



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**FACTORES DE RIESGO EXOGENOS Y SU RELACION
CON LA GASTRITIS, EN PACIENTES MAYORES DE 18
AÑOS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL REGIONAL
CAJAMARCA DEL 2017.**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

BACHILLER:

MARÍA INÉS CASTOPE CERQUÍN

ASESOR: Mg. MARÍA AMPARO FERNANDEZ LEYVA.

CAJAMARCA – PERÚ

2017

DEDICO ESTE TRABAJO A:

Principalmente a Dios, por haberme dado la vida y fortaleza para terminar esta tesis de investigación y así poder culminar mi carrera profesional. Por haberme sostenido, darme fuerzas y permitido llegar a lograr mi visión y haberme dado la vida y la salud para lograr mis objetivos y cumplir mi meta trazada, además de su infinita bondad y amor.

Dedico también especialmente a mi madre: por haberme apoyado constantemente y ser mi guía en todo momento de mis estudios y en mi vida cotidiana, por sus consejos, sus valores, que me ha permitido ser una persona de bien, por los ejemplos de perseverancia, pero más que nada por su infinito amor.

A mi hija: por ser el motor y motivo de mi vida de seguir adelante y lograr mis metas y es a quien más amo en esta vida.

AGRADECIMIENTO

Se agradece por su contribución para el desarrollo de esta tesis A: Dios por haberme permitido llegar hasta este momento de mi vida y haberme dado salud para seguir adelante día a día para lograr mis objetivos, gracia a su infinita bondad y amor. La Universidad Alas Peruanas. Carrera profesional de enfermería, por haber pasado una parte de mi vida en las aulas de tan acreditada institución y compartir momentos que los llevare siempre presentes, y haberme formado como profesional, Al personal docente de la Universidad Alas Peruanas, por transmitirnos sus conocimientos, paciencia, a lo largo de mis años de estudios.

Mi asesora: María Amparo Fernández Leyva por su apoyo incondicional, por su apoyo ofrecido en este trabajo con toda paciencia, por haberme transmitidos los conocimientos obtenidos y haberme llevado paso a paso en el aprendizaje de este proyecto de tesis.

A mi maestro Dr: Jaime Pacheco por su apoyo incondicional en el transcurso de mi carrera y el desarrollo de este proyecto de tesis, por sus consejos, paciencia día a día y culminar así satisfactoriamente.

De manera especial, a mi madre, mi hija, que estuvieron pendientes en todo instante, por su soporte absoluto y por ser un ejemplo que me promueve a vencer cualquier dificultad seguir adelante.

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

DECLARACIÓN JURADA

Yo, María Inés Castope Cerquín, estudiante de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud, de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, identificado(a) con DNI: 41208149 con la tesis titulada **“FACTORES DE RIESGO EXOGENOS Y SU RELACION CON LA GASTRITIS, EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL REGIONAL CAJAMARCA DEL 2017”**

Declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría.
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido auto plagiado; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), auto plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Alas peruanas.

Cajamarca agosto, 2017

MARÍA INÉS CASTOPE CERQUÍN

DNI: 41208149.

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado, presento ante ustedes la Tesis titulada **“FACTORES DE RIESGO EXOGENOS Y SU RELACION CON LA GASTRITIS, EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL REGIONAL CAJAMARCA DEL 2017”**, Con la finalidad de Conocer los factores de riesgo y su relación en gastritis, identificar los factores de riesgo en gastritis, determinar los tipos más frecuentes de gastritis, determinar la prevalencia de gastritis y establecer la relación entre los factores de riesgo en la gastritis.

Así también, disponer de información útil para la investigación, afín de mantener la eficiencia en la gestión de los servicios de enfermería, consolidando una gestión eficaz y pertinente de los servicios de salud,

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Alas peruanas para obtener el Título profesional de Licenciada en enfermería.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

La Autora

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	X
SUMMARY	XII
INTRODUCCION	13
CAPÍTULO I	
1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
1.1.-DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	17
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	20
1.3.-OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.	20
1.3.1.- OBJETIVO GENERAL	20
1.3.2 .- OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	21
1.4.- JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
1.5.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	23
CAPITULO II	
2.- MARCO TEÓRICO.	25
2.1.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
2.2.-BASES TEORICAS.....	29
2.3.- DEFINICION DE TERMINOS BASICOS.	48
CATPITULO III	
3.1.- FORMULACION DE LA HIPOTESIS PRINCIPAL Y DERIVADAS	53
HIPOTESIS GENERAL.....	53
HIPOTESIS SECUNDARIA.	53
3.2.- VARIABLES (DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL).	54

CAPITULO IV

4.1.- Tipo y nivel de investigación	57
4.2.- Nivel de la investigación	57
4.3.- Diseño Metodológico.....	57
4.4.- Diseño muestraL.....	58
4.5.- Tecnicas de recoleccion y analisis de datos.	60

CAPÍTULO V:

5.- Análisis y discusión.....	62
5.1.- Resultados.....	62
5.2.- Discusión.....	69

CONCLUSIONES.	75
---------------------------	-----------

RECOMENDACIONES.	76
-------------------------------	-----------

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
---------------------------------	-----------

ANEXOS	83
--------------	----

INDICE DE TABLAS

Tabla 1

Clasificación de los pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología
Hospital Regional de Cajamarca, junio – julio 2017.....64

Tabla 2.

Gastritis y automedicación en pacientes atendidos en el servicio de
gastroenterología del Hospital Regional de Cajamarca, junio-julio 2017. 65

Tabla 3.

Gastritis y hábitos de consumo alimentario en pacientes atendidos en el servicio
de gastroenterología del Hospital Regional Cajamarca, junio-julio 2017.....66

Tabla 4.

Gastritis y hábitos tóxicos en pacientes que se atendieron en el servicio de
gastroenterología del Hospital Regional de Cajamarca, junio – julio, 201768

INDICE DE GRAFICOS

GRÁFICO 1

Condición de los pacientes encuestados en el servicio de gastroenterología
Hospital Regional de Cajamarca, junio – julio 2017.....90

GRÁFICO 2: Gastritis y automedicación en pacientes atendidos en el servicio de
gastroenterología del Hospital Regional de Cajamarca, junio - julio 2017.....90

GRAFICO 3: Gastritis y hábitos de consumo alimentario en pacientes atendidos
en el servicio de gastroenterología del H.R.C. junio - julio 2017.....91

GRÁFICO 3.1: Gastritis y hábitos de consumo alimentario en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del H.R.C. junio - julio 2017.....	91
GRAFICO 4: Gastritis y hábitos tóxicos en pacientes que se atendieron en el servicio de gastroenterología del, H.R.C. junio – julio, 2017.....	92

RESUMEN

INTRODUCCION: Los problemas gástricos, tienen una gran demanda en los servicios de salud, en los servicios de gastroenterología, la principal causa son las gastritis que su causa es multifactorial, existen factores predisponentes que facilitan su presentación o aumentan su riesgo, estos factores tiene que ver con aspectos internos de la persona (endógenos) y externos que se relacionan con los comportamientos y estilos de vida (exógenos), esta investigación busca revisar el comportamiento de los factores de riesgo externos que favorecen la presencia de gastritis.

OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo exógenos y su relación con la gastritis, en pacientes que se atienden en el servicio de gastroenterología del Hospital Regional Cajamarca 2017.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio descriptivo-correlacional. La muestra estuvo conformada por 70 paciente de ambos sexos. La recolección de datos se realizó por entrevista a la demanda, aplicando una encuesta estructurada previamente validada por expertos y para determinar la correlación entre variables, se utilizó la prueba de Chi cuadrado con una probabilidad de error de 5% y para que exista correlación el valor $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo.

