



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

TRABAJO DE TITULACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO

TEMA

“ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO ASOCIADO A
HELICOBÁCTER PYLORI EN PACIENTES INGRESADOS EN EL ÁREA DE
ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURO
SOCIAL DE CHONE. SEPTIEMBRE 2013 – FEBRERO 2014”

AUTORES

MACÍAS RIERA JOSÉ FREDDY
VÉLEZ ROMÁN LUIS ALBERTO

DIRECTOR

DR. FREDDY HINOSTROZA DUEÑAS

PORTOVIEJO – MANABÍ - ECUADOR

2014

Tema

“Enfermedad por reflujo gastroesofágico asociado a *Helicobacter pylori* en pacientes ingresados en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social de Chone, Septiembre 2013 a Febrero 2014”

Dedicatoria

A Dios por ser el creador del universo, fuente de luz y vida.

A las personas que amo:

A Erika, la mujer con la que he decidido pasar el resto de mi vida, quien ha sido pilar fundamental para alcanzar las metas propuestas.

A mi madre Marcia, que desde algún lugar del cielo cuida y guía mis pasos por el camino del bien. A mi padre Freddy, de quien he aprendido y gracias a él soy una persona de bien y quien supo estar en los buenos y malos momentos de mi vida.

A Rocío, por ser una gran mujer y por ser parte de mi formación. A mis hermanos Fabricio, Gissell, Fernando, Karen y Raiza, quienes son parte importante de mi vida. A mi familia, quienes siempre están pendiente, apoyándome en todo lo propuesto.

A mis amigos y compañeros que supieron compartir cada una de las etapas de mi vida y a los que con aún sigo compartiendo buenos momentos.

José Freddy Macías Riera

Dedicatoria

A Dios, por permitirme ser capaz de llegar hasta donde estoy, atravesando toda dificultad que pudiere haberse puesto en el camino durante todos estos años de estudio.

A mi padre Darío que en paz descanse, quien me apoyó en los momentos que pudo hacerlo.

A mi madre, quien con amor y paciencia me ha inculcado los principios necesarios para mantenerme por un buen camino; por enseñarme que el verdadero valor de las cosas no guarda relación con lo material.

A mis abuelos Manuel y Olga, por ser fuente de inspiración para conseguir lo que me proponga.

A mis hermanos, tíos, cuñadas, primos y sobrinas por hacer de cada momento difícil de olvidar.

Luis Alberto Vélez Román

Agradecimiento

Al culminar el presente trabajo de titulación dirigimos nuestro agradecimiento a:

A la Universidad Técnica de Manabí, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina y personal docente, por los conocimientos impartidos durante nuestra formación como profesionales.

A los miembros del Tribunal de Revisión y Sustentación quienes con sus conocimientos y apoyo nos supieron guiar en el desarrollo del presente trabajo de titulación, previo a la obtención del título de médico cirujano desde el inicio hasta su culminación.

Al doctor Freddy Hinostroza y personal de enfermería del Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social de Chone, quienes desinteresadamente contribuyeron a la realización del proyecto.

Gracias a nuestros padres, familiares, amigos y todas aquellas personas que de una u otra forma creyeron en nosotros y nos ayudaron a crecer en el ámbito personal y profesional.

Macías Riera José Freddy / Vélez Román Luis Alberto

Certificación del director de trabajo de titulación

Certifico que este trabajo de Titulación de tema “ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO ASOCIADO A HELICOBÁCTER PYLORI EN PACIENTES INGRESADOS EN EL ÁREA DE ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURO SOCIAL DE CHONE. SEPTIEMBRE 2013 – FEBRERO 2014”, ha sido dirigido, asesorado, supervisado y realizado bajo mi dirección en todo su desarrollo, por lo que dejo constancia de que es original de los autores MACÍAS RIERA JOSÉ FREDDY, VÉLEZ ROMÁN LUIS ALBERTO.

Considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador.

DR. FREDDY HINOSTROZA DUEÑAS

DIRECTOR

Certificación del tribunal de revisión y evaluación

Nosotros los miembros del tribunal de Revisión y Evaluación indicamos y certificamos que el trabajo de titulación de tema “Enfermedad por reflujo gastroesofágico asociado a *Helicobáctér pylori* en pacientes ingresados en el área de endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social de Chone. Septiembre 2013 – Febrero 2014”, se realizó con el cumplimiento de todos los requisitos estipulados por el Reglamento General de Graduación de la Universidad Técnica de Manabí.

Dr. Hugo Loor Lino

Presidente

Dr. Ángel Zamora Cevallos, MGS

Miembro

Declaración sobre derechos de autor

Macías Riera José Freddy, Vélez Román Luis Alberto, Egresados de la Escuela de Medicina perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que el presente trabajo de investigación titulado “Enfermedad por reflujo gastroesofágico asociado a *Helicobacter pylori* en pacientes ingresados en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social de Chone. Septiembre 2013 – Febrero 2014”. Es de autoría propia y como tal será protegido por las leyes establecidas en el Estado Ecuatoriano de derecho tal como se establece en los Artículos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 de la Ley de Propiedad Intelectual, por lo tanto la falta de los permisos correspondientes o su mal uso será penalizado por la ley; así mismo se asume todas las consideraciones y responsabilidades que correspondan al mismo.

Portoviejo, Mayo 2014

Macías Riera José Freddy

Vélez Román Luis Alberto

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO ASOCIADO A
HELICOBACTER PYLORI EN PACIENTES INGRESADOS EN EL
ÁREA DE ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL DEL INSTITUTO
ECUATORIANO DE SEGURO SOCIAL DE CHONE. SEPTIEMBRE
2013 – FEBRERO 2014

TRABAJO DE TITULACIÓN

Sometida a consideración del Tribunal de Revisión y Sustentación, legalizada por el
Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR EL TRIBUNAL

Dra. Yira Vásquez Giler MN.

DECANO DE LA FACULTAD (E)

Abg. Abner Bello Molina

SECRETARIO ASESOR JURIDICO (E)

Dr. Jhon Ponce Alencastro, MDI

PRESIDENTE COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

Dr. Hugo Loo Lino

PRESIDENTE

Dr. Freddy Hinostroza Dueñas

DIRECTOR

Dr. Ángel Zamora Cevallos, Mg

MIEMBRO

Índice de contenido

Tema	II
Dedicatoria	III
Dedicatoria	IV
Agradecimiento	V
Certificación del director de trabajo de titulación	VI
Certificación del tribunal de revisión y evaluación	VII
Declaración sobre derechos de autor	VIII
Índice de contenido	X
Resumen	XV
Capítulo I.....	1
Introducción.....	1
Justificación.....	3
Planteamiento del problema	5
Objetivos	8
Objetivo General:.....	8
Objetivos Específicos:	8
Capítulo II.....	9

Marco teórico.....	9
Tema I: Esófago y Estómago: Anatomía, histología y fisiología	9
Tema II: Enfermedad Por Reflujo Gastroesofágico.....	10
Tema III: Infección por Helicobácter pylori	19
Variables	24
Operacionalización de variables	25
Variable Independiente: Enfermedad Por Reflujo Gastroesofágico	25
Variable Dependiente: Helicobácter Pylori	28
Capítulo III	29
Diseño metodológico	29
Área de estudio.....	29
Universo	29
Muestra.....	29
Modalidad de la investigación	30
Criterios de inclusión	30
Criterios de exclusión.....	30
Métodos e instrumentos para la recolección de datos.....	30
Instrumentos para la recolección de datos	31
Presentación de resultados	33
Tabla N° 1. Distribución por sexo de los pacientes ingresados.	33
Tabla N° 2. Distribución por edad de los pacientes ingresados.....	35

Tabla N° 3. Distribución por grupo étnico de los pacientes ingresados	37
Tabla N° 4. Distribución por tipo de residencia	39
Tabla N°5. Distribución por nivel de instrucción de los pacientes.....	41
Tabla N° 6. Distribución de los diferentes factores de riesgo	43
Tabla N° 7. Distribución de los pacientes según el tipo de sintomatología referida como motivo de consulta.....	46
Tabla N° 8. Distribución de los pacientes según el tipo de sintomatología típica referida	48
Tabla N° 9. Distribución de los síntomas atípicos en base a frecuencia.....	50
Tabla N° 10. Distribución según evidencias de alteraciones endoscópicas por reflujo de los pacientes	52
Tabla N° 11. Distribución de pacientes según tipo de evidencias endoscópicas presentada.	54
Tabla N° 12. Distribución de pacientes con diagnóstico de esofagitis por reflujo gastroesofágico, según clasificación de severidad de Los Ángeles.....	56
Tabla N° 13. Distribución según resultados de diagnóstico de infección por Helicobacter pylori.	58
Tabla N° 14. Distribución de pacientes con diagnóstico positivo para Helicobacter pylori, según tipo de colonización.....	60
Capítulo IV	62
Conclusiones.....	62
Recomendaciones	63
Presupuesto	64

Cronograma de actividades.....	65
Capítulo V	66
Propuesta.....	66
Introducción	66
Antecedentes y Justificación	67
Objetivos	69
Características de la propuesta	69
Presentación general del programa	70
Programa de actividades	71
Objetivos terminales de la propuesta	72
Profesionales responsables de la propuesta	72
Recursos materiales.....	72
Cronograma de la propuesta	73
Bibliografía	74
Anexo N° 1. Consentimiento informado	80
Anexo N° 2. Encuesta.....	81
Anexo N° 3. Consentimiento informado y encuesta realizada	85
Anexo N° 4. Registro de asistencia a la charla informativa impartida los días 26 y 27 de enero del 2014	89
Anexo N° 4. Registro de asistencia a la charla informativa impartida los días 26 y 27 de enero del 2014	90

Anexo N° 5. Tríptico informativo entregado a los asistentes de la charla informativa	91
Anexo # 4. Fotografías	93

Resumen

La definición de Montreal determina que la enfermedad por reflujo gastroesofágico es una afección que se desarrolla cuando el reflujo produce sintomatología y/o complicaciones, siendo los síntomas típicos la pirosis y la regurgitación. Por otro lado, el *Helicobacter pylori* es una bacteria Gram negativa patógena del tracto gastrointestinal, principal agente etiológico de gastritis crónica superficial, además de ser un importante cofactor en la etiología de la úlcera péptica, y tener relación con la patogenia del cáncer gástrico y del linfoma tipo MALT.

La relación de *Helicobacter pylori* con la enfermedad por reflujo gastroesofágico no está totalmente establecida, encontrando referencias en la literatura médica que apoyan una estrecha relación entre ambos, y otras que descartan relación alguna e incluso los que postulan un papel protector del microorganismo.

El presente estudio realizado en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social de Chone, teniendo como muestra de estudio cuarenta y un pacientes diagnosticados de enfermedad por reflujo gastroesofágico de los doscientos cincuenta ingresados; mostró datos que podrían ayudar a entender de una mejor manera dicha relación.

Palabras claves: Enfermedad por reflujo gastroesofágico, *Helicobacter pylori*, Endoscopía, Chone.

Summary

The Montreal definition determines that the gastroesophageal reflux disease is a condition that develops when reflux causes symptoms and/or complications, with the typical symptoms of heartburn and regurgitation. By the other side, *Helicobacter pylori* is a Gram negative pathogenic bacterium of the gastrointestinal tract. It's the major etiologic agent of chronic superficial gastritis; besides being an important cofactor in the etiology of peptic ulcer disease, it 'is also associated with the pathogenesis of gastric cancer and MALT lymphoma.

The relationship of *Helicobacter pylori* with gastroesophageal reflux disease is not fully established, finding references in the literature of various kinds, from authors who support a close relationship between them, others do not find any relationship and they even postulate a role protecting of the organism against gastroesophageal reflux disease.

This study was conducted in Area Endoscopy of the Ecuadorian Social Security Institute Hospital, Chone, with a study sample of forty one patients diagnosed with gastroesophageal reflux disease from a total of two hundred fifty served; it showed data that could help understand better that kind of relationship.

Keywords: Gastroesophageal reflux disease, *Helicobacter pylori*, Endoscopy, Chone.

Capítulo I

Introducción

El presente proyecto de tesis es para la obtención de título de Médico Cirujano por la Universidad Técnica de Manabí – Portoviejo. El cual tiene como finalidad mediante datos estadísticos de la población bajo estudio, determinar la relación existente entre la enfermedad por reflujo gastroesofágico y la presencia en estos casos de la infección por *Helicobacter pylori*. Siendo ésta muy debatida, y que habiéndose realizado estudios anteriores que sugieren un papel protector del microorganismo; dichos estudios fueron realizados en poblaciones de diferentes regiones, en comparación a la que se tomará como referencia.

Las personas que estarán bajo estudio serán las ingresadas en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social de Chone, por un lapso de alrededor de seis meses que presenten diagnóstico de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico, la cual se define como el conjunto de signos y síntomas producidos por efecto directo del paso retrógrado del contenido gástrico al esófago. (Pérez Torres & Abdo Francis, 2012)

De acuerdo a los objetivos planteados se buscará determinar o no mediante pruebas diagnósticas, la presencia del *Helicobacter pylori* en estas personas, las cuales poseen diferentes características demográficas a las estudiadas por otros autores, ya que la infección está relacionada de forma inversamente proporcional al nivel de condiciones higiénico-sanitarias del medio. (Cervantes García, 2006).

La infección producida por este microorganismo es muy común en los seres humanos, relacionándose con la gastritis crónica superficial, úlcera gastroduodenal, adenocarcinoma gástrico y linfoma gástrico de células beta (Martín de Argila Y Boixeda de Miguel, 2000). Y que al momento existen discordancias en cuanto a la relación de *Helicobacter pylori* con la enfermedad por reflujo gastroesofágico, encontrándose referencias en la literatura médica apoyando una estrecha relación entre ambos, y por otro lado también descartando relación alguna e incluso los que postulan un papel protector del microorganismo frente a la enfermedad por reflujo gastroesofágico. (Gisbert, J; et al., 1996)

Frente a esto se llevará a cabo la propuesta que estará encaminada a brindar información a la población de estudio y quien desee ser partícipe, sobre las diferentes medidas de prevención de la infección por *Helicobacter pylori*, buscando así contribuir de manera positiva ante esta problemática de salud.

Justificación

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es un problema de salud común en nuestra sociedad, al que se le atribuyen diversos factores exacerbantes, entre los que se destaca el tipo de alimentación, el alcoholismo, los hábitos, entre otros. Teniendo en cuenta la población que padece de este cuadro clínico, se estipula que existe una prevalencia del 25% de los adultos del mundo occidental con este padecimiento (García, 2011).

El *Helicobáctter pylori* es una bacteria comúnmente presente del tracto gastrointestinal que de acuerdo a sus características y a su facilidad de adaptación a este medio se le atribuye ser el principal agente etiológico de la gastritis crónica superficial, un compartido rol etiológico en el padecimiento de úlcera péptica, cáncer gástrico, linfoma gástrico tipo MALT (Martin de Argila & Boixeda de Miguel, 2000)

Según estudios realizados puede asociársele un efecto protector en pacientes que presenten enfermedad por reflujo gastroesofágico. (En donde se encuentra la bacteria). Su transmisión puede ser de persona a persona, vía oral-oral, oral-fecal y por el agua contaminada (Rivas Traverso & Hernández, 2000).

En la actualidad aún queda por definir el papel de este microorganismo en la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Los resultados de esta investigación servirán para tener un conocimiento significativo y real sobre la incidencia de este padecimiento y la relación que guarda con la infección por *Helicobáctter pylori* en nuestra población, en función a sus costumbres, manipulación de alimentos, y las condiciones higiénico-sanitarias de su entorno.

El presente proyecto es aplicable debido a que contamos con una base de datos de pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, diagnosticados a través de la historia clínica y el uso de métodos endoscópicos en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social de Chone. Además se cuentan con recursos materiales bibliográficos, estadísticos, metodológicos, económicos; y la predisposición necesaria por parte de los autores para el desarrollo y ejecución del mismo.

Planteamiento del problema

(Salis, 2011) Afirma que la prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico es del 10 al 20% en Europa y América del Norte, 5% en Asia. Una vez obtenidos los resultados de su propio estudio realizado en Argentina, Brasil y México, pudo reportar una prevalencia en Latinoamérica de 11,9 a 31,3%. (p. 60-63).

Una diferencia en el porcentaje de casos reportados, puede deberse a múltiples factores predisponentes o desencadenantes; así como la existencia de episodios de reflujo que conlleven a lesiones esofágicas a posterior, y que a su vez contribuyan a la aparición de la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

A breves rasgos, algunos de estos factores pueden ser los hábitos posteriores a la ingesta de alimentos, como el acostarse inmediatamente; el alcoholismo o tabaquismo, definidos como factores de riesgo; alteraciones estructurales del aparato digestivo que predispongan el reflujo; o incluso el debatido rol de la infección por *Helicobácter pylori* en esta población.

