la transmisión fecal-oral a través del consumo de agua contaminada es la principal forma de infección. <sup>(7)</sup>

Esta bacteria posee factores que le permite sobrevivir al ácido gástrico, además de proliferar en un medio ácido. <sup>(7)</sup>

El mecanismo exacto por el cual *H. pylori* contribuye a la úlcera duodenal la formación no se conoce bien. Sin embargo, la bacteria parece afectar los siguientes aspectos de la fisiología intestinal y de la mucosa:

- El aumento de la secreción de ácido gástrico
- metaplasia gástrica
- La respuesta inmune
- los mecanismos de defensa de la mucosa

### **Aumento de la secreción de ácido gástrico**

La infección aguda *H. pylori* induce un corto período de hipoclorhidria. En contraste, la infección crónica a menudo conduce a aumentos basales y estimulados de la producción de ácido, especialmente en los pacientes que desarrollan los ulcera péptica. <sup>(11)</sup>

Un mecanismo por el que *H. pylori* puede aumentar la secreción de ácido gástrico es a través de un aumento de la liberación de la gastrina. La gastrina es responsable de la secreción de ácido gástrico en sujetos normales por dos mecanismos:

- Tiene una acción trófica sobre las células parietales y células enterocromafinas secretoras de histamina



- Se estimula las células parietales a través de la liberación de histamina

Este proceso está estrechamente controlado por una hormona llamada somatostatina, que es un inhibidor de la síntesis de la gastrina, la liberación de gastrina, y la secreción de ácido gástrico. Los pacientes con infección por *H. pylori* tienen concentraciones elevadas de gastrina de suero y concentración disminuida de la somatostatina. <sup>(11)</sup>

Sin embargo, la hipergastrinemia por sí sola no explica los aumentos en la producción de ácido en pacientes infectados con *H. pylori*; los niveles de gastrina a menudo vuelven a la normalidad dentro de un mes después de la erradicación, mientras que la producción media ácida basal y el pico se mantienen elevados durante períodos más largos de tiempo. Además, *H. pylori* en sí no parece alterar la sensibilidad de las células parietales gástricas de gastrina, aunque la hipergastrinemia puede tener efectos tróficos en el tiempo que se traducen en un aumento de la masa de células parietales. <sup>(11)</sup>

### **Metaplasia gástrica**

Se refiere a la presencia de epitelio gástrico en la primera porción del duodeno, esto parece ser una respuesta de la mucosa a la exposición excesiva de ácido, ya que sólo se produce cuando el pH luminal es de menos de 2,5. Además de la hipersecreción de ácido, alteración de la secreción de bicarbonato duodenal inducida por *H. pylori* también puede contribuir a la luminal de bajo pH duodenal. Los focos de metaplasia proporcionan áreas para la colonización del *H. pylori*. <sup>(11)</sup>

### **Factores de defensa de la mucosa**

*H. pylori* puede disminuir los factores de defensa de la mucosa:

- Existe una disminución de bicarbonato en la mucosa del duodeno proximal. No está claro si alteración de la secreción de bicarbonato se

atribuye a *H. pylori*, sin embargo, la erradicación de la infección da como resultado la normalización de la producción de bicarbonato.

- *H. pylori* libera proteasas que degradan las glicoproteínas mucosas que protegen la mucosa.

## **Consumo de AINES**

La lesión aguda de la mucosa gastrointestinal depende de un efecto tóxico sobre el epitelio por efecto del atrapamiento iónico y sobre todo de un efecto sistémico que inhibe la síntesis de prostaglandinas y origina adhesión de los leucocitos al endotelio vascular del estómago. La inhibición de la síntesis de prostaglandinas dependientes de la enzima COX-1 afecta a diferentes componentes de protección de la mucosa gástrica. <sup>(7)</sup>

Los factores de riesgo para sufrir una complicación por úlcera péptica asociados al consumo de AINES están bien establecidos. Un antecedente de úlcera previa o su complicación, la edad avanzada (se calcula que el riesgo crece a partir de los 60 años, pero a partir de los 70 años el riesgo se incrementa de forma notable), dosis elevadas de AINES, uso concomitante de varios AINES, entre ellos ácido acetil salicílico (AAS) en dosis bajas, glucocorticoides o anticoagulantes aumentan el riesgo de una complicación ulcerosa. El papel de otros factores como el género masculino, el consumo de tabaco, el alcohol o la patología cardiovascular, es menos claro. Sin embargo, datos recientes señalan que la infección por Hp aumenta el riesgo de úlcera y complicación en el paciente que toma AINES o AAS. <sup>(7)</sup>

## **Secreción ácida y actividad péptica**

A pesar de que sólo una pequeña proporción de pacientes con úlcera duodenal tiene cierta hipersecreción ácida, los valores elevados parecen ser una característica definitoria de los pacientes con DU, sean o no que estén infectados con Hp. <sup>(11)</sup>

Entre sujetos con *H. pylori*, los siguientes factores parecen contribuir a los niveles altos de secreción de ácido:

- Un grupo que tiene hipergastrinemia dependiente de Hp, ya que la curación de la infección conduce a una disminución en la secreción de ácido.
- Un subconjunto tiene un *H. pylori* unidad -independiente de la secreción de ácido, posiblemente relacionada con la hiperactividad vagal

Los sujetos con úlcera duodenal, tienen secreción ácida gástrica basal y estimulada elevada. Esta hipersecreción ácida se ha atribuido a un aumento de células parietales, a hipertonia vagal, a un trastorno en los reflejos inhibitorios en la liberación de gastrina y de la secreción de ácido.<sup>(7,8,11)</sup>

### **Mecanismos de defensa de la barrera mucosa**

La mucosa gastroduodenal posee una serie de mecanismos defensivos que contribuyen al mantenimiento de la integridad de la mucosa en el medio ácido del estómago. Los factores que participan en este proceso son la secreción del moco y bicarbonato, el flujo sanguíneo de la mucosa gástrica y la capacidad de regeneración celular frente a la lesión de la mucosa.<sup>(7,8)</sup>

## **4. Cuadro clínico**

El dolor abdominal superior es el síntoma más frecuente en los pacientes con úlcera péptica. Aproximadamente el 80% de los pacientes con úlcera endoscópicamente diagnosticadas tiene dolor epigástrico. Algunas veces el malestar se puede localizar en los cuadrantes superiores derecho o izquierdo del hipocondrio. La irradiación del dolor a la espalda puede ocurrir, pero el dolor de espalda como síntoma principal es atípico. En los pacientes no tratados, los síntomas pueden durar unas pocas semanas, seguido de períodos asintomáticos que duran semanas o incluso meses.

El dolor "clásico" de las úlceras duodenales se produce de dos a cinco horas después de una comida y en la noche cuando el ritmo circadiano de la secreción ácida es máxima.<sup>(7,11)</sup>

El dolor suele tener un ritmo relacionado con la ingesta de alimentos. Es infrecuente que aparezca antes del desayuno, suele hacerlo entre 1 a 3 horas posterior a las comidas y, por lo general, desaparece con la ingesta de alimentos o con alcalinos. El 50% a 90% de los pacientes refiere dolor nocturno. La anorexia y la pérdida de peso pueden presentarse.

Los pacientes con úlceras gástricas y úlceras del canal pilórico en particular, pueden tener síntomas provocados por los alimentos debido a la sensibilización visceral y alteración de la motilidad gastroduodenal. Estos síntomas incluyen dolor epigástrico que empeora con el comer, eructos y la plenitud posprandial, saciedad temprana, intolerancia a los alimentos grasos, náuseas y vómitos ocasionales. <sup>(11)</sup>

Aproximadamente el 70% de las úlceras pépticas son asintomáticos. Los pacientes con úlceras pépticas silenciosas más tarde pueden presentar complicaciones relacionadas con la úlcera. <sup>(7)</sup>

Los adultos y los individuos con medicamentos anti-inflamatorios no esteroideos (AINE) son más propensos a ser asintomáticos y más tarde se presentan con complicaciones ulcerosas.

El examen físico en casos no complicados puede ser normal o revelar dolor a la palpación profunda en hemiabdomen superior o epigastrio. No obstante, el examen físico puede indicar la existencia de algunas de sus complicaciones. Por ejemplo, la palidez cutánea y/o mucosa refleja hemorragia, palpar un abdomen en tabla asociado a signos de irritación peritoneal indica perforación de víscera. <sup>(7)</sup>

Se debe resaltar que se habla de una patología relativamente benigna, con curso crónico recidivante, con remisiones y exacerbaciones espontáneas. Hasta el 80% de las úlceras duodenales y un 50% de las gástricas recidivarán en los 12 meses posteriores a la cicatrización y alrededor del 20% presentará alguna complicación durante la enfermedad. <sup>(7)</sup>

## 5. Diagnóstico

El diagnóstico de la UP se sospecha en pacientes con dispepsia, especialmente si consume AINES o tiene historia de infección por *Helicobacter pylori*. Si bien no es necesario imágenes de contraste para el diagnóstico de la enfermedad de úlcera péptica, si se realiza, puede ser de apoyo del diagnóstico. El diagnóstico de la enfermedad de úlcera péptica está definitivamente establecido por la visualización directa de la úlcera en la endoscopia alta. <sup>(11)</sup>

### 5.1 diagnóstico endoscópico

En la endoscopia digestiva alta, úlceras gástricas y duodenales benignas tienen bordes redondeados, liso y regulares con una base de la úlcera plana, lisa, a menudo llena de exudado y cubierto con fibrina, los pliegues son regulares, radiados desde el borde de la úlcera.<sup>(7,11)</sup>

Algunas de las características endoscópicas que sugieren que una úlcera puede ser malignas incluyen:

- Una masa ulcerada que sobresale en el lumen
- Los pliegues que rodean el cráter de la úlcera son nodulares, golpeado, fusionado o no llegan a la margen de la úlcera
- Sobresaliente, o márgenes de úlceras irregulares engrosadas

Sin embargo, la endoscopia no permite determinar con certeza su naturaleza, debido a esto se obtienen varias biopsias de los bordes de las úlceras gástricas independientemente de su aspecto endoscópico. <sup>(7)</sup>

La endoscopia es la prueba diagnóstica más precisa para la úlcera péptica. La sensibilidad de la endoscopia superior en la detección de lesiones gastroduodenales es de aproximadamente 90%. La sensibilidad y especificidad de la endoscopía son superiores a las de la radiología, por lo que se considera el diagnóstico de elección. <sup>(7)</sup>

## 5.2 Diagnóstico de la infección por Hp

Las maneras de diagnóstico de infección por Hp están divididas en invasivas (que requieren endoscopia diagnóstica) y no invasivas. <sup>(7)</sup>

Todos los pacientes diagnosticados con UP deben someterse a pruebas de infección por *H. pylori*. <sup>(11)</sup>