RESULTADOS: La prevalencia de gastritis fue de 74.3%, el 69.2% de pacientes con gastritis se automedican ($p = 0.005$). En la relación a los hábitos de consumo alimentario que tiene relación con gastritis, se observó que 76.9% consumen alimentos ricos en grasa ($p=0.024$), 73.1% añaden ají en su alimentación ($p=0.001$), 38.5% consumen alimentos en horas inadecuadas ($p=0.028$), también el 61.5% de pacientes consumen alimentos con exceso de condimentos ($p=0.038$), 67.3%

consumen alimentos en sobre o enlatados ($p=0.025$) y el 80.8% consume alimentos chatarra en lugares públicos ($p=0.000$). Los hábitos tóxicos relacionados con la gastritis, se determinó que el 59.6% de pacientes consume gaseosas ($p=0.001$), 67.3% consumen alcohol ($p=0.001$), 51.9 % toma café ($p=0.006$) y 48.08 % fuma ($p=0.003$).

CONCLUSION: Existen factores de riesgo exógenos que favorecen la presentación de gastritis como: la automedicación para gastritis, algunos hábitos alimentarios: consumo de alimentos ricos en grasa y que contienen ají, alimentarse en horas no adecuadas, consumo de alimentos preparados con alto contenidos de condimentos, así como el consumo de alimentos con conservante y el consumo de comida chatarra en lugares públicos o en la calle; a ello se agregan hábitos tóxicos como el consumo de gaseosas, tomar alcohol, consumir café y fumar.

PALABRAS CLAVE: Gastritis, factores de riesgo exógenos

ABSTRACT

INTRODUCTION: Gastric problems are in great demand in health services, in gastroenterology services, the main one is gastritis, which is caused by a multifactorial factor. There are predisposing factors that facilitate its presentation or increase its risk. These factors have to do with with internal aspects of the person (endogenous) and external aspects that relate to behaviors and lifestyles (exogenous), this research seeks to review the behavior of external risk factors that favor the presence of gastritis.

OBJECTIVE: To determine the exogenous risk factors and their relationship with gastritis, in patients treated at the gastroenterology service of the Cajamarca Regional Hospital 2017.

METHODOLOGY: A descriptive-correlational study was carried out. The sample consisted of 70 patients of both sexes. The data collection was performed by interviewing the demand, applying a structured survey previously validated by experts and to determine the correlation between variables, the Chi-square test was used with an error probability of 5% and for the value to be correlated $p < 0.05$ was considered statistically significant.

RESULTS: The prevalence of gastritis was 74.3%, 69.2% of patients with gastritis self-medicated ($p = 0.005$). In relation to eating habits that are related to gastritis, it was observed that 76.9% consume foods rich in fat ($p = 0.024$), 73.1% added chili in their diet ($p = 0.001$), 38.5% consume food at inappropriate times ($p = 0.028$), also 61.5% of patients consume foods with excess seasonings ($p = 0.038$), 67.3% consume food in sachets or canned ($p = 0.025$) and 80.8% consume junk foods in

public places ($p = 0.000$). Toxic habits related to gastritis, it was determined that 59.6% of patients consumed soft drinks ($p = 0.001$), 67.3% consumed alcohol ($p = 0.001$), 51.9% took coffee ($p = 0.006$) and 48.08% smoked ($p = 0.003$).

CONCLUSION: There are exogenous risk factors that favor the presentation of gastritis such as: self-medication for gastritis, some eating habits: consumption of foods rich in fat and containing chili, feeding at unsuitable hours, consumption of foods prepared with high content of condiments , as well as the consumption of foods with preservatives and the consumption of junk food in public places or on the street; To this are added toxic habits such as the consumption of soft drinks, drinking alcohol, coffee and smoking.

KEY WORDS: Gastritis, exogenous risk factors

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se refiere a la relación que existe entre la gastritis y algunos factores de riesgo, sobre todo de causa externa. Entre las enfermedades gastrointestinales más comunes se encuentra la gastritis, cuyo concepto clásico ha experimentado importantes cambios, fundamentalmente a partir del descubrimiento y caracterización del *Helicobacter pylori*, hallazgo que ha constituido una revolución en la histopatología y tratamiento de las enfermedades gastroduodenales¹.

Las características principales de la gastritis en la actualidad se basa en datos morfológicos y descriptivos, una entidad esencialmente histológica (con un infiltrado inflamatorio mononuclear, con o sin células polimorfo nucleares en la mucosa gástrica), que según su intensidad, distribución, manifestaciones clínicas e histológicas (tipo de célula inflamatoria que participa en la respuesta inflamatoria), mecanismo de producción y persistencia del agente causal, se puede definir como aguda o crónica¹.

Para analizar este problema es necesario indicar que en un solo paciente pueden intervenir múltiples factores agresivos tanto exógenos como endógenos. Entre los factores exógenos atribuidos a la gastritis están el *helicobacter pylori* y otros agentes infecciosos, consumo de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, consumo excesivo de alcohol, hábito de fumar, agentes cáusticos, irritantes gástricos y radiaciones; mientras que como factores endógenos están el ácido gástrico y la pepsina, el jugo pancreático, el reflujo biliar crónico, la uremia y algunas enfermedades autoinmunes¹.

Los factores gastroprotectores de la mucosa gástrica se dividen en exógenos (consumo de antioxidantes en los alimentos) y endógenos, los cuales incluyen a los pre epiteliales (secreción de mucus y bicarbonato), epiteliales (barrera epitelial) y post epiteliales (síntesis de prostaglandinas, flujo sanguíneo gástrico y factor de crecimiento epidérmico)¹.

Actualmente el factor de riesgo que está en investigación es el *Helicobacter pylori*, se ha determinado que el riesgo de desarrollar cáncer de estómago con la mucosa gástrica dañada es muy alto sobre todo si hay infección por esta bacteria, se estima que la frecuencia de aparición del cáncer gástrico es dos o tres veces mayor, en personas infectadas en relación a lo infectadas².

Considerando que la gastritis tiene factores prevenibles, es de interés público contar con información actualizada y adecuada a la realidad de cada región. Sobre todo si actualmente la gastritis se ha convertido en uno de los padecimientos más comunes entre la población peruana, el agitado ritmo de vida, los desórdenes alimenticios, son algunos de los factores que facilitan la aparición de esta molestia que afecta a adultos y niños, explican que entre las principales causas de la gastritis se incluye la ingesta de alimentos con exceso de grasas o condimentos y no tener un horario fijo al momento de comer³.

Globalmente la gastritis se ha incrementado en los últimos años y se relaciona con el hecho cotidiano de los malos hábitos alimenticios, el estrés y el consumo de medicamentos, en determinados grupos de edad⁴.

Desde el punto de vista social en un marco de describir y relacionar variables, se hace compleja la situación de la investigación, en este estudio se ha realizado entrevistas y revisión de historias clínicas de los pacientes que demandan el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional de Cajamarca, con el fin de aplicar una encuesta prediseñada y validada por expertos, que contenía datos generales, información sobre las características clínicas del paciente y los factores de riesgo sujetos de investigación.

La encuesta se aplicó a la demanda, que es una característica del muestreo no probabilístico, que fue el tipo de muestra que utilizamos en nuestra investigación, lo cual hace que se utilice una metodología de tipo descriptivo correlacional.

El objetivo de este estudio es determinar la relación que existe entre gastritis y los factores de riesgo exógenos en los pacientes atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional de Cajamarca en los meses de junio y julio del año 2017.

El presente trabajo, después de un resumen y la introducción, consta de cinco capítulos, que está distribuido de la siguiente manera:

Capítulo I, que se refiere al planteamiento del problema, describe la realidad problemática, formula el problema, describe los objetivos, la justificación y limitaciones del estudio.

Capítulo II, se encontrará el marco teórico relacionado con los antecedentes y las bases teóricas, contiene terminología básica.

Capítulo III, se encontrará formulación de la hipótesis y variables de investigación, hipótesis general, hipótesis secundario, variables.