En cuanto al *Helicobácter pylori* refiere que la prevalencia a nivel mundial de la infección por este microorganismo es del cincuenta por ciento. Hay que mencionar que las características de la población a estudiarse; ya sea de tipo demográfico, costumbres, hábitos alimenticios, así como las condiciones higiénico-sanitarias y socio-económicas de cada región, juegan un rol importante en cuanto a la predisposición de infección por *Helicobácter pylori*. Es así que en los países desarrollados, la frecuencia de infección es relativamente baja, con alta probabilidad de presentarse en niños; no obstante en países

subdesarrollados la prevalencia podría alcanzar un 70 %, tratándose de una infestación por este microorganismo (Alba Pose, Toledo, & Viana Cabral, 2006).

Tratándose de Ecuador, un país aún en desarrollo; se entiende que por lo general son pocos los lugares que presentan las condiciones antes mencionadas, necesarias para poder sostener un medio adecuado y así contribuir a disminuir la incidencia de casos de infección por este microorganismo. Así también se sabe de las costumbres de la población, y los factores de riesgo que suscitan en ella en cuanto a la enfermedad por reflujo gastroesofágico refiere.

Chone es un cantón de la provincia de Manabí, con una gran área de zona rural; y cuya zona urbana comprendida en dos parroquias, enfrenta problemáticas de salud producto de las inundaciones como resultado del desborde del río Grande y sus afluentes cada invierno. A esto se le suma además, la cultura, costumbres y hábitos alimenticios que se manejan entre sus habitantes. Siendo la suma de todos estos factores, un medio propicio para la aparición casos de enfermedad por reflujo gastroesofágico e infección por *Helicobácter pylori*.

A lo antes mencionado, se añade que no está totalmente establecida la relación del *Helicobácter pylori* con la enfermedad por reflujo gastroesofágico, encontrando referencias en la literatura médica de diversa índole, desde autores que apoyan estrecha relación entre ambos, a otros que no encuentran relación alguna e incluso los que postulan un papel protector del microorganismo. (Garrido Serrano, Guerrero Igea, Lepe Jiménez, & Perianes Hernández, 2003)

No se cuenta con estudios similares en la provincia de Manabí, es por lo expuesto anteriormente se propone el siguiente problema científico.

¿Cuál es la relación entre la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico y el *Helicobacter pylori* en pacientes atendidos en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social de Chone, Septiembre 2013 – Febrero 2014?

Subproblemas

¿Qué características guarda la situación demográfica de los pacientes que presentan enfermedad por reflujo gastroesofágico?

¿Qué tipo de síntomas presentan los pacientes que presentan de enfermedad por reflujo gastroesofágico?

¿Cómo se presenta histológicamente la infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico?

¿Tienen los pacientes el conocimiento necesario acerca la infección por *Helicobacter pylori* y las medidas de prevención de tal manera que se puedan evitar infecciones y/o futuras reinfecciones?

Objetivos

Objetivo General:

Determinar la relación que existe entre la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico y el *Helicobácter pylori*, en pacientes ingresados en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social de Chone. Septiembre 2013 – Febrero 2014”

Objetivos Específicos:

Definir la situación demográfica de los pacientes que presentan Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico

Identificar la presencia de síntomas típicos y atípicos de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico

Clasificar los pacientes con Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico y *Helicobácter pylori* histológicamente positivos.

Informar a pacientes estudiados sobre medidas de prevención contra *Helicobácter pylori*

Capítulo II

Marco teórico

Tema I: Esófago y Estómago: Anatomía, histología y fisiología

En cuanto a la anatomía del esófago afirman que el esófago es un tubo muscular de veinte a veintitrés centímetros de longitud que funciona como un conducto que se extiende desde la faringe hasta el estómago. Empieza a nivel de la sexta vértebra cervical, a unos quince a diecisiete centímetros de la arcada dental. (...). A lo largo del esófago se pueden identificar impresiones de la tráquea y del arco aórtico, las alteraciones mediastínicas también pueden manifestarse en el esófago. La unión gastroesofágica está localizada a treinta y cinco a cuarenta centímetros de la arcada dental y se reconoce fácilmente el cambio de mucosa. Una localización más próxima de la unión gastroesofágica sugiere la presencia de hernia hiatal o de un esófago de Barrett. Las anomalías que más frecuentemente encuentran los endoscopistas son, el reflujo gastroesofágico y sus complicaciones; neoplasias primarias y las infecciones oportunistas. (Mel Wilcox, Muñoz Navas, & Sung, 2013: p. 23).

Hernández Fonseca (2010) refiere que histológicamente el esófago está formado por tres estratos, la mucosa de epitelio plano estratificado; la submucosa medio, en el cual se encuentran las glándulas mucosas; el estrato muscular formada por dos tipos de fibras, una interna o circular y una externa o longitudinal. Gracias a denominadas tres ondas peristálticas esofágicas, de diferentes presiones y velocidades hacen posible el tránsito del bolo alimenticio de la faringe al estómago. Como mecanismos para impedir el reflujo gástrico además de los esfínteres esofágicos superior e inferior están, la pinza

diafragmática, que actúa en la inspiración; la válvula de mucosa y fibras oblicuas del estómago; el ángulo de His. (p. 1-3).

Vásquez Elizondo (2010) indica que el esfínter esofágico inferior va a estar formado por dos estructuras musculares de fibras lisas que por su ubicación y posición una será interna y la otra externa; a esto sumándosele el efecto que ejercen las fibras musculares estriadas de la pinza diafragmática se establece una presión intraluminal de diez a treinta milímetros de mercurio, impidiendo de esta manera en condiciones fisiológicas, el reflujo del contenido gástrico. (p. 139).

Conectado al esófago en su extremo inferior está el estómago, órgano hueco que presenta forma de “jota” el cual está ubicado en la región izquierda superior del abdomen. Divido por regiones, fondo, cuerpo, antro y el píloro. Presenta un borde interno denominado curvatura menor, y un borde externo o curvatura mayor. Generalmente del cardias al píloro hay 25 cm, y 12 cm en diámetro transversal, con una capacidad de dos a tres litros.

Similar a la constitución histológica del esófago; el estómago consta una capa mucosa, está formado histológicamente por cuatro capas; la mucosa, submucosa, muscular y a diferencia del anterior, el estómago consta de una cuarta capa o serosa. La mucosa de epitelio cilíndrico provista de las diferentes tipos de células y función correspondiente ya sea la producción de ácido clorhídrico, pepsinógeno, gastrina; o bien encargadas de la regeneración celular. Almagia Flores & Lizana Arce (2011)(p. 1-4).

Tema II: Enfermedad Por Reflujo Gastroesofágico

“El reflujo gastroesofágico es el paso espontáneo al esófago del contenido gástrico y se diferencia del vómito por ser la expulsión violenta del contenido gástrico por la boca.

Si tal reflujo es muy abundante o de aparición prolongada, produce síntomas digestivos y extra digestivos, que constituyen la enfermedad por reflujo gastroesofágico. En general es de tipo benigna, excepto cuando se asocia a complicaciones que podrían llevar a la aparición de alteraciones graves como lo es el llamado esófago de Barrett, un tipo de cicatrización de la esofagitis considerada como lesión precancerosa”. (Cañones Garzón, Egocheaga Cabello, y Ortiz Septién, 2008: p. 1).

Vakil,N.; et al. (2006) refieren que según la definición de Montreal la enfermedad por reflujo gastroesofágico es una afección que se desarrolla cuando el reflujo produce sintomatología y/o complicaciones, siendo los síntomas típicos la pirosis y la regurgitación. (p. 1).

Salís (2011) indica que “la prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico es del diez al veinte por ciento en Europa y América del Norte, dos a seis por ciento en Asia. (..). En Argentina, Brasil y México, pudo reportar una prevalencia en Latinoamérica podía establecerse de 11,9 a 31,3%”. (p. 60-69).

(Vásquez Elizondo, 2010) establece:

Una diferencia en el porcentaje de casos reportados, puede deberse a múltiples factores predisponentes o desencadenantes; así como la existencia de episodios de reflujo que conlleven a lesiones esofágicas a posterior, y que a su vez contribuyan a la aparición de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Este padecimiento puede deberse a la combinación de diferentes alteraciones; como malfuncionamiento del esfínter esofágico inferior padeciendo de una presión basal menor a diez milímetros de mercurio, la cual puede en algunos casos deberse por ejemplo a un aumento de la presión intraabdominal o incluso la presencia de una hernia de hiato impidiendo el

rol de barrera antirreflujo del esfínter esofágico inferior. Sumado a esto, la falla de las defensas esofágicas, extraesofágicas, no logrando impedir el reflujo gástrico. (p.256).

Información similar es la que publica (Saltzman y Poneros, 2011):

El reflujo gástrico se considera patológico cuando rebasa la barrera antirreflujo de la unión gastroesofágica, por lo general en estado postprandial. (...). Las dos causas de alteración del esfínter esofágico inferior son una presión menor a diez milímetros de mercurio y una relajación espontánea pero de tipo anormal. La destrucción anatómica de la unión gastroesofágica, que suele asociarse con una hernia de hiato esofágico, favorece la patogenia del reflujo gastroesofágico porque modifica el funcionamiento de dicho esfínter. (p. 139).

Otros aspectos a considerar son la obesidad, la acción de hormonas especialmente en el embarazo, uso de fármacos con algún betabloqueante o calcio antagonista, la cirugía en aquella localización y el uso de una sonda nasogástrica. La signo y sintomatología está directamente relacionada con las características del contenido refluido y la resistencia de la mucosa esofágica. (Castro Fernández y Rojas Fera, 2012)

Castro y Rojas (2012) concluye en que el síntoma más típico es la pirosis retroesternal con irradiación ascendente hacia cuello, mandíbula e incluso a espalda asociada a un período de treinta a sesenta minutos después de la ingesta, con exacerbación al acostarse y mejoría con la administración de antiácidos. Síntomas como la regurgitación, la disfagia y/u odinofagia pueden hacerse presente. (p. 2).

Así mismo, dentro de los síntomas atípicos están el principal es el dolor torácico que puedo presentar características anginosas, incluso mejorar tras la administración de nitroglicerina, pero éste suele presentarse luego de la ingesta estando acostado en vez de con el ejercicio físico.

Otros síntomas atípicos pueden ser el asma bronquial, neumonía aspirativa, bronquitis crónica, tos o ronquera, hipo, halitosis, eructos, sialorrea, náuseas y vómitos, destrucción del esmalte dentario, apnea del sueño y muerte súbita del lactante.

“En un Consenso de Definición y clasificación de la enfermedad por reflujo gastroesofágico realizado en Montreal, concluyen que dentro de lo que corresponde a enfermedad por reflujo gastroesofágico, su signo-sintomatología se divide en síndromes esofágicos y extraesofágicos”. Mondollet (2013) (p.14).

De la primera división, están las manifestaciones subjetivas citando a los síntomas típicos, resultado directo del paso del reflujo gástrico hacia el esófago (como la pirosis y regurgitación principalmente, y como síntoma atípico, el dolor torácico); y las manifestaciones objetivas producto de algún tipo de lesión esofágica por episodios de reflujo reiterados; como lo son la esofagitis por reflujo, la estenosis, el esófago de Barrett y el adenocarcinoma de esófago.

Dentro de los síndromes extraesofágicos, a su vez existe otra subdivisión, en la que por un lado están las manifestaciones con asociación establecida y por otro lado las que presentan asociaciones propuestas a la agresión de la mucosa del esófago por el reflujo gastroesofágico. La tos, laringitis, asma y erosión dental se definen como signos y síntomas con asociación establecida, mientras que una faringitis, sinusitis, fibrosis

pulmonar idiopática y otitis media recurrente son signos y síntomas con asociación propuesta. (Mondollet, 2013).

Cañones; et al. (2008). “En Estados Unidos, la población que refiere padecer de esofagitis, el 7% de ésta la presenta diariamente, el 20% una vez por semana y el 44% una vez al mes; dentro de la cual el 45% ya posee diagnóstico endoscópico de esofagitis; y de éstos últimos el 20% manifiesta complicaciones de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, principalmente esófago de Barrett. Dicho porcentaje en Europa es mayor en un 5%. (p.27).

Así mismo afirman: “No se han identificado todavía los factores que determinan el mayor o menor grado de resistencia de la mucosa esofágica a la agresión ácida” (Cañones; et al., 2008: p. 28).

Hoy en día se han atribuido diversos factores predisponentes en la presentación y desarrollo de este padecimiento. Demográficos como; la edad, atribuyendo que hay más probabilidad de presentar la enfermedad a más avanzada edad; con respecto al sexo, no hay evidencia que sugiera predisposición alguna. La raza o grupo étnico, siendo la más predisponente la raza negra. Hábitos como el tabaquismo, alcoholismo, costumbres alimenticias o incluso infecciones asociadas. Mondollet (2013).

Citando diferentes publicaciones referentes a determinar el método diagnóstico indicado, está las siguientes afirmaciones:

Castro y Rojas (2012) afirman “Para el diagnóstico, es suficiente la historia clínica del paciente, presencia de sintomatología típica, que aparece tras ingesta, al acostarse o agacharse, que cede con alcalinos y se previene con fármacos antisecretores” (p. 4).

Algo similar fue lo expuesto por Villapún y Pérez hace trece años, donde refieren que la clínica es sugerente para determinar la presencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, pero que para poder corroborar dicho diagnóstico y determinar a su vez el grado de afección y/o aparición de complicaciones se puede recurrir al uso de la endoscopia digestiva alta principalmente; como alternativa está la radiología baritada aunque su especificidad y sensibilidad son bajas. Villapún Blanco, M. y Pérez Piqueras, J. (2001).

Por medio de la endoscopia digestiva alta se puede valorar la mucosa esofágica, determinar las lesiones y el grado de afección según las clasificaciones de Savary Miller y de Los Ángeles para la esofagitis producto del reflujo gastroesofágico. De igual manera las complicaciones y la toma de muestras para estudio anatomopatológico.

Según la clasificación de los Ángeles, se establecen cuatro grados de lesión; “A” determina una o más áreas de eritema o exudado menores de 5 milímetros de longitud, que no se extiende entre las crestas de dos pliegues mucosos; “B” indica que existen una o más áreas de eritema o exudado mayores de 5 milímetros de longitud y que no se extienden entre las crestas de los dos pliegues mucosos; “C” define que hay las áreas de eritema o exudado se extienden entre las crestas de dos o más pliegues mucosos, pero que no afecta a más del 75% de la circunferencia esofágica; y “D” que refiere que las áreas lesionadas afectan más del 75% de la circunferencia esofágica.

De acuerdo a esta clasificación se entiende por esofagitis leve si se trata de grado I; esofagitis moderada si es de grado II; y esofagitis grave en los grados III y V. (Villapún y Pérez, 2001).

De igual manera, Villapún y Pérez (2001) afirman “en un 25 a 50% de los pacientes con reflujo no se demuestran esofagitis endoscópicamente” (p. 96).

Fernández, M. y Rojas Feria, M. (2012)

La esofagitis, es la principal sintomatología producto de un proceso inflamatorio de la mucosa del esófago por previo contacto con el reflujo de contenido del estómago. En este caso, la mucosa esofágica presenta una coloración rojiza asociada a erosiones poco profundas. Sintomatológicamente se va a traducir en los síntomas típicos ya mencionados, además de odinofagia, dolor torácico o incluso hemorragia digestiva alta. (p. 2).

Así mismo refieren que el esófago de Barrett aunque poco frecuente es otra complicación que puede diagnosticarse por medio de endoscopía digestiva alta. La mucosa esofágica luego de ser agredida constantemente por el efecto ácido del contenido de reflujo, sufre un proceso denominado metaplasia, adquiriendo características similares a las del estómago o intestino contribuyendo mayor capacidad defensiva. Se determina que es una lesión precancerosa, en otras palabras el esófago de Barrett es la lesión que precede a la formación de un adenocarcinoma.

Contardo Zambrano R. (1995) señala:

La verdadera prevalencia del esófago de Barrett en la población general es desconocida. Reconociéndose su relación con la enfermedad de estudio, muchos pacientes no tienen síntomas de reflujo por lo que no buscan atención médica por síntomas esofágicos. Es una enfermedad de adultos, con una edad promedio en el

momento del diagnóstico de cincuenta y cinco años. Sin embargo también ocurre en niños. Sugiriendo una etiología congénita en niños y una adquirida en adultos (p. 51).