### 5.2.1 Métodos invasivos

- Test rápido de ureasa

Método que utiliza un medio líquido o sólido con alta cantidad de urea conteniendo un marcador de pH en el que se introducen las biopsias gástricas. En caso de que el Hp esté presente en la biopsia, la actividad ureasa de la bacteria hidroliza la urea en amonio y CO<sub>2</sub>. La liberación de amonio aumenta el pH y produce en minutos un cambio del color del marcador de pH. Su precisión diagnóstica global es ligeramente inferior a la de la histología. <sup>(7)</sup>

En ausencia de hemorragia gastrointestinal superior aguda, los pacientes con diagnóstico de úlcera péptica mediante la endoscopia alta deben someterse a una biopsia gástrica. <sup>(11)</sup>

- El estudio histopatológico de la biopsia tiene sensibilidad y especificidad muy altas. En condiciones de práctica clínica se considera suficiente el estudio de dos o más biopsias del antro. Se recomienda utilizar tinción de Giemsa para evaluar la presencia de Hp en las biopsias gástricas, ya que la sensibilidad de la tinción con hematoxilina-eosina es menor. <sup>(7)</sup>

Ambos métodos se consideran adecuadas diagnosticar la infección. Sin embargo, luego del tratamiento erradicador se recomienda comprobar la curación mediante histología, prueba del aliento o antígeno en heces. <sup>(7)</sup>

### 5.2.2 Métodos no invasivos

La serología es rápida y barata; sin embargo, la sensibilidad y especificidad son bajas. Por lo tanto, no se recomienda utilizar este método para el diagnóstico de la infección por Hp. <sup>(7)</sup>

## 6. Tratamiento

Los objetivos del tratamiento de la úlcera péptica son el alivio de los síntomas, la cicatrización de la úlcera y la prevención de las recidivas sintomáticas y de las complicaciones.

En todos los pacientes con UP se debe corroborar la infección por *H. pylori* y ser tratada. En los pacientes tratados, la erradicación de la infección se debe confirmar 4 semanas después de finalizada la terapia. <sup>(11)</sup>

Los factores que contribuyen a desarrollar la UP deben ser evitados, como los AINES, el tabaco y alcohol. Si bien no hay datos convincentes de que ciertos alimentos están asociados con mayor riesgo de úlcera péptica, se deben evitar aquellas comidas que desencadenan síntomas dispépticos. <sup>(11)</sup>

Aquellos pacientes con UP deben recibir tratamiento antisecretor para facilitar la curación de la úlcera. La elección y la duración del tratamiento antisecretor varían según las características de la úlcera y los factores de riesgo. <sup>(11)</sup>

### ● **Úlcera *H. pylori* positivo**

Pacientes con úlceras duodenales no complicadas, el inhibidor de la bomba de protones (IBP), dada por 10 a 14 días, junto con el régimen de antibióticos para el tratamiento de Hp, es generalmente adecuada para inducir la curación.

En pacientes con úlceras duodenales complicadas y en pacientes con úlceras gástricas, se sugiere tratamiento con un IBP por 4 a 8 semanas y entre 8 y 12 semanas, respectivamente.

La erradicación del Hp debe ser confirmada 4 semanas después de la finalizar la terapia.

### ● **Úlcera *H. pylori* negativo**

Se sugiere tratamiento con IBP por 4 a 8 semanas basado en la ubicación de la úlcera (gástrica o duodenal) y la presencia de complicaciones.

### ● **Úlcera *H. pylori* negativo, inducida por AINES**

Los pacientes con úlceras inducidas por AINE deben ser tratados con un IBP por un mínimo de 8 semanas. En pacientes con úlceras pépticas que necesitan permanecer en los AINES, el tratamiento antisecretor de mantenimiento con un IBP se debe considerar para reducir el riesgo de complicaciones de la úlcera. <sup>(11)</sup>

## 2.3 Definiciones operacionales

**Úlcera péptica:** enfermedad crónica del tubo digestivo caracterizada por remisiones y exacerbaciones cuya lesión se manifiesta por daño necrótico de la mucosa.

**Helicobacter pylori:** bacteria espiral que infecta el epitelio gástrico humano. Muchas úlceras y algunos tipos de gastritis se deben a infecciones por *H. pylori*. Esta bacteria vive exclusivamente en el estómago humano

**AINES:** son un grupo variado y químicamente heterogéneo de fármacos principalmente antiinflamatorios, analgésicos y antipiréticos, por lo que reducen los síntomas de la inflamación, dolor y fiebre respectivamente.

**Edad:** condición orgánica, masculina o femenina de los animales y las plantas

Condición orgánica, masculina o femenina de los animales y las plantas

**Corticoides:** variedad de hormonas del grupo de esteroides, tienen aplicaciones terapéuticas con propiedades antiinflamatorias e inmunosupresoras

**Tabaco:** planta de tallo grueso que preparada se mastica o aspira



## CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES

### 3.1 Hipótesis

- El Helicobacter pylori, el consumo de AINES y el consumo de corticoides son factores clínicos asociados a la presencia de úlcera péptica.
- Existe asociación entre factores demográficos y presencia de úlcera péptica.
- El consumo de tabaco es un factor social asociado a la presencia de úlcera péptica.
- La úlcera duodenal es la localización más frecuente de úlcera péptica.
- La prevalencia de úlcera péptica es alta en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del hospital vitarte en el año 2015.

### 3.2 Variables

- **Variable dependiente:**
  - Úlcera péptica
- **Variables independientes:**
  - Helicobacter pylori,
  - Consumo de AINES
  - Consumo de corticoides
  - Consumo de tabaco
  - Sexo
  - Edad
  - Localización de úlcera
  - Resultado histopatológico

## CAPITULO IV: METODOLOGÍA

### 4.1 tipo de investigación

Observacional, cuantitativo, analítico, retrospectivo con el objetivo de identificar la prevalencia y los factores asociados a úlcera péptica en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del hospital vitarte en el año 2015.

### 4.2 Población y muestra

#### **Población de estudio:**

Todos los pacientes a los que se les realizó endoscopia digestiva alta en el hospital Vitarte durante el año 2015.

#### **Selección y cálculo del tamaño de muestra:**

La muestra es de tipo probabilística. Para la selección de los pacientes se ha utilizado el Muestreo Aleatorio Simple (MAS) sin reemplazo. El cálculo del tamaño de la muestra se ha realizado empleando la siguiente expresión que corresponde al cálculo del tamaño de la muestra para la estimación de una proporción poblacional. Se utilizó un nivel de confianza del 95%, un error de 3% y una prevalencia de úlcera péptica estimada de 10%.

$$n = \frac{N Z_{\alpha}^2 P (1 - P)}{(N - 1)E^2 + Z_{\alpha}^2 P (1 - P)}$$

#### **Unidad de análisis:**

Pacientes a los que se les realizó endoscopia digestiva alta en el servicio de gastroenterología del hospital vitarte en el año 2015

## 4.3 Criterios de inclusión y exclusión

### **Criterios de inclusión**

- Pacientes con historias clínicas completas y disponibles
- Pacientes mayores de 14 años atendidos en el servicio de gastroenterología del hospital vitarte en el año 2015

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes con comorbilidades que puedan alterar los resultados de la endoscopia
- Paciente con historias clínicas incompletas

## 4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Instrumento: Ficha de datos elaborada en base a los objetivos. La elaboración de ficha de datos se realizó a base de los datos obtenidos de las historias clínicas.

## 4.5 Recolección de datos

Se contactó con la oficina de docencia e investigación del hospital Vitarte y se envió una solicitud para la revisión y aprobación de la ejecución del proyecto.

Se solicitó el acceso al archivo de historias clínicas y al marco muestral por parte del servicio de archivo del hospital.

Se llenó cada ítem, siguiendo las instrucciones escritas en cada ficha.

Completados todos los ítems de las fichas, llenadas por día, se tabuló los resultados en la matriz de datos.

## 4.6 Técnica de procesamiento y análisis de datos

Se realizó un análisis estadístico descriptivo incluyendo la presentación de medias y desviación estándar para las variables numéricas y frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. Para verificar la asociación entre factores clínicos y úlcera péptica se utilizó el estadístico chi cuadrado de

independización. Se calculó OR con intervalo de confianza 95%. Se consideró estadísticamente significativo, todo valor de  $p < 0.05$

Se utilizó el software IBM STATISTICS SPSS VERSION 21 para el análisis, la elaboración de la base de datos y recopilación de información.

## CAPITULO V: RESULTADOS Y DICUSION

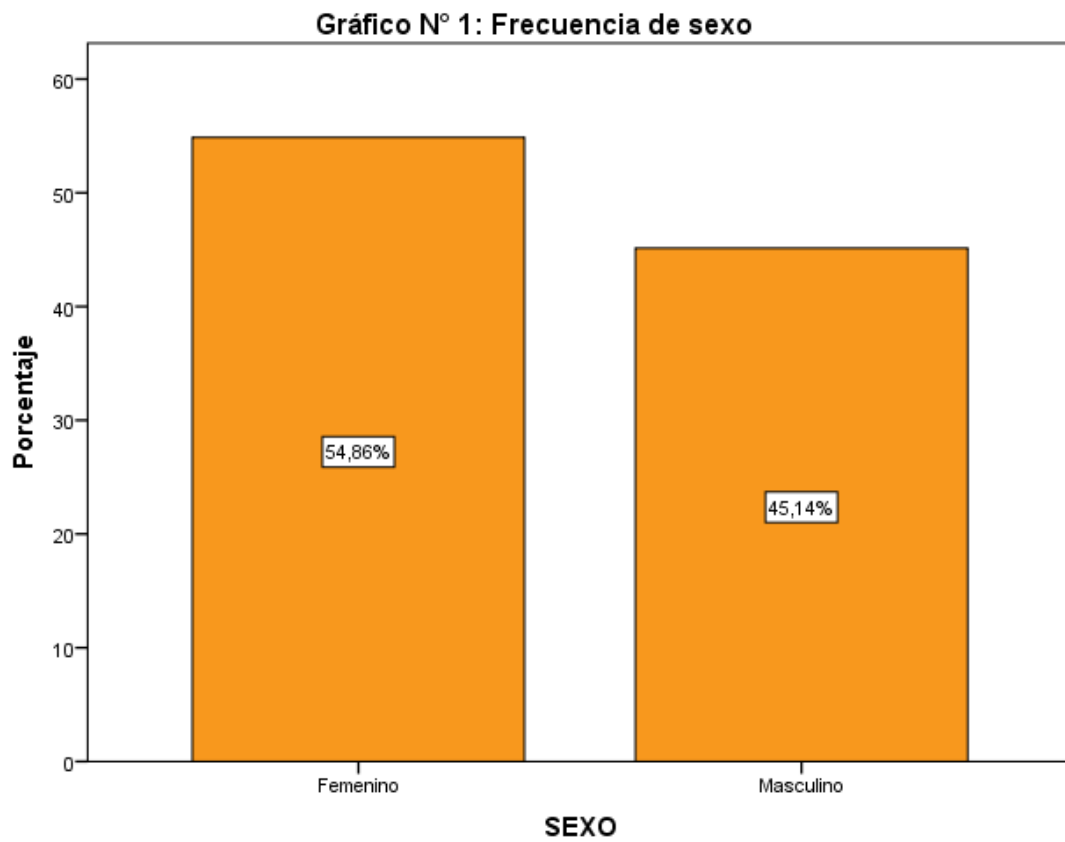
### 5.1 Resultados

Se incluyó a un total de 144 pacientes, a los cuales se les realizó endoscopia digestiva alta, el sexo más frecuente en el total de pacientes fue el femenino con un frecuencia del 56,86% (n=79), ver gráfico N°1, el grupo de edad entre 14 a 51 años fue la más frecuente con 60,4% (n=87), el 37,5% (n=54) del total de pacientes tuvo diagnóstico de úlcera péptica, sólo en el 43,8% (n= 63) se describió en la biopsia la presencia de la bacteria *Helicobacter pylori*, la localización más frecuente de la úlcera fue la gástrica con un 62,3% (n= 33), la principal descripción histopatológica con 87,5% (n=126) fue de Gastritis crónica e hiperplasia linfoide subepitelial, el 27,78% (n=40) de los pacientes consumía AINES, el consumo de corticoides no fue frecuente 2,8% (n= 4), el consumo de tabaco no obtuvo porcentaje alto, 8,3% (n=12), ver gráficos N°2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11 respectivamente.

