

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**RELACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI* CON LOS HALLAZGOS
HISTOPATOLÓGICOS EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO
UNANUE, ENERO-NOVIEMBRE, 2016**

TESIS

**PRESENTADA POR BACHILLER
CCALLO MORALES NORA LUZ**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA – PERÚ

2019

ASESOR

DR FAJARDO ALFARO VICTOR WILLIAMS

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme fortaleza e iluminar mi camino de aprendizaje.

A Rosa Morales Bautista, mi querida madre por su apoyo incondicional en este largo proceso de aprendizaje y dando las palabras necesaria de aliento para culminar con éxito una meta en mi vida.

A mi amigo, Cesar Jalixto Alata por su constante consejo, apoyo y motivación para el desarrollo de este trabajo de investigación.

DEDICATORIA

A la Dra. Leny Bravo Luna, Profesora de asesoramiento de tesis de la Facultad de Medicina - UPSJB.

A la Dra. María Ester Alva Rodríguez por su conocimientos y sobre todo su confianza en realizar este estudio, muy agradecida.

Al personal que labora en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, en especial a los que formaron parte del servicio de gastroenterología, patología y docencia, los cuales, me ayudaron en la realización de este estudio.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la relación de *Helicobacter pylori* con los hallazgos histopatológicos en los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta.

DISEÑO: Estudio analítico, retrospectivo y transversal. **LUGAR:** Servicio de gastroenterología, Hospital Nacional Hipólito Unanue, entre el 2 de enero y 30 de noviembre del 2016, Lima, Perú. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se estudió 352 pacientes, entre 13 y 88 años, de los cuales 238 son mujeres y 114 fueron masculinos, las cuales se recolectó sus resultados de *Helicobacter pylori* y los hallazgos histopatológicos. **RESULTADOS:** La edad promedio del estudio fue $51,65 \pm 16,7$ años y el 70,2% (247/352) fueron positivos a la infección por *Helicobacter pylori*. El género femenino que fue positivo a *Helicobacter pylori* es de 66%(157/238) y el género masculino fue de 79%(90/114). El grupo etario de 30 a 59 años que fue positivo a *Helicobacter pylori*, fue el más frecuente con un 60,3%(149/247). La gastritis crónica fue el hallazgo histopatológico más frecuente, la cual fue positiva a *Helicobacter pylori* con un 88,7% (219/247). Se encontró relación entre la frecuencia de infección de *Helicobacter pylori* con el género ($p=0,013$), el grupo etario ($p=0,006$), no presencia de metaplasia intestinal ($p=0,025$), el grado de gastritis crónica ($p=0,000$) y la actividad inflamatoria de la gastritis crónica ($p=0,000$). **CONCLUSIONES:** La frecuencia de infección de *Helicobacter pylori* fue elevada, y no se halló relación con los hallazgos histopatológicos, pero se encontró relación con el género, el grupo etario, la no presencia de metaplasia intestinal, el grado de gastritis crónica y la actividad inflamatoria de la gastritis crónica.

Palabras clave: *Helicobacter pylori*, hallazgos histopatológicos, endoscopia digestiva alta.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the relationship of *Helicobacter pylori* with histopathological findings in patients submitted to upper gastrointestinal endoscopy. **DESIGN:** an analytical, retrospective and cross-sectional study. **PLACE:** Service of gastroenterology of the National Hospital Hipólito Unanue, between January 2 and November 30, 2016, Lima, Peru. **MATERIAL AND METHODS:** We studied 352 patients, aged between 13 and 88 years, of which 238 were female and 114 were male, which collected their results of *Helicobacter pylori* and the histopathological findings. **RESULTS:** The mean age of the study was 51.65 ± 16.7 years and 70.2% (247/352) were positive for *Helicobacter pylori* infection. The female gender that was positive to *Helicobacter pylori* is 66% (157/238) and the male gender was 79% (90/114). The age group of 30 to 59 years that was positive to *Helicobacter pylori* was the most frequent with 60.3% (149/247). Chronic gastritis was the most frequent histopathological finding, which was positive to *Helicobacter pylori* with 88.7% (219/247). A relationship was found between the frequency of *Helicobacter pylori* infection with gender ($p=0.013$), the age group ($p=0.006$), no intestinal metaplasia ($p=0.025$), chronic gastritis degree ($p=0.000$) and the inflammatory activity of chronic gastritis ($p=0.000$). **CONCLUSIONS:** The frequency of *Helicobacter pylori* infection was high, and no relation was found with the histopathological findings, but there was a relationship with gender, the age group, the absence of intestinal metaplasia, the degree of chronic gastritis and the inflammatory activity of chronic gastritis.

KEYWORDS: *Helicobacter pylori*, Histopathological findings, upper digestive endoscopy

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el *Helicobacter pylori* infecta aproximadamente al 50% de la población mundial ⁽²⁾, sin embargo, la prevalencia de la infección de *Helicobacter pylori* es muy variable en distintos países. En Latinoamérica, la infección de *Helicobacter pylori* es de 75-83% ⁽²⁶⁾ y en el Perú, la tasa de prevalencia de *Helicobacter pylori* se encuentra alrededor del 60%, oscilando entre 30 a 90% de la población ⁽⁷⁾. El cáncer gástrico es uno de los carcinomas más comunes y es la segunda causa principal de muerte por cáncer en todo el mundo, cabe mencionar que la infección de *Helicobacter pylori* provoca una serie de lesiones precancerosas como gastritis, atrofia, metaplasia intestinal y displasia, y es un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer gástrico ⁽²³⁾, por ende, la Agencia Internacional para Investigación del Cáncer (IARC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasificaron al *Helicobacter pylori* como carcinógeno del grupo 1⁽¹⁻⁴⁾.

Este trabajo de investigación aportará información actualizada, y se podrá comparar con otros estudios publicados donde encontraron que la alteración gástrica que más se asoció fue la gastritis crónica. Para el diagnóstico de la infección *Helicobacter pylori*, hay varios métodos que se pueden emplear, pero todas tienen algunas limitaciones, sin embargo, el examen endoscópico va identificar las enfermedades asociadas al *Helicobacter pylori*, por lo cual, permitiría tener un adecuado diagnóstico y tratamiento del paciente infectado ^(8,9). Es por ello que hacer énfasis en la relación de *Helicobacter pylori* con los hallazgos histopatológicos, contribuiría para investigaciones posteriores.

El presente estudio tiene como objetivo principal hallar la relación del *Helicobacter pylori* con los hallazgos histopatológicos en los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta en el servicio de gastroenterología del

Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero-noviembre del 2016. El propósito está orientado a brindar la información original y actualizada que sirva para estudios posteriores que evalúen el impacto que tiene esta infección en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

La presente tesis consta de cinco capítulos: Primer Capítulo trata sobre EL PROBLEMA, en el cual se presenta el planteamiento, formulación, justificación, objetivos del problema en estudio y propósito. El segundo Capítulo trata sobre el MARCO TEÓRICO, que expone los antecedentes bibliográficos, base teórica, hipótesis, variable y la definición operacional de términos. En el tercer capítulo, trata sobre la METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN, en la cual se presenta el tipo de estudio, área de estudio, población y muestra, técnica e instrumento de recolección de datos, diseño de recolección de datos, y procesamiento y análisis de datos. En el cuarto capítulo, trata sobre el ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS, en la cual contiene a los resultados y discusión, seguido del quinto capítulo, que trata sobre CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES, y finalmente se presenta la Bibliografía y Anexos.

ÍNDICE

	Pág.
CARÁTULA	I
ASESOR	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII
ÍNDICE	IX
LISTA DE TABLAS	XI
LISTA DE GRÁFICOS	XIII
LISTA DE ANEXOS	XV
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DE PROBLEMA	2
1.2.1. GENERAL	2
1.2.2. ESPECÍFICOS	2
1.3. JUSTIFICACIÓN	3
1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIOS	4
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.6. OBJETIVOS	5
1.6.1. GENERAL	5
1.6.2. ESPECÍFICOS	5
1.7. PROPÓSITO	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	7
2.2. BASE TEÓRICA	12
2.3. MARCO CONCEPTUAL	25

2.4. HIPÓTESIS	25
2.4.1. GENERAL	25
2.5. VARIABLES	25
2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	26
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	29
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	29
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	29
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	29
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	31
3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	31
3.5. PROCESAMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS	32
3.6. ASPECTOS ÉTICOS	32
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
4.1. RESULTADOS	33
4.2. DISCUSIÓN	48
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. CONCLUSIONES	50
5.2. RECOMENDACIONES	51
BIBLIOGRAFÍA	52
ANEXOS	57

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1 Relación de <i>Helicobacter pylori</i> según el hallazgo histopatológico en los pacientes que se realizaron endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero-noviembre, 2016.	36
TABLA 2 Frecuencia de infección de <i>Helicobacter pylori</i> según género en los pacientes que se realizaron endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero-noviembre, 2016.	38
TABLA 3 Frecuencia de infección de <i>Helicobacter pylori</i> según edad en los pacientes que se realizaron endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero-noviembre, 2016.	39
TABLA 4 Frecuencia de infección de <i>Helicobacter pylori</i> según la presencia de metaplasia intestinal en los pacientes que se realizaron endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero-noviembre, 2016.	40

TABLA 5	Frecuencia de infección de <i>Helicobacter pylori</i> según el grado de la gastritis crónica en los pacientes que se realizaron endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero-noviembre, 2016.	42
TABLA 6	Frecuencia de infección de <i>Helicobacter pylori</i> según la actividad inflamatoria de la gastritis crónica en los pacientes que se realizaron endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero-noviembre, 2016.	44
TABLA 7	Frecuencia de infección de <i>Helicobacter pylori</i> según la región de la muestra analizada en los pacientes que se realizaron endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero-noviembre, 2016.	46

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO 1	35
Frecuencia de infección de <i>Helicobacter pylori</i> en los pacientes que se realizaron endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero-noviembre, 2016.	
GRÁFICO 2	37
Relación de <i>Helicobacter pylori</i> según el hallazgo histopatológico en los pacientes que se realizaron endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero-noviembre, 2016.	
GRÁFICO 3	41
Frecuencia de infección de <i>Helicobacter pylori</i> según la presencia de metaplasia intestinal en los pacientes que se realizaron endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero-noviembre, 2016.	
GRÁFICO 4	43
Frecuencia de infección de <i>Helicobacter pylori</i> según el grado de la gastritis crónica en los pacientes que se realizaron endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero-noviembre, 2016.	

- GRÁFICO 5** Frecuencia de infección de *Helicobacter pylori* según la actividad inflamatoria de la gastritis crónica en los pacientes que se realizaron endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero-noviembre, 2016. **45**
- GRÁFICO 6** Frecuencia de infección de *Helicobacter pylori* según la región de la muestra analizada en los pacientes que se realizaron endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero-noviembre, 2016. **47**

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1 Operacionalización de variables	58
ANEXO 2 Instrumento (Ficha de recolección de datos)	59
ANEXO 3 Validez de instrumentos–consultas de expertos	60
ANEXO 4 Matriz de consistencia	61
ANEXO 5 Solicitud de autorización al Hospital	62
ANEXO 6 Ubicación geográfica del Hospital Nacional Hipólito Unanue	63
ANEXO 7 Hoja de registro de SPSS 21	64

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El *Helicobacter pylori* adquiere una gran importancia en la infección con el progreso de la gastritis, úlcera péptica, cáncer gástrico y linfoma tipo MALT. Además, el *Helicobacter pylori* fue clasificado como carcinógeno tipo 1 ⁽¹⁻⁴⁾, de allí su importancia para su adecuado diagnóstico y tratamiento de la bacteria.

Actualmente el 50% de la población mundial está infectado por el *Helicobacter pylori* ⁽²⁻⁵⁾, aunque son asintomáticos alrededor del 80% ⁽²⁾; en estudios realizados en el Perú del 2013 muestra a edades tempranas que se infectan de esta bacteria ^(4,6), también es considerado como causante del 5,5% de los casos presente de cáncer y se estima que el más del 60% padecen de cáncer gástrico ⁽²⁾. En el Perú, la prevalencia se aproxima al 60%, oscilando entre 30 a 90% de la población ⁽⁷⁾.

La mayor transmisión de infección del *Helicobacter pylori* ocurre en etapas tempranas de la vida, que principalmente ocurre de persona a persona en el entorno familiar ⁽⁵⁾, por las vías de transmisión fecal-oral, oral-oral y gastro-oral ^(1,5,6). Existe varios métodos que se pueden utilizar para el diagnóstico, pero todas tienen algunas limitaciones en la cual se puede obtener muestras para su posterior estudio ⁽⁹⁾.

En el Perú, hay varios estudios donde nos indica que la prevalencia de *Helicobacter pylori* es variable. En un estudio que se hizo en el año 2010-2013, la prevalencia fue de 45,5% ⁽¹⁰⁾, también se encontró en otro estudio que la prevalencia fue de 38.5% en pacientes de la Clínica Ricardo

Palma ⁽¹¹⁾. En cambio, en otro estudio la prevalencia fue de 61.96% en 92 trabajadores de una refinería de zinc en San Juan de Lurigancho de Lima ⁽⁶⁾.

Por los antecedentes expuestos, se planteó realizar un tipo de investigación analítico, retrospectivo y transversal en los pacientes que fueron al servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero-noviembre del 2016.

Se formula la siguiente pregunta de investigación

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. GENERAL

¿Cuál es la relación de la presencia de *Helicobacter pylori* con los hallazgos histopatológicos en los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero-noviembre del 2016?

1.2.2. ESPECÍFICOS

¿En que medida la presencia de *Helicobacter pylori* influye en los hallazgos histopatológicos de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero-noviembre del 2016.

1.3. JUSTIFICACIÓN

1.3.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

El *Helicobacter pylori* es una bacteria patógena más común en el ser humano y que aproximadamente la mitad de la población mundial esta infectada, encontrándose elevadas las tasas de infección en los países en vías de desarrollo, y es considerado un factor riesgo para el cáncer de estómago.

1.3.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

El Perú es un país en vías de desarrollo que tiene una población de riesgo debido a las condiciones socio-económicas y sanitarias que presenta, por ende, es necesario realizar un estudio sobre los cambios histopatológicos de las lesiones gástricas por la infección de *Helicobacter pylori*.

1.3.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Es un estudio analítico, retrospectivo de corte transversal, la cual, se empleó técnicas para medir la relación del *Helicobacter pylori* con los hallazgos histopatológicos para lograr el cumplimiento de los objetivos de estudio. Se utilizó la ficha de recolección de datos que fueron validados por los expertos de la perteneciente área de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, luego se procesará en el programa estadístico SPSS 21, la cual, permitirá la construcción de cuadros y figuras, y finalmente se redactará el informe final de la investigación.

1.3.4. JUSTIFICACIÓN ECONÓMICA SOCIAL

El trabajo de investigación dará un informe donde se expone datos, cifras y porcentajes de la población con problemas de la infección del *Helicobacter pylori* y se trabajará de acuerdo a los resultados.

La información actualizada servirá para concientizar sobre la relación de la infección del *Helicobacter pylori* con los hallazgos histopatológicos, y esta información se podría usar en investigaciones y proyectos futuros a beneficios de la comunidad, la cual, mejoraría la calidad de vida, contribuiría a la ampliación y mejoramiento de los programas de salud dirigidos a los grupos de riesgo de esta infección y disminuiría la población de cáncer de estómago debido a su visión preventiva.