Otra complicación es la estenosis esofágica, en una publicación sobre las complicaciones del reflujo gastroesofágico, ésta se produce debido a una reacción inflamatoria severa de la mucosa del esófago por un crónico contacto con reflujo gastroesofágico, específicamente causada por una exposición alternante de la mucosa esofágica ante sustancia ácida como el reflujo y sustancias alcalinas como las enzimas pancreáticas, la bilis y tripsina. Traducido sintomatológicamente por la presencia de disfagia como manifestación principal. Usualmente son de pequeño tamaño, no más de dos centímetros, caso contrario se podría sospechar del desarrollo de alguna neoplasia maligna. Asociado a este proceso inflamatorio se presentan alteraciones motoras del esfínter esofágico inferior empeorando el cuadro clínico. Contardo (1995).

Otro método diagnóstico es la pH-Metría. Con respecto a esto;

Marzo Castillejo, M.; Carrillo Muñoz, R.; Mascort Roca, J. (2007) afirman:

“La pH-Metría esofágica permite conocer el tiempo en contacto el jugo gástrico ácido con la mucosa esofágica y constatar si los síntomas del paciente están relacionados o no con el reflujo. (...). Indicado a pacientes con diagnóstico confirmado sin mejoría con el tratamiento” (p. 4).

En cuanto al tratamiento, éste aunque con muchas alternativas, busca un mismo objetivo, disminuir o prevenir las manifestaciones ocasionadas por contenido ácido.

Garrigues, Gil V; Pons Beltrán, V. (2011) refieren que el tratamiento dependerá de la presencia o no de esofagitis, y además si ésta se acompaña de complicaciones. Va

enfocado en cuatro pilares principales; medidas generales, tratamiento farmacológico, quirúrgico y endoscópico.

Por medidas generales se entiende todo hábito del que pueda obtenerse como resultado un estilo de vida saludable, principalmente como lo es la dieta. La cual va destinada a evitar todo alimento que produzca pirosis como alimentos copiosos, el alcohol, bebidas carbonatadas, zumos cítricos. A esto se añade el no acostarse dos a tres horas después de cada ingesta, evitar el sobrepeso, y algo que puede resultar beneficioso en pacientes que presenten síntomas frecuentemente por las noches es el dormir con la cabecera elevada.

En publicaciones sobre el tratamiento farmacológico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (Villapún y Pérez 2001; Castro y Ferias 2008) refieren que el tratamiento farmacológico va encaminado a neutralizar o inhibir la secreción ácida, proteger la mucosa o acelerar el aclaramiento esofágico y vaciamiento gástrico.

El tratamiento presenta un alto porcentaje de curación a las cuatro semanas, porcentaje que aumentaría si se prolonga la administración por cuatro semanas más.

Están el omeprazol a veinte miligramos por día, lanzoprazol a treinta miligramos por día y pantoprazol a cuarenta miligramos por día. Dentro de los procinéticos actualmente la cinitaprida es mayormente utilizada a un miligramo cada ocho horas. Entre los protectores de la mucosa están el sucralfato a un gramo cada seis horas o el bismuto coloidal a cuatrocientos ochenta miligramos cada doce horas.

La duración e intervalo de tratamiento va a depender de si se trate de pacientes con sintomatología moderada o grave, en estos casos se recomienda un tratamiento continuo

y a largo plazo para evitar recidivas y/o aparición de complicaciones asociadas como lo es en algunos casos el esófago de Barrett. En el restante número de casos se recomienda tratamiento a demanda.

Marzo; et al. (2007) refieren que en algunos de los casos en el que el tratamiento farmacológico fracasase, tratándose de pacientes jóvenes, se indica la cirugía en la que se busca reconstruir la barrera antirreflujo. La técnica más aceptada es la “funduplicatura”; la cual consiste en reforzar la función del cardias arropando la parte superior del estómago alrededor de la porción inferior del esófago. El tratamiento por vía endoscópica se va a indicar en pacientes con estenosis con sintomatología asociada. Éste tiene como finalidad potenciar las propiedades antirreflujo de la unión esofagogástrica. Las técnicas más utilizadas son la sutura endoscópica; la gastrofunduplicatura endoluminal o transmural; y la radiofrecuencia. (p. 23-26).

Tema III: Infección por *Helicobacter pylori*

El *Helicobacter pylori* fue descubierto por Warren y Marshall, dos científicos australianos que observaban biopsias de mucosa gástrica de pacientes con gastritis o úlcera péptica, lo que permitió llegar a la conclusión de que esta bacteria fuere el principal agente productor de las mismas. Alba Pose, R Toledo, R; Viana Cabral, M. (2006).

Cervantes E. (2006) señala:

“El *Helicobacter pylori* es una bacteria Gram negativa patógena del tracto gastrointestinal. Es el principal agente etiológico de gastritis crónica superficial, además

de ser un importante cofactor en la etiología de la úlcera péptica, también se la asocia con la patogenia del cáncer gástrico y del linfoma gástrico tipo MALT” (p. 1).

Específicamente del género *Helicobácter*, de gran movilidad, dotado de flagelos que le permiten atravesar la protección mucosa de la pared del estómago. Lo que hace fácil la tarea de colonizar la mucosa gástrica, es su producción de ureasa; la cual es una enzima que tiene como finalidad la producción de amonio, el cual va a neutralizar el ácido clorhídrico y el dióxido de carbono consiguiendo así elevar el potencial de hidrogeno del medio. Otra función del amonio, se cree que es fuente de nitrógeno, necesario para la síntesis de proteínas que le faciliten la adhesión celular. Además produce lipasa y proteasa encargadas de degradar la capa mucosa de la pared gástrica. (Pérez Torres, E; Abdo Francis, J; Sobrino Cossio, S.; 2012: p. 168).

Alba; et al. (2006) indica que:

Progresivamente se va a producir una respuesta inflamatoria conformada por neutrófilos, linfocitos T y B, macrófagos y células plasmáticas; además de moléculas del complejo mayor de histocompatibilidad que inducen a la apoptosis de las células epiteliales. Un aumento en la secreción de gastrina induciendo la producción de ácido gástrico. Posterior a este proceso agresión-respuesta, las manifestaciones clínicas diferirán en relación a los factores bacterianos del paciente, a una secreción ácida elevada y el lugar de la mucosa gástrica en donde inició la afección. (p. 3).

Cervantes, E. (2006) Referente a la infección por este microorganismo,

Aproximadamente el cincuenta por ciento de la población mundial la presenta; teniendo en cuenta que estos valores están relacionados de manera inversamente

proporcional a las condiciones higiénico-sanitarias y socio-económicas de la región. Es decir, que en países de primer mundo, la frecuencia de infección tiende a ser menor, que la que países subdesarrollados, la cual podría alcanzar un setenta por ciento, tratándose de una infestación por este microorganismo. (p. 1).

Cervantes, E. (2006) señala también “la infección por *Helicobáctér pylori* tiene una distribución mundial con mayor probabilidad durante la infancia y su prevalencia va aumentando con la edad. (...). En la población estadounidense el porcentaje de incidencia es de aproximadamente del 1% en pacientes con edad menor a 10 años, mismo porcentaje que aumenta conforme avanza la edad. No se ha demostrado que exista influencia del sexo y tampoco se han identificado evidencias claras a favor de una relación étnica o racial.” (p. 1).

Torres, J. (2000) señala que “Estudios realizados en Latinoamérica, en países como Costa Rica y Brasil, han reportado una incidencia anual de 45 enfermos de cáncer gástrico asociado a *Helicobáctér pylori* por cada 100.000 habitantes” (p.1).

Pérez; Abdo; Sobrino (2012). Afirman “el diagnóstico puede realizarse por métodos invasivos y no invasivos con una especificidad superior a noventa por ciento; entre ellos está la prueba de ureasa en base a técnicas de tinción y cultivo; la técnica de biología molecular para determinar reacción de la cadena de polimerasa. Métodos no invasivos como la serología y la prueba de aliento” (p. 170).

Bermúdez; et al. (2008) sostienen que

Para el diagnóstico se aconseja la utilización de métodos invasivos y no invasivos para el diagnóstico de la infección por *Helicobáctér pylori*. Básicamente dos

estrategias. La primera denominada testar – endoscopar sugiere realizar primeramente una técnica de tipo no invasiva presentando una alta sensibilidad y baja especificidad, y si ésta resulta positiva entonces se realiza técnica invasiva, es decir que se realiza endoscopia y toma de biopsia para confirmar el diagnóstico. La segunda, denominada testar y tratar consiste en la detección de la infección por *Helicobacter pylori* utilizando método no invasivo de alta especificidad, y si el resultado es positivo entonces se prescribe un tratamiento. (p. 3).

El tratamiento para eliminar la infección del *Helicobacter pylori* suele ser variado.

Cervantes, E. (2006) concluye que “los tratamientos que se utilizan en la actualidad se basan en combinaciones dobles o triples. La asociación de metronidazol con bismuto o metronidazol, bismuto y amoxicilina o tetraciclina por siete a veintiocho días son las que más se utilizan” (p. 4).

Alba Posee; et al. (2006) sugiere “Omeprazol cuarenta miligramos al día en asociación con Claritromicina quinientos miligramos cada ocho horas por dos semanas, luego Omeprazol veinte miligramos diarios por dos semanas más. Opcional el adicionarle amoxicilina un gramo dos veces al día por diez días” (p. 11).

Dependiendo de la disponibilidad o eficacia de medicamentos, también se pueden utilizar alternativas como la asociación de Lanzoprazol treinta miligramos cada doce horas y amoxicilina un gramo, dos veces al día por diez días; Omeprazol cuarenta miligramos al día, Claritromicina quinientos miligramos cada doce horas y amoxicilina un gramo cada doce horas por diez días; Subsalicilato de Bismuto quinientos veinticinco miligramos, Metronidazol doscientos cincuenta miligramos y tetraciclina quinientos miligramos cuatro veces al día por dos semanas (pp. 12).

Garrigues Gil, V. y Pons Beltrán, V. (2011) destaca que “Existe una importante controversia acerca de la relación entre la enfermedad por reflujo gastroesofágico y la infección por *Helicobacter pylori*, que se ha considerado en algunos pacientes protectora y, en otros, deletérea. Cuando está indicado el tratamiento erradicador, la presencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico no debe modificar .la decisión” (p. 23).

Gisbert; et al. (1999) determinan:

“La relación de *Helicobacter pylori* con la enfermedad por reflujo gastroesofágico es debatida, existen publicaciones de autores que apoyan una estrecha relación entre ambos, a otros que no encuentran relación alguna e incluso los que postulan un papel protector del microorganismo” (p. 1023).

Variables

Variable Independiente: Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico.

Variable Dependiente: *Helicobácter pylori*.

Operacionalización de variables

Variable Independiente: Enfermedad Por Reflujo Gastroesofágico

Concepto	Dimensión o categoría	Indicador	Escala	Técnicas
La definición de Montreal determina que la enfermedad por reflujo gastroesofágico es una afección que se desarrolla cuando el reflujo produce sintomatología y/o complicaciones, siendo los síntomas típicos la pirosis y la regurgitación	Características Demográficas	Sexo Edad en años Etnia	Masculino Femenino < 18 19 – 40 41 – 65 > 65 Blanco Mestizo Negro Indígena	Ficha de Recolección de datos e Historias Clínicas

		Residencia	Urbana Rural	
		Nivel de Instrucción	Básica Primaria Secundaria Superior	
		Factores de Riesgo	Genéticos Adquiridos Obesidad Ejercicio físico Alcoholismo Tabaquismo Hernia de Hiato Helicobácter pylori Posición decúbito dorsal sin elevación de cabecera al dormir.	

	Métodos Diagnósticos	Historia Clínica Endoscopía Digestiva Alta	Síntomas Típicos Pirosis Regurgitación Síntomas Atípicos Tos o disfonía Dolor torácico Náuseas y vómitos Problemas dentales Ápnea del sueño Otro Clasificación de Los Ángeles Grado A Grado B Grado C Grado D Complicaciones	
--	-------------------------	--	--	--

Variable Dependiente: Helicobácter Pylori

Concepto	Dimensión o categoría	Indicador	Escala	Técnicas
El Helicobácter pylori es una bacteria Gram negativa patógena del tracto gastrointestinal. Es el principal agente etiológico de gastritis crónica superficial, además de ser un importante cofactor en la etiología de la úlcera péptica, también se la asocia con la patogenia del cáncer gástrico y del linfoma tipo MALT.	Métodos Diagnósticos No Invasivos	Test de Aliento con Úrea Marcada	Positivo Negativo	Ficha de Recolección de datos
		Elisa – EIA	Positivo Negativo	
		Anticuerpos específicos en heces	Positivo Negativo	
	Métodos Diagnósticos Invasivos	Endoscopía digestiva alta más toma de muestra y biopsia.	Positivo Colonización Hipodensa + Densa ++ Hiperdensa +++ Negativo	

Capítulo III

Diseño metodológico

Tipo de estudio

Prospectivo, descriptivo.

Línea de Investigación

Enfermedades orgánicas crónicas.

Área de estudio

Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social de Chone

Universo

El universo comprende 250 pacientes atendidos por signo-sintomatología sugerente de enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social de Chone, en el período de septiembre 2013 – febrero 2014.

Muestra

Basándose en los criterios de inclusión de población a estudiar, se toma como muestra de estudio, 41 pacientes con diagnóstico clínico y/o endoscópico de enfermedad por reflujo gastroesofágico ingresados en el Área de Endoscopia del Hospital del Instituto Ecuatoriano del Seguro Social de Chone en el periodo de septiembre 2013 – febrero 2014. Por tal razón no se utiliza fórmula alguna.

Modalidad de la investigación

Criterios de inclusión

Todos los pacientes ingresados con diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano del Seguro Social de Chone en el periodo de septiembre 2013 – febrero 2014.

Criterios de exclusión

Pacientes con signo-sintomatología sugerente de enfermedad por reflujo gastroesofágico sin diagnóstico clínico o endoscópico confirmado.

Pacientes con diagnóstico endoscópico de infección por *Helicobacter pylori* sin presentar antecedentes patológicos personales de enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Edad menor a 12 años.

Métodos e instrumentos para la recolección de datos

Métodos

Científico

Clínico

Estadístico

Instrumentos de recolección de información

Ficha de encuesta: Constó de preguntas obteniéndose a través de las cuales la información acerca de las características demográficas de la población bajo estudio, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, métodos diagnósticos utilizados, así como las resultados de los mismos.

Historia clínica personalizada: Para establecer el estado de salud del paciente.

Se utilizó el programa anti plagio URKUND para corroborar la autenticidad de la investigación

La información fue obtenida y procesada con ayuda del programa de Excel, aquella que proporcionó los respectivos porcentajes facilitando así la tabulación de datos. Para los datos cuantificados se emplearon gráficas y cuadros estadísticos para de esta manera interpretar y analizar los resultados de la investigación y se dio respuesta a la problemática establecida cumpliendo los objetivos proyectados

Las fuentes primarias de datos las constituyeron los involucrados.

Las fuentes secundarias se utilizaron como textos, revistas e Internet.

El cuestionario que diseñamos fue en base al problema, a los objetivos y así mismo relativo a nuestro tema de investigación.

Instrumentos para la recolección de datos

Recursos Institucionales.

Universidad Técnica de Manabí.

Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social de Chone.

Recursos humanos.

Investigadores:

Macías Riera José Freddy

Vélez Román Luis Alberto

Personal que conforma el tribunal de seguimiento, análisis, evaluación y calificación de tesis:

Dr. Hugo Loo Lino (Presidente del tribunal)

Dr.: Freddy Hinostroza (Director)

Dr. Ángel Zamora Cevallos, MGS (Miembro del tribunal)

Recursos físicos.