**Tabla N° 1: Resumen de datos cualitativos**

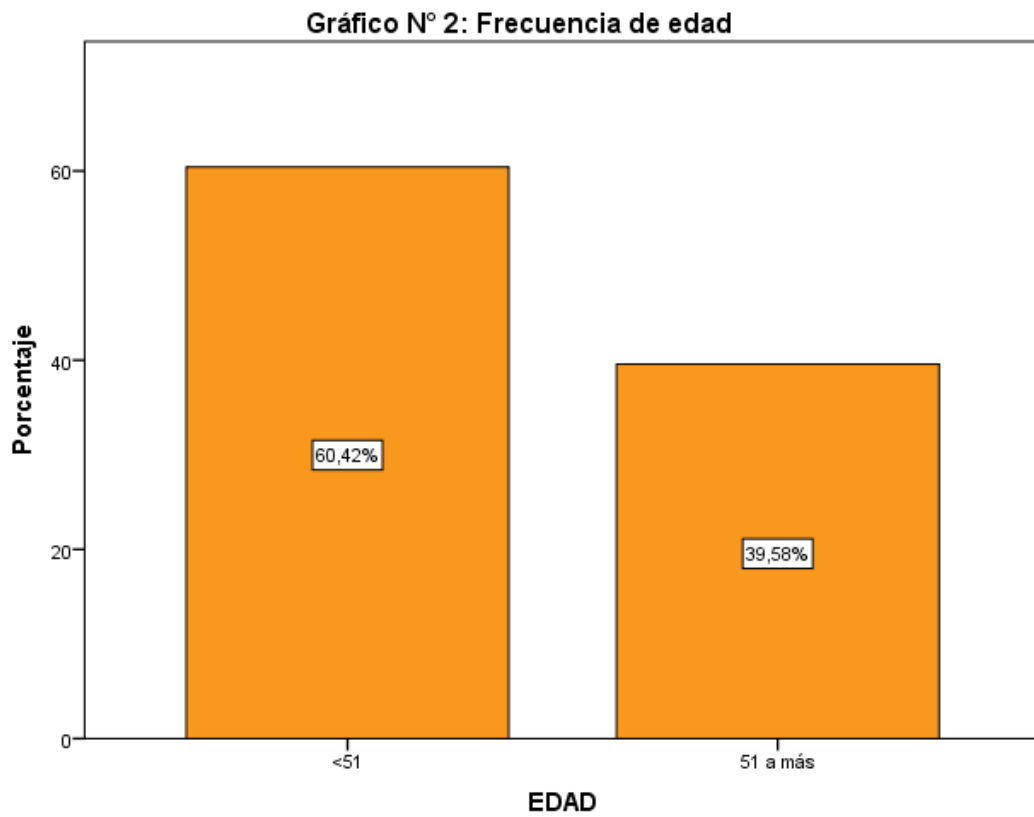
Variable		N	%
<b>Sexo</b>	Masculino	65	45.1
	Femenino	79	54.9
<b>Edad</b>	51 a más	57	39.4
	14 a 50	87	60.4
<b>Úlcera péptica</b>	Si	54	37.5
	No	90	62.5
<b>Helicobacter pylori</b>	Si	63	43.8
	No	81	56.3
<b>Localización de úlcera péptica</b>	Duodenal	20	37.7
	gástrica	33	62.3
<b>Resultado histopatológico</b>	Gastritis crónica e hiperplasia linfoide subepitelial	126	87.5
	Metaplasia intestinal	5	3.5
	Duodenitis erosiva crónica	13	9
<b>Consumo de AINES</b>	Si	40	27.8
	No	104	72.2
<b>Consumo de corticoides</b>	Si	4	2.8
	No	140	97.2
<b>Consumo de tabaco</b>	Si	12	8.3
	No	132	91.7

**Gráfico N° 1: Pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología según sexo. Hospital Vitarte – Año 2015**



En el grupo de estudio, se observó que las mujeres presentaron una mayor frecuencia (56,86%).

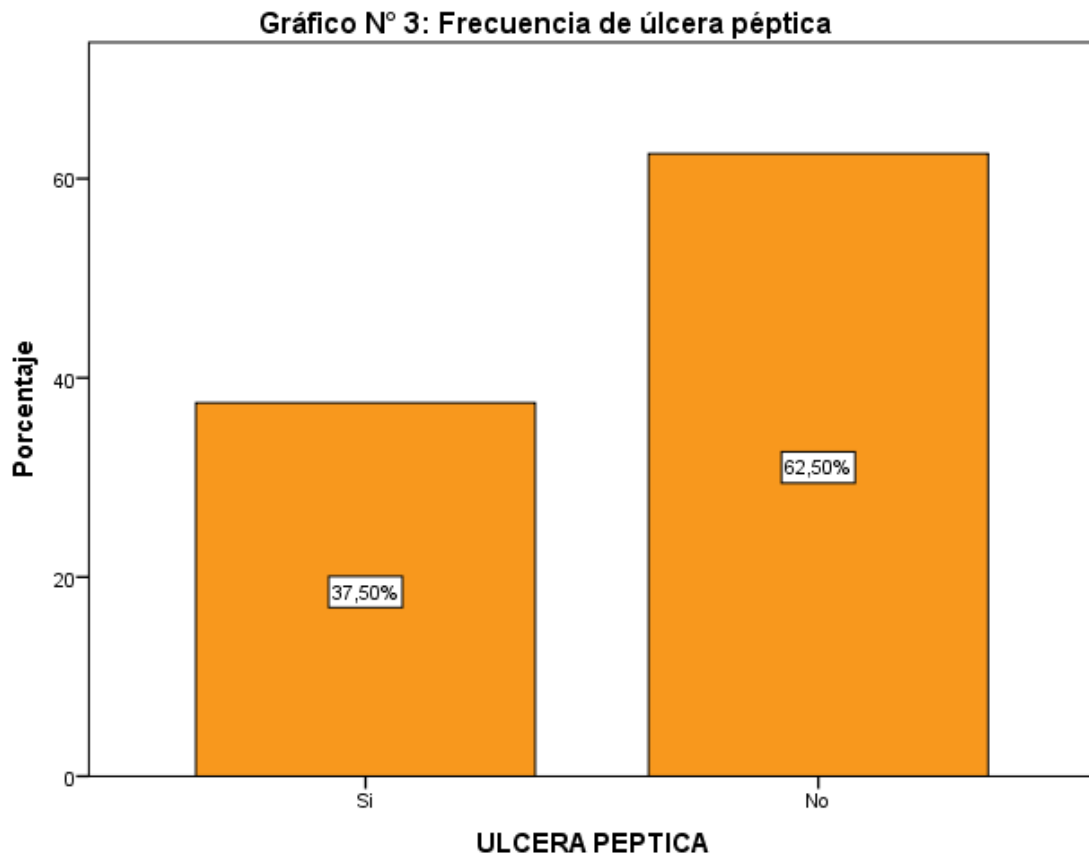
**Gráfico N° 2: Pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología según grupo de edad. Hospital Vitarte – Año 2015**



Se observa una mayor frecuencia en el grupo de pacientes menores a 51 años (60,4%).