1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

1.4.1. DELIMITACIÓN ESPACIAL: El desarrollo del presente estudio será realizado en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue. El área esta ubicado en el distrito de El Agustino, Av Cesar Vallejo cuadra 1390, en la provincia y departamento de Lima–Perú.

1.4.2. DELIMITACIÓN TEMPORAL: Los datos que serán considerados para el desarrollo de la investigación son del periodo enero–noviembre del 2016.

1.4.3. DELIMITACIÓN SOCIAL: La población incluye a pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero-noviembre del 2016.

1.4.3. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL: Conocer la relación del *Helicobacter pylori* con los hallazgos histopatológicos de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero-noviembre del 2016.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- El presente estudio fue factible y viable debido a la disponibilidad y accesibilidad de recursos y medios necesarios.

- Respeto a los recursos humanos no se encontraron limitaciones para el desarrollo de la investigación.
- Se encontró ciertas limitaciones respecto a la información completa o legibles de las historias clínicas.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. GENERAL

- Obtener la relación del *Helicobacter pylori* con los hallazgos histopatológicos de las endoscopia alta durante el periodo de enero-noviembre del 2016.

1.6.2. ESPECÍFICOS

- Obtener la frecuencia de los pacientes infectados, según edad y género.
- Conocer la frecuencia de infectados, según presencia de metaplasia intestinal.
- Determinar la frecuencia de infectados, según la actividad de la gastritis crónica.
- Determinar la frecuencia de infectados, según el grado de la gastritis crónica.
- Conocer la frecuencia según la región de la muestra analizada de los pacientes infectados por *Helicobacter pylori*.

1.7. PROPÓSITO

Se realiza con el propósito de conocer la relación del *Helicobacter pylori* con los hallazgos histopatológicos de nuestra población para aportar información original actualizada que sirva para estudios posteriores que evalúen el impacto que tiene esta infección.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2. 1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Se ha realizado varios trabajos de investigación hasta la actualidad relacionados con la prevalencia de *Helicobacter pylori* en nuestra población. A continuación se hace mención algunos estudios relacionados al tema de investigación.

- Piñol F *et al.* (2004) Cuba, cuyo objetivo fue conocer la frecuencia de las diferentes lesiones del revestimiento gástrica en el grupo etario de 50 años a más, el estudio se realizó en el Instituto de Gastroenterología de Cuba. El método de estudio fue descriptivo y prospectivo. Se concluyó que más de la mitad de los pacientes del estudio dieron resultados positivos al test rápido de ureasa; donde la zona antral de la mucosa gástrica fueron positiva en mayor porcentaje para *Helicobacter pylori*; no se encontró lesiones endoscópicas de aspectos maligno en ningún paciente, por ultimo se recomienda ampliar la investigación incluyendo mayor número de pacientes para así tomar medidas preventivas para mejorar la calidad de vida de los pacientes ⁽¹²⁾.
- Coello B (2010) Ecuador, cuyo objetivo fue determinar la relación con las diferentes patologías gástricas y la prevalencia del *Helicobacter Pylori* que fue diagnosticada por biopsia endoscopica, el estudio se realizó en el Hospital Provincial General de Latacunga del servicio de gastroenterología. El estudio fue transversal, la cual, se analizaron 767 historias clínicas con distintas patologías gástricas, de los cuales,

se realizaron 141 endoscopias más biopsias, en donde más de la mitad dieron positivos para la infección de *Helicobacter pylori*. Se concluyó que el género femenino tuvo predominio en comparación al género masculino; en el diagnóstico endoscópico y histológico de mayor frecuencia fue la gastropatía de cualquier tipo y la gastritis crónica activa e hiperplasia linfoide respectivamente con mayor prevalencia en el grupo etario de 50 años a más perteneciente del sector urbano; por último los resultados que se evidenciaron fue la úlcera péptica y el cáncer gástrico, estos son los únicos que no están dentro de los rangos internacionales ya que se encontraron cifras superiores ⁽¹³⁾.

- García E, Crespo E y Guanche H (2011) Cuba, cuyo objetivo fue obtener las características clínico-epidemiológicas de la infección por *Helicobacter pylori* en los pacientes atendidos de la consulta de Gastroenterología. El estudio fue observacional y descriptivo que estuvo conformado por una muestra de 204 pacientes con resultados positivos a la coloración de fucsina básica de Ziehl Neelsen. En conclusión, el estudio muestra predominio en el género masculino, siendo la gastritis crónica y la epigastralgia, el hallazgo histológico y el síntoma más frecuente. Se evidencia como resultado una alta infección por *Helicobacter pylori* ⁽¹⁴⁾.
- Jara L *et al.* (2013) Perú, cuyo objetivo fue estimar la frecuencia del *Helicobacter pylori* y describir las características con endoscopia digestiva alta del Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo–EsSalud, 2007-2010; se estudió a una población de menores de 18 años. El estudio fue descriptivo y retrospectivo en el que se revisaron las historias clínicas y la hoja de endoscopia de 93 pacientes menores de 18 años con endoscopia digestiva alta, la frecuencia de *Helicobacter pylori* fue de 68,82%. Se

concluyó que la frecuencia de la infección por *Helicobacter pylori* en niños fue elevada con predominio en el género femenino; la gastritis nodular y la gastritis crónica folicular moderada fueron los hallazgos endoscópico y de biopsia más frecuentes; se halló asociación entre éstos hallazgos y la presencia de *Helicobacter pylori* ⁽¹⁵⁾.

- Cuba R (2013) Perú, cuyo objetivo fue determinar la correlación entre la clínica y los hallazgos endoscópicos y anatomopatológicos de los pacientes con gastritis y úlcera gastroduodenal asociada a *Helicobacter pylori*, este estudio fue realizado en el Hospital Regional PNP Mayor Julio Pinto Manrique, Arequipa. El estudio es observacional, correlacional, transversal y retrospectivo. La población estuvo conformada por 98 casos, la cual, se encontró más de la mitad con infección de *Helicobacter pylori*. En conclusión, se observó un predominio del género femenino, en edad de los 40 a 69 años. Los síntomas más frecuente fue “ardencia” (48.98%) y, los hallazgos endoscópicos y histopatológico más frecuente fue la gastritis crónica y la gastritis crónica erosiva respectivamente ⁽¹⁶⁾.
- Celi M (2013) Perú, cuyo objetivo fue describir las características clínicas, endoscópicas e histológicas de los niños con infección por *Helicobacter pylori* en el Instituto Nacional de Salud del Niño. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo durante el año 2013. La población que presentaron un resultado positivo a infección por *Helicobacter pylori* fueron de 214 niños. Se concluyó a edades tempranas se produce la infección por *Helicobacter pylori* y aumenta la incidencia con la edad, con una predominancia en el género femenino. El hallazgo clínico, endoscópico e histológico más frecuente es el dolor abdominal y la gastritis crónica respectivamente, además se encontró en la gastritis de tipo nodular mayor actividad inflamatoria ⁽¹⁷⁾.

- Jaimes J y Salgado A (2014) El Salvador, cuyo objetivo fue describir los hallazgos clínicos, endoscópicos e histopatológicos de los pacientes infectados por *Helicobacter pylori* que fue realizado en el consultorio de especialidades del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. El estudio fue descriptivo y transversal. En conclusión, el estudio muestra un predominio en el género femenino y en los grupos etario de 48 a 77 años. Los síntomas más frecuente fueron epigastralgia; el hallazgo endoscópico e histológico predominante fue la gastropatía crónica y la gastritis crónica respectivamente, y como acotación no hubo pacientes con histología normal ⁽¹⁸⁾.
- Frugis S *et al.* (2014) Brasil, cuyo objetivo fue comparar la prevalencia de *Helicobacter pylori* en dos periodos de tiempo con un intervalo de 10 años, en una población que se realizó la endoscopia digestiva alta en el Hospital São Paulo. El estudio fue observacional, retrospectivo y transversal, la cual, compara la prevalencia de *Helicobacter pylori* en dos muestras con 10 años de diferencia (2004 y 2014) a quienes se realizó una endoscopia con biopsia y ureasa. El estudio estuvo conformado por 1406 pacientes del 2004 y 1130 pacientes del 2014, en la que se determinó que la prevalencia fue 19,3% y 14,1% respectivamente. Se concluyó que hubo una reducción significativa de 5,2% en la prevalencia del *Helicobacter pylori* en dos periodos con un intervalo de 10 años ⁽¹⁹⁾.
- McDonald K *et al.* (2015) Perú, cuyo objetivo fue investigar la correlación de los hallazgos histopatológicos de la biopsia gástrica con la presencia de los síntomas gastrointestinales incluyendo la presencia de la infección por *Helicobacter pylori* del servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Cayetano Heredia. El estudio fue prospectivo, estuvo conformada con 112 pacientes que fueron

sometidos a endoscopia y biopsia gástrica de los cuales el 101 pacientes se les evaluó la biopsia, las cuales, 22,8% tuvo atrofia, 24,8% presentó metaplasia intestinal, y en 57,4% se reportó la infección por *Helicobacter pylori*. Se concluyó que no hubo una correlación estadísticamente significativa entre los resultados de las biopsias y la presentación clínica ⁽²⁰⁾.

- Mejia C *et al* (2015) Perú, cuyo objetivo fue determinar la asociación entre la presencia de infección del *Helicobacter pylori* y gastritis folicular en niños atendidos en un Hospital Público. El estudio fue analítico de corte transversal y estuvo conformado por 123 niños, las cuales, se determinó que el 48 (39%) fueron del género femenino y la mediana de edad fue 12 años. Se concluyó que tienen más probabilidad de tener *Helicobacter pylori* los niños que padecen con gastritis folicular ⁽²¹⁾.
- Ribeiro I *et al* (2016) Brasil, cuyo objetivo fue relacionar los hallazgos endoscópicos inflamatorios con la infección por *Helicobacter pylori* y la aparición de enfermedades en las membranas mucosas del tracto digestivo superior. El estudio fue observacional comparativo, en la cual se recolectaron los datos de 2247 pacientes sometidos a endoscopia y biopsias para *Helicobacter pylori* con la prueba de ureasa. Los pacientes se dividieron en dos grupos: HP+ y HP-control en el que se observaron hallazgos endoscópicos para los siguientes cambios: esofagitis, úlcera esofágica, gastritis, gastritis erosiva, úlcera gástrica, bulboduodenite, bulbares y sin enfermedad de la úlcera. Se concluyó que no hay diferencia entre los grupos HP+ y HP- en cambios inflamatorios endoscópicos en la mucosa gastroduodenal, a excepción de la relación entre la *Helicobacter pylori* y la úlcera bulbar ⁽²²⁾.

2. 2. BASE TEÓRICA

2.2.1. HELICOBACTER PYLORI

El cáncer gástrico es una de las neoplasias malignas mas común y segunda causa principal en todo el mundo de muerte por cáncer, cabe mencionar que la infección por *Helicobacter pylori* provoca una serie de lesiones precancerosas como gastritis, atrofia, metaplasia intestinal y displasia ⁽²³⁾.

Es un bacilo Gramnegativo, móvil (2 a 6 flagelos polares), espiralado en forma de la letra "S" o como alas de gaviota, con dimensiones de 0,3 a 1 µm de ancho y 1,5 a 5 µm de largo aproximadamente y pertenece al género *Helicobacter*, y la zona antro pilórica es su localización principal. Por sus requerimientos atmosféricos son microaerófilos, crecen alrededor de una temperatura de 37°C, y requieren alrededor de 3 días para su crecimiento en medio sólido ⁽²⁴⁾. Las pruebas como la ureasa es fundamental para su identificación del *Helicobacter pylori*, también se utiliza la prueba de la catalasa y la oxidasa ⁽²⁵⁾.

a) EPIDEMIOLOGÍA

El *Helicobacter pylori* coloniza aproximadamente el 50% de la población mundial ⁽³⁻⁵⁾, se observa la mayor tasa de prevalencia de la infección en los países en vías de desarrollo por sus características socio-económicas y ambientales ^(4,6), debemos tener en cuenta que hace 58,000 años ha infectado el *Helicobacter pylori* a todo el mundo^(3,6).

Estudios realizados en los países desarrollados y los países en desarrollo han identificado que el bajo nivel socio-económico está fuertemente asociado con la adquisición de la bacteria, cabe mencionar que el nivel socio económico abarca una variedad de factores, incluyendo los estilos de vida, nivel de higiene, saneamiento y oportunidades educativas ⁽⁵⁾.

Dependiendo del nivel socio-económico, se ha observado variación de la tasa de prevalencia en el Perú. En los últimos 20 años, en los estratos socio-económicos medio y alto se ha observado una disminución del 80% a 45% y esta variación ha ido acompañada de una reducción de las enfermedades como la úlcera gastroduodenal y el adenocarcinoma gástrico mientras en la población de bajo nivel socio-económico no ha variado la tasa de prevalencia de la infección, también se determinó que el agua es uno de los factores de infección por el cual se encontró iguales tasas de prevalencia en la costa, sierra y selva ⁽⁶⁾.

El *Helicobacter pylori* se transmite dentro del entorno familiar y durante la niñez, la cual, la clave de la transmisión son las madres debido a que están a cargo de los cuidados de la casa ⁽⁵⁾. Las principales vías de transmisión son: fecal-oral, oral-oral y gastro-oral ^(1,6). La vía fecal-oral se produce por la ingesta de aguas contaminadas, la vía oral-oral se da a través de la manipulación de la placa dental, pero es aún controversial, debido a que no muestran mayores índices de infección los dentistas y asistentes dentales, y la vía gastro-oral se produce a través del contacto con vómitos de persona ya infectadas o se produce por el contacto en los procedimientos de la colocación de sondas orogástricas y endoscopias ⁽⁶⁾.

b) PATOGÉNESIS

El *Helicobacter pylori* ha desarrollado una variedad de mecanismos para sobrevivir en el estómago del hospedero. El *Helicobacter pylori* realiza cuatro pasos para la colonización y la patogénesis: 1- La supervivencia en condiciones ácidas del estómago debido a que utiliza la actividad de la ureasa para neutralizar la acidez; 2- El movimiento hacia las células del epitelio a través de la motilidad mediada por los flagelos; 3- Las interacciones específicas entre las adhesinas bacterianas con los receptores de las células del hospedero; 4- El *Helicobacter pylori* libera varias proteínas

efectoras/toxinas, incluyendo al gen A asociado a la citotoxina (CagA), y la citotoxina vacuolizante (VacA), que causan daño a los tejidos ⁽²⁶⁾.

c) MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Son las siguientes: 1- La gastritis crónica, que casi en todos los pacientes se desarrolla y en la mayoría permanecen asintomáticos; 2- La úlcera duodenal, que ocurre en el 10% -15% de las personas infectadas; 3- La úlcera gástrica, que desarrolla el adenocarcinoma gástrico en el 1%-3% de las personas infectadas; y 4- El linfoma de tejido linfoide asociado a la mucosa (MALT), que se desarrolla en 0,1% de los personas infectados, sin embargo, la probabilidad de desarrollar la enfermedad va estar influenciada por los factores de virulencia microbiana, genético y los factores ambientales ⁽⁴⁾.