Papel bond

Bolígrafo

Carpetas

Computador

Servicio de Internet

Dispositivo de almacenamiento USB

Tinta de impresora

Cámara digital

Teléfono

Textos

Revistas

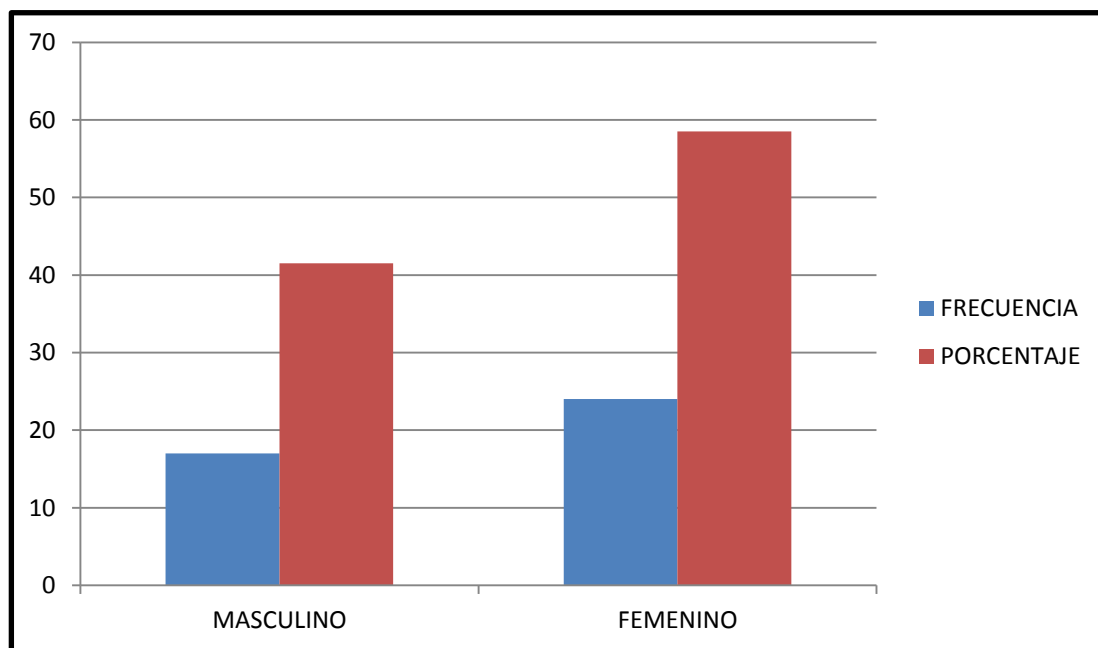
Transporte

Presentación de resultados

Tabla N° 1. Distribución por sexo de los pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, septiembre 2013 – febrero 2014.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	17	41.5
Femenino	24	58.5
Total	41	100,0

Gráfico N° 1



Fuente: Pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone (septiembre 2013 –febrero 2014).

Elaboración: Macías Riera José Freddy – Vélez Román Luis Alberto. Chone – Manabí – Ecuador.

Análisis N° 1

Del total de 41 pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, se obtuvo como resultado de que hubo un mayor porcentaje de pacientes de sexo femenino, alcanzando el 58.5% de la muestra; en comparación al porcentaje del 41,5% correspondiente a pacientes de sexo masculino.

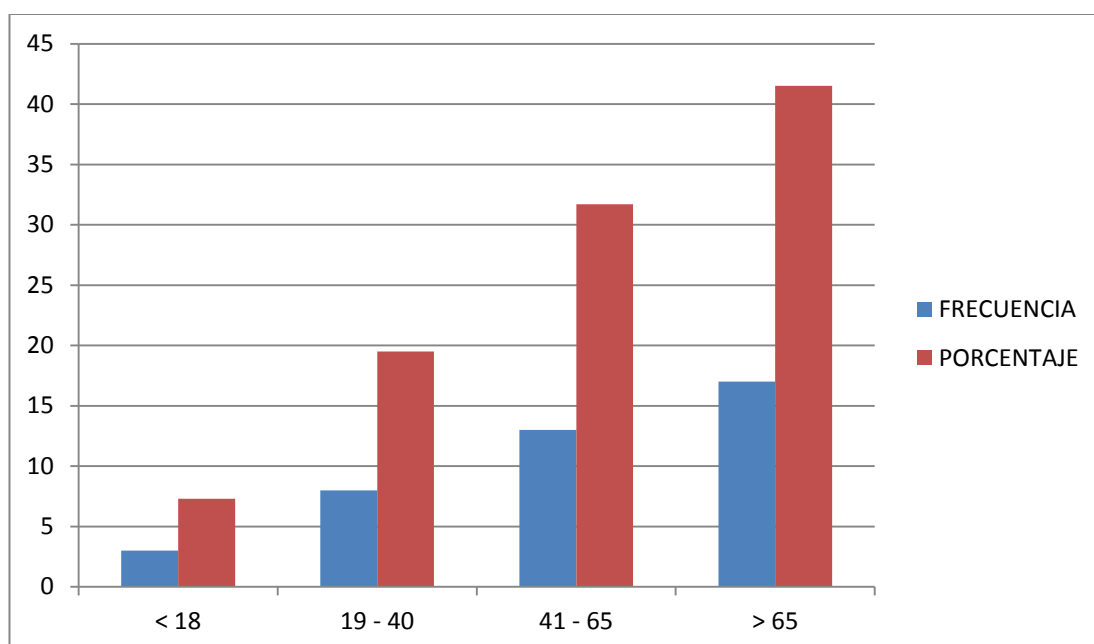
Un estudio realizado en Venezuela titulado “Prevalencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico en la población adulta Venezolana” por Veitia, G.; et al. (2009), obtuvo como resultado un valores para la prevalencia de pacientes según el sexo algo similares a los obtenido en la presente investigación, alcanzado un 61.6% para el sexo femenino, y un 38.24% para pacientes de sexo masculino.

Esta comparación aunque difiere en el tamaño de la muestra sometida a estudio, además de la situación demográfica; coincide con nuestra investigación la cual afirma que existe una mayor prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en el sexo femenino.

Tabla N° 2. Distribución por edad de los pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, septiembre 2013 – febrero 2014.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
< 18	3	7,3
19 - 40	8	19,5
41 - 65	13	31,7
> 65	17	41,5
Total	41	100,0

Gráfico N° 2



Fuente: Pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone (septiembre 2013 –febrero 2014).

Elaboración: Macías Riera José Freddy – Vélez Román Luis Alberto. Chone – Manabí – Ecuador.

Análisis N° 2

De los 41 pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, la prevalencia según la edad de los pacientes se presentó en mayor porcentaje en los de edad mayor a 65 años con un 41,5%; siguiendo en un orden descendente, el rango de 41 a 65 años un 31,7%; de 18 a 40 años un 19,5%; y menores de 18 años un 7,3%.

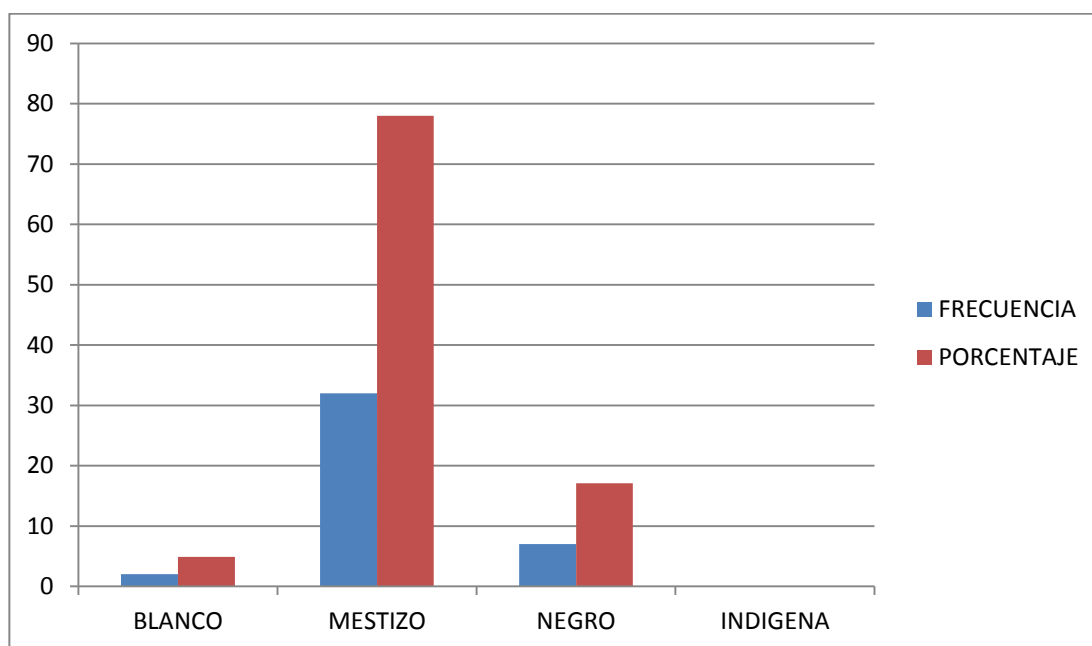
Según Salís (2001), en un estudio bajo su cargo de nombre “Revisión Sistemática: epidemiología de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en Latinoamérica”, se obtuvo como resultado que la edad media de pacientes para esta enfermedad es de 39,6 años.

Este resultado comparándolo con el obtenido en la presente investigación se situaría en el rango de edad de 18 a 40 años, mismo que ocupa el tercer lugar en prevalencia en la población estudiada. Cabe mencionar que en el 2001, la muestra fue mucho mayor, tomando parte de la población de Argentina, Brasil y México; además que se podría sugerir que las características demográficas de los habitantes de cada región pudieron haber influido en el resultado obtenido.

Tabla N° 3. Distribución por grupo étnico de los pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopia del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, septiembre 2013 – febrero 2014.

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Blanco	2	4,9
Mestizo	32	78,0
Negro	7	17,1
Indígena	0	0,0
Total	41	100,0

Gráfico N° 3



Fuente: Pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopia del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone (septiembre 2013 –febrero 2014).

Elaboración: Macías Riera José Freddy – Vélez Román Luis Alberto. Chone – Manabí – Ecuador.

Análisis N° 3

De los 41 pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, se obtuvo como resultado que el mayor porcentaje de pacientes según su grupo étnico lo ocupó el de la raza mestiza con 78%, seguido del grupo de raza negra con 17,1% y blancos con 4,9%.

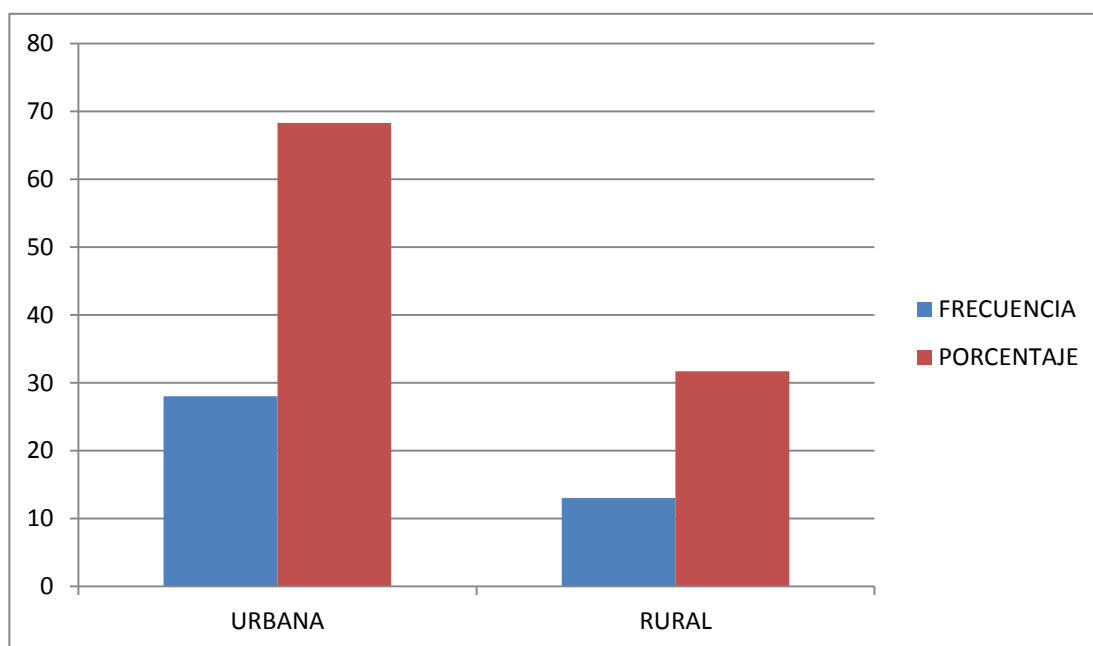
La tesis doctoral de nombre Estudio de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes roncadores o con síndrome de apnea del sueño (Mondollet, 2013) afirma que existe una predisposición racial para este padecimiento, la cual sitúa en primer lugar a los de raza negra, seguidos de los de raza blanca.

Afirmación que difiere del resultado obtenido de nuestra investigación en la cual el mayor porcentaje de pacientes era de raza mestiza. Hay que considerar el lugar del estudio realizado; en el Ecuador, según Sánchez (2011), basado en el censo de población realizado en el año 2010, la raza mestiza ocupa el 71,9%.

Tabla N° 4. Distribución por tipo de residencia de los pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopia del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, septiembre 2013 – febrero 2014.

Residencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	28	68,3
Rural	13	31,7
Total	41	100,0

Gráfico N°4



Fuente: Pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopia del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone (septiembre 2013 –febrero 2014).

Elaboración: Macías Riera José Freddy – Vélez Román Luis Alberto. Chone – Manabí – Ecuador.

Análisis N° 4

Del total de los 41 pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, se demostró que el mayor porcentaje de la población provenía del sector urbano en un 68,3%.

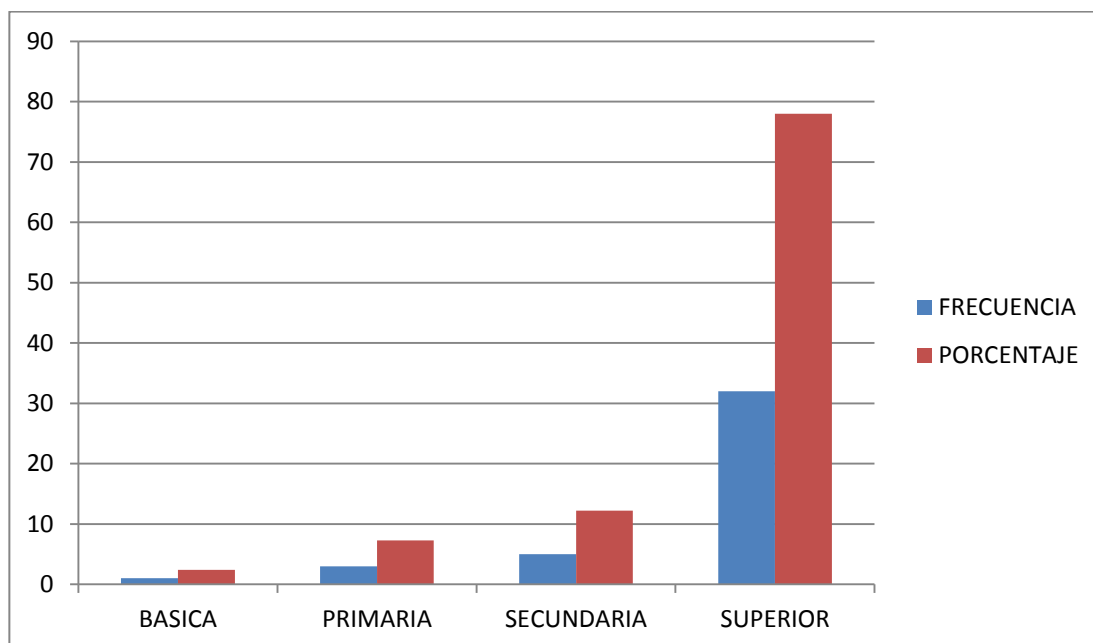
En un estudio realizado en Chile sobre la prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en la población urbana adulta (Manterola y cols.; 2005) reveló que no se reportaron diferencias estadísticamente significativas.

En la presente investigación hay una leve diferencia entre el porcentaje de la población del sector urbano con respecto a la proveniente del sector rural, presentando la primera mayor número de casos.

Tabla N°5. Distribución por nivel de instrucción de los pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopia del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, septiembre 2013 – febrero 2014.

Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Básica	1	2,4
Primaria	3	7,3
Secundaria	5	12,2
Superior	32	78,0
Total	41	100,0

Gráfico N° 5



Fuente: Pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopia del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone (septiembre 2013 –febrero 2014).

Elaboración: Macías Riera José Freddy – Vélez Román Luis Alberto. Chone – Manabí – Ecuador.

Análisis N° 5

Del total de los 41 pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, con respecto al nivel de instrucción se obtuvieron los siguientes porcentajes; el mayor grupo de personas ha recibido algún tipo de educación superior con un 78%, seguido de los que finalizaron el bachillerato con 12.2%, y con bajo porcentaje los que recibieron solamente educación primaria y básica con 7.3 y 2.4% respectivamente.