Capítulo IV, se describe los aspectos metodológicos de la investigación: tipo y nivel de investigación, diseño metodológico y diseño muestral, así como las técnicas de recolección y análisis de datos.

Capítulo V, se presenta análisis y discusión, tablas de resultados con su respectiva descripción. Se realiza la confrontación de datos con la literatura, que determinan los factores de riesgo relacionados con la gastritis.

Como un aspecto final del trabajo se presentan las conclusiones y recomendaciones que se creen pertinentes.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

La gastritis se define como una respuesta inflamatoria de la mucosa gástrica hacia un estímulo nocivo, es una entidad de elevada morbilidad a nivel mundial, su incidencia varía en las diferentes regiones y países.

En el Perú, es una de las causas más frecuentes que motivan la consulta gastroenterológica. La gastritis es etiológicamente multifactorial, observándose que en un solo paciente pueden intervenir múltiples factores, tanto exógenos como endógenos, produciendo síntomas dispépticos atribuibles a la enfermedad y cuya existencia se sospecha clínicamente, se observa endoscópicamente y requiere confirmación histológica; siendo una de las causas más frecuentes la infección por *Helicobacter pylori*⁵.

Existen entidades cuyas características endoscópicas corresponden a una gastritis por la presencia de edema de la mucosa, en las que histológicamente hay ausencia del componente inflamatorio, pero exhiben daño epitelial o endotelial, a lo cual se denominan gastropatías⁶.

La gastritis aguda desaparece, si en unas horas no se ingiere alimentos, por el contrario la gastritis crónica puede persistir durante años y puede producir úlcera gástrica si no se corrige a tiempo; esta patología tiende a transformarse en uno de los principales factores de riesgo para la salud de la población, entre los factores de riesgo se encuentra que el 47% se relaciona con malos hábitos alimenticios y el abuso de analgésicos, 50% ocasionada por *Helicobacter pylori* y el 56% al estrés y problemas emocionales⁷.

Sus síntomas se caracterizan por epigastralgia, náuseas, vómitos, distensión abdominal, eructos o reflujo, pero en estados más avanzados puede presentarse sangrado de la mucosa que se manifiesta con evacuaciones oscuras y anemia. Barrenechea indica que entre las principales causas de la gastritis se considera la ingesta de alimentos con exceso de grasas o condimentos y no tener un horario fijo al momento de comer, otras razones relacionadas son los agentes infecciosos, virus, medicamentos utilizados para el dolor, ingesta de alcohol, tabaco y drogas, entre otros⁸.

Este cambio evidente de hábitos alimentarios puede influir de forma directa en la seguridad alimentaria la salud de las personas, ello no quiere decir que los nuevos productos por sí mismos sean perjudiciales, que las comidas preparadas ambulatoriamente presenten mayores riesgos que la comida casera. Sin embargo, el consumidor está más expuesto y es más vulnerable, a los riesgos que pudieran aparecer en el nuevo medio donde vive; del mismo modo, cabe preguntarse si el consumidor está

convenientemente informado y preparado para afrontar la nueva forma de comprar, trasladar, preparar, manipular, conservar y consumir.

Lucas Sánchez, ha señalado que el consumo frecuente de alcohol, tabaco, antiinflamatorios como naproxeno o diclofenaco se muestran como las principales causas de gastritis aguda, también sostiene que los jóvenes son muy proclives a desarrollar esta patología. Según el especialista este tipo de gastritis se resuelve suspendiendo el agresor ya sea alcohol, tabaco o ambos y la ingesta no supervisada de antiinflamatorios. La gastritis crónica se relaciona con la bacteria *Helicobacter pylori* que es más difícil su erradicación, si no se trata esta patología puede derivar en úlceras, sangrado del aparato digestivo y perforación de la mucosa gastrointestinal, entre otras complicaciones, que eventualmente ponen en riesgo la vida⁹.

Ayala, sostiene que mucha gente desarrolla sus actividades en la calle la mayor parte del tiempo, de modo que no puede seguir una dieta balanceada ni cumplir con horarios precisos para desayunar, comer y cenar, asimismo hay mucha gente estresada y presionada por las exigencias de sus jefes o la posibilidad de perder su empleo, este grupo de personas difícilmente puede tomar las cosas con calma, para ellos es muy complicado llevar una vida tranquila¹⁰.

En la ciudad de Guayaquil las cifras siguen creciendo, seis de cada diez guayaquileños sufren de gastritis, hace 3 años de 10 pacientes que venían a consulta 3 presentaban gastritis. Ahora presentan los síntomas entre un 60 % y 70% de los consultantes; influye mucho la mala alimentación¹¹.

Según el análisis de situación de salud del Perú, del año 2013, que describe las causas específicas de la consulta externa de gastritis y duodenitis es de 4.6%¹².

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los factores de riesgo exógenos que se relacionan con la gastritis, en pacientes que se atienden en el servicio de gastroenterología del Hospital Regional de Cajamarca junio – julio 2017?

1.2.1.- PROBLEMAS ESPECIFICOS.

¿Cuál es la prevalencia de gastritis, en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Regional de Cajamarca junio – julio 2017?

¿Qué factores de riesgo exógenos influyen para que se desarrolle gastritis en los pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Regional de Cajamarca junio – julio 2017?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.3.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar los factores de riesgos exógenos que tienen relación con la gastritis en los pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Regional de Cajamarca junio - julio 2017.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- a) Determinar la prevalencia de gastritis en pacientes que se atienden en el servicio de gastroenterología el Hospital Regional de Cajamarca.

- b) Identificar los factores de riesgos exógenos que tienen relación con la gastritis en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Regional de Cajamarca.

- c) Describir los factores de riesgo exógenos que tienen relación con la gastritis en los pacientes atendido en el servicio de gastroenterología del Hospital Regional de Cajamarca.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1.- IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.

La gastritis es una entidad de elevada morbilidad a nivel mundial, su incidencia varia en las diferentes regiones y países. En el Perú, es una de las causas más frecuentes que motivan la consulta gastroenterológica. La gastritis es etiológicamente multifactorial, observándose que en un solo paciente pueden intervenir múltiples factores, tanto exógenos como endógenos, produciendo síntomas dispépticos atribuibles a la enfermedad y cuya existencia se sospecha clínicamente, se observa endoscópicamente y requiere confirmación histológica; siendo la causa más frecuente la infección por *Helicobacter pylori*⁵.

La gastritis es una enfermedad a nivel mundial, según estudios sabemos que se ha ido desarrollando e incrementando en los últimos tiempos causando en la población gran molestia. Que se produce principalmente por el desarrollo de una bacteria conocida como helicobacter pylori debido a los malos hábitos alimenticios, el estrés y el consumo excesivo de analgésicos. Se busca conocer la manera de llegar a la gente para prevenir esta enfermedad y en caso de que el problema ya exista conocer el tratamiento adecuado para el paciente y el tipo de gastritis que ha desarrollado; por lo que es necesario desarrollar esta investigación.

Este presente trabajo de investigación se realizó en el Hospital Regional de Cajamarca, es de gran importancia ya que teniendo los objetivos mencionados ,identificare cuales son los factores de riesgo relacionados con la gastritis ,la encuesta de recolección de datos me ayudara a conocer cuáles son los factores de riesgo que conllevan a la gastritis y finalmente concluir y dar sugerencias de cómo prevenir la gastritis y no llegar a una complicación como el cáncer, en los pacientes que acuden al hospital regional de Cajamarca, con la información lograda el estado y autoridades de salud tomen decisiones acertadas en beneficio de los pacientes.

Este trabajo se realizó con el fin de reconocer los factores de riesgo en la gastritis, y finalmente concluir y dar sugerencias de cómo prevenir haciendo que los pacientes del Hospital regional de Cajamarca ya no este expuesta a sufrir una prematura enfermedad, y que con la información lograda el estado y autoridades de salud tomen

decisiones acertadas en beneficio de los pacientes con gastritis y sus familias.