■ GASTRITIS CRÓNICA

Es la inflamación de la mucosa gástrica producto de un infiltrado con los linfocitos y/o células plasmáticas; que afecta a las áreas superficiales de la lámina propia entre las criptas gástricas, luego se observa una destrucción glandular y metaplasia. La principal causa de la gastritis crónica son debidas a la presencia del *Helicobacter pylori* que va inducir a una respuesta inflamatoria y va terminar en apoptosis del epitelio gástrico. Otras causas es el consumo de AINE, ya que estos reducen la producción de mucus gástrico que son gastroprotectores, el tabaquismo y el alcohol también producen esto. Si bien la gastritis crónica se caracteriza por ser eritematosa con pliegues aumentados de tamaño, en un comienzo estos suelen volverse aplanados y finos. Morfológicamente la gastritis crónica, tiene varios patrones de presentación ya mencionados, sin embargo, la zona de la mucosa gástrica que tiene mayor probabilidad de encontrar al *Helicobacter pylori* es la zona del antro ⁽²⁷⁾.

▪ **ÚLCERA PÉPTICA**

Las úlceras pépticas o enfermedad ulcerosa péptica, es una lesión profunda de la mucosa que penetra en la muscularis mucosae y sin sobrepasar la mucosa serosa; según su localización se denominan: úlcera gástrica cuando se encuentra la úlcera a nivel del estómago y úlcera duodenal cuando se localiza en el intestino delgado. Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos son considerados un factor etiológico más importantes en la génesis de las úlceras pépticas gastroduodenales. La úlcera péptica es causa de muerte significativa y se asocia con las complicaciones que incluyen la hemorragia y perforación. Los factores de riesgo son la presencia de las cepas cagA del *Helicobacter pylori*, esto nos va a permitir tipificar la severidad de la úlcera, así como la edad del paciente con la carga bacteriana, y finalmente la clínica como la epigastralgia. Se cura las úlceras existentes y se previene su repetición con la erradicación del *Helicobacter pylori* ^(27,28).

▪ **ADENOCARCINOMA GÁSTRICO**

Está considerada como la tercera causa de muerte en todo el mundo y la quinta neoplasia, y es muy baja la supervivencia ya que los casos se diagnostican en etapa tardía. Se pueden dividir en dos subtipos según la ubicación: cardias (que surge de la unión gastroesofágica) y noncardia (que surgen desde el estómago distal). Los cánceres gástricos del Cardias comparten los factores de riesgo con el adenocarcinoma de esófago, esófago de Barrett, la obesidad y la ERGE. La infección de *Helicobacter pylori* es el 89 % de los casos y es el principal factor de riesgo para desarrollar el cáncer gástrico; y ha sido clasificado como el carcinógeno humano tipo I. El riesgo de vida de una persona infectada con *Helicobacter pylori* a desarrollar el cáncer gástrico es de 1% - 2% ⁽²⁸⁾.

▪ **LINFOMA TIPO MALT**

Es una patología oncológica derivado de los linfocitos de tipo B de bajo grado, en el cual existe una proliferación de linfocitos tipo B formando un cúmulo no encapsulado en las glándulas gástricas, que puede afectar al

género masculino sobre el femenino y a diferentes órganos del sistema digestivo, frecuentemente en la zona del antro del estomago. Este tipo de linfocito progresan a linfomas de más alto grado; el factor de riesgo es la presencia de las cepas para el gen *cagA*. El tratamiento actual es la erradicación del *Helicobacter pylori*, la cual, se ha demostrado ser efectivo para la regresión a estadios iniciales del linfoma tipo MALT ⁽²⁷⁾

d) MÉTODOS DE DIAGNOSTICO

Para la detección del *Helicobacter pylori* hay varias pruebas de diagnóstico y se clasifican en métodos invasivos y no invasivos en la cual existen varias técnicas que se han desarrollado hasta la actualidad para dar resultados fiables ⁽²⁹⁾.

▪ MÉTODOS INVASIVOS

PRUEBA RÁPIDA DE LA UREASA

Es una prueba sencilla que consiste en colocar una muestra de mucosa gástrica obtenido por biopsia endoscópica en un medio semilíquido, que contiene urea y un reactivo de pH. Si hay presencia de *Helicobacter pylori* en la muestra, la ureasa producida por el *Helicobacter pylori* hidroliza la urea del medio semilíquido produciendo amonio que aumenta el pH del medio produciendo un cambio de color de naranja-amarillo a rosa, estos cambios se visualiza desde la primera hora, pero se recomienda esperar 24 horas para la lectura final. Para el diagnóstico inicial y el seguimiento del tratamiento se le considera una prueba útil; ya que su sensibilidad y especificidad son alrededor de 90% a 95%, y 95%-100% respectivamente ⁽⁶⁾.

HISTOLOGÍA

Es un método que consiste en realizar cortes histológicos con diferentes tinciones donde se visualiza el microorganismo del *helicobacter pylori* de forma espiral ⁽⁹⁾. Es una técnica bastante eficaz y relativamente compleja que no solamente sirve para el diagnóstico de la infección, también permite

en visualizar los cambios morfológicos de la mucosa gástrica, como la gastritis, metaplasia intestinal y la malignidad. El test es reservado para los casos en los que el test rápido de ureasa sea negativa. Se utiliza diferentes tinciones para la coloración como Giemsa, Warthin-Starry, Wayson y tinciones de inmunohistoquímica. Muchos autores le reconoce como estándar de oro por que tiene una sensibilidad y especificidad de alrededor de 98% y de 96% respectivamente ⁽⁶⁾.

CULTIVO

Es un método diagnóstico poco sensible y más específico, tiene la ventaja de identificar el organismo y determinar su sensibilidad a los diferentes antimicrobianos, su desventaja radica en su baja sensibilidad en condiciones no óptimas y la experiencia del personal que realiza el procedimiento. Para realizar el aislamiento del *Helicobacter pylori* se utiliza medios de cultivo con base de agar Columbia suplementada con 7% de sangre. Se requiere una atmósfera microaerofílica, de alta humedad, de temperatura de 35-37 °C y de un tiempo de incubación de 5 a 10 días. El método fue considerado complejo y costoso a comparación de los métodos anteriores mencionados ^(6,29) .

REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA (PCR)

El PCR es una técnica biotecnológica que consiste en detectar el ADN del *Helicobacter pylori* a concentraciones mínimas, a partir de biopsias gástricas. Se utilizan diferentes iniciadores de secuencias para amplificar varios genes como: el gen ureA y glmM, el ultimo ha sido el más empleado para el diagnóstico del *Helicobacter pylori*. Su sensibilidad y especificidad son muy adecuados al igual que el cultivo, y esto nos permite confirmar la erradicación del microorganismo y también detectar los fallos de las múltiples terapias, además permite detectar los genes de patogenicidad como el CagA y VacA. Su desventaja radica en obtener falsos positivos por

la presencia en la muestra de tejidos gástricos y otros componentes gástricos que inhibe la reacción de la PCR ⁽³⁰⁾.

MÉTODOS NO INVASIVOS

PRUEBA DEL ALIENTO

Es un método indirecto que se basa en la capacidad de la enzima ureasa producida por el *Helicobacter pylori* para hidrolizar una solución de urea previamente marcada, bien con ¹³C o ¹⁴C que va generar compuestos de CO₂ y amonio, el CO₂ liberado marcado (¹³C o ¹⁴C) se transporta a los pulmones y es liberado con el aliento. Se recomienda evitar el uso de ¹⁴C en niños y gestantes, esta prueba tiene la ventaja de determinar la presencia de *Helicobacter pylori*, ser una prueba no invasora y de no depender de las condiciones de transporte, ni de la experiencia del personal técnico. A diferencia de las demás pruebas, la prueba del aliento es utilizada para confirmar de modo temprano la desaparición del *Helicobacter pylori* tras el tratamiento. La sensibilidad es de 88% a 95% y especificidad de 95% a 100% ⁽⁶⁾.

SEROLOGÍA

Es un método que indica una exposición previa a la bacteria, pero no discrimina entre los paciente con infección activa, además son económicas, sencillas y reproducibles por el cual se utiliza para estudios epidemiológicos como determinar la prevalencia y la edad de adquisición de la infección por *Helicobacter pylori* en diferentes poblaciones ⁽²⁹⁾. También no producen resultados falsos negativos en pacientes que reciben tratamiento o presentan hemorragia aguda, ya que los niveles de anticuerpos persisten alrededor de 6 meses en sangre y nos puede dar resultados falsos positivos ⁽³⁾.

DETECCIÓN DEL ANTÍGENO EN HECES

Esta prueba es considerado como un método directo que consiste en la detección del antígeno del *Helicobacter pylori* en muestras de heces. Se utiliza anticuerpos policlonales, la cual, su sensibilidad y especificidad de esta prueba es de 94% y entre 86% a 92% respectivamente. Este método tiene la ventaja de ser no invasiva y que no va a necesitar colaboración del paciente y es muy útil en los niños pequeños. Puede utilizarse para el diagnóstico de colonización del *Helicobacter Pylori* y también para el seguimiento después del tratamiento de la erradicación ⁽⁶⁾.

e) TRATAMIENTO

El tratamiento de la primera línea es la más recomendado a nivel mundial, el tratamiento es de esquema triple que incluye: Omeprazol + Claritromicina + Amoxicilina, con tasa de éxito en la erradicación entre 70-80% ^(6,31). El tratamiento ideal contra el *Helicobacter pylori* debe ser eficaz, de bajo costo, con mínimos efectos adversos, de fácil administración y combinando agentes con acción sistémica y local. Hasta el momento no se ha logrado aún el esquema de tratamiento ideal, las terapias actuales presentan índices de fracaso de hasta 20-30%. Los principales factores determinantes del fracaso a la terapia son la falta de adherencia de los pacientes y la resistencia bacteriana a los antibióticos empleados. La adherencia depende de la complejidad de los esquemas y la frecuencia de efectos adversos. La duración óptima del tratamiento es aún controversial. La mayoría de consensos recomiendan una duración no menor de 7 días ni mayor de 14 días ⁽⁶⁾.

2.2.2. ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

La endoscopia digestiva alta es un procedimiento de diagnóstico y terapéutico, utilizado rutinariamente en la práctica gastroenterológica diaria, cuyo propósito es la visualización del tracto digestivo superior (esófago,

estómago y duodeno). La prueba consiste en introducir un tubo flexible por la boca para ver el esófago, estómago y duodeno ⁽³²⁾. La preparación para la endoscopia digestiva alta es mínima, los pacientes únicamente deben encontrarse en ayunas durante las 6-8 horas previas al procedimiento ⁽³³⁾.

Hoy en día el material básico utilizado en la unidad de endoscopia cumple los siguientes requisitos: un modelo reciente de vídeo-endoscopio electrónico en el estándar HDTV con un procesador adaptado y monitoreo, con disponibilidad de ampliación de imagen con zoom óptico o electrónico o una focal adaptativa con objetivo, con una técnica de procesamiento de imágenes, de la cual el índice bactericida de neutrófilos es el más confiable. El diagnóstico endoscópico se basa en dos etapas sucesivas de detección y caracterización con predicción de la histología y estadificación de la profundidad de invasión para adoptar la decisión del tratamiento ⁽³⁴⁾.

a) INDICACIONES DE LA ENDOSCOPIA ALTA

El empleo de este recurso ha estado bajo un escrutinio riguroso, y el apego a las indicaciones y la selección de pacientes apropiados es crucial para el uso eficiente de la endoscopia digestiva alta. La Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) ha establecido desde hace más de 20 años guías que promueven la práctica endoscópica en forma segura y responsable, formulando las indicaciones bajo las cuales está justificado el uso de esta herramienta diagnóstica y terapéutica. Estas se mantienen prácticamente sin cambios respecto a las más recientemente publicadas en el 2012 y pueden resumirse en 4 categorías, a saber: 1) Si un cambio en el tratamiento puede justificarse en base a los hallazgos endoscópicos encontrados, 2) Después de un intento fallido de tratamiento de una enfermedad que se sospecha sea benigna, 3) Como alternativa de estudio de otros procedimientos radiológicos, y 4) Cuando un procedimiento terapéutico primario es contemplado ⁽³⁵⁾.

b) PROCEDIMIENTO DE LA EXPLORACIÓN POR LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Son las siguientes ⁽³⁶⁾:

- Acudirá en ayunas a la realización de la exploración, y se le conducirá a una sala en donde esperan el personal médico y de enfermería.
- Podrá solicitar las aclaraciones que precise sobre la exploración, antes de firmar y entregar la hoja del consentimiento informado.
- Se le preguntará sobre alergias, enfermedades que padezca y medicamentos que esté tomando, así como sobre la razón de pedirle la prueba; si es alérgico a algún anestésico, adviértalo especialmente.
- Previamente a la prueba, se le retirarán prótesis dentales o piercings de la boca, lengua o labios.
- Se tumbará en una camilla sobre el costado izquierdo y se le colocará un protector dental a través del cual se pasará el endoscopio; a veces, se le colocará en un dedo un sensor indoloro para medir el oxígeno de la sangre.
- El médico y la enfermera procederán a la exploración, que durará entre 3 y 5 minutos, o más tiempo si se aplica algún tratamiento.
- La exploración no es dolorosa, tan solo molesta, y tendrá una sensación nauseosa.
- Tras la exploración notará la garganta entumecida y molesta, así como gases debido al aire que se le insufló. Estos efectos desaparecerán rápidamente, y cuando lo hagan, podrá comer su dieta habitual, a menos que se le indique lo contrario.

c) CONTRAINDICACIONES DE LA ENDOSCOPIA ALTA

La mayoría de las contraindicaciones del procedimiento son más relativas que absolutas. La principal contraindicación es la falta de colaboración del enfermo; a continuación se muestra algunas contraindicaciones ⁽³⁷⁾.

Absolutas:

- Estado terminal
- No colaboración
- Inestabilidad cardiopulmonar
- Imposibilidad para la resucitación
- Sospecha o confirmación de perforación

Relativas:

- Insuficiencia respiratoria severa
- Divertículo de Zenker gigante
- Sangrado masivo

d) HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS

Se clasifica en:

- **GASTRITIS AGUDA**

Caracterizada por hemorragia subepitelial, petequias, erosiones, con mucosa friable y sangrante; estas lesiones son superficiales y pueden variar en número, tamaño y localización ⁽³⁸⁾.

- **GASTRITIS CRÓNICA**

Caracterizado por eritema de la mucosa gástrica, engrosamiento de pliegues, aplanamiento de pliegues, palidez de mucosa, adelgazamiento de mucosa con visualización de vasos submucosos; y pueden variar en su extensión y localización ⁽³⁸⁾.

e) COMPLICACIONES EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Las complicaciones de la endoscopia digestiva alta son poco frecuentes, menos de 1/1.000 en los procedimientos diagnósticos, pudiendo llegar a alcanzar el 1% en casos de realización de técnicas terapéuticas. La mortalidad relacionada con estos procedimientos es muy baja, situándose

aproximadamente entorno al 0.004% aumentando con la edad y comorbilidades del paciente. Dentro de las complicaciones relevantes existentes en la realización de la endoscopia digestiva alta destacamos ⁽³³⁾:

- Aspiración
- Hemorragia
- Incarceración del endoscopio
- Derivadas de la sedación y anestésicos tópicos
- Complicaciones cardiovasculares
- Infecciones
- Perforaciones

2.2.3. HALLAZGOS HISTOLÓGICOS

En la actualidad todavía existe controversia aunque se ha clasificado según criterios histológicos:

a) GASTRITIS CRÓNICA SUPERFICIAL: Existe un infiltrado inflamatorio en la células de la porción superficial de la mucosa y no sobrepasa el cuello de las glándulas propias ⁽³⁸⁾.

b) GASTRITIS CRÓNICA PROFUNDA: Existe un infiltrado inflamatorio de las células y llega a las porciones profundas de la mucosa, entre las glándulas ⁽³⁸⁾.

c) GASTRITIS CRÓNICA ATRÓFICA: Existe una disminución por la destrucción llegando a la desaparición de las glándulas, no esta influido por el grado de inflamación ⁽³⁸⁾.

d) ACTIVIDAD DE LA GASTRITIS: Cuando en la mucosa gástrica hay presencia de neutrófilos y se clasifica en tres como leve, moderada y severa ⁽³⁸⁾.

e) METAPLASIA: Es el cambio de las células de la superficie y del epitelio de las glándulas gástricas por células de morfología similar a células del intestino. Utilizando la coloración de Hematoxilina-Eosina, se clasifica en completa (TIPO I) similares a células del intestino delgado e incompleta (TIPO II) similares a células del intestino grueso. Puede existir en una misma muestra una combinación de los dos tipos de metaplasia que se denomina tipo mixta ⁽³⁸⁾.

f) DISPLASIA: Cuando la forma, las dimensiones y la organización de las células adultas están alteradas y son considerada como lesiones precancerosas ⁽³⁸⁾.

g) DAÑO MUCINOSO: Es la disminución de la vacuola de la mucina de las células de la foveola gástrica; se clasifica de acuerdo al grado de daño de la vacuola mucinosa en ⁽³⁸⁾ :

- **Parcial:** cuando el daño es la zona más apical del epitelio gástrico productor de mucina es incompleta ⁽³⁸⁾.
- **Total:** cuando el daño es la totalidad del epitelio gástrico productor de mucina es completa ⁽³⁸⁾.