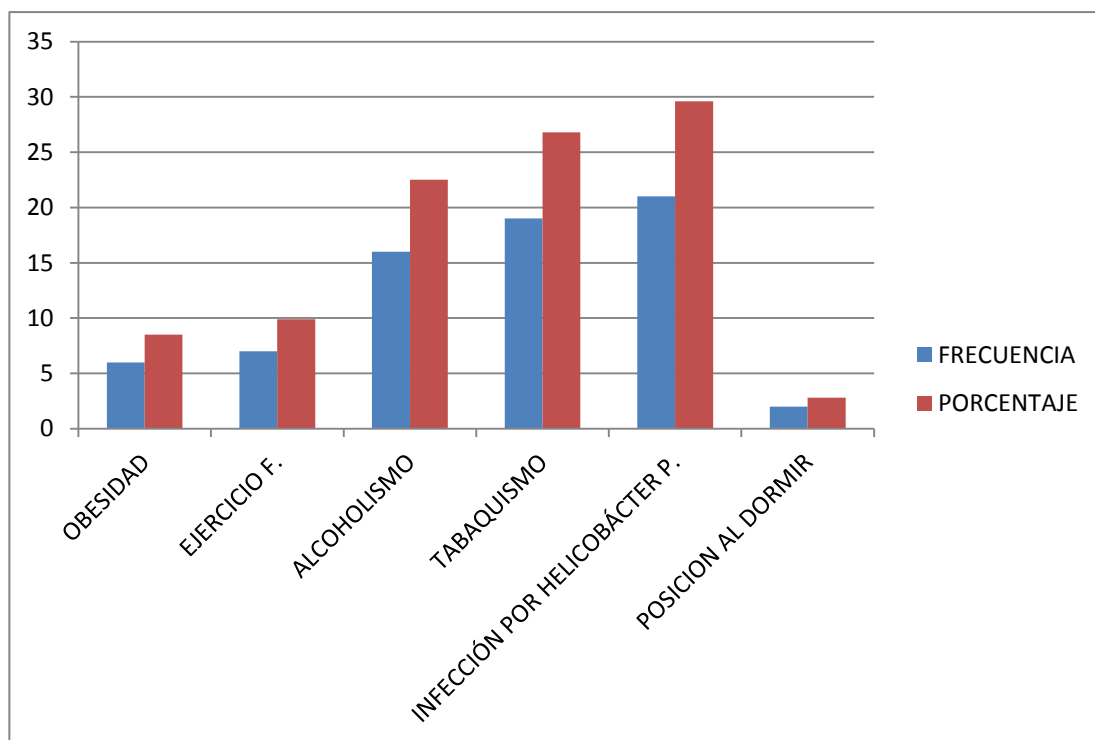
Luego de una búsqueda exhaustiva no se encontró estudio que determine la relación directa del nivel instrucción del paciente con el desarrollo de la enfermedad.

En la presente investigación se determina que el mayor porcentaje de la población atendida en la unidad de salud correspondía a aquella que recibió algún tipo de educación superior. Resultado que aunque no indicaría una característica predisponente con la enfermedad por reflujo gastroesofágico, sugeriría que la población con un mayor grado de conocimiento general, es aquella que opta por realizarse una valoración médica adecuada.

Tabla N° 6. Distribución de los diferentes factores de riesgo según frecuencia en los pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, septiembre 2013 – febrero 2014.

Factores de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Obesidad	6	8,5
Ejercicio f.	7	9,9
Alcoholismo	16	22,5
Tabaquismo	19	26,8
Infección por Helicobácter p.	21	29,6
Posición al dormir sin elevación de cabecera	2	2,8
Total	71	100,0

Gráfico N° 6



Fuente: Pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone (septiembre 2013 –febrero 2014).

Elaboración: Macías Riera José Freddy – Vélez Román Luis Alberto. Chone – Manabí – Ecuador.

Análisis N° 6

En los 41 pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, tomando en cuenta que algunos pacientes presentaron más de un factor de riesgo a la vez; se determinó que el más común fue el presentar infección por *Helicobácter pylori* en el 29.6% de los casos, seguido del tabaquismo y alcoholismo con 26,8 y 22,5% respectivamente, ejercicio físico de gran intensidad 9,9% y la obesidad con un 6,4%.

En un estudio realizado en Perú se determinó que el factor de riesgo más común entre su población fue el de tabaquismo, seguida de alcoholismo, seguido con mucho menor porcentaje el de infección por *Helicobácter pylori*. (Chacaltana, A.; et al., 2009)

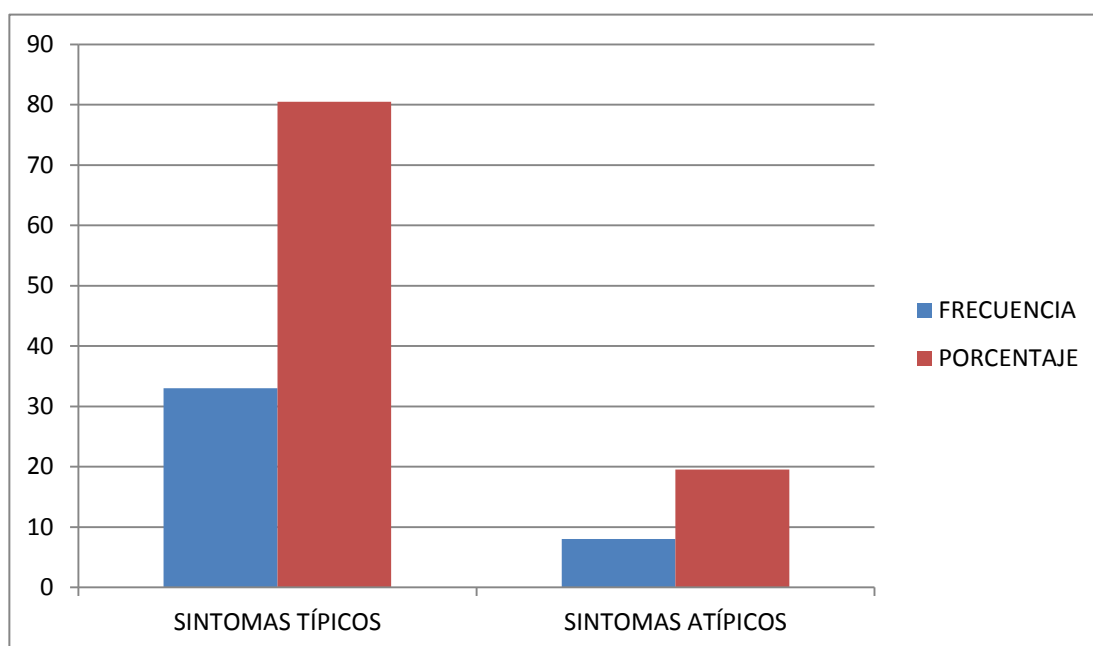
Los resultados de la presente investigación difieren en el hecho de presentarse la infección por *Helicobácter pylori* en la mitad de los pacientes, constituyendo un mayor porcentaje, luego de la cual le siguen el tabaquismo y alcoholismo como en el 2009 en Perú.

Esto va a determinar que la infección por este microorganismo es muy frecuente en nuestra sociedad, al igual que el consumo de tabaco y alcohol. Que de acuerdo a los textos y a lo reportado, guardan un rol importante en la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Tabla N° 7. Distribución de los pacientes según el tipo de sintomatología referida como motivo de consulta al momento del ingreso al Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, septiembre 2013 – febrero 2014.

Sintomatología	Frecuencia	Porcentaje
Síntomas típicos	33	80,5
Síntomas atípicos	8	19,5
Total	41	100,0

Gráfico N° 7



Fuente: Pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone (septiembre 2013 –febrero 2014).

Elaboración: Macías Riera José Freddy – Vélez Román Luis Alberto. Chone – Manabí – Ecuador.

Análisis N° 7

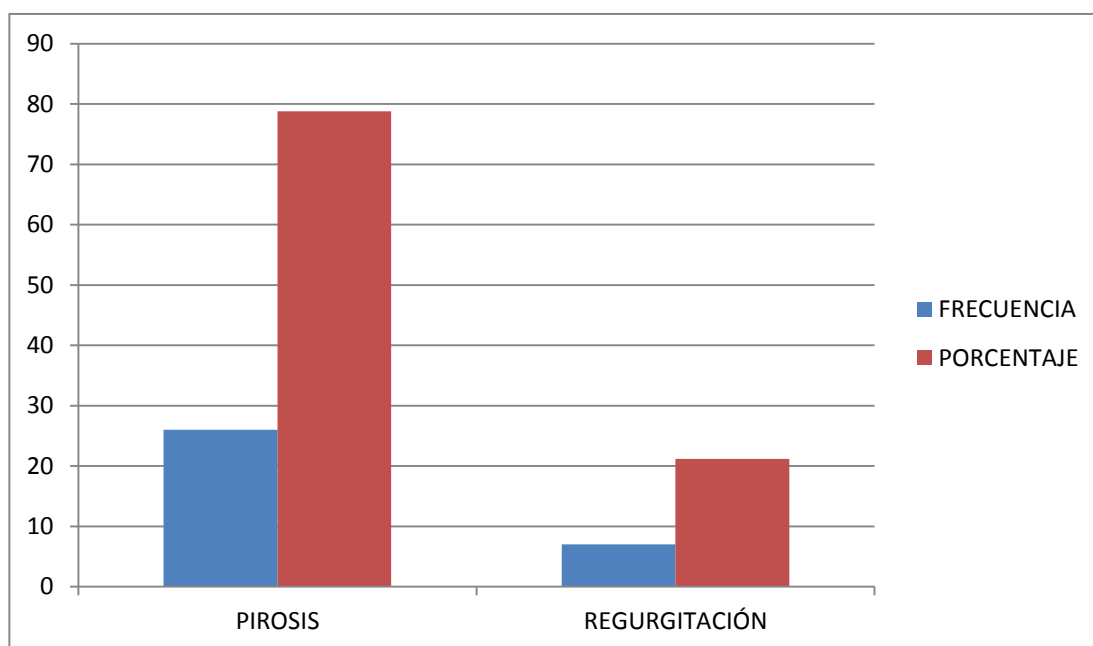
En los 41 pacientes atendidos por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, se demostró que la sintomatología típica fue la más común con el 80,5% de casos; mientras que un 19,5% de la población presentó sintomatología atípica.

Un estudio realizado en España determinó que la sintomatología típica es la más común con un 51% de los casos, a diferencia de la sintomatología atípica con un 23%. Esto coincide con los datos obtenidos en la presente investigación demostrando la presencia de la sintomatología de mayor aparición. (Mondollet, 2013)

Tabla N° 8. Distribución de los pacientes según el tipo de sintomatología típica referida al momento del ingreso al Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, septiembre 2013 – febrero 2014.

Síntomas típicos	Frecuencia	Porcentaje
Pirosis	26	78,8
Regurgitación	7	21,2
Total	33	100,0

Gráfico N° 8



Fuente: Pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone (septiembre 2013 –febrero 2014).

Elaboración: Macías Riera José Freddy – Vélez Román Luis Alberto. Chone – Manabí – Ecuador.

Análisis N° 8

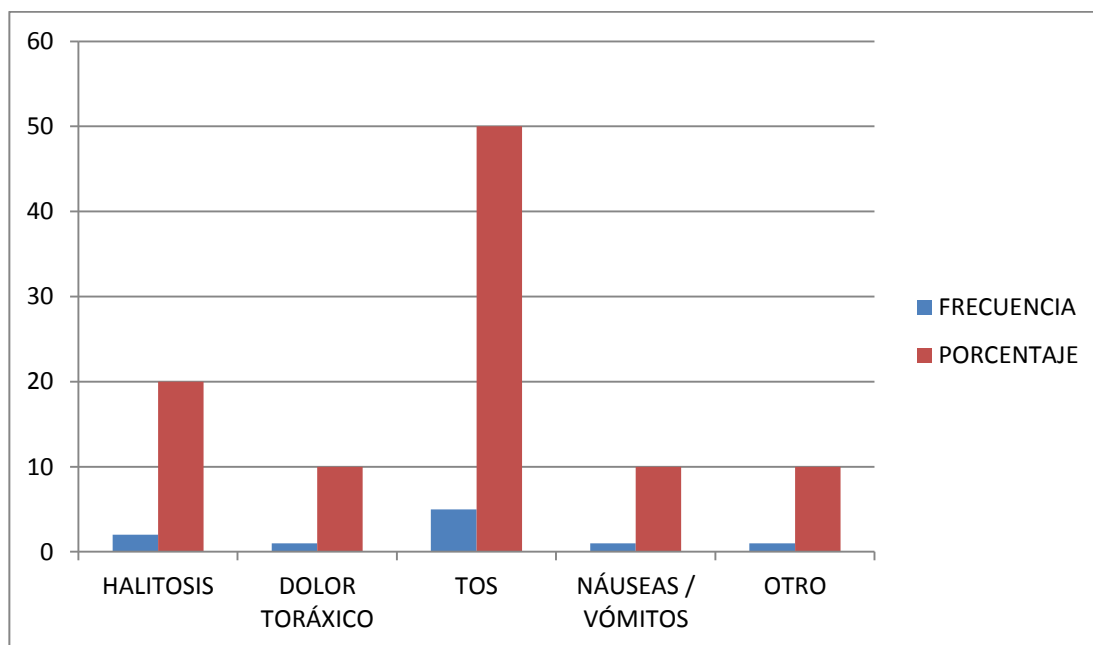
Del total de 41 pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, se toman en cuenta sólo los 33 que presentaron sintomatología típica, de los cuales la pirosis obtuvo un porcentaje de 78.8%; la regurgitación 21.2%.

Según Manterolla y cols. (2005) en un estudio reportó que la sintomatología más común fue la de regurgitación con 59.5% en relación a la pirosis. Dato que difiere de lo establecido por la literatura médica revisada y de los resultados obtenidos en la presente investigación.

Tabla N° 9. Distribución de los síntomas atípicos en base a frecuencia, referidos por los pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, septiembre 2013 – febrero 2014.

Síntomas atípicos	Frecuencia	Porcentaje
Halitosis	2	20,0
Dolor torácico	1	10,0
Tos	5	50,0
Nauseas / vómitos	1	10,0
Asma bronquial	1	10,0
Total	10	100,0

Gráfico N° 9



Fuente: Pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone (septiembre 2013 –febrero 2014).

Elaboración: Macías Riera José Freddy – Vélez Román Luis Alberto. Chone – Manabí – Ecuador.

Análisis N° 9

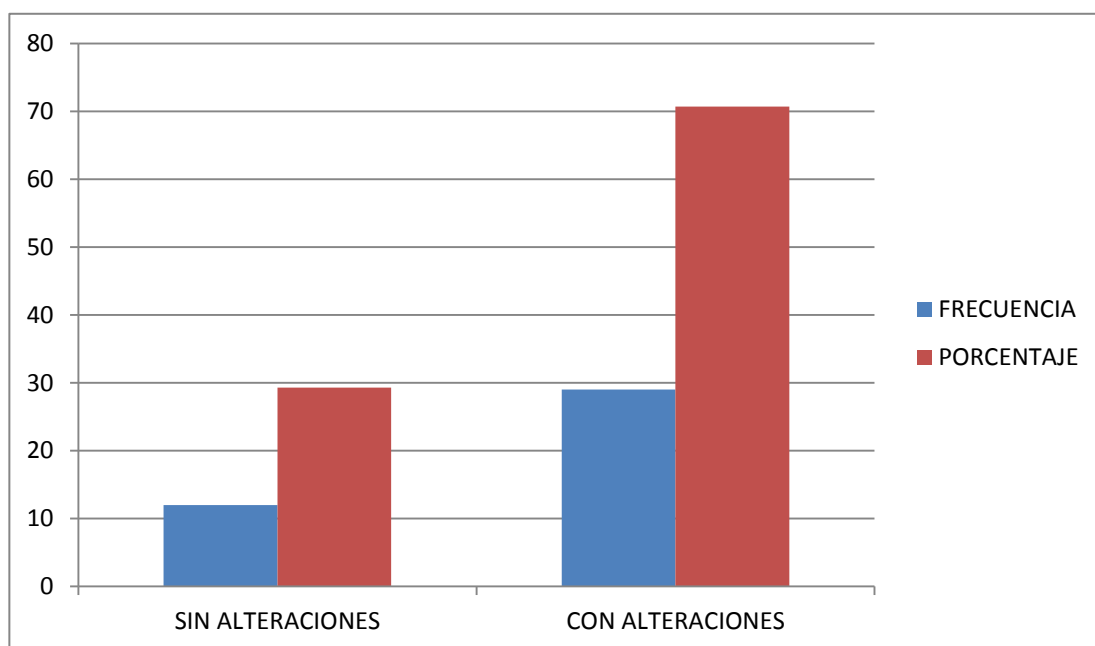
Del total de 41 pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, la sintomatología atípica más frecuente fue la tos, ésta obtuvo un porcentaje de 50%; la halitosis un 20%, e igual porcentaje el dolor torácico, náuseas y vómitos, asma bronquial con 10%.