1.4.2.- VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio es viable ya que se dispone de recursos humanos, económicos y materiales suficientes para realizar el trabajo de investigación en el tiempo previsto. Se ha verificado muy adecuadamente la existencia de fuentes de datos para desarrollar el estudio, se cuenta con bibliotecas, fuentes de Internet y lo más importante la predisposición de las pacientes de ambos sexos que acuden al Hospital Regional de Cajamarca, quienes nos aportaran valiosa información para la realización de este estudio quedando garantizada su viabilidad.

Asimismo, se gestionará con las autorizaciones correspondientes del hospital regional de Cajamarca, mediante las cuales se puede acceder a la información que se requiere.

1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

La presente investigación se realizó en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, con paciente del servicio de gastroenterología, garantizándose así la participación de los pacientes de ambos sexos que acuden al Hospital Regional Docente de Cajamarca con la aplicación de la encuesta a los pacientes de ambos sexos. El tipo de estudio planificado es de corte transversal, razón por la cual la información se recogió en un

lapso de 60 días lo cual no representa ningún limitante de tiempo para dicha realización. El financiamiento es realizado con capital propio del investigador, lo cual no dificultará ni retrasará en ningún punto el proceso de la investigación.

Finalmente debo manifestar que no existen limitantes para la realización, sustentación y posterior publicación de este trabajo de investigación.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.

2.1.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

a.- INTERNACIONALES.

Pizarro KE. realiza un estudio descriptivo titulado “Consumo de AINES y la relación con la existencia de gastritis en el personal que labora en la policía nacional del cantón Zamora, en el año 2014” el estudio se realizó a una muestra 175 personas. Los resultados obtenidos demuestran que el 92.57% consumen antiinflamatorios no esteroideos (AINES) sin receta médica, siendo el fármaco de mayor consumo el ibuprofeno con el 41.14%, el motivo fue por presentar sintomatología de dolor muscular 36.0%. La adquisición del medicamento fue por recomendación del farmacéutico 32.0% y por antigua prescripción médica 26.29% y también un 26,86% señaló que el motivo principal para efectuar dicha práctica es el fácil acceso de la adquisición; concluye que la mayor parte de la población estudiada consume antiinflamatorios no esteroideos de manera errónea y excesiva, ocasionando molestias gastrointestinales futuras¹⁴.

Fernández JC. indica que “entre las enfermedades gastrointestinales más comunes se encuentra la gastritis, padecimiento de etiología multifactorial que puede originarse por diversas causas, entre las que se incluyen las infecciones por bacterias como H.pylori, Echericha coli, Salmonella, el consumo de antiinflamatorios no esteroideos, consumo excesivo de alcohol, fumar, comer alimentos picantes o salados, cirugía mayor, lesiones traumáticas o quemaduras, infección grave, anemia perniciosa, enfermedades autoinmunitarias y el reflujo biliar crónico. Su diagnóstico se realiza por medio de la gastroscopia, exámenes de sangre, cultivo de heces y el estudio histopatológico de la biopsia de mucosa gástrica previamente extraída de la exploración endoscópica¹.

Jaramillo MD. Y Mendiburo PE. en un estudio descriptivo para determinar la “relación entre los hábitos alimentarios y el estilo de vida con la gastritis crónica en pacientes que se realizan endoscopia digestiva alta con toma de biopsia, del centro médico de gastroenterología “Dr. Juan Pablo Jaramillo Eguiguren” encontró que al establecer la relación entre las tres se determinó que el consumo de café, chocolate, comida chatarra, frutas cítricas, influyen en el desarrollo de la gastritis crónica, mientras que los condimentos y picantes no tiene relación significativa, además el estilo de vida y el estrés está relacionado con el desarrollo de la gastritis crónica, mientras que el consumo de alcohol y cigarrillo no tiene relación estadísticamente significativa¹¹.

B.- NACIONALES.

Gómez EJ. 2016 En un estudio descriptivo con una muestra de 203 pacientes con gastritis, para determinar la “Frecuencia de gastritis en pacientes con ingesta continuo de antiinflamatorios no esteroideos” encontró que la mayoría de pacientes eran de sexo masculino, la mayor cantidad de pacientes tenían entre 44 a 56 años, el 58% de pacientes hospitalizados por gastritis tomaban AINES, el medicamento más consumido es el naproxeno y 118 pacientes con gastritis es debido a la ingesta continua de AINES¹³.

Sánchez C. 2014 En un estudio descriptivo, “Características sociodemográficas, hábitos de consumo alimentario y sustancias nocivas en pobladores con diagnóstico de gastritis y que acuden al Centro de Salud de Quilmaná – Cañete 2014”, donde encuesta a 54 pacientes adultos que presentaron el diagnóstico de gastritis, donde determina que el 81% de pacientes consumen comidas chatarras, el 70% no consumen sus alimentos a la hora indicada; el 43% consumen alimentos con perseverantes y un 30% consumen ají, también encuentra que el 91% consumen tabaco, el 81% consumen alcohol y el 65% consumen café y concluye que la edad más afectada es de 31 a 40 años, es más frecuente en el sexo femenino, en los que tiene grado de instrucción secundaria y en población que procede de la sierra³.

Valdivia M. En una revisión define que “la gastritis es etiológicamente multifactorial, observándose que en un solo paciente pueden intervenir

múltiples factores tanto exógenos como endógenos, de los que el más común es la infección por *Helicobacter pylori*”¹⁵.

Entre los factores exógenos que se describe se encuentra el *Helicobacter pylori* y otras infecciones, AINES, irritantes gástricos, drogas, alcohol, tabaco, cáusticos y radiación; y se considera factores endógenos al ácido gástrico y pepsina, la bilis, el jugo pancreático, la urea (uremia) y aspectos inmunes¹⁵.

Según el análisis de la situación de salud en el país 2012, dentro de las principales causas específicas de morbilidad en jóvenes (18 a 29 años) en la consulta externa de los establecimientos del Ministerio de Salud en el 2011, las gastritis y duodenitis en mujeres se ubicaron en el séptimo lugar con el 3% de todos los diagnósticos realizados, con un total de 470,451 atenciones y en varones se ubican en el décimo lugar con el 1,9% con un total de 182,606 atenciones; en los adultos (30 a 59 años) se ubicó en el cuarto lugar con el 4,6% con un total de 296,775 atenciones, lo mismo que los adultos mayores (más de 60 años) con el 5,3% con un total de 148,717 atenciones. Es decir que se encuentra dentro de las diez enfermedades que producen mayor demanda en la consulta externa de los establecimientos de salud del MINSA, estando ubicada dentro del grupo de problemas de salud y determinantes que deben priorizarse¹⁶.

En nuestra región no existe información referente a este tema, razón suficiente, por la cual los aspirantes al grado y título profesional, debemos propiciar investigaciones en campos tan sensibles para el cuidado de

nuestra salud, y mi particular caso es el estudio de los factores de riesgo y su relación con la gastritis en el Hospital Regional de Cajamarca ,información que de manera sistematizada científicamente, estará a disposición de las autoridades competentes a fin de que puedan tomar decisiones acertadas y efectivas en favor de las personas que presentan este mal y sus respectivas familias.

2.2.-BASES TEORICAS.

2.2.1.- Gastritis.

Gastritis es una enfermedad inflamatoria aguda o crónica de la mucosa gástrica producida por factores exógenos y endógenos que produce síntomas dispépticos atribuibles a la enfermedad y cuya existencia se sospecha clínicamente, se observa endoscópicamente y que requiere confirmación histológica¹⁷.