Según la extensión del daño se clasifica en:

- **Focal:** El daño está limitado a una única zona epitelio gástrico ⁽³⁸⁾.
- **Multifocal:** El daño se aprecia en varias zonas del epitelio gástrico ⁽³⁸⁾.

h) FOLÍCULOS LINFOIDES: Es una agrupación de células linfoides sin organización de la mucosa gástrica ⁽³⁸⁾.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

- **HELICOBACTER PYLORI**

El *Helicobacter pylori* es un bacilo Gram (-), espiralado, flagelado, corto en forma de la letra "S" pertenece al género *Helicobacter*, ubicado en el antro pilórico. Esta bacteria provoca una serie de lesiones precancerosas como gastritis, atrofia, metaplasia intestinal y displasia ^(23, 24).

- **ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

Es un procedimiento que sirve para el diagnóstico y es terapéutico, la cual, es utilizado en la práctica gastroenterológica. Este procedimiento consiste en la exploración a través de la boca del tracto digestivo superior (esófago, estómago y duodeno) ⁽³²⁾.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. GENERAL

- **HIPÓTESIS ALTERNA**

Existe una asociación significativa entre el *Helicobacter pylori* con los hallazgos histopatológicos.

- **HIPÓTESIS NULA**

No existe una asociación significativa entre el *Helicobacter pylori* con los hallazgos histopatológicos.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Helicobacter pylori

2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Hallazgos histopatológicos

2.5.3. VARIABLE INTERVINIENTE

- Edad
- Género

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

2.6.1. EDAD

Es el tiempo de vida desde su nacimiento hasta el momento de que acudió al servicio de gastroenterología. De acuerdo con el “Modelo de Atención Integral de Salud”, aprobado por la Resolución Ministerial N°729-2003-SA/DM del 20 de junio de 2003, se agrupó a las edades de los pacientes de la siguiente manera :

- Niño : 0 –11 años
- Adolescente: 12–17 años
- Joven : 18-29 años
- Adulto : 30-59 años
- Adulto mayor : ≥ 60 años

2.6.2. GÉNERO

Condición orgánica que diferencia al hombre de la mujer.

- Masculino
- Femenino

2.6.3. PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

Número total de pacientes diagnosticados de infección por *Helicobacter pylori* en un periodo determinado de tiempo, en la cual, da como resultados la presencia o ausencia de *Helicobacter pylori*.

- Positivo
- Negativo

2.6.4. PÓLIPOS HIPERPLÁSICOS

Los pólipos hiperplásicos representan aproximadamente el 75% de todos los pólipos gástricos, estas son lesiones benignas aunque algunos se transforman en cáncer como el adenocarcinoma diferenciado considerado metaplásico; la mayoría de los pólipos están localizados en el cuerpo gástrico. Estas lesiones son cambios regenerativos producto de la respuesta a la inflamación y erosión de la mucosa gástrica, son fáciles de ubicar, identificar y de retirar endoscópicamente con el fin de realizar un adecuado estudio histopatológico ⁽³⁹⁾. Los pólipos tiene un predominio en el género femenino (58 a 70,5%) y mayor en los grupos de edades de 65,5-75 años. El 25% de los pólipos hiperplásicos se acompañan de infección por *Helicobacter pylori* ⁽⁴⁰⁾.

2.6.5. METAPLASIA INTESTINAL

Es una lesión precancerosa que consiste en el cambio de las células de la superficie y del epitelio de la mucosa gástrica por células de morfología similar a las células del intestino. De acuerdo a la coloración especial de la Hematoxilina-Eosina se clasifica en dos tipos: la completa (TIPO I) similares al intestino delgado e incompleta (TIPO II) similares al intestino grueso, también puede presentar en una misma muestra los dos tipos de metaplasia por el cual se denomina metaplasia intestinal tipo mixta ⁽³⁸⁾.

2.6.6. ESÓFAGO DE BARRETT

El esófago de Barrett es una patología adquirida, producto del reflujo gastroesofágico crónico que consiste en el reemplazo del epitelio escamoso estratificado que es la mucosa esofágica normal, por epitelio columnar con células caliciformes o metaplasia intestinal especializada. Esta condición es un potencial oncogénico que va predisponer el desarrollo del

adenocarcinoma del esófago. El diagnóstico se realiza a través de la endoscopia y se confirma con la biopsia ⁽⁴¹⁾.

2.6.7. DISPLASIA

La displasia es una lesión precancerosa que consiste en la alteración de la forma, la organización y las dimensiones de las células adultas. Las lesiones son más frecuentes en varones pertenecientes al grupo etario de 50 a 70 años ⁽³⁸⁾.

2.6.8. DUODENITIS CRÓNICA INESPECÍFICA

La duodenitis puede ser reconocida y definida de varias maneras, por ejemplo: radiológicamente (gruesos pliegues de la mucosa), por endoscopia (enrojecimiento, edema, sangrado), o por histopatología (arquitectura de la mucosa alterada, aumento de las células "inflamatorias"). La inflamación del duodeno no específica se caracteriza por la inflamación de la mucosa del duodeno, con ausencia de ulceración, siendo esta la condición más común ⁽⁴²⁾.

2.6.10. HIPERPLASIA FOVEOLAR

Esta lesión se da a nivel de la mucosa gástrica con morfología elevada de origen regenerativo, frecuentemente asociada con pérdida de proteínas entéricas e hipoalbuminemia. Endoscópicamente son lesiones sésiles más pequeños que los pólipos hiperplásicos y según los criterios histológicos, la hiperplasia foveolar presenta poca distorsión arquitectural sin quistes ⁽⁴³⁾.

2.6.10. REGIÓN DE LA MUESTRA ANALIZADA

Según la ubicación de la región de la biopsia analizada.

- Antro
- Cuerpo
- pangastritis

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es analítico, retrospectivo y transversal.

- **Analítico:** Se establecen relaciones entre las variables de asociación o casualidad y así poder probar las hipótesis previas surgidas del estudio analizado⁽⁴⁵⁾.
- **Retrospectivo:** Se analizan las variables tal cual surgieron en el momento de la investigación, que será en el pasado ⁽⁴⁵⁾.
- **Transversal:** Se realizó un corte en el tiempo para la recolección de datos. En este caso, enero-febrero, 2016 ⁽⁴⁵⁾.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo a la naturaleza de su nivel de investigación, reúne las características de un estudio analítico y correlacionado.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

Está conformada por 4516 pacientes de la especialidad de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue que fueron sometidos a endoscopia digestiva alta durante el periodo, enero-noviembre del 2016.

MUESTRA

El tamaño muestral estuvo constituido por 352 pacientes, en el periodo enero-noviembre del 2016.

Fórmula :

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(N-1) \cdot E^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot (0,455) \cdot (0,545) \cdot (4516)}{(4515) \cdot (0,05)^2 + (1,96)^2 \cdot (0,455) \cdot (0,545)}$$

$n = 352$ pacientes

N: Tamaño de la población.

E: Error de estimación.

Z: Nivel de confianza.

p: Probabilidad a favor. La prevalencia fue de 45,5% (10).

q: Probabilidad en contra.

El tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia. La elección de las unidades muestrales se obtendrá por la selección de criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes del Hospital Nacional Hipólito Unanue del servicio gastroenterología.
- Pacientes sin tratamiento con drogas lesivas antes del examen.
- Pacientes con pruebas de diagnóstico para el *Helicobacter pylori*.
- Pacientes con historias clínicas completas o legibles.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con historias clínicas incompletas o ilegibles.
- Pacientes que no tengan pruebas de diagnóstico para el *Helicobacter pylori*.
- Pacientes que refirieron tener tratamiento con drogas lesivas antes del examen.

- Pacientes que recibieron medicamentos para el *Helicobacter pylori* al menos 30 días antes del estudio endoscópico.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÉCNICAS

El análisis documentario, es el llenado del formato de la ficha de recolección de datos. En primer lugar, se dispondrá de los informes patológicos del servicio de gastroenterología en el periodo de estudio, luego se revisará la historia clínica para el llenado de la ficha de recolección de datos.

INSTRUMENTO

La ficha es el instrumento que nos permitió recoger y anotar los datos necesarios, y esto nos proporcionará una visión completa y ordenada de la información, la cual, son los datos de los diagnósticos histopatológicos que fueron obtenidos de los libros de endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología. El instrumento que se utilizó para las recolecciones datos fue elaborado por el mismo autor, basándose en las variables de estudio de la investigación, la ficha consta de 5 ítems. **(Anexo 02)**

Para su respectiva verificación de su utilidad y aplicabilidad el instrumento de investigación fue sometido a la opinión de expertos. Para el cual, se proporcionó un formato de validación, para elaborar la versión definitiva. Finalmente se dictaminó oportuna y favorable, lo cual, catalogaron como aceptable el instrumento. **(Anexo 03)**

3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La investigación inicio con la entrega de un oficio a la jefa del servicio de gastroenterología al fin de obtener la autorización para la revisión de los cuadernos de anotación de la endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología, así obtener los hallazgos histopatológicos relacionados a

la infección del *Helicobacter pylori* durante el periodo de enero–noviembre del 2016. Se explicó los objetivos del estudio y la necesidad de la revisión de la investigación. (**Anexo 05**)

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

3.5.1. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Primeramente se realizaron las coordinaciones y los trámites administrativos al Hospital Nacional Hipólito Unanue. Los datos recolectados se registraron en la hoja de Excel, luego se exportará al paquete estadístico SPSS 21 donde se analizará.

3.5.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos del análisis de datos han sido ordenados através de las fichas de recolección de datos, luego se uso el programa estadístico SPSS 21 y el programa Microsoft Excel 2010 en donde se realizó el vaciado de todos lo datos obtenidos para posteriormente analizarlos por medio de un análisis descriptivo y analítico que finalmente se representará en cuadros y gráficos, también se utilizó la prueba del Chi cuadrado.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

El estudio presentado se realizó con previa coordinación y envió de una solicitud a la jefa del servicio de gastroenterología explicándola el motivo de la investigación, así poder otorgarme el permiso del uso de la información de los pacientes del Hospital Nacional Hipólito Unanue como fuente secundaria, comprometiéndome a la confidencialidad de los datos obtenidos.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

La muestra incluyó a 352 pacientes donde el 67,6% (238/352) fueron mujeres y 32,4% (114/352) fueron hombres; y las edades de los pacientes fueron divididas de la siguientes manera: 0% (0/352) pacientes entre 0 a 11 años (niño), 1,7% (6/352) entre 12 a 17 años (adolescente), 9,9% (35/352) entre 18 a 29 años (joven), 54,3% (191/352) entre 30 a 59 años (adulto) y 34,1% (120/352) entre 60 años a más (adulto mayor); y la edad promedio fue $51,65 \pm 16,7$.

A continuación se muestra el contraste de la hipótesis general y la distribución según la infección de *Helicobacter pylori*, el diagnóstico histopatológico, la presencia de metaplasia intestinal, la ubicación de la muestra que se realizaron en la endoscopia digestiva alta.

CONTRASTE DE LA HIPÓTESIS GENERAL

H_a: Existe una relación significativa entre el *Helicobacter pylori* con los hallazgos histopatológicos.

H_o: No existe una relación significativa entre el *Helicobacter pylori* con los hallazgos histopatológicos.

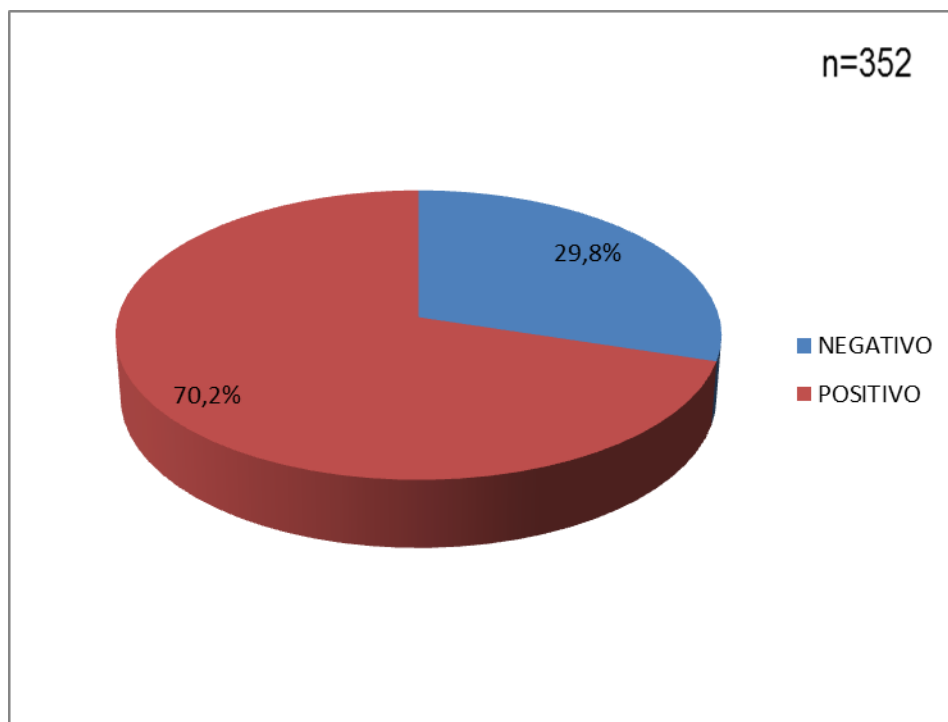
Chi-cuadrado = 7,3

p = 0,290

INTERPRETACIÓN

El Chi-cuadrado salió 7,3 y el p valor 0,290, es decir es $>0,05$, por lo tanto, se toma la decisión de rechazar la H_a y aceptar la H_o.

GRÁFICO 1.- Frecuencia de infección de *Helicobacter pylori* en los pacientes que se realizaron endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero-noviembre, 2016.



Fuene: Ficha de recolección de datos, Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo enero-noviembre, 2016.

INTERPRETACIÓN

En este gráfico podemos apreciar que se encontró que los pacientes que se realizaron endoscopia digestiva alta, el 70,2% (247/352) de los pacientes fueron positivos a *Helicobacter pylori* y el 29,8% (85/352) fueron negativos a *Helicobacter pylori*.