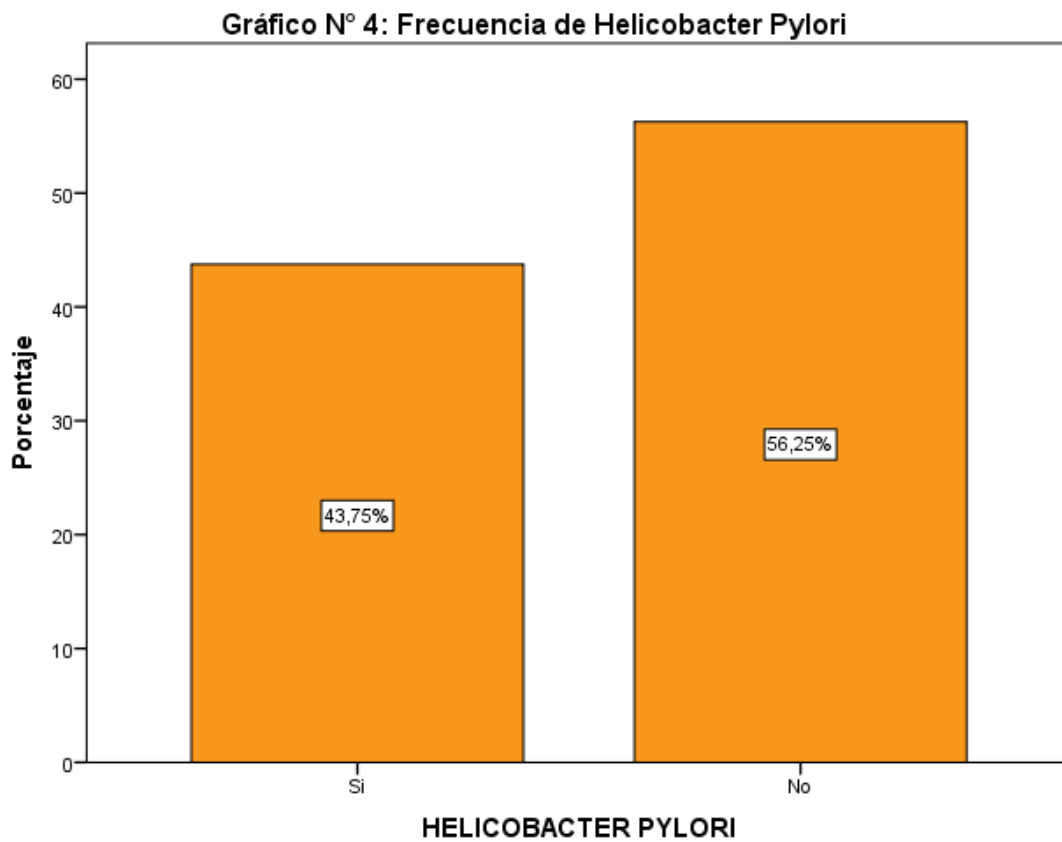


**Gráfico N° 3: Prevalencia de úlcera péptica en pacientes atendidos en el Hospital Vitarte. Año 2015**



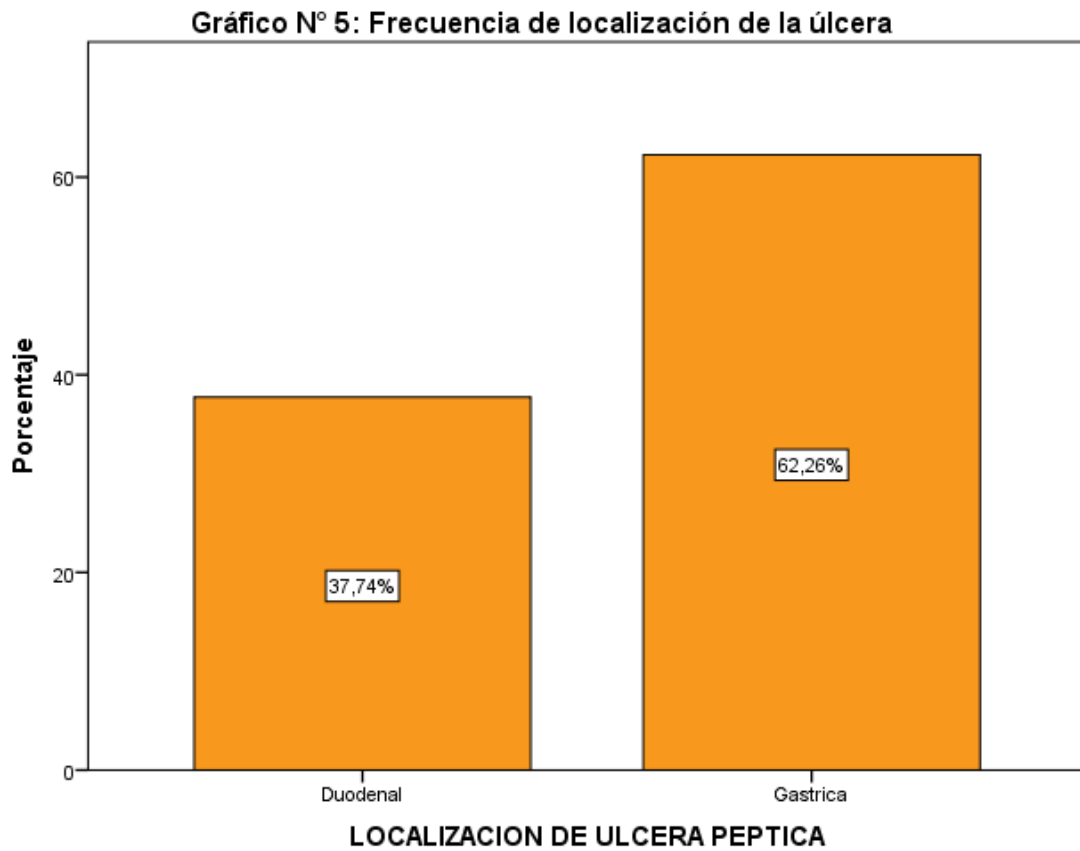
Observamos que la prevalencia de úlcera péptica es de 37,5% (n=54)

**Gráfico N° 4: Porcentaje de pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología con Helicobacter Pylori. Hospital Vitarte. Año 2015**



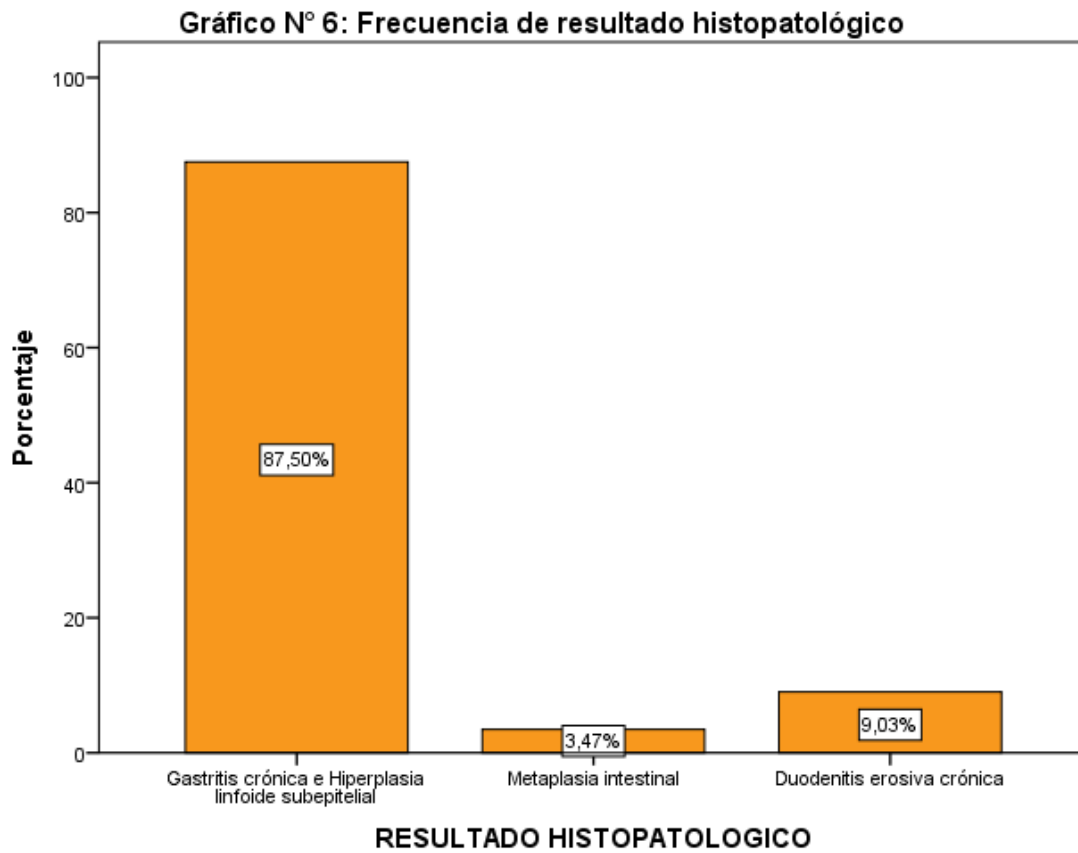
La frecuencia de infección por Helicobacter pylori fue 43,8% (n=63)

**Gráfico N° 5: Localización de úlcera péptica en pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015**



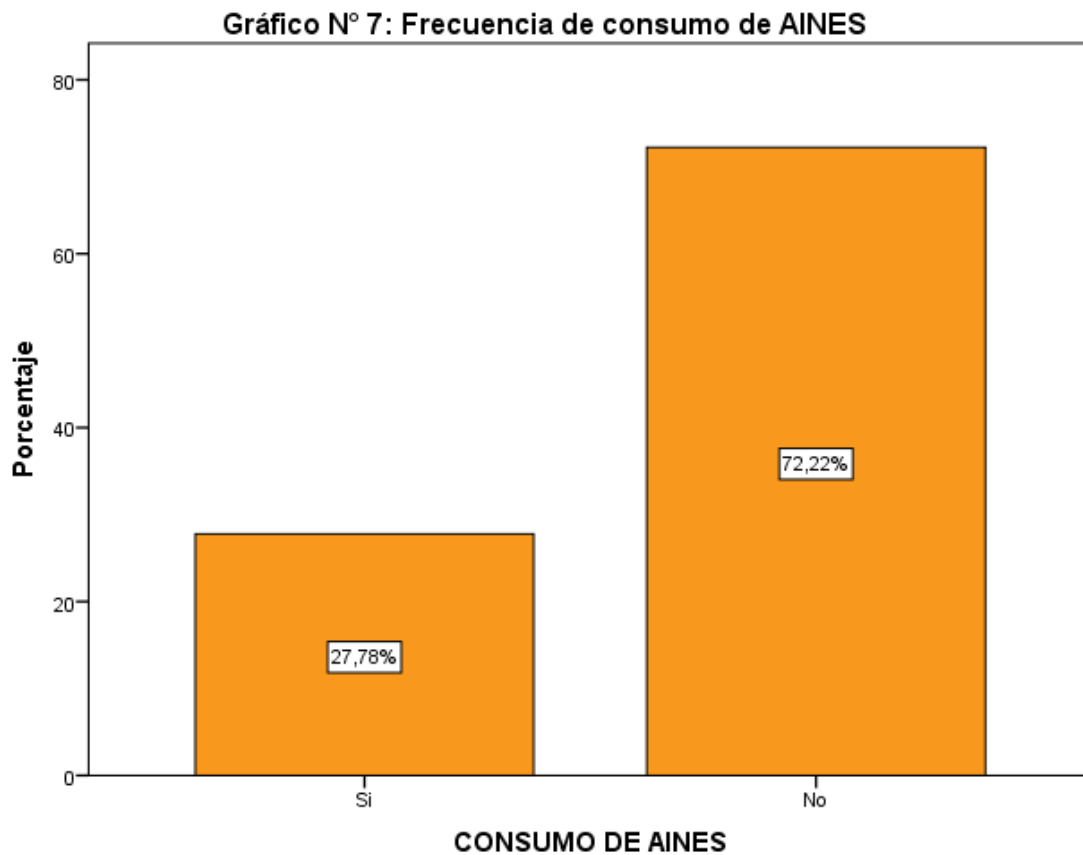
La localización más frecuente de úlcera fue la gástrica 62,3% (n= 33).