La gastritis es muy frecuente en el ser humano, en el que endoscópicamente se pueden encontrar erosiones de la mucosa, formaciones nodulares y a veces hemorragia de la mucosa gástrica, además de la transformación progresiva de esta a tejido fibroso (cicatricial o inflamatorio crónico). Se ha demostrado que la bacteria *Helicobacter pylori* (Hp) está presente en la mucosa gástrica hasta en 80 % de los pacientes con gastritis⁵.

2.2.2.- Epidemiología

Se ha determinado que aproximadamente la mitad de la población mundial está infectada con la bacteria *Helicobacter pylori*, con mayor

prevalencia en los países en vías de desarrollo y con bajos niveles socio-económicos. La mayoría de estos pacientes infectados permanecen asintomáticos, hay evidencias sólidas de que el *Helicobacter Pylori* tiene un papel patogénico importante en ciertas enfermedades digestivas².

“La infección adquirida se da durante la infancia, puede permanecer asintomática o hacerse sintomática en la adultez, no produce inmunidad de memoria, y suele darse la reinfección.

El *Helicobacter Pylori* se transmite con facilidad en el ambiente familiar, habiéndoselo hallado en la placa bacteriana dental, se considera reservorio el estómago humano, su transmisión es discutida, y se habla de una transmisión de persona a persona en países desarrollados, o por la vía fecal oral, a través del uso de aguas contaminadas con heces, donde permanece viable por muchos días en países en vías de desarrollo¹⁸.

2.2.3.- Etiología.

La gastritis es etiológicamente multifactorial, observándose que en un solo paciente pueden intervenir múltiples factores tanto exógenos como endógenos, de los que el más común es la infección por *Helicobacter pylori*¹⁵.

2.2.4.- Clasificación de la gastritis

a) Gastritis aguda.

Endoscópicamente la gastritis aguda es la presencia de erosiones superficiales en la mucosa gástrica, microscópicamente la erosión muestra necrosis de la mucosa.

- Gastritis aguda hemorrágica: se presenta necrosis aguda superficial y la existencia de múltiples focos de hemorragia con un modesto o ausente infiltrado inflamatorio.
- Gastritis aguda supurativa: la mucosa gástrica muestra necrosis focal y se observa un exudado mucopurulento superficial, microscópicamente destaca el intenso infiltrado inflamatorio con formación de micro abscesos

Síntomas: Náuseas, vómitos, falta de apetito, dolor en la parte superior del abdomen¹².

b) Gastritis erosiva aguda

La gastritis erosiva es un trastorno digestivo que afecta al revestimiento interno del estómago, el cual sufre una inflamación y posterior erosión o desgaste¹⁹.

Este revestimiento cumple un papel fundamental de protección del estómago ante la elevada acidez de los jugos gástricos. Cuando el revestimiento se ha dañado, empiezan a aparecer los síntomas¹⁹.

Las erosiones superficiales se observan en la endoscopía como lesiones puntiformes de la mucosa que no penetran en las capas más

profundas del estómago. Van acompañadas con frecuencia de algún grado de hemorragia, generalmente petequias submucosas¹⁹.

Síntomas: distensión abdominal, eructos y flatulencias, indigestión, acidez, cambios en las heces, pérdida de peso, pérdida de apetito.

c) Gastritis crónica

La gastritis crónica se caracteriza por la presencia de alteraciones inflamatorias crónicas en la mucosa, que producen atrofia y metaplasia epitelial, generalmente sin erosiones. Las lesiones del epitelio pueden convertirse en displasias, siendo un factor de riesgo importante para el desarrollo de carcinoma. La gastritis crónica se identifica histológicamente por un infiltrado celular inflamatorio formado sobre todo por linfocitos y células plasmáticas, con muy escasos neutrófilos. La inflamación suele distribuirse en placas, y afecta inicialmente las porciones superficial y glandular de la mucosa gástrica, a veces el daño avanza a una destrucción glandular más grave, con atrofia y metaplasia²⁰.

Síntomas: náuseas y vómitos, acidez, flatulencia, halitosis, plenitud postprandial, dolor epigástrico, hemorragias imperceptibles, disminución secreción ácido clorhídrico (hipoclorhidria) y pepsina, disminución factor intrínseco (absorción vitamina b1²⁰).

d) Gastritis erosiva crónica

Este trastorno se define por la presencia en la endoscopia de múltiples úlceras puntiformes o aftosas. La gastritis erosiva crónica puede ser

idiopática o bien estar causada por fármacos, enfermedad de Crohn o infecciones víricas, el *Helicobacter pylori* no parece tener un papel importante en la patogenia de este trastorno²¹.

Los síntomas son inespecíficos y pueden incluir náuseas, vómitos y molestias epigástricas, aunque a menudo los pacientes no tienen síntomas. La endoscopia revela erosiones puntiformes con mayor frecuencia en los surcos de los pliegues rugosos engrosados, a menudo con una placa o umbilicación central. El grado de inflamación varía histológicamente. Ningún tratamiento es beneficioso o curativo en todos los casos²¹.

e) Gastritis no erosiva

El *Helicobacter pylori* es un microorganismo gramnegativo que tiene forma de espiral, es causante de casi todos los casos de gastritis no erosiva y sus complicaciones resultantes. La infección conduce a inflamación de la mucosa gástrica, la cual a su vez altera la fisiología secretora gástrica, haciendo que la mucosa sea más susceptible a las lesiones por el ácido. Las concentraciones máximas de *Helicobacter pylori* se detectan en el antro gástrico, donde la infección aumenta el riesgo de ulceración pre pilórico y duodenal, en algunos pacientes la infección afecta a la totalidad del estómago y parece estar asociada con el desarrollo subsiguiente de úlceras gástricas y de adenocarcinoma gástrico²².

f) Gastritis por estrés.

Las lesiones son superficiales, por lo que la hemorragia que originan es generalmente “en sábana”, y se debe a la ruptura de los

pequeños capilares, aunque en ocasiones se desarrollan ulceraciones más profundas que penetran en la submucosa y pueden originar una hemorragia masiva o incluso una perforación gástrica²³.

Las lesiones gástricas por estrés (LGE) se deben, al estrés fisiológico al que se ve sometido el organismo en determinadas situaciones. Este estrés determina la disminución de los mecanismos de protección gástrica frente al ácido, probablemente a través de la reducción del flujo sanguíneo de la mucosa gástrica, el reflujo biliar y la consiguiente alteración de la barrera mucosa glicoproteica. La infección por *Helicobacter pylori* para las LGE no está establecido, aunque se ha descrito una mayor prevalencia de este microorganismo, así como una tendencia hacia una mayor incidencia de complicaciones hemorrágicas en los enfermos infectados²⁴.

g) Gastritis crónica superficial

Caracterizada por alteraciones degenerativas en las células del istmo, infiltración de linfocitos y plasmocitos preponderantemente en la porción superficial de la lámina propia, entre las foveolas gástricas; la infiltración generalmente incluye una variable cantidad de neutrófilos.

h) Gastritis eosinofílica

Está asociada con eosinofilia periférica, en la biopsia presenta infiltración a eosinófilos llegando a comprometer una o más capas del tracto gastrointestinal (mucosa, muscular o subserosa), endoscópicamente puede mostrar obstrucción pilórica, pliegues gástricos prominentes, nodularidades o ulceración, histológicamente

presenta gran infiltración eosinofílica, más de 20 por campo, abscesos eosinofílicos de las criptas, necrosis y regeneración epitelial¹⁵.

i) Gastritis linfocítica

Se caracteriza por la presencia de abundantes linfocitos específicamente localizados entre las células epiteliales de las foveolas y los cuellos glandulares. Los linfocitos abundan en el estroma de muchos tipos de gastritis, pero su localización intraepitelial es lo que caracteriza a este tipo especial. En la gastritis causada por *H. pylori* se pueden observar escasos linfocitos intraepiteliales, pero en la gastritis linfocítica su densidad es mucho mayor. Este infiltrado linfocitario puede: a) no asociarse a lesiones macroscópicas definidas, grupo en el cual se ha sugerido una asociación con la «enfermedad celíaca» b) asociarse con erosiones crónicas con el patrón endoscópico conocido como «gastritis varioliforme» (caracterizada por elevaciones aisladas de la mucosa gástrica rodeando a una pequeña erosión central), o finalmente, c) puede acompañarse de una gran hiperplasia foveolar que radiológica y endoscópicamente es indistinguible de la «enfermedad de Ménétrier», e incluso clínicamente por la presencia de una enteropatía perdedora de proteínas, aunque histológicamente parecen entidades diferentes. La etiología de la gastritis linfocítica es, por el momento, desconocida²⁵.

j) Gastritis nodular

Es un tipo de gastritis cuyo diagnóstico es endoscópico, caracterizado por la presencia de un patrón difuso de elevaciones de

2 - 3 mm de diámetro en la mucosa gástrica, dando un aspecto de “empedrado”. Predominantemente su localización es a nivel del antro pero puede extenderse hacia el cuerpo²⁶.