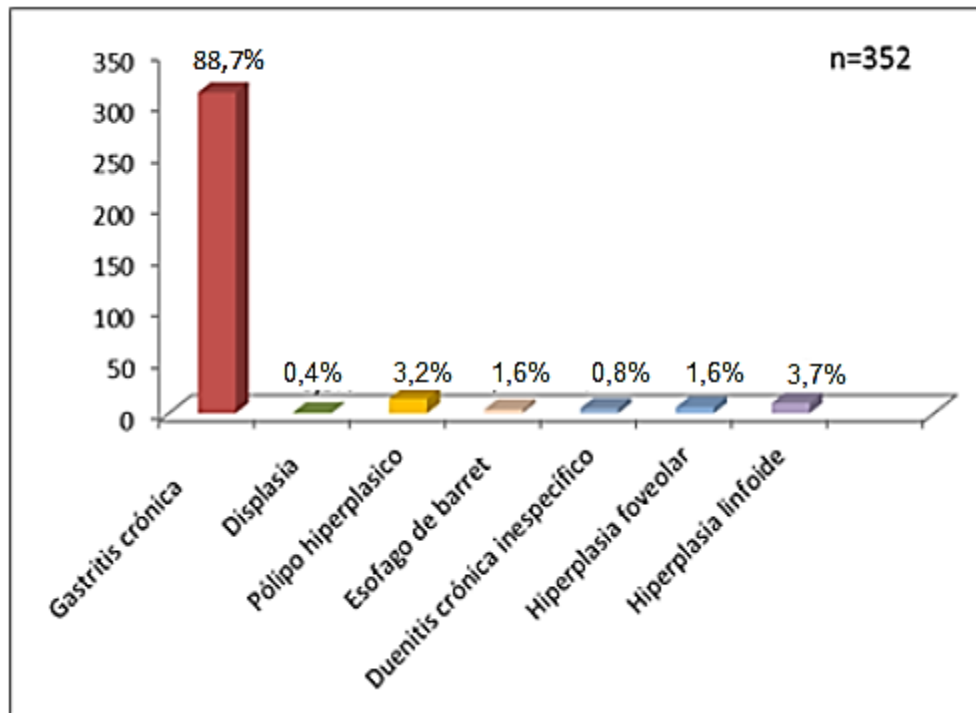
TABLA 1.- Relación del *Helicobacter pylori* con el hallazgo histopatológico en los pacientes que se realizaron endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero–noviembre, 2016.

	<u>Negativo</u>		<u>Positivo</u>		Total
	n	%	n	%	
Gastritis crónica	93	88,6	219	88,7	312
Displasia	0	0	1	0,4	1
Pólipo hiperplásico	6	5,7	8	3,2	14
Esófago de Barret	0	0	4	1,6	4
Duodenitis crónica inespecífico	3	2,9	2	0,8	5
Hiperplasia foveolar	2	1,9	4	1,6	6
Hiperplasia linfoide	1	0,9	9	3,7	10
Total	105	100,0	247	100,0	352

Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo enero-noviembre, 2016.

Valor de prueba Chi-cuadrado = 7,3 ; p = 0,290
g.l.: 6

GRÁFICO 2.- Relación de *Helicobacter pylori* según el hallazgo histopatológico en los pacientes que se realizaron endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero–noviembre, 2016.



Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo enero-noviembre, 2016.

INTERPRETACIÓN

De la tabla 1 y el gráfico 2 se encontró que en el grupo que tiene gastritis crónica, el 88,7% (219/247) fue positivo a *Helicobacter pylori*; en el grupo que tiene displasia, el 0,4% (1/247) fue positivo; en el grupo que tiene pólipo hiperplásico, el 3,2% (8/247) fue positivo; en el grupo que tiene esófago de Barrett, el 1,6% (4/247) fue positivo; en el grupo que tiene duenitis crónica inespecífica, el 0,8% (2/247) fue positivo; en el grupo que tiene hiperplasia foveolar, el 1,6% (4/247) fue positivo; y en el grupo que tiene hiperplasia linfoide, el 3,7% (9/247) fue positivo; no se encontró una relación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p=0,290$).

TABLA 2.- Frecuencia de infección de *Helicobacter pylori* según género en los pacientes que se realizaron endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito unanue, enero–noviembre, 2016.

	<u>Femenino</u>		<u>Masculino</u>		Total
	n	%	n	%	
Negativo	81	34,0	24	21,0	105
Positivo	157	66,0	90	79,0	247
Total	238	100,0	114	100,0	352

Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo enero-noviembre, 2016.

INTERPRETACIÓN

Se observa en la tabla 2, que en el grupo del género femenino, el 66% (157/238) fue positivo a *Helicobacter pylori* y el 34% (81/238) fue negativo; y en el grupo del género masculino el 79%(90/114) fue positivo a *Helicobacter pylori* y el 21% (24/114) fue negativo.

TABLA 3.- Frecuencia de infección de *Helicobacter pylori* según edad en los pacientes que se realizaron endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero-noviembre, 2016.

	<u>Negativo</u>		<u>Positivo</u>		Total
	n	%	n	%	
0–11 años	0	0	0	0	0
12–17 años	2	1,9	4	1,6	6
18-29 años	14	13,3	21	8,5	35
30-59 años	42	40,0	149	60,3	191
≥60 años	47	44,8	73	29,6	120
Total	105	100,0	247	100,0	352

Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo enero-noviembre, 2016.

INTERPRETACIÓN

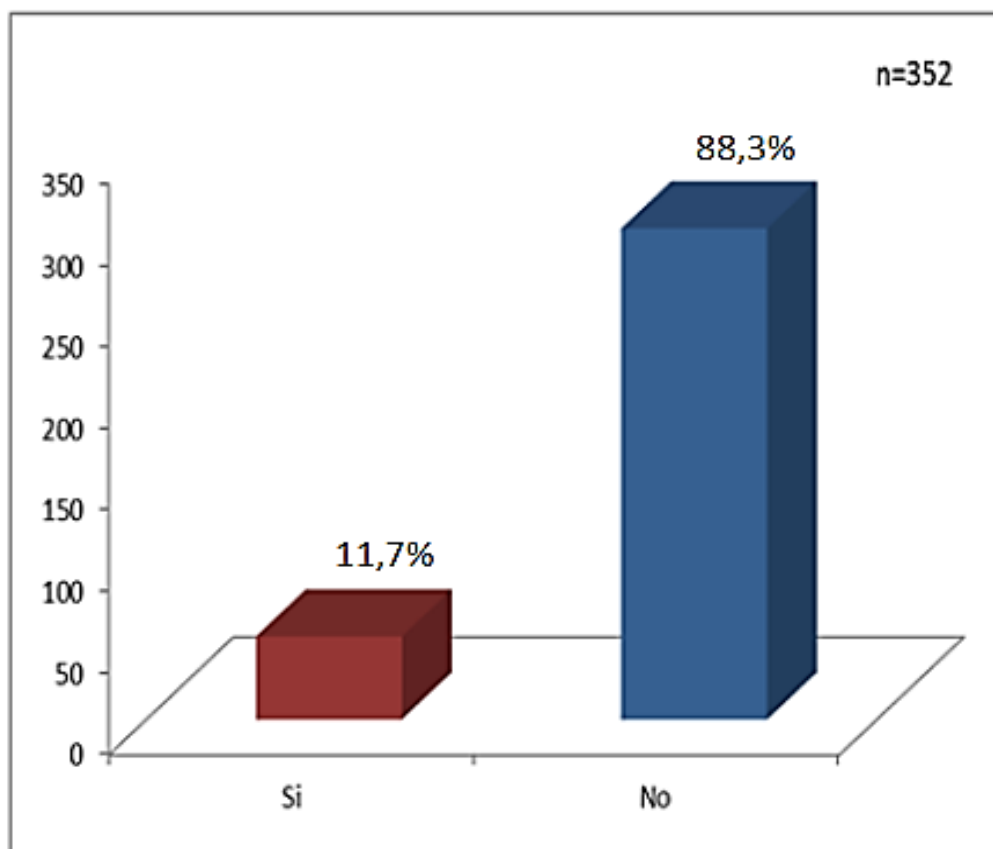
En esta tabla 3 se encontró que en el grupo de 12 a 17 años, el 1,6% (4/247) fue positivo a *Helicobacter pylori*; en el grupo de 18 a 29 años, el 8,5% (21/247) fue positivo; en el grupo de 30 a 59 años, el 60,3% (149/247) fue positivo; y en el grupo de 60 años a más, el 29,6% (73/247) fue positivo.

TABLA 4.- Frecuencia de infección de *Helicobacter pylori* según la presencia de metaplasia intestinal en los pacientes que se realizaron endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero–noviembre, 2016.

	<u>Negativo</u>		<u>Positivo</u>		Total
	n	%	n	%	
Si metaplasia	22	20,9	29	11,7	51
No metaplasia	83	79,1	218	88,3	301
Total	105	100,0	247	100,0	352

Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo enero-noviembre, 2016.

GRÁFICO 3.- Frecuencia de infección de *Helicobacter pylori* según la presencia de metaplasia intestinal en los pacientes que se realizaron endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero–noviembre, 2016.



Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo enero-noviembre, 2016.

INTERPRETACIÓN

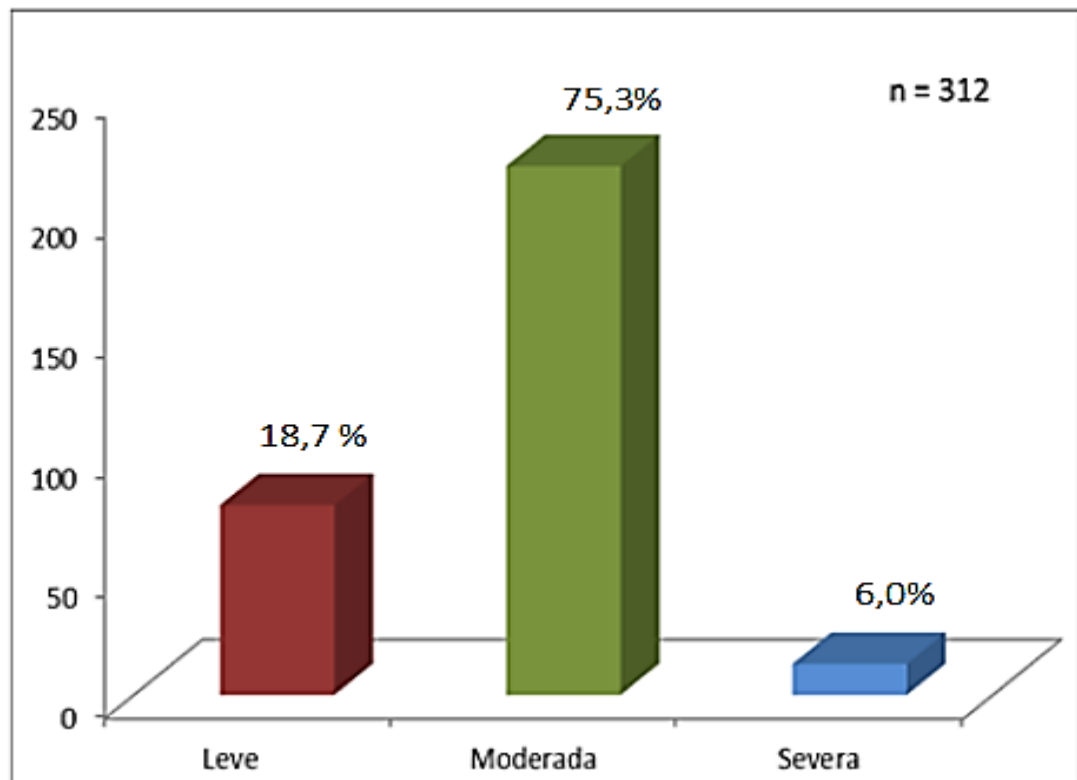
De la tabla 4 y el gráfico 3 se observa que en el grupo que presenta metaplasia, el 11,7% (29/247) fue positivo y el 88,3% (218/301) fue positivo a *Helicobacter pylori* del grupo que no presenta metaplasia.

TABLA 5.- Frecuencia de infección de *Helicobacter pylori* según el grado de la gastritis crónica en los pacientes que se realizaron endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero–noviembre, 2016.

	<u>Negativo</u>		<u>Positivo</u>		Total
	n	%	n	%	
Leve	38	40,9	41	18,7	79
Moderada	55	59,1	165	75,3	220
Severa	1	0	13	6,0	13
Total	93	100,0	219	100,0	312

Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo enero-noviembre, 2016.

GRÁFICO 4.- Frecuencia de infección de *Helicobacter pylori* según el grado de la gastritis crónica en los pacientes que se realizaron endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero–noviembre, 2016.



Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo enero-noviembre, 2016.

INTERPRETACIÓN

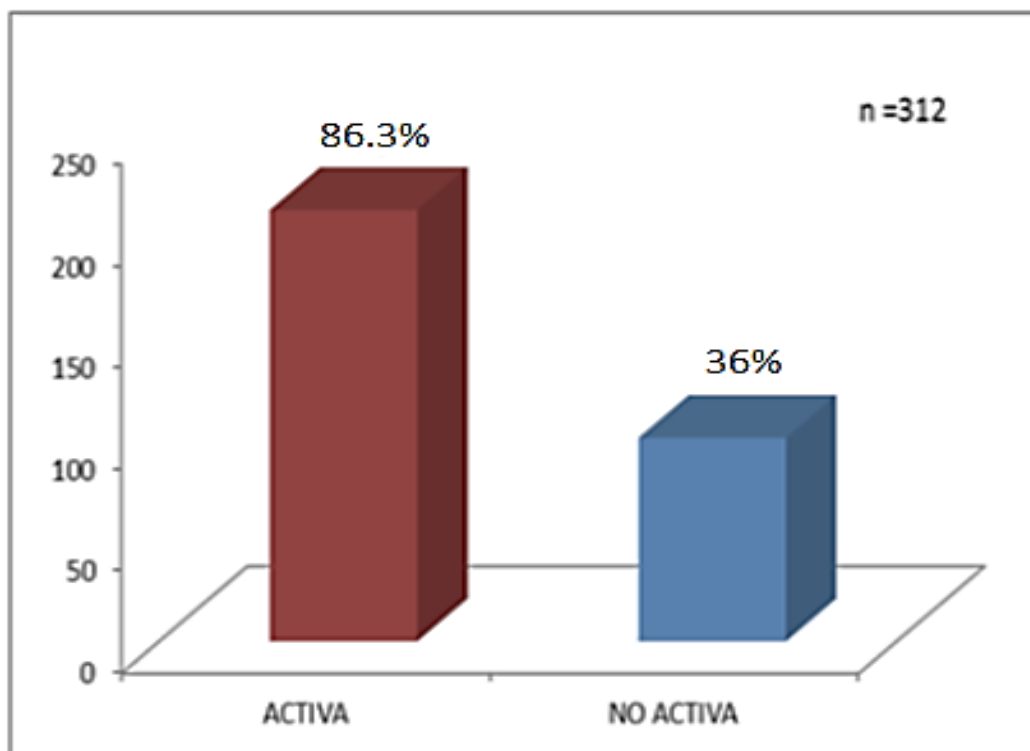
De la tabla 5 y gráfico 4 se encontró que en el grupo que tiene el grado leve de gastritis crónica, el 18,7% (41/219) fue positivo a *Helicobacter pylori*; en el grupo que tiene el grado moderado de gastritis crónica, el 75,3% (165/219) fue positivo; y en el grupo que tiene el grado severo de gastritis crónica, el 6% (13/219) fue positivo.