**Gráfico N° 6: Resultado histopatológico en pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015**



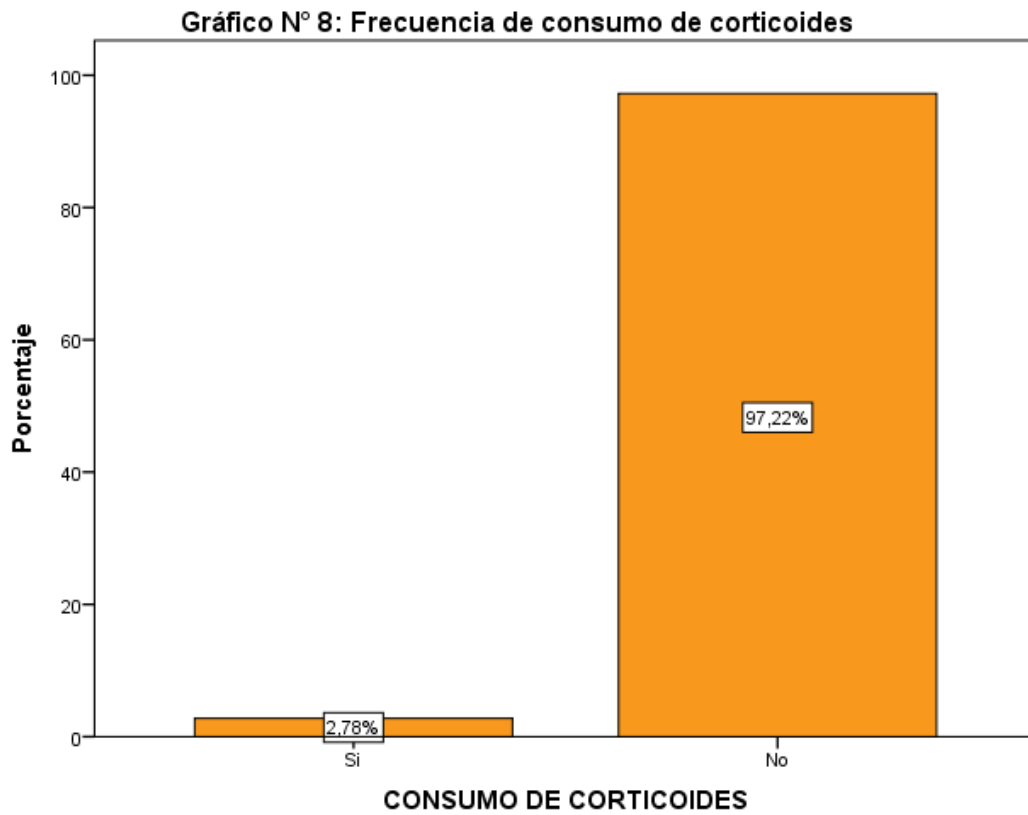
Se observa que la gastritis crónica e hiperplasia linfoide subepitelial fue la descripción histopatológica más frecuente 87,5% (n=126).

**Gráfico N° 7: Consumo de AINES en pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015**



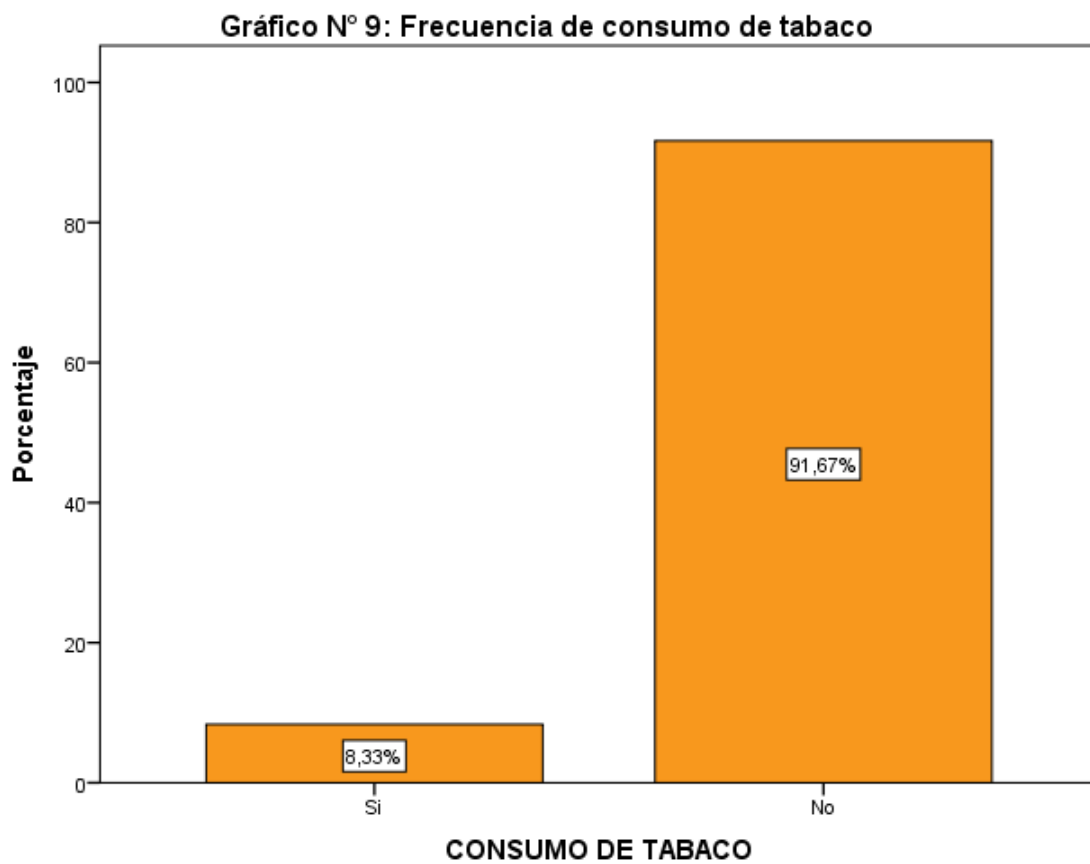
El 27,78% (n=40) de pacientes consume antiinflamatorios no esteroideos (AINES).

**Gráfico N° 8: Consumo de Corticoides en pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015**



Solo el 2,8% (n= 4) de pacientes consume corticoides.

**Gráfico N° 9: Consumo de tabaco en pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015**



Se observa una baja frecuencia de consumo de tabaco 8,3% (n=12)

Se procedió posteriormente a realizar el análisis estadístico analítico. En relación a la asociación entre *Helicobacter pylori* y presencia de úlcera péptica se obtuvo un valor OR de 5.3 (IC-95%: 2.5 – 11.1) y  $p < 0.05$  (0.00) por lo que la infección por *Helicobacter pylori* produce 5.3 veces más probabilidad de desarrollar úlcera péptica.

Con respecto a relación entre consumo de AINES y presencia de úlcera péptica el valor OR fue 5.9 (IC-95%: 2.6 – 13.0) y  $p < 0,05$  (0.00), demostrando que existe asociación significativa entre ambas variables.

La asociación entre consumo de corticoides y presencia de úlcera péptica tuvo OR 1.6 (IC-95%: 0.2 – 12.3) con  $p > 0,05$  (0,60) siendo en este estudio un valor estadísticamente no significativo.

En cuanto la relación entre las variables consumo de tabaco y presencia de úlcera péptica se encontró OR de 5.8 (IC-95%: 1.4 – 22.4) y  $p < 0.05$  (0.005), se interpreta de esta manera que el tabaquismo tiene asociación significativa con respecto a úlcera péptica.

En relación a la asociación entre sexo masculino y presencia de úlcera péptica el valor OR fue 2.5 (IC-95%: 1.2 – 5.0) con valor  $p < 0.05$  (0.008), lo que refiere que el sexo masculino tiene 2 veces más probabilidad de desarrollar úlcera péptica.

La relación entre el grupo etario de 51 años a más con presencia de úlcera péptica se obtuvo OR 1.5 (IC-95%: 0.7 – 3.1) con  $p > 0.05$  (0.20) mostrando que no existe significancia estadística.



**Tabla N° 2: Resumen de datos analíticos**

	OR	IC- 95%	X <sup>2</sup>	
Presencia de Helicobacter pylori	5,4	2,6 - 11,2	0,0	P < 0,05
Consumo de AINES	5,9	2,7 - 13,1	0,0	P < 0,05
Consumo de corticoides	1,7	0,2 - 12,4	0,6	P > 0,05
Consumo de tabaco	5,8	1,5 - 22,5	0,005	P < 0,05
Sexo	2,5	1,3 - 5,0	0,008	P < 0,05
Edad	1,6	0,8 – 3,1	0,2	P > 0,05

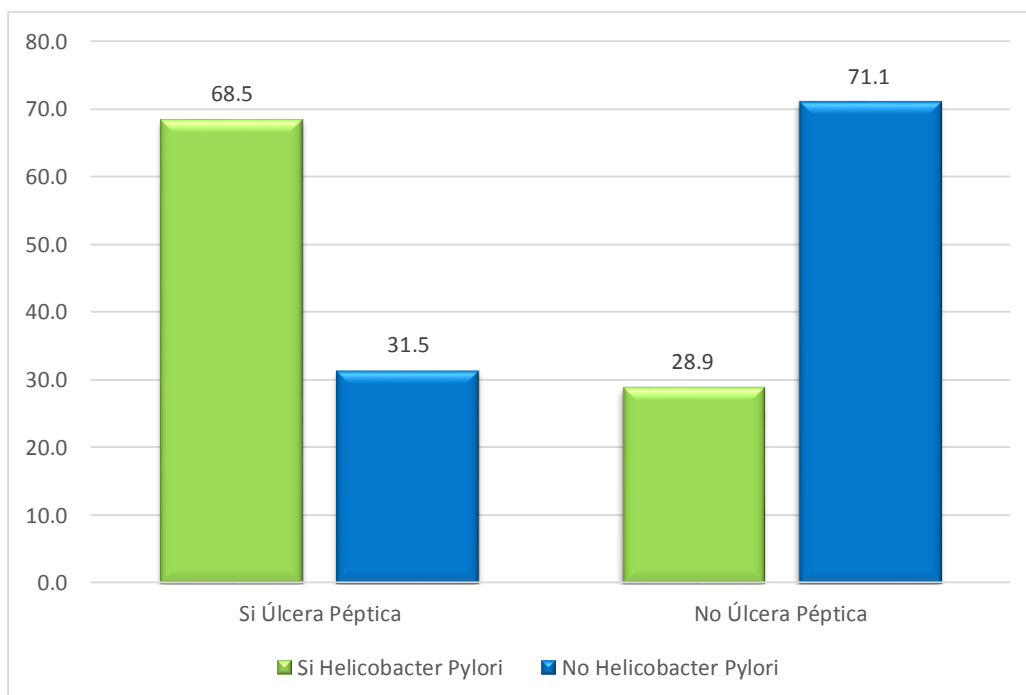
**Tabla N° 3: Presencia de úlcera péptica y Helicobacter pylori en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015**

Helicobacter Pylori	Presencia de Úlcera Péptica			
	Si		No	
	n	%	n	%
Si	37	68.5	26	28.9
No	17	31.5	64	71.1

Fuente: Ficha Recolección de datos. Elaboración Propia

Chi cuadrado=  $p < 0.05$     OR= 5,4    IC 95% 2,6 - 11,2

**Gráfico N° 10: Presencia de úlcera péptica y Helicobacter pylori en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015**