Está relacionada con la presencia del *Helicobacter pylori*, existiendo varios estudios que respaldan dicha afirmación; sin embargo, se han encontrado también otras patologías o condiciones asociadas al desarrollo de este tipo de gastritis como antecedentes personales de atopías, asma, rinitis alérgica, intolerancia alimentaria, urticaria crónica e infección por enteroparásitos²⁶.

2.2.5.- Factores de riesgo.

Existen factores de riesgos exógenos y endógenos, que contribuyen para desarrollar gastritis en el ser humano, entre los que se han descrito a los siguientes:

Factores exógenos:

- *Helicobacter pylori*
- AINES
- Irritantes gástricos
- Alcohol
- Hábitos de fumar (tabaco)
- Agentes cáusticos
- Irritantes gástricos

Factores endógenos

- Acido gástrico y pepsina.
- Bilis jugo pancreático.
- Urea (uremia)
- Enfermedades inmunes¹⁵.

OTROS FACTORES

- **Genéticos**

- Familias de pacientes con cáncer gástrico:
- Incidencia 2-3 veces mayor.
- Grupo sanguíneo.

1.- FACTORES EXOGENOS

a. **Helicobacter pylori:**

El ser humano es el principal reservorio de la infección, siendo la vía de transmisión más frecuente la fecal – oral, a través de la ingesta directa o indirecta de aguas contaminadas que actúan como vehículo principal de transmisión. Se describe también la transmisión oral-oral por aislamiento del *Helicobacter pylori* de las placas o caries dentarias; hasta la actualidad no se ha identificado otra forma de contagio²⁷.

El *Helicobacter pylori* es una bacteria gran negativa de forma espiral, productora de una enzima llamada ureasa, morfológicamente contiene flagelos facilitando su motilidad a través del moco gástrico y su adhesión selectiva a la mucosa gástrica donde se liga a diferentes fosfolípidos liberando proteasas solubles y fosfolipasas lesivas tanto para la capa de moco como para las células, permitiendo una mayor difusión de iones hidrógeno en dirección a la superficie mucosa produciendo daños severos²⁷.

La infección **Helicobacter pylori**, constituye probablemente la infección crónica más extensamente distribuida en la especie humana. Se estima que más del 50% de la población está infectada con este patógeno, la alta prevalencia de infección de los países emergentes o en vías de desarrollo supera el 70% y llega al 90% en los países de Latinoamérica, América Central y México; constituyendo un verdadero problema para la salud pública de estos países; y contrasta con la franca disminución de la misma de los países desarrollados (en Australia 20%, en Estados Unidos y Canadá 30%, en Suiza 7%). En el lapso de 20 años, hemos visto como el *Helicobacter pylori* ha pasado de ser un hallazgo en las biopsias gástricas hasta en el momento actual en que se acepta que la infección por esta bacteria desempeña un papel importante en la génesis de la gastritis crónica, úlcera péptica y cáncer gástrico²⁸.

b. Aines:

Son fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) que se usan para tratar el dolor y la inflamación.

Los AINES como: Ibuprofeno, Naproxeno, Indometacina, Piroxicam y Acido Tolfenámico, sufren intensa recirculación enterohepática en la persona, lo cual hace que la exposición de la mucosa gastrointestinal a la droga sea prolongada. El pH gástrico de 2–3.5, mantiene a los AINES en estado químico no disociado, por lo que atraviesan las barreras liposolubles (moco gástrico y membrana celular) y alcanzan el citoplasma celular, donde el pH más elevado

permite su disociación química. Como consecuencia de esta disociación, se altera el potencial transmucoso con lo que aumenta la retrodifusión de hidrogeniones y la osmolaridad intracelular. Estos hechos, por sí solos, ya son capaces de provocar graves daños a la mucosa gastroduodenal como edema, ruptura de uniones intercelulares, alteración de la permeabilidad celular, etc. Pero, además, la potenciación de estos efectos mediante la inhibición de la síntesis de prostaglandinas protectoras, hace de estos fármacos agentes gastrolesivos de consideración²⁹.

El efecto local de los AINES puede minimizarse con formas farmacéuticas de administración parenteral o rectal, o bien mediante el uso de formas encapsuladas de absorción intestinal y liberación lenta, pero sin embargo en la mayoría de los casos que aparecen efectos secundarios se deben a las acciones sistémicas. Estas son determinadas principalmente por la inhibición de las prostaglandinas protectoras, que normalmente ejercen los siguientes efectos³⁰.

- Aumento de la secreción de moco protector de la mucosa, el moco gástrico es una barrera física hidrófoba que evita la acción de la pepsina, del ácido clorhídrico, de los productos irritantes químicos y de daños mecánicos o físicos sobre la mucosa gástrica y favorece la difusión de hidrogeniones hacia la luz gástrica y limita su retrodifusión.
- Mantenimiento del flujo sanguíneo de la mucosa.
- Inhibición de la secreción ácida del estómago.

- Incremento de la salida de bicarbonato, el bicarbonato secretado por las células epiteliales neutraliza los hidrogeniones próximos a ellas y crea y mantiene un pH neutro en la superficie celular, por debajo del moco gástrico, estimulando así la reparación celular al formar una capa alcalina que protege la mucosa dañada.

c. Alcohol.

El alcohol es una droga aceptada socialmente, que puede generar dependencia y cuya deshabituación es la más peligrosa y dificultosa de todas las drogas; se define como alcoholismo al conjunto de trastornos ocasionados por el abuso de bebidas alcohólicas. El alcohol llega al estómago, donde actúa la enzima ADH gástrica, esta digiere un 20% del etanol, eliminándose antes de que pueda llegar a ser absorbido en el estómago. El 80% restante se absorbe en el estómago y duodeno, y circula por sangre a través de todo el organismo³¹.

d. Tabaco

El consumo de tabaco es considerado un factor de riesgo modificable, que suele provocar por sí solo más muertes que el cáncer en el mundo, porque ocasiona alrededor del 22% de muertes por año, también se le atribuyó al tabaquismo 1,6 millones de los 7,4 millones de muertes ocasionado por cáncer³².

El humo de tabaco es generador de enfermedades y asimismo de diferentes tipos de cáncer, como los de pulmón, esófago, laringe (cuerdas vocales), boca, garganta, riñón, vejiga, páncreas, estómago y

cuello del útero. Se ha comprobado que el humo ajeno, es decir de otra persona, también llamado humo ambiental, va a provocar cáncer de pulmón en adultos que no fuman. El tabaco sin humo (en forma de productos de tabaco orales, tabaco de mascar o en polvo) va a causar cáncer en la boca, en el esófago y en el páncreas³².

e. Agentes cáusticos

La ingestión de productos cáusticos sigue siendo un grave problema médicosocial y la prevención de estos accidentes es esencial para evitar las lesiones esofágicas que parecen estar más relacionadas con la lesión inicial que con los diferentes tipos de tratamiento utilizados; teniendo en cuenta que en un 30% de casos se producen quemaduras cáusticas y un 50% aproximadamente van a determinar estenosis esofágicas. Hay dos tipos de álcalis, el hidróxido de sodio e hidróxido de potasio están ampliamente disponible constituyendo sustancias limpiadoras de hornos, cocinas y desagüe, para limpieza de pintura y polvos de limpieza³³.

f. Irritantes gástricos.