TABLA 6.- Frecuencia de infección de *Helicobacter pylori* según la actividad inflamatoria de la gastritis crónica en los pacientes que se realizaron endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero–noviembre, 2016.

	<u>No Activa</u>		<u>Activa</u>		Total
	n	%	n	%	
Negativo	64	64,0	29	13,7	93
Positivo	36	36,0	183	86,3	219
Total	100	100,0	212	100,0	312

Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo enero-noviembre, 2016.

GRÁFICO 5.- Frecuencia de infección de *Helicobacter pylori* según la actividad inflamatoria de la gastritis crónica en los pacientes que se realizaron endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero–noviembre, 2016.



Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo enero-noviembre, 2016.

INTERPRETACIÓN

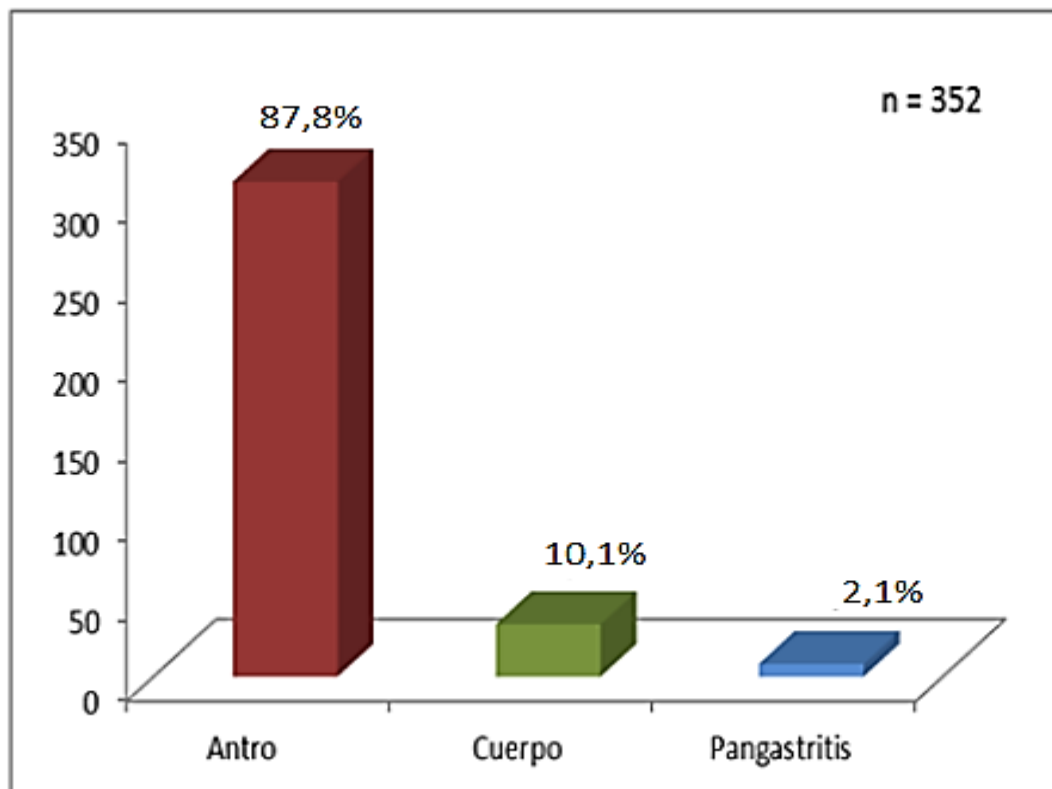
De la tabla 6 y el gráfico 5 se encontró que en el grupo que no tiene actividad inflamatoria de la gastritis crónica, el 36,0% (36/100) fue positivo a *Helicobacter pylori* y en el grupo de actividad inflamatoria de la gastritis crónica, el 86,3% (183/212) fue positivo.

TABLA 7.- Frecuencia de infección de *Helicobacter pylori* según la región de la muestra analizada en los pacientes que se realizaron endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero–noviembre, 2016.

	<u>Negativo</u>		<u>Positivo</u>		Total
	n	%	n	%	
Antro	94	89,5	217	87,8	311
Cuerpo	8	7,6	25	10,1	33
Pangastritis	3	2,9	5	2,1	8
Total	105	100,0	247	100,0	352

Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo enero-noviembre, 2016.

GRÁFICO 6.- Frecuencia de infección de *Helicobacter pylori* según la región de la muestra analizada en los pacientes que se realizaron endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero–noviembre, 2016.



Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo enero-noviembre, 2016.

INTERPRETACIÓN

De la tabla 7 y el gráfico 6, se observa que en el grupo de región del antro, el 87,8% (217/247) fue positivo a *Helicobacter pylori*; en el grupo de región del cuerpo, el 10,1% (25/247) fue positivo; y en el grupo de región del pangastritis, el 2,1% (5/247) fue positivo.

4.2. DISCUSIÓN

El *Helicobacter pylori* es una bacteria patógena más común que invade aproximadamente al 50% de la población mundial, la mayor tasa de infección se presenta en las poblaciones en vías de desarrollo ^(1,4,6). Los estudios retrospectivos muestran que se adquiere en la niñez ^(1,6,7).

El *Helicobacter pylori* produce una infección aguda que dura 2 semanas con presencia de síntomas principalmente epigastralgia, seguidamente de una fase crónica que es asintomática. Los factores para desarrollar cáncer gástrico son: genético, la edad de haber adquirido la infección, ambientales y la virulencia bacteriana. ⁽²⁸⁾

Este estudio determinó una frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* de 70,2%, estos valores fueron semejante a Piñol F *et al.* (2004) en Cuba que fue de 69,6%, al de Jara L *et al.* (2013) en Perú, que fue de 68,82%, pero un valor mayor al de McDonald K *et al.* (2015) en Perú, que fue de 57,4%, al de Mejia C *et al.* (2015) en Perú, que encontraron una frecuencia de 44% y al de Frugis S *et al.* (2014) en Brasil, que fue de 14,1%. Los resultados del *Helicobacter pylori* se encuentran dentro de los valores encontrados en el Perú ⁽⁷⁾.

La infección por el *Helicobacter pylori* fue mayor en la edad de 30 a 59 años con una frecuencia de 60,3% con respecto a los pacientes positivos y se determinó una relación estadísticamente significativa ($p=0,006$), también se observó predominio del género femenino sobre el género masculino que tuvo una frecuencia de infección de 66% y de 79% respectivamente. A comparación con los estudios realizados por Jara L *et al.* (2013) Perú, donde el género femenino predominó sobre el género masculino, y de Frugis S *et al.* (2014) en Brasil, fue de 15,7% en el género femenino y 19,3% en género

masculino; fue mayor a los valores obtenidos en este estudio de investigación.

Los resultados obtenidos según el hallazgo histopatológico muestran que la gastritis crónica fue la más frecuente con infección de *Helicobacter pylori* que fue de 88,7% a comparación de los demás, esto concuerda con los estudios realizados por Jaimes J y Salgado A (2014) en El Salvador y Ribeiro I *et al.* (2016) en Brasil, donde señalan que el hallazgo histopatológico más frecuente fue la gastritis crónica que fue de 72% y 72,6% respectivamente.

La relación entre la no presencia de metaplasia intestinal y el *Helicobacter pylori* en la cual el 11,7% pacientes con metaplasia intestinal fueron positivos a *Helicobacter pylori*, lo cual fue diferente a lo encontrado por Coello B (2010) en Ecuador, que fue de 90,48%; también se encontró que el grupo con actividad inflamatoria de la gastritis crónica fue de 86,3% (183/212) positivo a *Helicobacter pylori*. Esto no se pudo comparar con otros estudios.

Se determinó que la región del antro es la muestra más frecuente y analizada con un 87,8% con respecto a los pacientes positivos. Cabe mencionar que el área más afectada por el *Helicobacter pylori* es la región antral, en la cual se desencadenaría una respuesta inflamatoria de variada intensidad.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- No existe relación entre la infección del *Helicobacter pylori* y los hallazgos histopatológicos de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, durante el periodo de enero-noviembre del 2016, debido al $p=0,290$.
- La frecuencia de la infección de *Helicobacter pylori* fue de 70,2%, y el hallazgo histopatológico más frecuente de infección de *Helicobacter pylori* fue la gastritis crónica con un 88,7%, durante el periodo de enero-noviembre del 2016.
- El género masculino fue las más frecuente de infección de *Helicobacter pylori* con un 79%, y el grupo etario de 30 a 59 años fue las más frecuente de infección de *Helicobacter pylori* con un 60,3%.
- El grupo que presenta infección de *Helicobacter pylori* con la no presencia metaplasia intestinal fue la más frecuente con un 88,3%.
- El grupo que tiene actividad inflamatoria de la gastritis crónica con infección de *Helicobacter pylori* fue la más frecuente con un 86,3%.
- Se encontró que en el grupo de grado moderado de la gastritis crónica con infección de *Helicobacter pylori* fue la más frecuente con un 75,3%.

- La región del antro fue la más frecuente con infección de *Helicobacter pylori* con un 87,8%.

5.2. RECOMENDACIONES

- Realizar programas de prevención a nivel salud para reducir los casos de infección y riesgo que hacen progresar el cáncer gástrico en los diferentes grupos etarios.
- Desarrollar una investigación con un tamaño muestral más amplia y prospectiva a través de un instrumento donde se abarca más variables.
- Realizar un diagnóstico más temprano en paciente con gastritis crónica con la finalidad de tener un tratamiento oportuno y la regresión de la zona afectada.
- Realizar más estudios de investigación sobre el *Helicobacter pylori* y analizarlo como una problemática en salud pública en nuestra población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramírez Ramos, A; Sánchez Sánchez, R. *Helicobacter Pylori* y Cáncer Gástrico. Rev Gastroenterol Perú. 2008; 28: 258-266.
2. Loo ADumitraşcu D. *Helicobacter pylori* Infection, Gastric Cancer and Gastropanel. Romanian Journal of Internal Medicine. 2016; 54(3).
3. Testerman, T. L., & Morris, J. (2014). Beyond the stomach: An updated view of *Helicobacter pylori* pathogenesis, diagnosis, and treatment. World Journal of Gastroenterology : WJG, 20(36), 12781–12808.
4. Ahn HJ, Lee DS. *Helicobacter pylori* en la carcinogénesis gástrica. Mundial J Gastrointest Oncol. 2015; 7 (12): 455-465.
5. Mitchell HKatelaris P. Epidemiology, clinical impacts and current clinical management of *Helicobacter pylori* infection. Med J Aust. 2016; 204(10):376-380.
6. Ramírez Ramos A, Sánchez Sánchez R. *Helicobacter pylori* 25 años después (1983-2008): Epidemiología, Microbiología, Patogenia, Diagnóstico y Tratamiento. Rev Gastroenterol Perú. 2009;29-2:158-170.
7. Hadad Arrascue F, Diaz Ledesma L, Ramos Tavera R, Ancajima Tineo J, Chero Cabrera J. Prevalencia de serología positiva para *Helicobacter pylori* en trabajadores de una refinería de zinc. Rev Med Hered. 2004; 15(3):151.
8. Tongtawee T, Kaewpitoon S, Kaewpitoon N, Dechsukhum C, LEEANANSAKSIRI W, A LOYD R et al. Diagnosis of *Helicobacter pylori* Infection. Asian Pac J Cancer Prev. 2016; 17(4):1631-1635.
9. Wang, Y.-K., Kuo, F.-C., Liu, C.-J., Wu, M.-C., Shih, H.-Y., Wang, S. S., ... Wu, D.-C. (2015). Diagnosis of *Helicobacter pylori* infection: Current options and developments. World Journal of Gastroenterology : WJG, 21(40), 11221–11235.

10. Castillo Contreras O, et al. Prevalencia de *Helicobacter pylori* en pacientes sintomáticos de consulta externa de la Red Rebagliati (EsSalud), Lima, Perú, en el período 2010 - 2013. Rev. gastroenterol. Perú [online]. 2016; 36(1).
11. Prochazka Zarate R, Salazar Miente F, Barriga Calle E, Salazar Cabrera F. Prevalencia de *Helicobacter pylori* en una clínica privada de Lima: sensibilidad de las biopsias del antro y el cuerpo, y la prueba rápida de la ureasa. Rev. gastroenterol. Perú. 2010; 30(1).
12. Piñol Jiménez F, Paniagua Estévez M, Gra Oramas B, Reyes de la Cruz M. *Helicobacter pylori* y lesiones endoscópicas e histológicas en mucosa gástrica de pacientes de 50 años y más. Rev cubana med. 2008; 47(2).
13. Coello B. Patología gástrica asociada a *Helicobacter pylori* en los pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Provincial General de Latacunga. enero-agosto 2010. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Ecuador; 2010.
14. García E, Crespo E, Guanche H. Infección por *Helicobacter pylori* en pacientes atendidos en consulta de gastroenterología. Rev Ciencias Médica. 2014; 18(3): 453-462.
15. Jara-Romero L, Sánchez-Figueroa C, Santana-Bazalar D, León-Jiménez F, Cubas-Benavides F. Frecuencia de *Helicobacter pylori* y características clínicas en niños con endoscopía digestiva alta de un hospital de Lambayeque: 2007-2010. Rev cuerpo méd HNAAA. 2013; 6(3).
16. Cuba Cazorla, R. Gastritis y úlcera gastroduodenal asociada a *Helicobacter pylori*: características epidemiológicas, clínicas, endoscópicas y anatomopatológicas. Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional PNP Mayor Julio Pinto Manrique Arequipa Enero - Marzo 2013. UCSM.

17. Celi Perez M. Instituto Nacional de Salud del Niño. Características clínicas, endoscópicas e histológicas de infección por *Helicobacter pylori* en niños en el INSN. Perú; 2014.
18. Jaimes López J, Salgado Ramírez A. Hallazgos clínicos endoscópicos e histopatológicas de los pacientes infectados por *Helicobacter pylori* en el consultorio de especialidades del instituto salvadoreño del seguro social. [tesis doctoral]. Universidad de El Salvador; 2014.
19. Frugis S, Czeczko N, Malafaia O, Parada A, Poletti P, Secchi T et al. Prevalence of *Helicobacter pylori* ten years ago compared to the current prevalence in patients undergoing upper endoscopy. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*. 2016; 29(3):151-154.
20. McDonald K, Shopinski S, Wilkinson A, Meza C, Cok J, Bussalleu A et al. Correlation between functional gastrointestinal disorders and gastric mucosa histopathology findings, including *Helicobacter pylori* infection, in Lima, Peru. *Rev gastroenterol Perú*. 2015; 35(2):137-140.
21. Mejia C, Vera C, Huiza-Espinoza L. Asociación entre gastritis folicular y *Helicobacter pylori* en niños atendidos en un Hospital Público Peruano. *Rev Gastroenterol Mex*. 2016; 81(2):80-85.
22. Ribeiro I, Kubrusly L, Nassif P, Ribeiro P, Veras R, Neppel A. Relationship Between the presence of *Helicobacter pylori* with inflammatory endoscopic changes in gastroduodenal mucosa. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*. 2016;29(3):142-145.
23. Zhang, R.-G., Duan, G.-C., Fan, Q.-T., & Chen, S.-Y.. Role of *Helicobacter pylori* infection in pathogenesis of gastric carcinoma. *World Journal of Gastrointestinal Pathophysiology*, 2016; 7(1), 97–107.
24. Alvarez A., Arrieche D, Cala E, Aristimuño L, Rodríguez R. Diagnóstico de infección por *Helicobacter pylori* en niños y adolescentes mediante determinación de IgG. *Rev. Soc. Ven. Microbiol.*,2002; Jul;22(2):122-127.