Fuente: Ficha Recolección de datos. Elaboración Propia

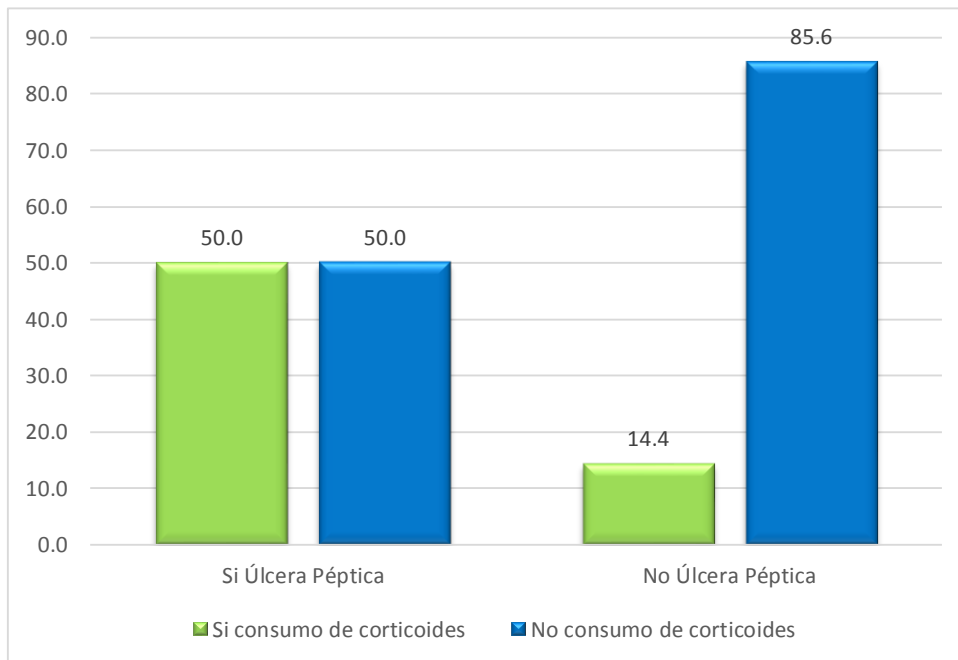
**Tabla N° 4: Presencia de úlcera péptica y consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015**

Consumo de AINES	Presencia de Úlcera Péptica			
	Si		No	
	n	%	n	%
Si	27	50.0	13	14.4
No	27	50.0	77	85.6

Fuente: Ficha Recolección de datos. Elaboración Propia

Chi cuadrado=  $p < 0.05$  OR= 5,9 IC 95% 2,7 - 13,1

**Gráfico N° 11: Presencia de úlcera péptica y consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015**



Fuente: Ficha Recolección de datos. Elaboración Propia

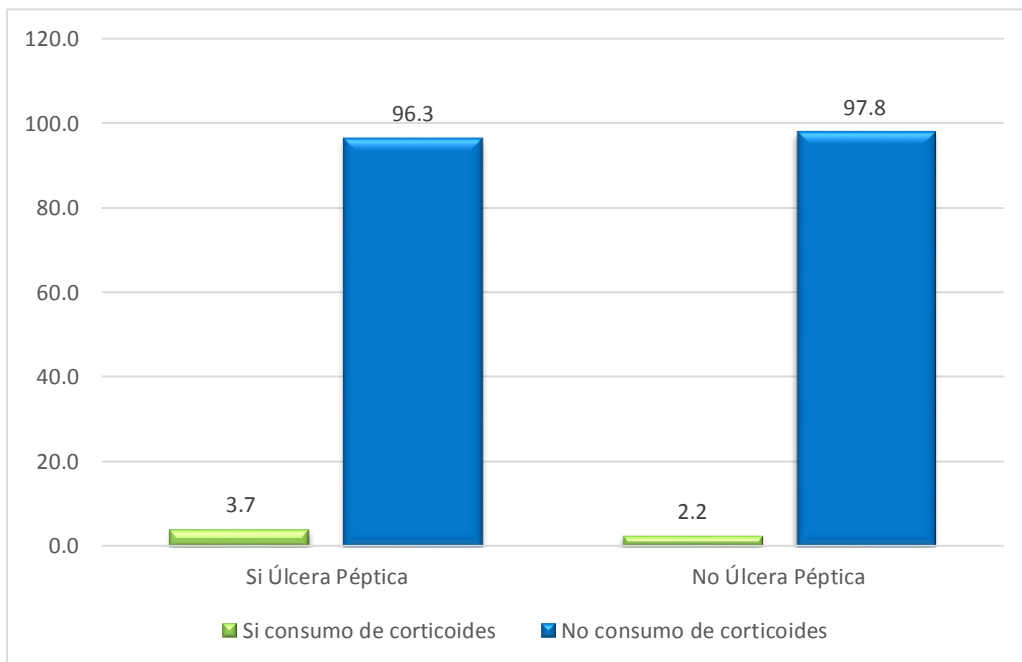
**Tabla N° 5: Presencia de úlcera péptica y consumo de corticoides en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015**

Consumo de corticoides	Presencia de Úlcera Péptica			
	Si		No	
	n	%	n	%
Si	2	3.7	2	2.2
No	52	96.3	88	97.8

Fuente: Ficha Recolección de datos. Elaboración Propia

Chi cuadrado=  $p > 0.05$     OR= 1,7    IC 95% 0,2 - 12,7

**Gráfico N° 12: Presencia de úlcera péptica y consumo de corticoides en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015**



Fuente: Ficha Recolección de datos. Elaboración Propia

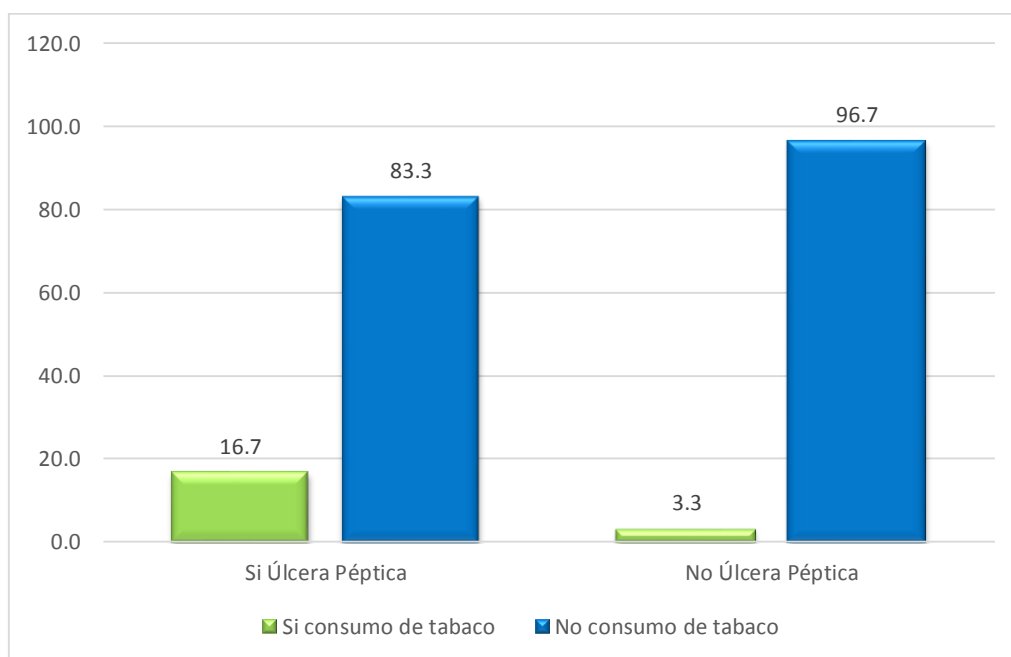
**Tabla N° 6: Presencia de úlcera péptica y consumo de tabaco en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015**

Consumo de corticoides	Presencia de Úlcera Péptica			
	Si		No	
	n	%	n	%
Si	9	16.7	3	3.3
No	45	83.3	87	96.7

Fuente: Ficha Recolección de datos. Elaboración Propia

Chi cuadrado=  $p < 0.05$  OR= 5,8 IC 95% 1,5 - 22,5

**Gráfico N° 13: Presencia de úlcera péptica y consumo de tabaco en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015**



Fuente: Ficha Recolección de datos. Elaboración Propia

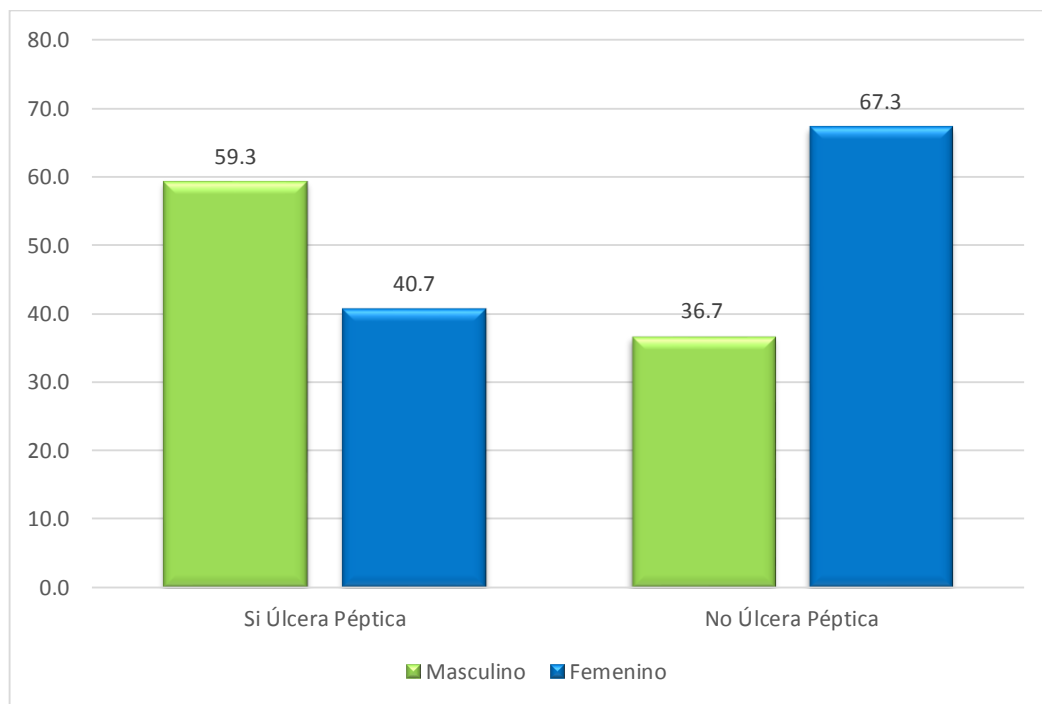
**Tabla N° 7: Presencia de úlcera péptica y sexo en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015**

sexo	Presencia de Úlcera Péptica			
	Si		No	
	n	%	n	%
Masculino	32	59.3	33	36.7
Femenino	22	40.7	57	67.3