Manterolla y cols. (2005) determina en su estudio que la tos fue la principal sintomatología atípica. Dato que coincide con lo obtenido con la presente investigación, demostrando que la tos es uno de los principales síntomas atípicos de esta enfermedad.

Tabla N° 10. Distribución según evidencias de alteraciones endoscópicas por reflujo de los pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, septiembre 2013 – febrero 2014.

Evidencias	Frecuencia	Porcentaje
Sin alteraciones	12	29,3
Con alteraciones	29	70,7
Total	41	100,0

Gráfico N° 10



Fuente: Pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone (septiembre 2013 –febrero 2014).

Elaboración: Macías Riera José Freddy – Vélez Román Luis Alberto. Chone – Manabí – Ecuador.

Análisis N° 10

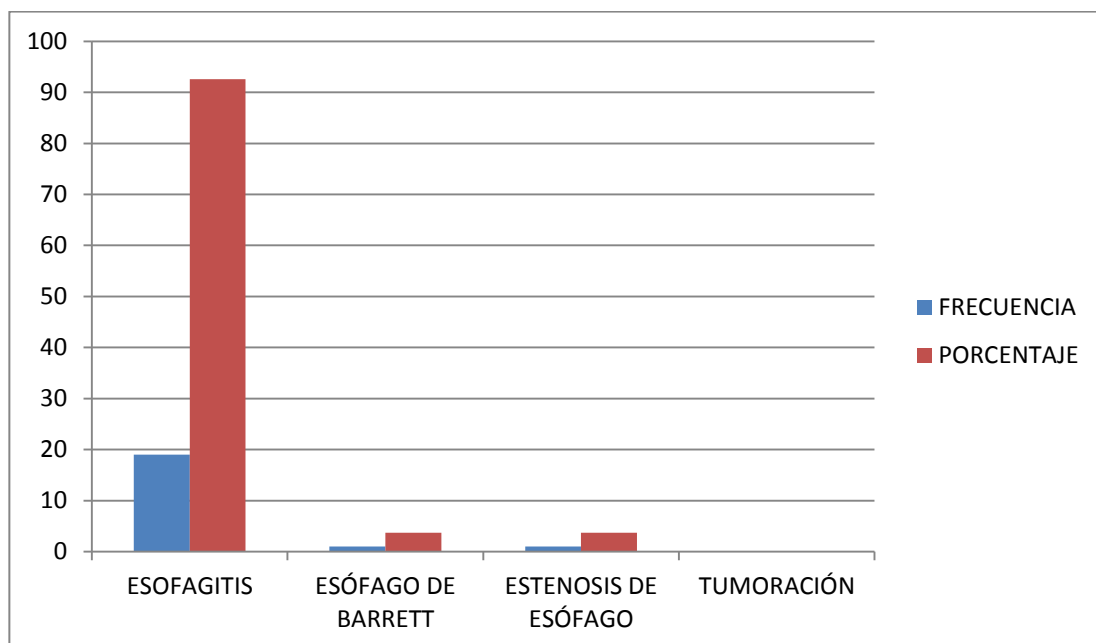
Del total de 41 pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, el 70.7% presentó alteraciones en el resultado de la endoscopía digestiva alta, mientras que el 29.3% no lo hizo.

Según Villapún y Piqueras (2001) en un estudio reportaron que entre un 25 a 50% de los pacientes este padecimiento no se presentan alteraciones endoscópicas. Lo cual coincide con lo obtenido en la presente investigación, presentándose en su mayoría pacientes con evidencia de alteración por el ya mencionado método diagnóstico.

Tabla N° 11. Distribución de pacientes según tipo de evidencias endoscópicas presentada por los pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, septiembre 2013 – febrero 2014.

Tipo de evidencia	Frecuencia	Porcentaje
Esofagitis	27	93,1
Esófago de Barrett	1	3,45
Estenosis de esófago	1	3,45
Tumoración	0	0,0
Total	29	100,0

Gráfico N° 11



Fuente: Pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone (septiembre 2013 –febrero 2014).

Elaboración: Macías Riera José Freddy – Vélez Román Luis Alberto. Chone – Manabí – Ecuador.

Análisis N° 11

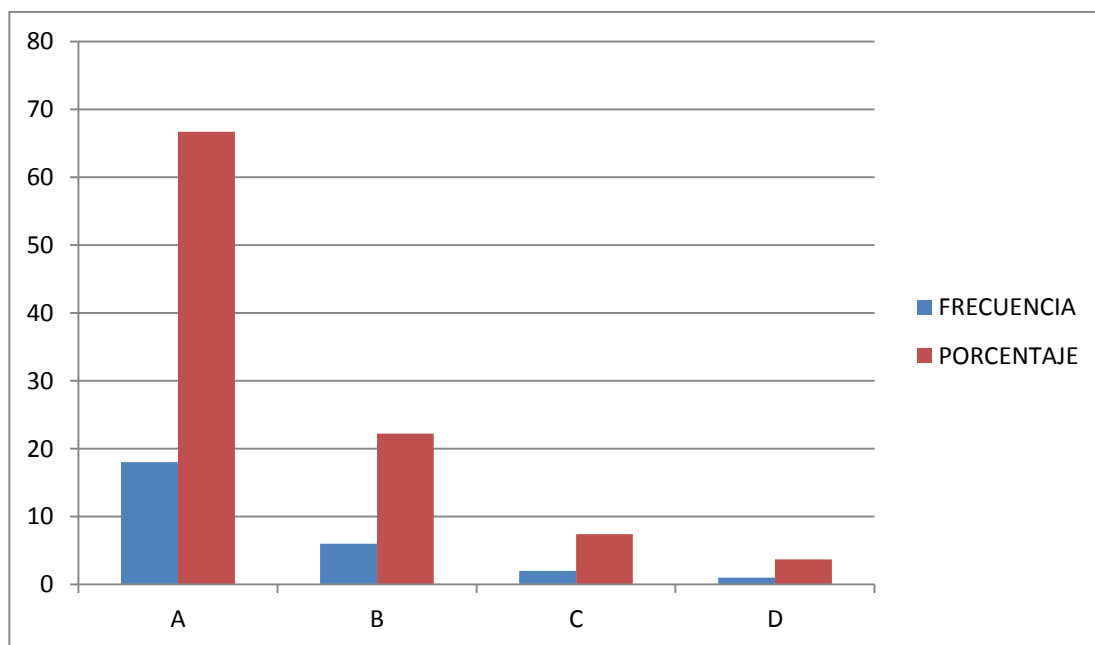
Del total de 41 pacientes atendidos por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, tomando en cuenta solamente los 29 que presentaron alteraciones endoscópicas, el 93.1% correspondió a esofagitis por reflujo; y un 3,4% para casos de esófago de Barrett y estenosis.

En un estudio determinaron que la esofagitis se presentó en la mayoría de los casos de enfermedad por reflujo gastroesofágico. Dicha información coincide con la obtenida en la presente investigación corroborando misma aseveración realizada. (Arin e Iglesias; 2003).

Tabla N° 12. Distribución de pacientes con diagnóstico de esofagitis por reflujo gastroesofágico, según clasificación de severidad de Los Ángeles. Área de Endoscopia del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, septiembre 2013 – febrero 2014.

Clasificación Los Ángeles	Frecuencia	Porcentaje
A	18	66,7
B	6	22,2
C	2	7,4
D	1	3,7
Total	27	100,0

Gráfico N° 12



Fuente: Pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopia del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone (septiembre 2013 –febrero 2014).

Elaboración: Macías Riera José Freddy – Vélez Román Luis Alberto. Chone – Manabí – Ecuador.

Análisis N° 12

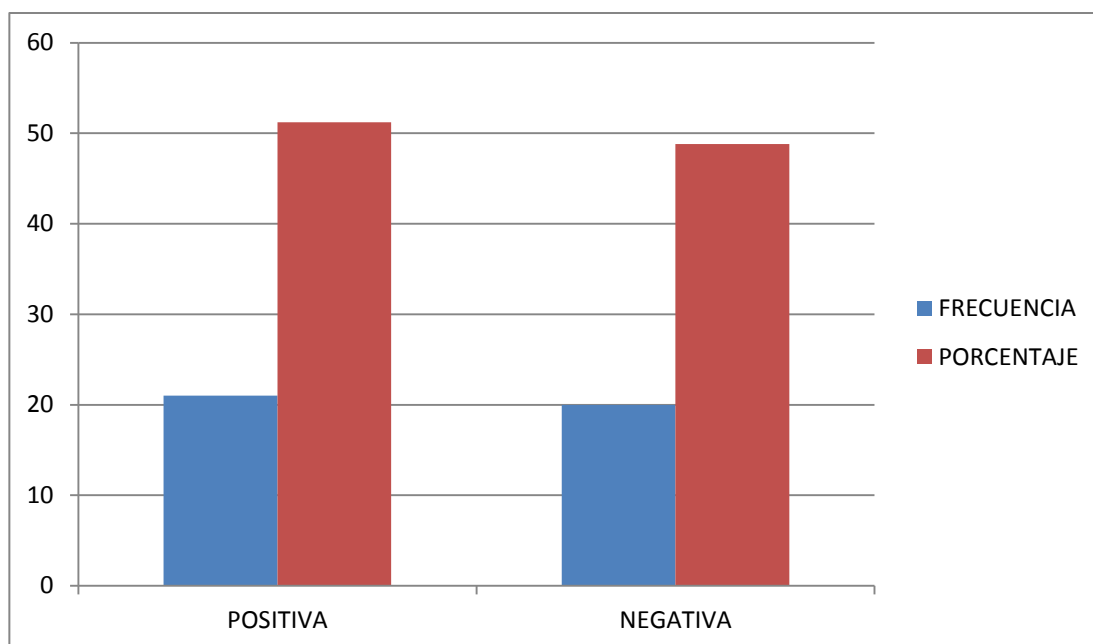
Del total de 41 pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, tomando en cuenta solamente los que reportaron por endoscopía esofagitis por reflujo, el 66,7% corresponde a grado de lesión tipo A según la clasificación de Los Ángeles; el 22,2% al grado B; 7,4% a las de grado C; y un 3,7% a la de grado D.

Según estudio realizado (Salís; 2011) los grados más comunes de esofagitis según la clasificación de Los Ángeles son el A y B, correspondiente a lesiones leves y moderadas respectivamente. Lo cual coincide con los datos obtenidos en la presente investigación, corroborando dicha afirmación.

Tabla N° 13. Distribución según resultados de diagnóstico de infección por *Helicobacter pylori* a través de toma de muestra mediante endoscopia digestiva alta y biopsia, de los pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, septiembre 2013 – febrero 2014.

Colonización <i>Helicobacter pylori</i>	Frecuencia	Porcentaje
Positiva	21	51,2
Negativa	20	48,8
Total	41	100,0

Gráfico N° 13



Fuente: Pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone (septiembre 2013 –febrero 2014).

Elaboración: Macías Riera José Freddy – Vélez Román Luis Alberto. Chone – Manabí – Ecuador.

Análisis N° 13

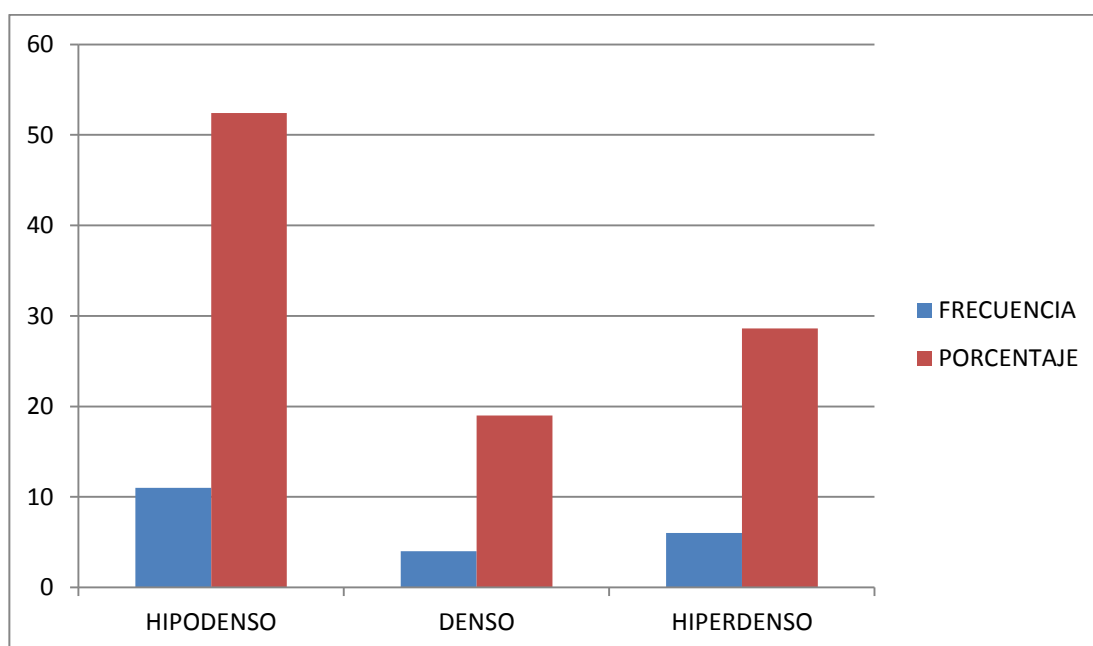
Del total de 41 pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, el 51.2% presentó diagnóstico positivo de infección por *Helicobácter pylori*; el 48,8% restante correspondió a diagnóstico negativo.

En estudio realizado sobre infección de *Helicobácter pylori* en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico se reportó un porcentaje del 66,4% de casos positivos de infección por este microorganismo. Dicha información guarda relación con la obtenida, sugiriendo que es común padecer de ambas entidades clínicas a la vez. (Garrido, Guerrero y Perianes; 2003)

Tabla N° 14. Distribución de pacientes con diagnóstico positivo para *Helicobacter pylori*, según tipo de colonización. Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, septiembre 2013 – febrero 2014.

Colonización <i>Helicobacter pylori</i>	Frecuencia	Porcentaje
Hipodenso	11	52,4
Denso	4	19,0
Hiperdenso	6	28,6
Total	21	100,0

Gráfico N° 14



Fuente: Pacientes ingresados por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone (septiembre 2013 –febrero 2014).

Elaboración: Macías Riera José Freddy – Vélez Román Luis Alberto. Chone – Manabí – Ecuador.

Análisis N° 14

Del total de 41 pacientes atendidos por diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, tomando en cuenta los que presentaron diagnóstico endoscópico positivo para infección por *Helicobáctér pylori*; el tipo de colonización más frecuente es la leve o hipodensa con 52,4%, seguida de la colonización hiperdensa 28,6%; y colonización densa 19%.

Después de realizar búsqueda sistemática y no hallar estudios definitivos que relacionen un tipo de colonización por *Helicobáctér pylori* con la enfermedad por reflujo gastroesofágica; se dispondrían de los presentes resultados para emitir un posible criterio al respecto.

El grupo más común de colonización es el Hipodenso, esto podría sugerir un rol antagonista en la relación de estas dos entidades clínicas, ya que una infección leve por *Helicobáctér pylori* se observó en la mayoría de los casos de pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Capítulo IV

Conclusiones

Por lo cual se concluye, que nuestro estudio realizado en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social de la ciudad de Chone, que la enfermedad por reflujo gastroesofágico es una entidad clínica muy común como motivo de consulta médica especializada. Misma que permitió identificar las características demográficas importantes que predisponen a la aparición de esta enfermedad. Revelando que ésta tiende a presentarse mayoritariamente en pacientes de sexo femenino, coincidiendo con estudio venezolano en el año 2009; frecuentemente en una población mayor a 65 años, esta vez difiriendo de estudio realizado en el 2001.

El mismo estudió revela que no es convincente el resultado en cuanto a la prevalencia según el grupo étnico ya que la población del Ecuador está conformada en su gran mayoría por mestizos. El mayor porcentaje de pacientes provino de la zona urbana del cantón, con un nivel de instrucción superior en su mayoría, y que el factor de riesgo más frecuente fue el de la infección por *Helicobáctér pylori* seguido del tabaquismo y alcoholismo.

Se pudo comprobar en cuanto a la clínica de los pacientes, que se presentó en mayor proporción la sintomatología típica de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, siendo de aquella la esofagitis la manifestación más común evidenciada a través de endoscopía digestiva alta con un grado leve de afectación. Lo cual coincide con lo reportado en estudios realizados en Argentina, Brasil y México en el 2001.