25. Romo González Coria Jiménez V. *Helicobacter pylori*, un modelo de bacteria carcinogénica. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2010; 15(4):242-251.
26. Kao C, Sheu B, Wu J. *Helicobacter pylori* infection: An overview of bacterial virulence factors and pathogenesis. Biomedical Journal. 2016;39(1):14-23.
27. Suárez JL, Reyes GL, Herreros LM. *Helicobacter pylori*: Revisión de los aspectos fisiológicos y patológicos. Méd. UIS. 2011;24:287-96.
28. Robinson K, White J, Winter J. Differential inflammatory response to *Helicobacter pylori* infection: etiology and clinical outcomes. JIR. 2015; 8:137–147.
29. Lopes A, Vale F, Oleastro M. *Helicobacter pylori* infection-recent developments in diagnosis. World J Gastroenterol. 2014; 20(28): 9299-9313.
30. Bermúdez Díaz L, Torres Domínguez E, Rodríguez González B. Métodos para la detección de la infección por *Helicobacter pylori*. Rev cubana med. 2009; 48(1).
31. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C et al. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht III Consensus Report. Gut 2007; 56: 772-781
32. Vázquez Iglesias J. Endoscopia Digestiva: Diagnóstica y terapéutica. Ed. médica Panamericana. 2008.
33. Gonzalez Castillo S, Vega Villaamil P, López de Hierro Ruiz M, García Montero M, Pleguezuelo Díaz J. Complicaciones de la endoscopia digestiva alta. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. fundación española de endoscopia digestiva (FEED), 2008.
34. Lambert, R.. Endoscopy in screening for digestive cancer. World Journal of Gastrointestinal Endoscopy. 2012; 4(12), 518–525.
35. González Avalos M, Linares Segovia B, Ramírez Barba É, Salcedo Gómez J, Flores Calleja H. Indicaciones para

36. esofagogastroduodenoscopia. Utilidad de las guías de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) en un hospital del bajío mexicano. *Endoscopia*. 2015; 27(4):156-161.
37. Arribas R. Endoscopia digestiva alta. *Rev. Esp. de Enfermedades Digestivas*. 2008; 100(10).
38. Santacoloma Osorio M. Endoscopia digestiva alta, medicina, esofagogastroduodenoscopia [Internet]. En colombia.com. 2016. Available from: https://encolombia.com/medicina/revistasmedicas/gastroenterologia/vol-142/gastro14299_endoscopia/.
39. Salas Sanchez, W., Benites Galvez, M., Salinas Cerquin, C. Asociación de *Helicobacter pylori* y patología gástrica no neoplásica en una clínica privada de Lima Norte. *Rev Med Hered*. 2005; 16 (2).
40. Juvenal Sánchez L. Pólipos hiperplásicos del estómago con transformación maligna en adenocarcinoma. Consideraciones sobre la histogénesis. *Acta cancerol*; 31(1):7-14.
41. Macías Rodríguez R, García Flores O, Ruiz-Margáin A, Barreto Zúñiga R. Evaluación de los pólipos gástricos en endoscopia. *Endoscopia*. 2014; 26(2):62-9.
42. Ramírez A, Fluxá F. Esófago de Barrett: Revisión de la Literatura. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2015; 26(5):557-564.
43. Naddaf R, Folkmanas W. Relación endoscópica entre duodenitis inespecífica y sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado. *Gen*. 2011;65(3):207-215.
44. Patología Gastrointestinal [Internet]. 2017. Available from: <http://histodiagnostico.com/sistema/PUBLICACIONES/Diagnostico-de-patologia-gastrica.pdf>.
45. Zapata S. ¿Cómo redactar la Metodología o Diseño Metodológico? [Internet]. *Seminariomonografico.blogspot.pe*. 2013. Available from: <https://seminariomonografico.blogspot.com/2013/05/como-redactar-la-metodologia-o-diseno.html>

ANEXOS

ANEXO N° 1

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR	INSTRUMENTO
EDAD	Tiempo de vida en años	Número de años que tiene el paciente al momento de la realización de la encuesta.	Cuantitativa	Discreta – Intervalo	Grupos etáreos	Hoja de recolección de datos
GÉNERO	Según género biológico.	Género que tiene el paciente	Cualitativa	Nominal	Identidad sexual	
INFECCIÓN POR <i>HELICOBACTER PYLORI</i>	Estado en el cual una persona se halla o fue infectada por la bacteria.	Presencia de <i>Helicobacter pylori</i>	Cualitativa	Nominal	Presencia o ausencia de <i>Helicobacter pylori</i>	
HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS	Diagnóstico realizado mediante la observación histológica de la muestra que fue recogida durante la endoscopia digestiva alta.	Diagnóstico histopatológico	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Gastritis crónica • Pólipo hiperplásico • Displasia • Hiperplasia linfoide • Esófago de Barrett • Duodenitis crónicas inespecífica • Hiperplasia foveolar • Metaplasia intestinal • Región de la muestra analizada 	

**ANEXO N° 2
INSTRUMENTO**

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
Ficha de recolección de datos**

TESIS:

**“RELACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI CON LOS HALLAZGOS
HISTOPATOLÓGICOS EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNANUE, ENERO- NOVIEMBRE, 2016”**

N° de Historia Clínica: _____

1) Edad: _____ años

2) Género:

- Masculino ()
- Femenino ()

3) Hallazgo histopatológico: _____

4) Resultados de *Helicobacter pylori*:

- Positivo
- Negativo

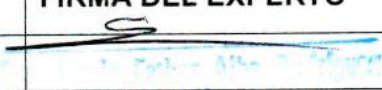
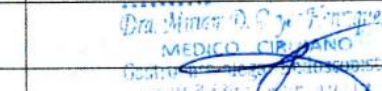

ANEXO N° 3

Validez del instrumento–consultas de expertos

ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO

APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

N	ASPECTOS A CONSIDERAR	EXPERTOS					
		A		B		C	
		Si	No	Si	No	SI	No
1	El instrumento tiene estructura lógica.						
2	La secuencia de presentación de ítems es óptima.						
3	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.						
4	Los ítems permiten medir el problema de investigación.						
5	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.						
6	El instrumento abarca las variables e indicaciones.						
7	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.						

TABLA DE IDENTIFICACIÓN DE EXPERTOS		
	NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA DEL EXPERTO
A	<i>Elmer E. AIBO</i>	
B	<i>Miriam Reyes Henríquez</i>	 Dra. Miriam R. Reyes Henríquez MEDICO CIRUJANO Hospital General de Ginecología y Obstetricia Calle 13 y Calle 14, No. 1001
C	<i>Alejandro Daniel Benavides Samamé</i>	 ALEJANDRO DANIEL BENAVIDES SAMAME R.N.E. 16865 Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica Hospital Nacional "Hipólito Unzué"

ANEXO N° 4

Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema principal ¿Cuál es la relación de <i>Helicobacter pylori</i> con los hallazgos histopatológicos en los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo enero-noviembre del 2016?</p> <p>Problemas secundarios</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la frecuencia de los pacientes infectados por <i>Helicobacter pylori</i>, según edad y género? • ¿Cuáles son las frecuencias de los pacientes infectados por <i>Helicobacter pylori</i>, según presencia de metaplasia intestinal? • ¿Cuál es la frecuencia de los pacientes infectados por <i>Helicobacter pylori</i>, según la actividad de la gastritis crónica? • ¿Cuál es la frecuencia de los pacientes infectados por <i>Helicobacter pylori</i>, según el grado de la gastritis crónica? • ¿Cuál la frecuencia de los pacientes infectados por <i>Helicobacter pylori</i>, según la región de la muestra analizada? 	<p>General: Determinar la relación de <i>Helicobacter pylori</i> con los hallazgos histopatológicos en los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo enero- noviembre del 2016.</p> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la frecuencia de los pacientes infectados por <i>Helicobacter pylori</i>, según edad y género. • Conocer la frecuencia de los pacientes infectados por <i>Helicobacter pylori</i>, según presencia de metaplasia intestinal. • Determinar la frecuencia de los pacientes infectados por <i>Helicobacter pylori</i>, según la actividad de la gastritis crónica. • Determinar la frecuencia de los pacientes infectados por <i>Helicobacter pylori</i>, según el grado de la gastritis crónica. • Conocer la frecuencia de los pacientes infectados por <i>Helicobacter pylori</i>, según la región de la muestra analizada. 	<p>Existe una relación significativa entre el <i>Helicobacter pylori</i> con los hallazgos histopatológicos en los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Género - <i>Helicobacter pylori</i> - Hallazgos histopatológicos 	<p>Diseño: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal.</p> <p>Muestra: Los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo enero-noviembre del 2016.</p> <p>Instrumento: Ficha de recolección de datos</p> <p>Técnicas para recolección de datos: se realizara la revisión de la historia clínica de los pacientes que acuden al servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo enero- noviembre del 2016</p> <p>Análisis estadístico: Estadística descriptiva y analítica. Análisis del Chi-cuadrado</p>

ANEXO N° 5

Solicitud de autorización al Hospital

Lima, 2 de noviembre del 2016

Dra. **María Ester Alva Rodríguez**

Jefa del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue

Yo Nora Luz Callo Morales, estudiante de la Escuela Académica Profesional de Medicina Humana, con DNI, 41725591 y código de alumno: 0821600471, que tengo como asesor al Dr. Fajardo. Solicito se me autorice realizar mi proyecto de tesis titulado, "RELACION DE HELICOBACTER PYLORI CON LOS HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, EN EL PERIODO ENERO-NOVIEMBRE, 2016"

El estudio permitirá evaluar la relación de Helicobacter pylori con los hallazgos histopatológicos en nuestro país. Por lo expuesto solicito a usted que me brinde la autorización para utilizar los registros de los pacientes que estuvieron sometidos a endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología, entre los meses de enero a noviembre del 2016.

Me despido cordialmente, agradeciendo su gentil atención.

Atentamente:

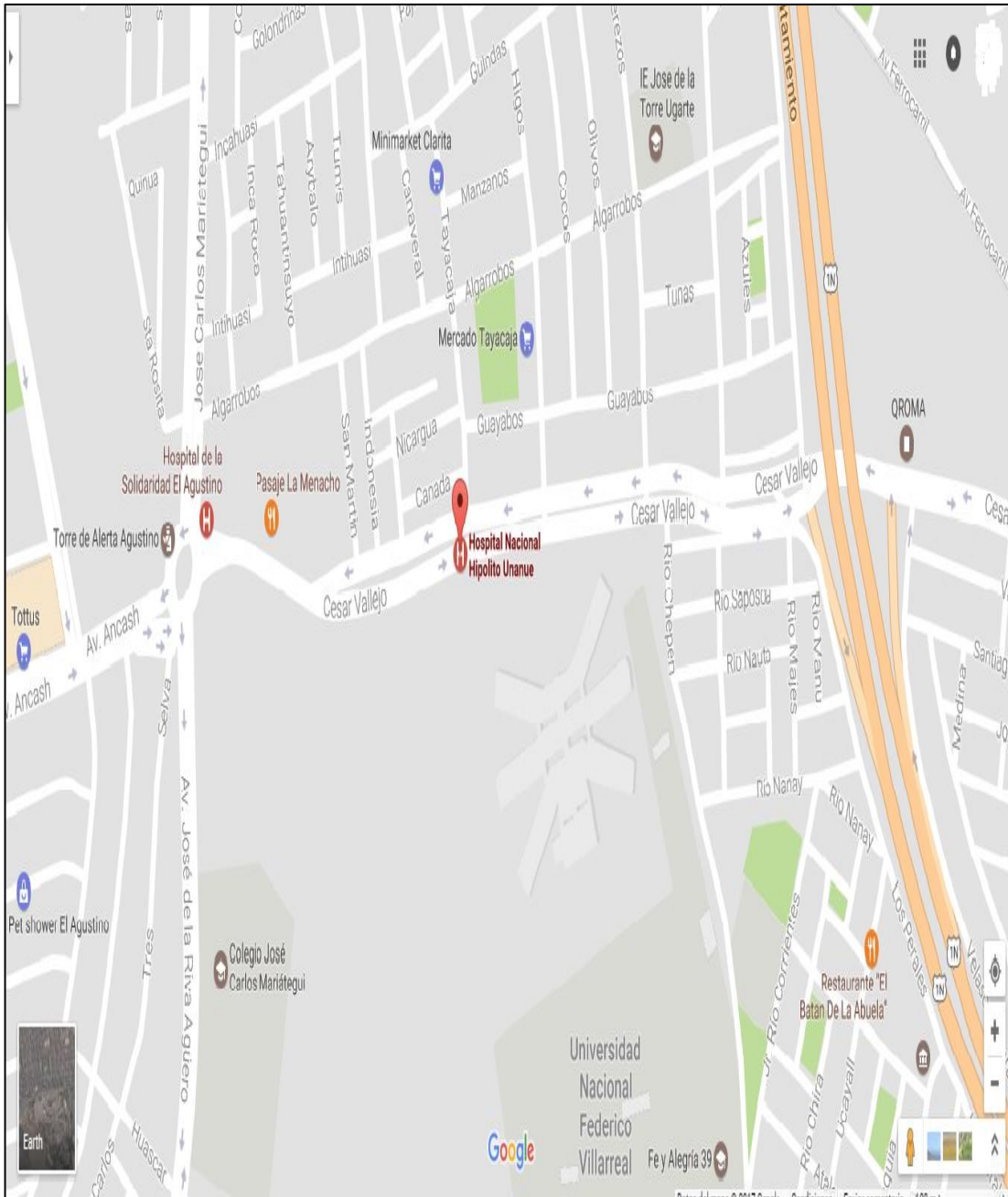
Nora Luz Callo Morales
DNI: 41725591



María Ester Alva Rodríguez
D.M. 27/11/2016
Jefa del Servicio de Gastroenterología
Hospital Nacional Hipólito Unanue

ANEXO N° 6

Ubicación geográfica del Hospital Nacional Hipólito Unanue



ANEXO N° 7

Hoja de registro de SPSS 21

h_nora.sav [Conjunto_de_datos] - IBM SPSS Statistics Editor de datos - □ X

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 8 de 8 variables

	EDAD	SEXO	HISTOPATOLÓGICO	GRADO	ACTIVIDAD	METAPLASIA	UBICACIÓN	RESULTADO	var	var	var	var	var
1	84	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	SI	ANTRO	NEGATIVO					
2	70	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	SI	ANTRO	NEGATIVO					
3	82	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	SI	PANGASTRITIS	NEGATIVO					
4	67	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
5	76	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
6	76	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
7	51	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
8	59	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
9	50	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
10	41	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
11	31	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
12	24	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
13	73	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
14	50	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
15	44	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
16	65	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
17	37	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
18	65	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
19	52	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	SI	ANTRO	POSITIVO					
20	27	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
21	73	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
22	40	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
23	61	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
24	18	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
25	67	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode OFF