Fuente: Ficha Recolección de datos. Elaboración Propia

Chi cuadrado=  $p < 0.05$     OR= 2,5    IC 95% 1.3 - 5.0

**Gráfico N° 14: Presencia de úlcera péptica y sexo en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015**



Fuente: Ficha Recolección de datos. Elaboración Propia

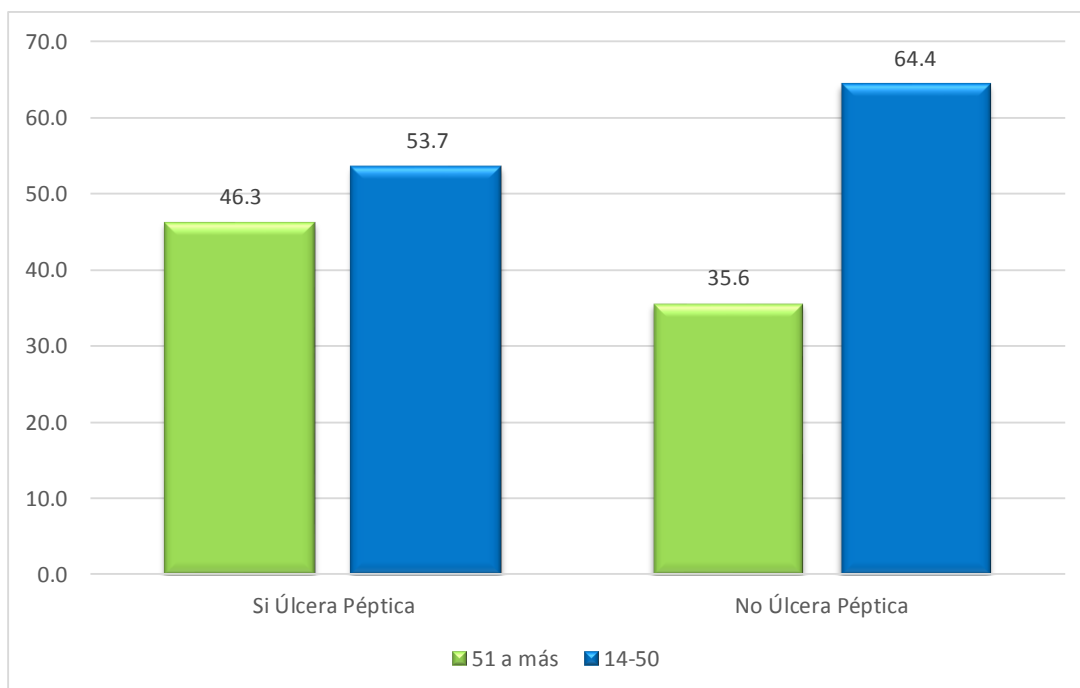
**Tabla N° 8: Presencia de úlcera péptica y edad en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015**

Edad	Presencia de Úlcera Péptica			
	Si		No	
	n	%	n	%
51 a más	25	46.3	32	35.6
14-50	29	53.7	58	64.4

Fuente: Ficha Recolección de datos. Elaboración Propia

Chi cuadrado=  $p > 0.05$     OR= 1,6    IC 95% 0.8 - 3,1

**Gráfico N° 15: Presencia de úlcera péptica y edad en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología. Hospital Vitarte. Año 2015**



Fuente: Ficha Recolección de datos. Elaboración Propia

## 5.2 Discusión de resultados

En este estudio 63 (43,8%) pacientes tuvieron diagnóstico de úlcera péptica de un total de 144 registrados. La prevalencia de úlcera péptica en este estudio fue de 37,5%, mayor al porcentaje encontrado por el autor Juan J. Sebastián Domingo que se sitúa entre 10 y 15%, a diferencia de los valores hallados en la investigación de Pedro Montes Teves cuya prevalencia fue mucho mayor. <sup>(12, 13)</sup>

Del grupo de pacientes con úlcera péptica el sexo predominante fue el masculino tal y como se describe en la literatura americana y en el estudio realizado en el año 2010 por Marcos Caraballo Gómez, que refiere que la úlcera péptica fue más frecuente en varones. Así también Pedro Montes Teves encontró en su estudio que el sexo masculino tuvo mayor porcentaje de úlcera péptica. <sup>(5,13)</sup>

Por el contrario, Elizabeth Montes de Oca Megías y colaboradores encontraron que la úlcera péptica era más frecuente en mujeres, también se describe mayor frecuencia de úlcera en el sexo femenino en el estudio realizado por Ofelia Castillo Contreras. <sup>(5, 6)</sup> Mientras, otros autores refieren que no se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo. <sup>(10)</sup>

En este estudio se encontró que la asociación entre sexo masculino y úlcera obtuvo un valor OR de 2,5 lo que indica que sería un factor de riesgo para la enfermedad ulcero péptica.

Con respecto al grupo de pacientes diagnosticados de úlcera, el grupo de edad más representado en esta investigación fue entre 14 y 51 años. Estos resultados corresponden en parte con los encontrados por otros autores, que refieren un predominio de esta enfermedad en pacientes entre los 40 y 50 años, y en promedio los 54 años. <sup>(10, 13)</sup> Sin embargo otros autores tuvieron resultados distintos con una mayor frecuencia de edad en mayores de 50 años. <sup>(5, 8, 9, 16)</sup>

La infección gástrica por la bacteria *Helicobacter pylori* subyace a la mayor parte de los casos de úlcera péptica. Distintos estudios como el de Marcos Caraballo Gómez, Hipólito Izquierdo de la Rosa y Marcos Félix Osorio Pagola concluyen que la presencia de Hp en pacientes con úlcera péptica fue alrededor de 50 % o



más. <sup>(6, 8, 9, 10, 13)</sup> En este estudio la presencia del Hp tuvo una frecuencia similar a los otros estudios.

Se obtuvo un OR de 5,3 por lo que se puede considerar que la infección por esta bacteria es uno de los factores de riesgo más importantes y frecuentes entre los pacientes con úlcera péptica.

En la presente serie observamos que la localización más frecuente de úlcera fue la gástrica, estos resultados concuerdan con el estudio realizado por Marcos Caraballo Gómez en el 2010 y por Heriberto Rodríguez-Hernández en el año 2001. <sup>(9,15)</sup>

En relación a años atrás si lo comparamos con otros informes y con literatura, se señala que las úlceras pépticas son más frecuentes en el duodeno. Sin embargo ha habido un incremento en la frecuencia de casos de úlcera gástrica en los últimos años, esto debido a que existe una disminución en la frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* en la población general como consecuencia de una mejora de los niveles de saneamiento e higiene ambiental. <sup>(13)</sup>

En cuanto al resultado histopatológico, la descripción más mencionada fue la gastritis crónica asociada a hiperplasia linfocítica subepitelial. En un estudio realizado por Marcos Félix Osorio Pagola los pacientes con *Helicobacter pylori* mostraron mayor probabilidad de presentar gastritis crónica, gastritis crónica agudizada, además de otras enfermedades. <sup>(16)</sup>

Las literaturas revisadas indican que los AINES son unos de los principales factores de riesgo para desarrollar úlcera péptica, valores que coinciden con nuestro estudio, por lo que se consideraría el consumo de AINES un factor de riesgo de importancia. Un estudio realizado en el 2006 por Gustavo Salvatierra Laytén y colaboradores mostró que la asociación entre consumo de AINES y enfermedad ulcerosa y hemorragia digestiva alta era significativa. <sup>(14)</sup> Así también un estudio realizado por Heriberto Rodríguez-Hernández en México se encontraron que el principal factor de riesgo en sujetos con úlcera gástrica fueron los AINES y en úlcera duodenal el tabaquismo. <sup>(15)</sup>

La literatura Farreras además de otros estudios <sup>(7,11,15)</sup> consideran el tabaco como un factor de riesgo de enfermedad ulcerosa péptica y de sus complicaciones. En otro estudio también se describió al tabaquismo como factor de riesgo en sujetos con úlcera duodenal. En nuestro estudio se encontró que el consumo de tabaco está asociado con la aparición de úlcera péptica.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### Conclusiones

- La prevalencia de úlcera péptica en los pacientes a los que se les realizó endoscopia digestiva alta fue del 37,5%. Porcentaje relativamente alto comparado con otros estudios que tuvieron prevalencias menores.
- La descripción de la anatomía patológica de la úlcera en la mayoría de pacientes atendidos fue el hallazgo de gastritis crónica e hiperplasia linfoide subepitelial, este resultado hallado fue similar a otros estudios que muestran que la bacteria helicobacter pylori no sólo es factor de riesgo para desarrollar úlceras pépticas, sino que también puede producir diferentes grados de gastritis e incluso cáncer gástrico.
- La localización predominante de la úlcera fue la gástrica, así como los refieren estudios anteriores, a pesar que se conoce que las úlceras pépticas son más frecuentes en el duodeno, este cambio porcentual se debe quizá a la disminución de la infección por Helicobacter pylori en la población general como consecuencia de una mejora de los niveles de saneamiento e higiene ambiental.
- La úlcera péptica se presentó con mayor frecuencia en pacientes entre 14 y 51 años (53.7%) con OR 1.5 y  $p > 0.05$ , por lo que en este estudio no tiene significancia estadística. En relación a asociación entre sexo masculino y úlcera péptica el OR fue de 2.5 y  $p < 0.05$  mostrando que el sexo masculino tiene dos veces más riesgo de desarrollar úlcera péptica.
- Se encontró asociación entre helicobacter pylori y desarrollo de úlcera péptica con un valor OR de 5.3 y  $p < 0.05$ . Por lo que la infección por Helicobacter pylori es un factor de riesgo significativo.

- Se demostró la asociación entre el consumo de AINES y úlcera péptica, se obtuvo OR de 5.9 y  $p < 0.05$ . Se concluye que el consumo de AINES es factor de riesgo significativo para desarrollar enfermedad ulcerosa.
- En este estudio se encontró que el consumo de tabaco es un factor de riesgo significativo para úlcera péptica, se obtuvo valor OR de 5.8 y  $p < 0.05$ , lo que coincide con otros estudios y literatura.
- La relación entre consumo de corticoides y úlcera péptica tuvo un OR 1.6 ( $p > 0.05$ ), por lo tanto se concluye que en este estudio no tuvo significancia estadística.

## Recomendaciones

A pesar de que el consumo de tabaco no fue frecuente en este estudio, se demostró que existe relación entre tabaquismo y enfermedad ulcerosa, por lo que se recomienda que la población mejore su estilo de vida, disminuyendo el consumo de sustancias tóxicas.

Conociendo que el *helicobacter pylori* es uno de los principales factores de riesgo para enfermedad ulcerosa y que la vía de infección es por pobres condiciones de higiene, es recomendable que se mejore los servicios de agua potable, alcantarillado, saneamiento e higiene ambiental.