Y por último fue posible clasificar a los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico que presenten infección por *Helicobáctér pylori*, siendo este grupo el de mayor porcentaje, asociándosele un grado leve de infección por la bacteria mencionada.

Recomendaciones

A la Universidad Técnica De Manabí:

Se debería tomar este proyecto de investigación como partida inicial para la realización de posteriores estudios sobre la enfermedad por reflujo gastroesofágico, la cual es una entidad clínica muy común en nuestro medio y según bibliografía consultada, existen muy pocos en nuestro país.

De igual manera estudios sobre la infección por *Helicobáctter pylori*, ya que se comprobó según el estudio realizado que ésta varía según las características de la población. Buscando así aportar soluciones ante esta problemática de salud como difusión de medidas de prevención, protocolos de tratamiento contra la infección y reinfección, para la sociedad manabita y ecuatoriana en general.

Al Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone:

Nuestra principal recomendación es la de educar a la población, brindar información de libre acceso en las instalaciones de la casa de salud sobre los diferentes algoritmos a seguir en cuanto al tratamiento de enfermedad por reflujo gastroesofágico e infección por *Helicobáctter pylori*.

Ya que luego de realizadas las charlas informativas se observó que existe gran cantidad de personas que refieren padecer de una de las dos entidades clínicas mencionadas, en su mayoría la infección por *Helicobáctter pylori*; pero que a pesar de habersele sido administrado tratamiento, refieren seguir con el mismo problema.

Presupuesto

Ítems	Valor unitario (dólares)	Cantidad	Valor total
Copias	0,03	95	95,03
Horas internet	0,9	150	150,9
Impresión color (gráficos y trípticos)	0,5	134	134,5
Impresión b/n	0,05	500	500,05
Imprevisto	100		100
Cd	2		2
Anillado	1	1	2
Bolígrafo	0,35	10	10,35
Dispositivo almacenamiento USB	12	2	14
Minutos tiempo aire telefonía	300	0,25	300,25
Alquiler de infocus	10		10
Computador portátil	889	1	890
Transporte	200		200
Total			2409,0 8

Cronograma de actividades

Actividades \ Semanas	Meses																			
	Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración del proyecto	X	X	X																	
Aprobación del proyecto			X																	
Primera reunión con el tribunal del trabajo de titulación				X																
Revisión del proyecto					X															
Elaboración del instrumento					X	X	X	X												
Elaboración del marco teórico					X	X	X	X												
Segunda reunión con el tribunal del trabajo de titulación								X												
Elaboración del índice de contenidos								X	X		X									
Revisión bibliográfica final								X	X	X										
Tercera reunión con el tribunal del trabajo de titulación												X								
Ejecución								X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Aplicación de instrumento								X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Recolección de datos														X	X					
Cuarta reunión con tribunal del trabajo de titulación															X					
Análisis de datos															X	X	X	X		
Tabulación de datos																X	X	X		
Quinta reunión con tribunal de trabajo de titulación																		X		
Elaboración de informe final																		X	X	
Sexta reunión con tribunal de trabajo de titulación																			X	
Revisión de informe final																			X	
Elaboración final del trabajo de titulación																				X
Presentación del trabajo de titulación																				X

Capítulo V

Propuesta

“Socialización de las medidas de prevención de la infección por *Helicobáctter pylori* a los pacientes atendidos en el Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone”

Introducción

La infección producida por *Helicobáctter pylori* muy común en los seres humanos, microorganismo que se considera principal patógeno de casos de gastritis; guarda relación con la producción de úlcera péptica; y que a su vez se considera precursor del adenocarcinoma gástrico y linfoma gástrico de células beta. (Martín de Argila Y Boixeda de Miguel, 2000).

La prevalencia a nivel mundial es de aproximadamente el cincuenta por ciento; teniendo en cuenta que estos valores están relacionados de manera inversamente proporcional a las condiciones higiénico-sanitarias y socio-económicas de la región. Es decir, que en los países desarrollados, la frecuencia de infección es relativamente baja, con alta probabilidad de presentarse en niños, no obstante en países subdesarrollados la prevalencia podría alcanzar un setenta por ciento, tratándose de una infestación por este microorganismo. Cervantes, E. (2006).

Alba Pose; Toledo y Viana Cabral (2006) afirman que la mayor prevalencia de la infección está relacionada con condiciones socioeconómicas, posiblemente reflejando unas peores

condiciones higiénicas y con un grado elevado de hacinamiento en la vivienda. La infección es adquirida por la ingestión oral de la bacteria y transmitida principalmente dentro de las familias. (p. 9)

Sabiendo esto, comparando el enunciado con ciertas características de la población bajo estudio, resulta de mucha importancia el socializar las diferentes medidas de prevención contra el *Helicobáctér pylori*, con la cual se busca a posterior una disminución de nuevos casos de infección o reinfección, contribuyendo indirectamente a un mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Antecedentes y Justificación

El siguiente programa de charlas informativas en ciclos continuos estuvo dirigido a los pacientes sometidos a estudio y a la población en general que estuviere interesada presente en la sala de espera del área de Endoscopía, y en la sala de espera de la consulta externa, del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, brindando la información necesaria sobre lo que es el *Helicobáctér pylori*, como afecta a la salud de cada persona y las diferentes medidas de prevención.

Tratándose de Ecuador, un país aun en desarrollo; se entiende que por lo general son pocos los lugares que presenten las condiciones socio-económicas e higiénico-sanitarias necesarias que puedan aportar un medio adecuado y así contribuir a disminuir la incidencia de casos de infección por *Helicobáctér pylori*.

Chone es un cantón de la provincia de Manabí, con una gran área de zona rural; y cuya zona urbana comprendida en dos parroquias enfrenta problemáticas de salud producto de las inundaciones como resultado del desborde del río Grande y sus afluentes cada invierno. A esto se le suma además, la cultura, costumbres y hábitos alimenticios que se manejan entre sus habitantes. Siendo la suma de todos estos factores, un medio propicio para la infección por *Helicobacter pylori*.

Por esta razón, nuestro estudio se basó en socializar las diferentes medidas de prevención ante la infección por *Helicobacter pylori*; para así tratar de aportar en la disminución de incidencia de casos de infección por esta bacteria reportados en este nosocomio.

La propuesta utilizará los medios necesarios para de realización de una charla informativa, además del uso de trípticos con una completa información del tema, medidas de prevención, y el resultado del estudio realizado y de estudios anteriores, para de esta manera la información sea difundida a la población en general.

La población será beneficiada porque al conocer sobre la información brindada, y más aún si se poner en práctica, podrían disminuirse los casos de infección o reinfección por *Helicobacter pylori*, así también como las molestias que produce padecer la infección, el gasto económico en salud que aquello requiere y mejorando en parte, la calidad de vida.

Objetivos

Objetivo general

Realizar la socialización de las medidas de prevención de la infección por *Helicobacter pylori* a los pacientes y familiares del Área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social de Chone.

Objetivos específicos

Cuantificar el cumplimiento de programa de charlas por parte del personal bajo estudio.

Identificar las barreras que pueden interferir en el desarrollo de la propuesta.

Evaluar con casos prácticos el grado de comprensión sobre las charlas impartidas en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, y los beneficios de su aplicación adecuada.

Características de la propuesta

Datos Generales

Institución: Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguro Social de Chone

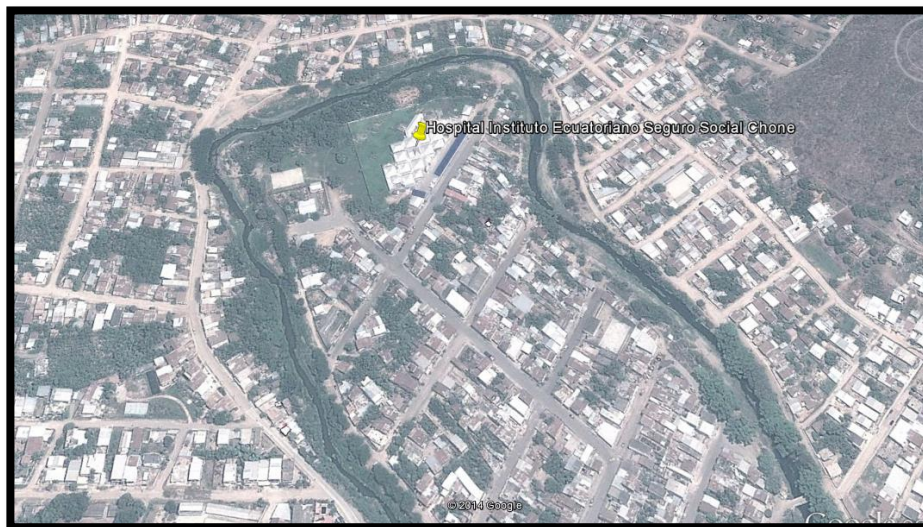
Tiempo en que se impartió la propuesta: 2 días

Fecha de Elaboración: Enero 2014

En el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, los investigadores compartieron sus conocimientos con los pacientes bajo estudio y población en general.

Ubicación Georreferencial

Ubicado en el Cantón Chone, calle Tarqui.



Presentación general del programa

Finalidad: Se puso en práctica esta opción de prevención de salud para buscar disminuir el número de casos de infección por *Helicobacter pylori* en la población que participó de las charlas informativas en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone.

Orientación

Esta problemática fue abordada desde nuestra posición sociocultural en donde, el hombre mediante la educación recibida es copartícipe de su propia salud y de la salud social.

Los Contenidos

Nuestro programa constó información adecuada para el público en general sobre la definición del *Helicobacter pylori*, prevalencia a nivel mundial, factores de riesgo, patologías asociadas y medidas de prevención de la infección.

Programa de actividades

Día 1 y 2 Medidas de prevención contra la infección por *Helicobacter pylori*

Metodología

En nuestro programa nos apoyamos en el aprendizaje grupal del personal de enfermería, médicos tratantes, y pacientes bajo estudio, combinando charlas educativas con talleres impartidos por los investigadores.

Criterios de Evaluación: Antes de ser aplicado el programa fue sometido a una crítica y discusión por otros profesionales de salud para que sea perfeccionado.

Durante su ejecución se analizó:

El grado de comprensión sobre las charlas impartidas en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone y los beneficios de su aplicación adecuada.

Luego de su ejecución se realizó:

Una autoevaluación por parte del grupo de salud en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone, al personal presente, y se recomendó que las charlas se deben complementar con visitas domiciliarias con el objetivo de pesquisar nuevos pacientes que se unan a este grupo.

Objetivos terminales de la propuesta

Socializar las medidas de prevención de la infección por *Helicobáctér pylori* a los pacientes y población en general del área de Endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social de Chone.

Brindar información adecuada referente a la Infección por *Helicobáctér pylori* y medidas de prevención.

Disminuir la incidencia de casos nuevos de infección y de reinfección por *Helicobacter pylori*.

Identificar si la impartición de charlas a los pacientes de la comunidad mejoraron sus conocimiento acerca de la infección por *Helicobáctér pylori*.

Interrelacionar criterios y experiencias impartidos en el proyecto.

Profesionales responsables de la propuesta

Investigadores

Recursos materiales

Técnicos.

Computador Intel Core i7

Cámara Fotográfica.

Materiales de escritorio

Encuesta

Internet

Económicos.

Autogestión

Cronograma de la propuesta

Elaboración de charla informativa	1, 2, 3 de enero 2014
Elaboración de trípticos	8, 9, 10 de enero 2014
Realización de charla informativa y entrega de trípticos	26 y 27 de enero 2014

Bibliografía

- Agirrezabala, J; Et al. (2012). Helicobácter pylori (Hp): puesta al día. *Información terapéutica de la Colamarca*, 20, 1 – 7. Recuperado de <http://www.oadkidetza.euskadi.net/cevime>
- Alba Posee, R; Toledo, R; Viana Cabral, M. (2006) Helicobácter pylori: clínica, diagnóstico y tratamiento. *Revista de posgrado de la VI Cátedra de medicina*, 58, 1 – 12.
- Almagia Flores, A; Lizana Arce, P. (2009). Anatomía del aparato digestivo. [En línea]. Consultado: [15, noviembre, 2013] disponible en: http://biblioceop.files.wordpress.com/2011/02/digestivo_morfo2009-externo.pdf
- Arin, A; Iglesias, M. (2003). Enfermedad por reflujo gastroesofágico. *An Sis.Sanit.Navar*; 26(2), 251 – 258. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v26n2/revision2.pdf>
- Bermúdez Díaz, L; Torres Domínguez, L; Rodríguez González, B. (2008). Métodos para la detección de la infección por Helicobácter pylori. *Centro nacional de investigaciones científicas*, 48, 1 – 9. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0034-75232009000100007&script=sci_arttext
- Cañones Garzón, P; Egocheaga Cabello, M; Ortiz Septién, J. (2008). Enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Sociedad española de medicina general*, 70, 27-30. Recuperado de: http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_70/pdf/27_30.pdf
- Castro Fernández, M; Rojas Fera, M. (2012). Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). *Unidad de enfermedades digestivas. Hospital universitario de Valme. Sevilla*, 1, 1 – 5. Recuperado de http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/documento-grupo/enfermedad_por_reflujo_gasrtosofagico_erge.pdf
- Cervantes García, E. (2006). Helicobácter pylori e infecciones asociadas. *Laboratorio de epidemiología y genómica bacteriana. Facultad de Medicina, Universidad Nacional*

- Autónoma de México, 1, 1 – 4. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2006/un064i.pdf>
- Chacaltana, A; et al. (2009). Prevalencia, características clínico-endoscópicas y factores predictivos de esófago de Barrett. *Revista de gastroenterología del Perú*; 29(1), 24 – 31. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v29n1/a04v29n1.pdf>
- Chirino Romo, J. (2008). *Enfermedad por reflujo gastroesofágico* [Diapositiva]. Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado de <http://slideplayer.es/slide/1131700/>
- Contardo Zambrano, R. (1995). Complicaciones del reflujo gastroesofágico. *Boletín Sociedad peruana de medicina interna*; 8(3), 48 – 56. Recuperado de: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v08n3-4/pdf/a12.pdf>
- El-Sarag, H; Sonnenberg, A; Jamal, M; Inadomi, M; Crooks, L; Feddersen, M. (1999). Corpus gastritis is protective against reflux esophagitis. *Gut*, 45: 181-185.
- Epidemiología de la Erge. (s.f). En *guías gastro.com*. Recuperado de http://www.guiasgastro.net/ficheros/gastro/guias_full/textos/5.pdf
- Forman, D; Goodman, K. (2003). Epidemiología del cáncer de estómago: correlación de como las pasadas con las actuales influencias socioeconómicas de la vida temprana pueden influenciar en la mortalidad de la vida adulta. *Tecnológico de Costa Rica*, 1, 4 – 12.
- Garrido, A; Lepe, J; Guerrero, F; Palomo, S. (1998). Erradicación de *Helicobacter pylori* mediante triple terapia en pacientes ulcerosos: Papel de la endoscopia y sensibilidad antibiótica. *Enfermedades infecciosas microbiología clínica*, 16, 471-3.
- Garrido Serrano, A; Guerrero Igea, F; Lepe Jiménez, J; Perianes Hernández, C. (2003). *Helicobacter pylori* y enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Revista española de enfermedades digestivas*, 95, 1 -3. Recuperado de

<http://www.grupoaran.com/mrmupdate/lecturapdffromxml.asp?idart=455726&to=rvn&eng=1>

Garrigues Gil, V; Pons Beltrán, V. (2011). Enfermedad por reflujo gastroesofágico y esófago de Barrett. En Ponce García (ed.). *Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas* (3a ed., pp. 19 – 29). Madrid, España: Asociación Española de Gastroenterología.

Gisbert, J; et al. (1996). Infección por *Helicobacter pylori* y concentraciones basales de gastrina en pacientes con úlcera duodenal y en individuos con endoscopia normal. *Med Clin*, 106: 325-328. Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4376/mfb1de1.pdf?sequence=1>

Gisbert, J; Pajares, J; Losa, C. (1999). *Helicobacter pylori* enfermedad por reflujo gastroesofágico: amigos o enemigos? *Hepatogastroenterología*, 46, 9.

Greenon, J; et al. (2013). Enfermedad por reflujo gastroesofágico. En Greenon (ed). *Diagnóstico en Patología Gastrointestinal*. (1ª ed., pp. 23-25). Madrid, España: Marbán.

Hernández Fonseca, F. (2010). Anatomía y fisiología del esófago. *Aspectos generales de importancia en patología quirúrgica*, 1, 1 – 4. Recuperado de <http://www.reocities.com/cirugiasur/cda/esofago.pdf>

Hernández Triana, M. (2001). *Helicobacter pylori*. La bacteria que más infecta al ser humano. *Revista cubana de alimentación y nutrición*; 15(1), 42 – 54.