Visible: 8 de 8 variables

	EDAD	SEXO	HISTOPATOLÓGICO	GRADO	ACTIVIDAD	METAPLASIA	UBICACIÓN	RESULTADO	var	var	var	var	var
26	62	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
27	50	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
28	28	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
29	55	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
30	45	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	SEVERA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
31	63	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	CUERPO	POSITIVO					
32	77	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	CUERPO	POSITIVO					
33	50	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	SI	PANGASTRITIS	POSITIVO					
34	38	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	SI	ANTRO	POSITIVO					
35	42	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
36	50	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
37	47	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
38	26	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
39	58	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	SI	ANTRO	NEGATIVO					
40	67	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
41	55	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
42	45	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
43	84	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
44	20	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
45	51	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	PANGASTRITIS	POSITIVO					
46	43	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
47	58	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	CUERPO	POSITIVO					
48	50	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	SI	ANTRO	NEGATIVO					
49	56	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	CUERPO	POSITIVO					
50	56	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	SI	ANTRO	POSITIVO					

Vista de datos Vista de variables

Visible: 8 de 8 variables

	EDAD	SEJO	HISTOPATOLÓGICO	GRADO	ACTIVIDAD	METAPLASIA	UBICACIÓN	RESULTADO	var	var	var	var	var
51	32	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	SI	ANTRO	POSITIVO					
52	37	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	SI	ANTRO	POSITIVO					
53	74	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
54	31	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
55	76	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
56	20	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
57	58	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
58	58	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
59	27	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
60	64	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	SI	ANTRO	NEGATIVO					
61	71	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
62	29	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
63	29	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
64	46	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
65	74	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
66	34	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
67	72	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	SI	ANTRO	NEGATIVO					
68	45	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	SI	ANTRO	POSITIVO					
69	27	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
70	65	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	SI	ANTRO	NEGATIVO					
71	44	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
72	65	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
73	67	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	SI	ANTRO	POSITIVO					
74	34	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	SI	ANTRO	POSITIVO					
75	56	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	SI	ANTRO	POSITIVO					

Vista de datos Vista de variables

hora.sav [Conjunto_de_datos] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 8 de 8 variables

	EDAD	SEXO	HISTOPATOLÓGICO	GRADO	ACTIVIDAD	METAPLASIA	UBICACIÓN	RESULTADO	var	var	var	var	var
76	51	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	SI	ANTRO	NEGATIVO					
77	51	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
78	35	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
79	54	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
80	50	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	SEVERA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
81	29	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	SI	ANTRO	NEGATIVO					
82	55	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
83	85	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	SI	ANTRO	NEGATIVO					
84	45	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
85	22	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
86	27	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
87	54	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
88	17	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
89	37	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
90	37	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
91	43	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
92	64	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
93	29	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
94	59	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
95	36	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
96	28	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
97	16	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
98	50	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
99	58	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
100	58	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:OFF

Visible: 8 de 8 variables

	EDAD	SEXO	HISTOPATOLÓGICO	GRADO	ACTIVIDAD	METAPLASIA	UBICACIÓN	RESULTADO	var	var	var	var	var
101	28	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
102	72	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
103	60	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
104	68	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
105	60	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	SI	ANTRO	NEGATIVO					
106	64	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
107	45	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
108	54	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
109	66	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
110	71	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	CUERPO	POSITIVO					
111	48	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
112	43	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
113	40	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
114	36	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
115	77	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
116	76	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	SEVERA	ACTIVA	SI	ANTRO	POSITIVO					
117	65	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
118	52	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
119	31	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
120	48	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
121	57	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
122	59	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	PANGASTRITIS	POSITIVO					
123	48	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
124	28	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
125	52	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					

Vista de datos Vista de variables

Visible: 8 de 8 variables

	EDAD	SEXO	HISTOPATOLÓGICO	GRADO	ACTIVIDAD	METAPLASIA	UBICACIÓN	RESULTADO	var	var	var	var	var
126	48	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
127	43	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
128	64	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
129	66	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	CUERPO	NEGATIVO					
130	21	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	SEVERA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
131	72	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	SEVERA	ACTIVA	SI	CUERPO	POSITIVO					
132	54	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
133	49	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
134	55	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	CUERPO	NEGATIVO					
135	82	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
136	83	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	SEVERA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
137	47	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
138	58	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	SI	ANTRO	POSITIVO					
139	62	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
140	30	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
141	46	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	SEVERA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
142	54	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
143	63	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
144	35	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
145	62	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
146	84	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
147	59	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	NO	CUERPO	NEGATIVO					
148	65	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	SI	ANTRO	NEGATIVO					
149	31	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
150	47	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	CUERPO	POSITIVO					

Vista de datos Vista de variables

Visible: 8 de 8 variables

	EDAD	SEXO	HISTOPATOLÓGICO	GRADO	ACTIVIDAD	METAPLASIA	UBICACIÓN	RESULTADO	var	var	var	var	var
151	21	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
152	56	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
153	26	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
154	71	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	SI	ANTRO	NEGATIVO					
155	48	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
156	68	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
157	32	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
158	60	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
159	58	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
160	32	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
161	22	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
162	49	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
163	45	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
164	45	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
165	66	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
166	54	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
167	45	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
168	83	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
169	83	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	SI	ANTRO	NEGATIVO					
170	38	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
171	68	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
172	57	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
173	60	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	SEVERA	ACTIVA	SI	ANTRO	POSITIVO					
174	26	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
175	62	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	SI	ANTRO	NEGATIVO					

Vista de datos Vista de variables

Visible: 8 de 8 variables

	EDAD	SEXO	HISTOPATOLÓGICO	GRADO	ACTIVIDAD	METAPLASIA	UBICACIÓN	RESULTADO	var	var	var	var	var
176	48	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
177	52	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
178	72	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
179	72	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	CUERPO	POSITIVO					
180	43	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
181	63	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
182	33	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
183	54	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
184	72	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
185	84	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
186	62	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
187	62	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
188	74	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	SI	ANTRO	NEGATIVO					
189	54	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
190	60	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
191	52	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	SI	ANTRO	POSITIVO					
192	52	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
193	75	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
194	45	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
195	24	FEMENINO	POLIPO HPERPLASICO	.	.	NO	ANTRO	POSITIVO					
196	52	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	SI	ANTRO	POSITIVO					
197	72	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
198	30	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	SI	ANTRO	POSITIVO					
199	30	FEMENINO	DISPLASIA	.	.	NO	ANTRO	POSITIVO					
200	63	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					

Vista de datos Vista de variables

Visible: 8 de 8 variables

	EDAD	SEXO	HISTOPATOLÓGICO	GRADO	ACTIVIDAD	METAPLASIA	UBICACIÓN	RESULTADO	var	var	var	var	var
201	56	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	NO	CUERPO	NEGATIVO					
202	50	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
203	20	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
204	76	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
205	57	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	CUERPO	POSITIVO					
206	57	MASCULINO	HIERPLASIA FOVEOLAR	.	.	NO	CUERPO	POSITIVO					
207	52	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	CUERPO	POSITIVO					
208	30	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
209	30	FEMENINO	HIERPLASIA LINFOIDE	.	.	NO	ANTRO	POSITIVO					
210	74	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	SI	ANTRO	POSITIVO					
211	77	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	SI	ANTRO	NEGATIVO					
212	39	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
213	74	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
214	30	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
215	44	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
216	53	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	SI	ANTRO	NEGATIVO					
217	82	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	SI	ANTRO	NEGATIVO					
218	73	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	SI	ANTRO	NEGATIVO					
219	70	FEMENINO	DUENTIS CRONICA INESECFICO	.	.	NO	ANTRO	NEGATIVO					
220	76	FEMENINO	POLIPO HPERPLASICO	.	.	NO	ANTRO	POSITIVO					
221	45	MASCULINO	HIERPLASIA FOVEOLAR	.	.	NO	ANTRO	NEGATIVO					
222	31	FEMENINO	POLIPO HPERPLASICO	.	.	NO	ANTRO	POSITIVO					
223	66	MASCULINO	HIERPLASIA LINFOIDE	.	.	NO	ANTRO	POSITIVO					
224	67	FEMENINO	POLIPO HPERPLASICO	.	.	NO	ANTRO	NEGATIVO					
225	67	FEMENINO	POLIPO HPERPLASICO	.	.	NO	CUERPO	NEGATIVO					

Vista de datos Vista de variables

Visible: 8 de 8 variables

	EDAD	SEXO	HISTOPATOLÓGICO	GRADO	ACTIVIDAD	METAPLASIA	UBICACIÓN	RESULTADO	var	var	var	var	var
226	78	FEMENINO	DUENITIS CRONICA INESECFICO	.	.	NO	CUERPO	POSITIVO					
227	44	MASCULINO	ESOFAGO DE BARRET	.	.	NO	CUERPO	POSITIVO					
228	45	FEMENINO	ESOFAGO DE BARRET	.	.	NO	ANTRO	POSITIVO					
229	43	FEMENINO	ESOFAGO DE BARRET	.	.	NO	ANTRO	POSITIVO					
230	50	FEMENINO	DUENITIS CRONICA INESECFICO	.	.	NO	ANTRO	POSITIVO					
231	29	FEMENINO	POLIPO HPERPLASICO	.	.	NO	ANTRO	NEGATIVO					
232	55	FEMENINO	POLIPO HPERPLASICO	.	.	NO	ANTRO	POSITIVO					
233	50	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
234	88	MASCULINO	ESOFAGO DE BARRET	.	.	NO	ANTRO	POSITIVO					
235	51	FEMENINO	POLIPO HPERPLASICO	.	.	NO	ANTRO	POSITIVO					
236	33	FEMENINO	POLIPO HPERPLASICO	.	.	NO	CUERPO	NEGATIVO					
237	63	MASCULINO	DUENITIS CRONICA INESECFICO	.	.	NO	ANTRO	NEGATIVO					
238	67	FEMENINO	POLIPO HPERPLASICO	.	.	NO	ANTRO	POSITIVO					
239	36	FEMENINO	HIERPLASIA LINFOIDE	.	.	NO	ANTRO	POSITIVO					
240	21	FEMENINO	HIERPLASIA FOVEOLAR	.	.	NO	ANTRO	POSITIVO					
241	65	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
242	83	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
243	44	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
244	37	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
245	38	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
246	63	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
247	18	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	SI	ANTRO	POSITIVO					
248	43	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
249	52	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
250	56	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					

Vista de datos Vista de variables

Visible: 8 de 8 variables

	EDAD	SEXO	HISTOPATOLÓGICO	GRADO	ACTIVIDAD	METAPLASIA	UBICACIÓN	RESULTADO	var	var	var	var	var
251	59	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	SI	ANTRO	POSITIVO					
252	63	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
253	49	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	SEVERA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
254	52	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	CUERPO	POSITIVO					
255	31	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
256	31	FEMENINO	HIERPLASIA FOVEOLAR			NO	ANTRO	NEGATIVO					
257	19	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
258	38	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
259	45	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
260	55	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
261	55	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
262	52	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	CUERPO	POSITIVO					
263	24	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	CUERPO	NEGATIVO					
264	52	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
265	25	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
266	40	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
267	50	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	SEVERA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
268	56	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
269	50	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
270	67	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
271	41	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
272	31	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
273	60	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
274	64	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
275	13	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	SEVERA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					

Vista de datos Vista de variables

Visible: 8 de 8 variables

	EDAD	SEXO	HISTOPATOLÓGICO	GRADO	ACTIVIDAD	METAPLASIA	UBICACIÓN	RESULTADO	var	var	var	var	var
276	44	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
277	50	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
278	44	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
279	44	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	CUERPO	POSITIVO					
280	44	FEMENINO	POLIPO HPERPLASICO			NO	CUERPO	POSITIVO					
281	66	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	PANGASTRITIS	POSITIVO					
282	45	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	NO	PANGASTRITIS	NEGATIVO					
283	66	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	CUERPO	POSITIVO					
284	44	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
285	68	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	NO	CUERPO	POSITIVO					
286	72	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	SI	ANTRO	POSITIVO					
287	17	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
288	44	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	SI	ANTRO	POSITIVO					
289	61	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	CUERPO	POSITIVO					
290	69	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
291	87	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	SI	ANTRO	POSITIVO					
292	56	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	SI	ANTRO	POSITIVO					
293	62	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
294	32	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
295	46	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
296	49	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
297	50	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	SI	ANTRO	POSITIVO					
298	35	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	CUERPO	POSITIVO					
299	77	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
300	56	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	CUERPO	POSITIVO					

Vista de datos Vista de variables

Visible: 8 de 8 variables

	EDAD	SEXO	HISTOPATOLÓGICO	GRADO	ACTIVIDAD	METAPLASIA	UBICACIÓN	RESULTADO	var	var	var	var	var
301	61	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
302	71	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
303	71	MASCULINO	HIERPLASIA FOVEOLAR	.	.	NO	ANTRO	POSITIVO					
304	44	FEMENINO	POLIPO HPERPLÁSICO	.	.	NO	ANTRO	POSITIVO					
305	44	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
306	16	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
307	45	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
308	45	FEMENINO	HIERPLASIA LINFOIDE	.	.	NO	ANTRO	POSITIVO					
309	48	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
310	72	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
311	27	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
312	66	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
313	66	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
314	23	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
315	74	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
316	74	FEMENINO	HIERPLASIA LINFOIDE	.	.	NO	ANTRO	POSITIVO					
317	26	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	LEVE	ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
318	65	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
319	65	FEMENINO	HIERPLASIA LINFOIDE	.	.	NO	ANTRO	POSITIVO					
320	32	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
321	64	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
322	51	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	PANGASTRITIS	NEGATIVO					
323	84	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
324	52	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	CUERPO	NEGATIVO					
325	37	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					

Vista de datos

Vista de variables

Visible: 8 de 8 variables

	EDAD	SEXO	HISTOPATOLÓGICO	GRADO	ACTIVIDAD	METAPLASIA	UBICACIÓN	RESULTADO	var	var	var	var	var
326	43	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
327	43	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
328	51	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
329	62	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	SEVERA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
330	42	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
331	60	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
332	75	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
333	43	FEMENINO	HIERPLASIA LINFOIDE	.	.	NO	ANTRO	POSITIVO					
334	29	MASCULINO	HIERPLASIA LINFOIDE	.	.	NO	ANTRO	POSITIVO					
335	72	FEMENINO	HIERPLASIA LINFOIDE	.	.	NO	ANTRO	NEGATIVO					
336	35	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
337	59	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
338	47	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
339	46	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	SI	PANGASTRITIS	POSITIVO					
340	60	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	NEGATIVO					
341	21	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	SEVERA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
342	53	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
343	47	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	NO	ANTRO	POSITIVO					
344	61	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	NO ACTIVA	NO	CUERPO	POSITIVO					
345	78	MASCULINO	HIERPLASIA FOVEOLAR	.	.	NO	ANTRO	POSITIVO					
346	76	FEMENINO	DUENITS CRONICA INESECFICO	.	.	NO	ANTRO	NEGATIVO					
347	56	MASCULINO	POLIPO HPERPLASICO	.	.	SI	ANTRO	NEGATIVO					
348	42	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	SI	ANTRO	POSITIVO					
349	50	MASCULINO	POLIPO HPERPLASICO	.	.	NO	ANTRO	NEGATIVO					
350	33	FEMENINO	HIERPLASIA LINFOIDE	.	.	NO	ANTRO	POSITIVO					

Vista de datos Vista de variables

Visible: 8 de 8 variables

	EDAD	SEXO	HISTOPATOLÓGICO	GRADO	ACTIVIDAD	METAPLASIA	UBICACIÓN	RESULTADO	var	var	var	var	var
351	46	MASCULINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	SI	CUERPO	POSITIVO					
352	45	FEMENINO	GASTRITIS CRÓNICA	MODERADA	ACTIVA	SI	CUERPO	POSITIVO					
353													
354													
355													
356													
357													
358													
359													
360													
361													
362													
363													
364													
365													
366													
367													
368													
369													
370													
371													
372													
373													
374													
375													