Existe en nuestra población gran cantidad de personas que consumen medicamentos, dentro de ellos los AINES, sin consultar previamente a un médico, se debe educar a la población que ante cualquier malestar deben acudir a un médico y evitar automedicarse.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Camacho Mora, José Enrique. Úlcera péptica. Rev med de Costa Rica y centroamerica [Revista on-line] 2014; [Acceso 18 de mayo de 2016]; LXXI (609) pp. 129 – 134. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/609/art21.pdf>
2. Rodríguez Ulloa, Carlos. Úlcera péptica. Tópicos Selectos en Medicina Interna – gastroenterología
3. Ferrer López I, Pérez Pozo J, Herrerías Gutiérrez J. Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre úlcera péptica. [sede web]. 2004 [Acceso 18 de mayo de 2016] disponible en: [www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA\\_ULCERA.pdf](http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_ULCERA.pdf)
4. Truyols Bonet j, Martínez Egea A, García Herola A. Úlcera gástrica y duodenal, Guía de actuación clínica en A. P. [Acceso 18 de mayo de 2016] [www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap035ulcera.pdf](http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap035ulcera.pdf)
5. Montes de Oca Megías E, Ramón Noa Pedroso G, Agüero Betancourt C, Seijas Cabrera O, Pérez Triana F, García Jordá E. Comportamiento de la infección por *helicobacter pylori* en la úlcera gastroduodenal en una comunidad venezolana. AMC [Revista on-line] 2013 [Acceso 18 de mayo de 2016]; vol.17 no.3: pp. 356-369. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552013000300011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552013000300011)
6. 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. *Rev. gastroenterol. Perú* [Revista on-line]. 2016, vol.36, n.1, pp. 49-55.

7. Gisbert J, Calvet X, Lanas A, Elizalde I, Bujanda L. Enfermedades del estómago y del duodeno. En: Farreras P, Rozman C. Medicina interna. XVII ed. España: Elsevier; 2013. pp 103-123
8. Raña Garibay R, Noble Lugo A, Bielsa Fernández M, Gallardo Chavarría G, Mena Beltrán H, Rosales Ontiveros M. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por úlcera péptica. Tratamiento. Rev Gastroenterol Mex.2009 [Acceso 18 de mayo de 2016]; 74:153-60 - Vol. 74 Núm.2 PP. 144-148. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es/guias-clinicas-diagnostico-tratamiento-enfermedad/articulo/X0375090609499116/>
9. Caraballo M, Cuello O, Pineda R, Montero R. FACTORES DE RIESGO DE ULCERA PEPTICA. CENTRO DE GASTROENTEROLOGIA. CIUDAD SANITARIA DOCTOR LUIS EDUARDO AYBAR. Rev Med Dom [Revista on-line]. 2010 [acceso 19 mayo de 2016], Vol. 7 I-No.3. pp. 15-18. Disponible en: [http://medsol.co/informacion/esomed/factores\\_de\\_riesgo.pdf](http://medsol.co/informacion/esomed/factores_de_riesgo.pdf)
10. Izquierdo de la Rosa H, Vega Méndez J, García Barreto R. Infección por helicobacter pylori en adultos sintomáticos. AMC [revista on-line] 2005 [acceso 09 de junio de 2016], AMC vol.9 no.2. pp. 50-59. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552005000200005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552005000200005)
11. Nimish B Vakil. Úlcera péptica: epidemiología, etiología, manifestaciones clínicas y diagnóstico. Uptodate.com; Jun 04, 2015. [Acceso 16 diciembre 2016]. Disponible en [uptodate.com](http://uptodate.com)
12. Sebastián Domingo J. Úlcera péptica: Abordaje Terapéutico. Elsevier [revista on-line] 2003 [acceso 26 de enero de 2017]; 17 (6): 67-72. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-lcera-peptica-abordaje-terapeutico-13049601>
13. Montes Teves P, Salazar Ventura S, Monge Salgado E. Cambios en la Epidemiología de la Úlcera Péptica y su Relación con la Infección con

Helicobacter Pylori. Hospital Daniel Carrion 2000-2005. Rev. gastroenterol. Elsevier [revista on-line] 2007 [acceso 26 de enero de 2017]; 27 (4): 382-388. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292007000400007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292007000400007&script=sci_arttext)

14. Salvatierra Laytén G, De la Cruz Romero L, Paulino Merino M, Vidal Vida V, Rivera Dávila C, Cano Chuquilin A, et al. Hemorragia digestiva alta no variceal asociada al uso del antiinflamatorios no esteroideos en Lima Metropolitana. Rev. gastroenterol. [Revista on-line] 2006 [acceso 26 de enero de 2017]; 26 (1): 13-20. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292006000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292006000100002&script=sci_arttext)

15. Rodríguez-Hernández H, Jacobo-Karam J, Guerrero-Romero F. Factores de riesgo para la recurrencia de úlcera péptica. Gac Méd Méx. [Revista on-line] 2001 [acceso 26 de enero de 2017]; 137 (4): 303-310. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2001/gm014b.pdf>

16. Osorio Pagola M, Olivert Cruz M, Pasos Carrazana J, Quiñones Ceballos A, Vega Galindo M, Ortega Alvelay A. Caracterización de la infección por Helicobacter pylori en pacientes con úlcera gástrica. Medisur [Revista on-line] 2009 [acceso 26 de enero de 2017]; 7(6): 3-11. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2009000600002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000600002)



## ANEXOS

### ANEXO N° 1

#### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N\* de ficha \_\_\_\_\_ N\* de historia clínica \_\_\_\_\_

<b>SEXO</b>	<b>F</b>	<b>M</b>
<b>EDAD</b>		
<b>ULCERA PEPTICA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>HELICOBACTER PYLORI</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>LOCALIZACION DE ULCERA PEPTICA</b>	<b>DUODENAL</b>	<b>GASTRICA</b>
<b>RESULTADO HISTOPATOLÓGICO</b>		
<b>CONSUMO DE AINES</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>CONSUMO DE CORTICOIDES</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>CONSUMO DE TABACO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>


**ANEXO N° 2**  
**Operacionalización de variables**

<b>Variables</b>	<b>Úlcera péptica</b>	<b>Helicobacter Pylori</b>	<b>Antiinflamatorio no esteroideo</b>	<b>Edad</b>
<b>Denominación</b>	Úlcera péptica	Helicobacter pylori	Antiinflamatorio no esteroideo	Edad
<b>Tipo</b>	dependiente	Independiente	Independiente	Independiente
<b>Naturaleza</b>	Cualitativa	Cualitativa	Cualitativa	Cuantitativa
<b>Medición</b>	nominal	Nominal	Nominal	discreta
<b>Indicador</b>	Presencia o ausencia	Presencia o ausencia	Consumo de AINES	Años cumplidos
<b>Unidad de medida</b>	Si/No	Si / No	Si / No	Años cumplidos
<b>Instrumento</b>	Informe de endoscopia digestiva alta	Reporte de biopsia	Ficha de datos	Ficha de datos
<b>dimensión</b>	Clínica	Biológica	Clínica	Biológica
<b>Definición operacional</b>	Sí /No	Sí / No	Sí / No	Años cumplidos
<b>Definición conceptual</b>	Enfermedad crónica del tubo digestivo caracterizada cuya lesión se manifiesta por daño necrótico de la mucosa	Bacteria que infecta el epitelio gástrico Muchas úlceras y algunos tipos de gastritis se deben a infecciones por <i>H. pylori</i> .	Grupo variado de fármacos principalmente antiinflamatorios, analgésicos y antipiréticos, por lo que reducen los síntomas de la inflamación, dolor y fiebre respectivamente.	Condición orgánica, masculina o femenina

<b>Variables</b>	<b>Sexo</b>	<b>Consumo de corticoides</b>	<b>Consumo de tabaco</b>
<b>Denominación</b>	Sexo	corticoides	Consumo de tabaco
<b>Tipo</b>	Independiente	Independiente	Independiente
<b>Naturaleza</b>	Cualitativa	Cualitativa	Cualitativa
<b>Medición</b>	Nominal	Nominal	Nominal
<b>Indicador</b>	Partida de nacimiento	Consumo de corticoides	Consumo de tabaco
<b>Unidad de medida</b>	% mujeres % hombres	Si / No	Si / No
<b>Instrumento</b>	Ficha de datos	Ficha de datos	Ficha de datos
<b>dimensión</b>	Biológica	Clínica	Clínica
<b>Definición operacional</b>	Masculina / Femenina	Sí / No	Sí / No
<b>Definición conceptual</b>	Condición orgánica, masculina o femenina de los animales y las plantas	Variedad de hormonas del grupo de esteroides, tienen aplicaciones terapéuticas con propiedades antiinflamatorias e inmunosupresoras	Planta de tallo grueso que preparada se mastica o aspira

## ANEXO N° 3

### AUTORIZACION DE RECOLECCION DE HISTORIAS CLÍNICAS

 "SELECCIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD EN EL PUNTO  
"A la hora de Constitución del Comité de Ética"

**PROVEIDO DE INVESTIGACION N°041-2016**




LOS QUE SUSCRIBEN:  
Dr. Cesar Augusto Conche Prado  
Director del Hospital Vitarte  
Dra. Rosa Bertha Gutarra Vilchez  
Jefa de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación  
Dra. Rosa Jannet Bazalar Saavedra  
Jefa del Área de Investigación

Dejen Constancia que:

La interna BONZANO DIAZ, Luisa ha presentado el Proyecto de Investigación titulado:

**"FACTORES CLINICOS ASOCIADOS A ULCERA  
PEPTICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL  
SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA DEL  
HOSPITAL VITARTE EN EL AÑO 2015"**

El cual ha sido autorizado para su ejecución en nuestra institución, no teniendo valor alguno en acciones en contra del estado.

Lima, 26 de diciembre del 2016

## ANEXO N° 4

### AAPROBACION DE CURSO TALLER PARA TITULACION POR TESIS



**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**II CURSO TALLER PARA LA TITULACIÓN POR TESIS**

**CERTIFICADO**

Por el presente se deja constancia que la Srta.

**LUISA BONZANO DÍAZ**

Ha cumplido con los requerimientos del curso-taller para la Titulación por Tesis, durante los meses de abril, mayo, junio y julio del presente año, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el Título de la Tesis:

**“FACTORES CLÍNICOS ASOCIADOS A ULCERA PEPTICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL VITARTE EN EL AÑO 2015”**

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular de **06 créditos académicos**, de acuerdo a artículo 15° del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana (aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N° 2717-2015), considerándosele apto para la sustentación de tesis respectiva.

Lima, 22 de Julio de 2016



Mg. Hilda Jurupe Chico  
Secretaria Académica



Dra. María del Socorro Alatriza Gutiérrez Vela de Bambarén  
Decana

## ANEXO N° 5:

### PORCENTAJE TURNITIN