Manterola, D & cols. (2005). Prevalencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico en población general urbana adulta. *Revista chilena de cirugía*; 57(6), 476 – 482. Recuperado de [http://www.cirujanosdechile.cl/revista_anteriores/pdf%20cirujanos%202005-06/cir.62005.\(07\).pdf](http://www.cirujanosdechile.cl/revista_anteriores/pdf%20cirujanos%202005-06/cir.62005.(07).pdf)

- Martín de Argila, C & Boixeda de Miguel, D. (2000). Tratamiento de la infección por *Helicobáctér pylori*. *Información terapéutica del sistema nacional de salud*, 24, 1 – 6. Recuperado de <https://www.msssi.gob.es/bibliopublic/publicaciones/docs/200006-1.pdf>
- Marzo Castillejo, M; Carrillo Muñoz, R; Mascort Roca, J. (2007). *Guía práctica clínica sobre ERGE. Actualización 2007* (1a ed.). Barcelona, España: Elsevier Doyma. Asociación española de gastroenterología.
- Mel, C; Muñoz Navas, M; Sung, J. (2013). Esófago. En Muñoz (ed). *Endoscopia Gastrointestinal Clínica*. (3ª ed., p. 23). Barcelona, España: Elsevier.
- Mondollet Aguilar, I. (2013). *Estudio de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes roncadores o con síndrome de apnea del sueño*. (Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona). Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/117306/ima1de1.pdf?sequence=1>
- Pérez Torres, E; Abdo Francis, J. (2012). Enfermedad por reflujo gastroesofágico. En Bernal Pérez, M. (ed). *Gastroenterología*. (1a ed, pp. 123-129). México D.F., México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Pérez Torres, E; Abdo Francis, J; Sobrino Cosso, S. (2012). *Helicobacter pylori* y enfermedades asociadas. En Bernal Pérez, M. (ed). *Gastroenterología*. (1a ed, pp. 168-175). México D.F., México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Poneros, J. (2011). Esófago de Barrett. En Greenberg, N. (ed). *Diagnóstico y Tratamiento en Gastroenterología, Hepatología y Endoscopia*. (1ª ed., pp. 148 – 153). México D.F., México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Ramos-Clemente Romero, J; et al. (2007). Enfermedad por reflujo gastroesofágico: Características de los pacientes derivados desde atención primaria. *An. Med. Interna*, 24, 146-147. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s0212-71992007000300011&script=sci_arttext

- Rivas Traverso, F & Hernández, F. (2000). *Helicobacter pylori*: Factores de virulencia, patología y diagnóstico. *Rev biomed*, 11, 187 – 205. Recuperado de <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb001136.pdf>
- Salis, G. (2001). Revisión sistemática: epidemiología de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en Latinoamérica. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 41, 60 – 69. Recuperado de http://www.actagastro.org/actas/2011/n1/41_1_2011_16.pdf
- Saltzman, J; Poneros, J. (2011). Reflujo Gastroesofágico. En Greenberg, N. (ed). *Diagnóstico y Tratamiento en Gastroenterología, Hepatología y Endoscopia*. (1ª ed., pp. 139 – 146). México DF, México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Sánchez, J. (2011). Según censo 2010: ¿en Ecuador hay más afrodescendientes que indígenas? S.j. (ed), *Centro Afroecuatoriano*. Recuperado de http://centroafroecuatoriano.org.ec/sitio/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=65
- Torres, J. (2000). Aspectos epidemiológicos y clínicos de la infección por *Helicobacter pylori* en niños. *Revista gastroenterológica México*, 65, 13-1. Recuperado de <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-4/rfm49409.pdf>
- Triebeling, A; Korsten, M; Dlugosz, J; Paronetto, F; Leben, C. (1991). Severity of *Helicobacter*-induced gastric injury correlates with gastric juice ammonia. *Dig dis sci*, 36, 89-96.
- Vakil, N; Van Zanten, S; Kahrilas, P; Dent, J; Jones, R. (2006). La definición y clasificación de Montreal para la enfermedad por reflujo gastroesofágico: un consenso global basado en evidencias. N. Vakil. (ed.), *Amj gastroenterol global consensus group* (pp. 19-20).
- Vásquez Elizondo, G. (2010). Enfermedad por reflujo gastroesofágico. En Méndez-Sánchez, N & Uribe Esquivel, M. (eds). *Gastroenterología*. (1ª ed., pp. 257-266). México D.F., México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.

Veitia, G; et al. (2009). Prevalencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico en la población adulta venezolana. *Gen*; 63(3), 170 – 173. Recuperado de <http://www.scielo.org.ve/pdf/gen/v63n3/art07.pdf>

Villapún Blanco, M. & Pérez Piqueras, J. (2001). Protocolo diagnóstico-terapéutico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Servicio de aparato digestivo hospital del aire Madrid*, 2, 95 – 99. Recuperado de <http://www.cirugest.com/htm/revisiones/cir11-09/11-09-10.pdf>

Anexos

Anexo N° 1. Consentimiento informado

De la manera más respetuosa, nosotros los investigadores, solicitamos su colaboración para que nos conteste unas preguntas; las cuales nos permitirán recolectar datos de usted como paciente del área de endoscopía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social.

Este tipo de estudio se realiza para poder conocer acerca de las características demográficas de la población bajo estudio, presencia o no de Enfermedad por reflujo gastroesofágico e infección por *Helicobáctér pylori*, y las características clínicas correspondientes. Y de esta manera contar con un material de apoyo respalde nuestra información.

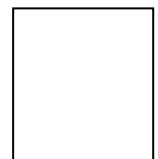
Su participación es complementemente voluntaria, si su respuesta es negativa no le causará ningún inconveniente.

Lea toda la información que se le ofrece en este documento y conteste todas las preguntas que necesite el investigador que se lo está explicando, antes de tomar una decisión. A CONTINUACIÓN COLOQUE SUS NOMBRES COMPLETOS, FIRMA O HUELLA DIGITAL Y NÚMERO DE CÉDULA PARA CONTINUAR CON LA PRESENTE ENCUESTA SI ESTÁ USTED DE ACUERDO.

NOMBRES COMPLETOS:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

FIRMA:



Anexo N° 2. Encuesta

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABI

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA



PROYECTO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

“ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO ASOCIADO A HELICOBÁCTER PYLORI EN PACIENTES INGRESADOS EN EL ÁREA DE ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURO SOCIAL DE CHONE. SEPTIEMBRE 2013 – FEBRERO 2014”.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Sexo

- Masculino ☐
- Femenino ☐

2.- Edad

- < 18 ☐
- 19 – 40 ☐
- 41 – ☐
- > 65 ☐

3.- Autoidentificación

- Afroamericana ☐
- Mestiza ☐
- Caucásica ☐
- Indígena ☐

4.- Nivel de Instrucción

- Básica ☐
- Primaria ☐
- Secundaria ☐
- Superior ☐
- Ninguna ☐

5.- Procedencia

- Urbana ☐
- Rural ☐

6.- Factores de Riesgo

- Malformación Congénita ☐
- Obesidad ☐
- Ejercicio Físico intenso ☐
- Alcoholismo ☐
- Tabaquismo ☐
- Infección por *Helicobacter pylori* ☐
- Posición al acostarse sin elevar cabecera ☐
- Otro ☐

7.- ¿Qué síntomas presenta?

- Pirosis ☐
- Regurgitación ☐
- Dolor Torácico ☐
- Tos ☐
- Náuseas y/o vómito ☐
- Problemas al dormir ☐
- Asma bronquial ☐
- Mal aliento ☐
- Otro ☐

8.- Alteraciones en el resultado de la endoscopía alta

- Si ☐
- No ☐

9.- ¿Cuál de estas alteraciones presenta, según el informe médico?

- Esofagitis por reflujo ☐
- Estenosis ☐
- Esófago de Barret ☐
- Adenocarcinoma ☐
- Otro ☐

10.- Con respecto a la esofagitis, que grado de lesión reporta. (Informe Médico)

- A ☐
- B ☐
- C ☐
- D ☐

11. Resultado endoscópico de diagnóstico de infección por *Helicobacter pylori*. (Informe médico)

- Positivo ☐
- Negativo ☐

12.- Tipo de colonización por *Helicobacter pylori*. (Informe médico)

- Hipodenso ☐
- Denso ☐
- Hiperdenso ☐

Anexo N° 3. Consentimiento informado y encuesta realizada

Consentimiento informado

De la manera más respetuosa, nosotros los investigadores, solicitamos su colaboración para que nos conteste unas preguntas; las cuales nos permitirán recolectar datos de usted como paciente del área de endoscopia del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social.

Este tipo de estudio se realiza para poder conocer acerca de las características demográficas de la población bajo estudio, presencia o no de Enfermedad por reflujo gastroesofágico e infección por *Helicobacter pylori*, y las características clínicas correspondientes. Y de esta manera contar con un material de apoyo respalde nuestra información.

Su participación es completamente voluntaria, si su respuesta es negativa no le causará ningún inconveniente.

Lea toda la información que se le ofrece en este documento y conteste todas las preguntas que necesite el investigador que se lo está explicando, antes de tomar una decisión. A CONTINUACIÓN COLOQUE SUS NOMBRES COMPLETOS, FIRMA O HUELLA DIGITAL Y NÚMERO DE CÉDULA PARA CONTINUAR CON LA PRESENTE ENCUESTA SI ESTÁ USTED DE ACUERDO.

NOMBRES COMPLETOS:

Daniela Adalberto Trujillo Moreira

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

1310974395

FIRMA:

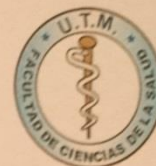
[Firma manuscrita]



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABI

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA



PROYECTO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO

"ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO ASOCIADO A
HELICOBACTER PYLORI EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE
ENDOSCOPIA. HOSPITAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURO
SOCIAL CHONE, SEPTIEMBRE 2013 – FEBRERO 2014".

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

1. Sexo

- Masculino ☒
- Femenino ☐

2.- Edad

- < 18 ☐
- 19 – 40 ☒
- 41 – ☐
- > 65 ☐

4.- Nivel de Instrucción

- Básica ☐
- Primaria ☐
- Secundaria ☒
- Superior ☐

5.- Procedencia

- Urbana ☒
- Rural ☐

6.- Factores de Riesgo

- Malformación Congénita ☐
- Obesidad ☐
- Ejercicio Físico intenso ☒
- Alcoholismo ☒
- Tabaquismo ☐
- Infección por *Helicobacter pylori* ☒
- Posición al acostarse sin elevar cabecera ☐

7.- ¿Qué síntomas presenta?

- Pirosis ☐
- Regurgitación ☐
- Dolor Torácico ☐
- Tos ☐
- Náuseas y/o vómito ☐
- Problemas al dormir ☐
- Asma bronquial ☒
- Mal aliento ☐

8.- Alteraciones en el resultado de la endoscopia alta

- Si ☒
- No ☐

9.- ¿Cuál de estas alteraciones presenta, según el informe médico?

- Esofagitis por reflujo ☐
- Estenosis ☐
- Esófago de Barret ☐
- Adenocarcinoma ☐
- Otro ☐

10.- Con respecto a la esofagitis, que grado de lesión reporta. (Informe Médico)

- A ☒
- B ☐
- C ☐
- D ☐

11. Resultado endoscópico de diagnóstico de infección por *Helicobacter pylori*. (Informe médico)

- Positivo ☒
- Negativo ☐

12.- Tipo de colonización por *Helicobacter pylori*. (Informe médico)

- Hipodenso ☒
- Denso ☐
- Hiperdenso ☐

Anexo N° 4. Registro de asistencia a la charla informativa impartida los días 26 y 27 de enero del 2014

[illegible]

Anexo N° 4. Registro de asistencia a la charla informativa impartida los días 26 y 27 de enero del 2014

Nómina de asistentes presentes en la charla de: *Helicobacter pylori*, factores de riesgo y medidas de prevención, Dirigida a los usuarios del área de endoscopia del Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone.

Fecha: 27 Enero, 2014

Emilio López
 (Kopie)
 Luis Morcica
 (Kopie)
 Flor P.
 Hermencia López
 (Kopie)
 H. S. S. S.
 (Kopie)
 Luis Morcica
 (Kopie)
 Luis Morcica
 (Kopie)
 Luis Morcica
 (Kopie)

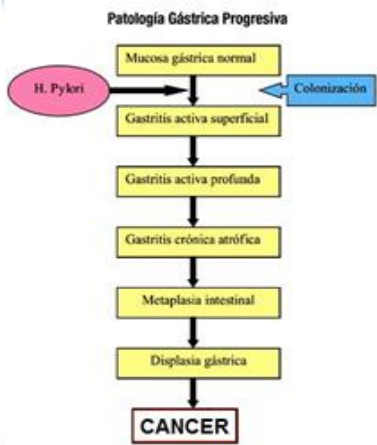
Anexo N° 5. Tríptico informativo entregado a los asistentes de la charla informativa

ADVERTENCIAS

- No comas carne que ha estado afuera por más de 2 horas.
- Los niños pueden experimentar náuseas, vómito y dolor abdominal; especialmente con un estómago vacío. Es importante saber que esta infección es rara en los niños.
- Si te han recetado antibióticos, termina realiza el tratamiento completamente; parte de que esta bacteria se vuelve cada vez más resistente a los antibióticos es que las personas no terminan sus tratamientos.
- No comas frutas con alto contenido ácido, como el limón.



Patología Gástrica Progresiva



ELABORADO POR:
MACÍAS RIERA JOSE FREDDY
VÉLEZ ROMÁN LUIS ALBERTO
DIRECTOR
DR. FREDDY HINOSTROZA

IESS CHONE AREA DE ENDOSCOPIA



**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA**

**MEDIDAS DE
PREVENCIÓN DE LA
INFECCIÓN POR
HELICOBACTER PYLORI**



2014

Gráfico # 2. Tríptico utilizado en la propuesta. Autores: Macías Riera José Freddy / Vélez Román Luis Alberto. Fecha: 26 de enero, 2014

HELICOBACTER PYLORI

Su presencia se relaciona con gastritis, úlceras y cáncer gástricos. Se trata de una bacteria que vive en cuerpos de agua contaminada, desde donde se propaga a la tierra y por medio de los alimentos se disemina a la población general, siendo aún más común en comunidades que tienen deficiente infraestructura de



drenaje sanitario y/o carecen de agua potable. No es raro que un individuo infectado contamine a otros por inadecuada higiene personal, pero nunca transmitirá el germen por contacto sexual.

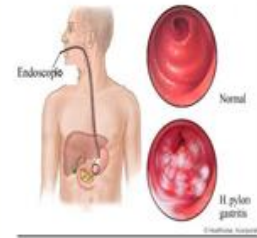
Este problema puede agravarse si los niveles de acidez estomacal aumentan, lo cual puede suceder si el afectado lleva dieta rica en grasas, condimentos e irritantes, además de consumir bebidas gaseosas, alcohol y tabaco.



Otras causas son el estrés, angustia y/o ansiedad.

Los especialistas hacen énfasis en la importancia de un diagnóstico certero y oportuno, para lo cual son indispensables estudios como:

- COPROCULTIVO.
- PRUEBA DEL ALIENTO.
- ENDOSCOPIA.



¿HAY ALGO QUE PUEDA HACERSE PARA EVITAR TAN GRAVES PROBLEMAS?

Si, y a continuación le decimos qué:

- No consumir agua ni alimentos de dudosa procedencia.
- Aprender a controlar nerviosismo y estrés.
- Reducir el consumo de café, bebidas gaseosas, alcohol, tabaco y alimentos grasosos, irritantes y/o muy condimentados.
- Evitar ayunos
- Se recomienda incrementar la ingesta de frutas, verduras, cereales integrales.

Gráfico # 2. Tríptico utilizado en la propuesta. Autores: Macías Riera José Freddy / Vélez Román Luis

Alberto. Fecha: 26 de enero, 2014

Anexo # 4. Fotografías



Fotografía 1. Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone



Fotografía 2 Área de Endoscopia del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone



Fotografía 3 Área de Espera Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone. Charla informativa 26 de enero. 2014.



Fotografía 4 Área de Espera Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone. Charla informativa 26 de enero. 2014.



Fotografía 5 Área de espera Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone. Charla informativa 27 de enero, 2014



Fotografía 5 y 6 Sala de espera Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone. Charla informativa 26 y 27 de enero, 2014.



Fotografía 7 Sala de espera de Área de Endoscopia. Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Chone. Entrega de trípticos. 27 de enero de 2014