Existe una gran diversidad de alimentos, algunos de los cuales puede dañar la mucosa que recubre el interior del estómago y del intestino delgado, este tipo de alimentos se conocen como alimentos irritantes y su consumo excesivo puede provocar serios problemas en nuestro estado de salud como la aparición de úlceras gástricas, úlceras duodenales, indigestión, acidez, entre otros³⁴.

- **Carnes frías o embutidos:** Este tipo de carnes procesadas promueven la inflamación del intestino delgado y dificultan el

correcto tránsito de los restos que serán desechados por el intestino delgado y grueso.

- **Productos de origen animal con grasas:** El pollo con la piel, la carne roja, el huevo, ciertos tipos de queso, entre otros alimentos; contienen altas cantidades de grasa que irritan nuestro estómago y modifican el proceso metabólico de nuestro organismo.
- **Frutas ácidas:** si sufrimos de alguna úlcera o de acidez, debemos de evitar consumir frutas como la toronja, el limón, la naranja, las mandarinas, la lima, la piña, el jitomate, entre otros.
- **Refrescos, café y bebidas alcohólicas:** estos tres tipos de bebidas son conocidas por irritar el recubrimiento de nuestro sistema digestivo. Los refrescos contienen altas cantidades de sodio, la cafeína daña y altera nuestro proceso digestivo y las bebidas alcohólicas son conocidas por provocar irritación, no sólo en el estómago sino por afectar otros órganos como hígado y riñones.
- **Condimentos y picante:** condimentar en demasía la comida puede provocar irritación en nuestro estómago e intestino delgado; así mismo, el picante es un irritante natural que debemos evitar comer con frecuencia o en exceso; ya que puede resultar peligroso, sobre todo cuando hemos sufrido o sufrimos de alguna afección en alguno de los órganos del sistema digestivo.

2.- FACTORES ENDOGENOS

a) El jugo pancreático:

Es un líquido incoloro, acuoso, de densidad entre 1.007 y 1.035 según la concentración de proteínas, con pH alcalino, que contiene 2 tipos de secreciones: la enzimática y la hidroelectrolítica. La enzimática es la causante de la hidrólisis de las sustancias nutritivas de los alimentos, mientras que la hidroelectrolítica actúa como vehículo de la enzimática y proporciona un medio alcalino, necesario para la actuación de las enzimas. Para ello se precisa la neutralización del quimo ácido procedente del estómago que entra en el duodeno, por la alta concentración de bicarbonato tan característica de esta secreción. El volumen de secreción de jugo pancreático oscila entre 0.2 – 0.3 ml/minuto en condiciones basales y 5 ml/minuto cuando se estimula de forma adecuada; el volumen total diario oscila entre 1 y 4 ml/minuto³⁵.

b) uremia:

La uremia es un es estado tóxico producido por la retención de productos de desecho. Cuando disminuye la función de los riñones, comienzan a acumularse en el organismo productos nitrogenados derivados de este metabolismo proteico. Esta acumulación recibe el nombre de hiperazoemia (ázo: nitrógeno). Esta hiperazoemia inicialmente es asintomática, pero si la disminución de la función renal progresa llega un momento en que aparecen los síntomas clínicos que veremos más adelante. Entonces es cuando hablamos de uremia (de ahí que se denomine clínica urémica o paciente urémico), ya que la

mayoría de los síntomas que aparecen son derivados del aumento de urea en sangre³⁵.

c) Enfermedad autoinmune:

La gastritis autoinmunitaria se caracteriza por la inflamación y la atrofia mucosa de la metaplasia antral, pseudopilórica e intestinal. La destrucción de las glándulas mucosas da lugar a aclorhidria y a una disminución en la producción del factor intrínseco, en casos graves dando lugar a déficit en la absorción de la vitamina B12 y a anemia perniciosa³⁶.

2.2.6.- Complicaciones de la gastritis

a. Úlcera duodenal.

Es una erosión circunscrita que atraviesa la mucosa muscular y que aparece en el duodeno, el estómago (sobre todo en el antro) y en la zona inferior del esófago. La sintomatología se caracteriza por la presencia de dolor y malestar epigástrico que suele empeorar cuando el estómago está vacío o se ingieren comidas picantes, alcohol, cafeína o tabaco. Presentan náuseas, vómitos, cambios de apetito, pérdida de peso, dispepsia e intolerancia a las comidas. Las úlceras pépticas pueden presentar varias complicaciones entre las que cabe destacar la obstrucción intestinal, la hemorragia y la perforación que se acompaña frecuentemente de dolor de espalda, sangrado y alteraciones sistémicas³⁷.

b. Úlcera gástrica.

La prevalencia de la enfermedad ulcerosa es del 12 al 17% en los países desarrollados, y por tanto supone un importante problema clínico. La infección por *Helicobacter Pylori* está presente en el 95 al 97% de los pacientes con úlcera duodenal y en el 83% de los pacientes con úlcera gástrica. La gastritis por *Helicobacter Pylori* es un factor de riesgo de úlcera gastroduodenal y no una consecuencia de la úlcera, se caracteriza por dolor epigástrico que tiene periodicidad y horario, es el llamado dolor a cuatro tiempos, aparece después de las comidas, presenta los síntomas como: pérdida de apetito, pérdida de peso, distensión abdominal³⁷.

c. Cáncer gástrico.

El cáncer gástrico es la neoplasia más frecuente del tubo digestivo. El término cáncer gástrico se refiere a los adenocarcinomas del estómago, que representan un 95% de los tumores malignos de este órgano. El *Helicobacter. Pylori* es considerado un factor de riesgo en el desarrollo del cáncer de estómago, con una prevalencia de infección por *Helicobacter. Pylori* entre el 69 y el 94% en pacientes con cáncer gástrico, comparado con el 47 al 76% en el grupo control, lo que supone un riesgo relativo de 3.8 para el desarrollo de cáncer en los pacientes infectados. El cáncer gástrico temprano prácticamente es asintomático. En el cáncer gástrico avanzado, predominan la pérdida de peso y el dolor abdominal, también existen la disfagia, saciedad

temprana, vómitos persistentes y anemia por los eventuales sangrados³⁸.

2.2.7. Diagnóstico.

a) Diagnóstico Clínico

Las gastritis pueden ser totalmente asintomáticas y en caso de existir síntomas estos no son propios, como la presencia de ardor, dolorabilidad o molestias postprandiales en epigastrio, llenura precoz, vinagreras, náusea, distensión abdominal, síntomas que también pueden estar presentes en dispepsia no ulcerosa, úlceras o neoplasias gástricas o duodenales y aun en el colon irritable. Además, pueden manifestarse con hemorragias crónicas o agudas que podrían llegar a ser masivas con hematemesis y melena.

b) Diagnóstico Endoscópico

Los signos endoscópicos asociados a la gastritis incluyen edema, eritema, mucosa hemorrágica, punteados hemorrágicos, friabilidad, exudados, erosiones, nodularidad, pliegues hiperplásicos, presencia de signos de atrofia de la mucosa dada por visualización de vasos submucosos con aplanamiento o pérdida de los pliegues acompañados o no de placas blanquecinas que corresponden a áreas de metaplasma intestinal¹⁵.

c) Diagnóstico Histológico

No se debe abusar del diagnóstico de gastritis, por lo que se requiere realizar la biopsia para confirmación histológica, establecer la presencia o ausencia de *Helicobacter pylori* o de otras formas de gastritis específicas¹⁵.

Exámenes de laboratorio

Las pruebas de laboratorio pueden usarse para determinar algunas causas de gastritis, como en el caso del *Helicobacter pylori* a través de métodos invasivos como la endoscopia y biopsias para el estudio histológico, realizar la técnica de la ureasa rápida, el cultivo y o el empleo de métodos no invasivos como la serológica para Ig G, la detección de antígeno en las deposición y la prueba del aliento del C13 o C14 espirado con sensibilidades / especificidades de más de 90/90 % a excepción de la serológica 80/90% y el cultivo 50/100%¹⁵.

2.2.8. Medidas de Prevención.

Es muy importante cuidar la higiene y calidad de los alimentos que se ingieren, evitar el consumo excesivo de irritantes como el chile o el café, de productos con muchos conservadores y colorantes, de alimentos fritos³⁹.

- El cigarro y el alcohol se relacionan fuertemente con la gastritis, por lo que se debe evitar su uso y consumo.
- Evitar la automedicación y dejar de tomar aspirinas o fármacos antiinflamatorios.
- Evitar el estrés, lo más que se pueda, descansar al menos 8 horas diarias.

2.2.9. Tratamiento.

- **Antiácidos:** Enfocados a reducir el ardor estomacal disminuyendo los ácidos del estómago. Es el medicamento para la gastritis más usado. Su función consiste en provocar una reacción química que neutralice la acidez existente en el estómago mediante el uso de

sustancias alcalinas. Suelen ser los de acción más rápida para aliviar las molestias pero con el efecto menos prolongado.¹⁵

- **Bloqueadores de histamina 2:** Muy relacionados con los antiácidos, están enfocados a reducir los ácidos del estómago, son menos agresivos¹⁵.
- **Inhibidores de la bomba de protones (IBP):** Otra forma de reducir ácidos y aliviar el dolor, quizá más eficaz que los bloqueadores¹⁵.

2.3.- DEFINICION DE TERMINOS BASICOS.

- **AINE:** significa antiinflamatorios no esteroideos, son un gran grupo de medicamentos que alivian el dolor (analgésicos) y reducen los efectos de la fiebre (antipiréticos), así como el efecto de reducir la inflamación cuando se utiliza durante algún tiempo²⁹.
- **Anamnesis:** Conjunto de los datos clínicos relevantes y otros del historial de un paciente⁴⁰.
- **Asintomático:** es un término que se utiliza en la medicina para nombrar a algo o alguien que no presenta síntomas de enfermedad⁴⁰.
- **Biopsia:** Se corta una muestra pequeña de tejido del cuerpo del estómago para que un patólogo la observe bajo un microscopio y determine si hay signos de cáncer⁴⁰.

- **Cáusticos:** que significa quemar, podemos denominar una sustancia que quema o es abrasiva, así como algo o alguien que es mordaz o agresivo³³.
- **Carcinoma:** Estas células anormales se pueden volver cancerosas y diseminarse hasta los tejidos vecinos sanos⁴⁰.
- **cáncer gástrico:** es un tipo de crecimiento celular maligno producido con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos y órganos, en particular el esófago y el intestino delgado, causando cerca de un millón de muertes en el mundo anualmente³⁰.
- **Células:** Cualquier célula del cuerpo menos los óvulos y los espermatozoides (células reproductoras) ⁴⁰.
- **Endógenos:** Que se forma o engendra en el interior de algo, como la célula que se forma en el interior de otra⁴⁰.
- **Endoscopia:** Consiste en la introducción de una cámara o lente dentro de un tubo o endoscopio a través de un orificio natural, una incisión quirúrgica o una lesión para la visualización de un órgano hueco o cavidad corporal¹⁵.
- **Eosinofilia:** es el aumento de los eosinófilos en la sangre. son un tipo de leucocito o glóbulo blanco que encontramos en el torrente sanguíneo. Estos glóbulos son células sanguíneas que se generan en la médula ósea y forman parte del sistema inmunitario. Hay cinco tipos de leucocitos¹⁵.
- **Erosiones:** Desgaste producido en la superficie de un cuerpo por el roce o frotamiento de otro⁴⁰.

- **Estrés:** Estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal; suele provocar diversos trastornos físicos y mentales⁴⁰.
- **Exógenos:** La palabra exógeno se refiere a algo que se origina en la parte externa de una cosa¹⁵.
- **Foveolas:** son el nombre que se les da a cada una de las profundizaciones del epitelio gástrico⁴⁰.
- **Gastrinoma:** Es un tipo de tumor poco frecuente que se origina en las células no - beta del páncreas y se comporta de forma maligna más de la mitad de los casos. Producen gastrina, sustancia que estimula la secreción de ácido por las células parietales del estómago⁴⁰.
- **Gastritis:** Es la inflamación de la mucosa gástrica, que en la gastroscopia se ve enrojecida, presentándose en forma de manchas rojizas, las cuales representan irritación o hemorragias subepiteliales¹⁷.
- **Helicobacter pylori:** Es una bacteria que infecta el epitelio gástrico humano, siendo el único organismo conocido que puede subsistir en un ambiente tan extremadamente ácido. H. pylori es una bacteria Gram negativa de forma espiral, es microaerófila²⁷.
- **Historia clínica:** es un documento médico-legal que surge del contacto entre el profesional de la salud (médico, podólogo, psicólogo, asistente social, enfermero, kinesiólogo, odontólogo) y el paciente donde se recoge la información necesaria para la correcta atención de los pacientes⁴⁰.

- **Hematoquecia:** Salida de sangre líquida a través del recto, puede ser resultado de una hemorragia en el recto, en el colon o en los tramos superiores del tracto digestivo⁴⁰.
- **Inmunes:** Que no puede contraer una determinada enfermedad o ser atacado por un agente infeccioso o tóxico³⁶.
- **Lesiones:** Es un cambio anormal en la morfología o estructura de una parte del cuerpo producida por un daño externo o interno⁴⁰.
- **Metaplasia intestinal:** En histología, se llama metaplasia a la transformación citológica de un epitelio maduro en otro que puede tener un parentesco próximo o remoto⁴⁰.
- **Microorganismo:** son aquellos seres vivos más diminutos que únicamente pueden ser apreciados a través de un microscopio⁴⁰.
- **Morbilidad:** morbilidad se refiere a las enfermedades y dolencias en una población. El brote de una enfermedad puede tener consecuencias graves sobre otros aspectos de la población⁴⁰.
- **Mucosa:** Membrana del organismo que elabora una sustancia densa y pegajosa para proteger un órgano o una parte del cuerpo⁴⁰.
- **Necrosis:** es el patrón morfológico de la muerte patológica de un conjunto de células o de cualquier tejido en un organismo vivo, provocada por un agente nocivo que causa una lesión tan grave que no se puede reparar o curar⁴⁰.

- **Petequias:** son lesiones pequeñas de color rojo, formadas por extravasación de un número pequeño de eritrocitos cuando se daña un capilar⁴⁰.
- **Prevalencia:** Es la proporción de individuos de una población que presentan el evento en un momento, o periodo de tiempo, determinado⁴⁰.
- **Reservorio:** Organismo que aloja virus, bacterias u otros microorganismos que pueden causar una enfermedad contagiosa y que puede propagarse hasta producir una epidemia⁴⁰.
- **Resistencia bacteriana:** Es la capacidad de un microorganismo para resistir los efectos de un antibiótico⁴⁰.
- **Úlceras pépticas:** es toda lesión de la piel o membrana mucosa con forma crateriforme (forma de un cráter, al perderse parte del tejido) y con escasa o nula tendencia a la cicatrización. afecta la mucosa que recubre el estómago o el duodeno (la primera parte del intestino delgado)³⁷.
- **Uremia:** llamado síndrome urémico, es un conjunto de síntomas cerebrales, respiratorios, circulatorios, digestivos, etc., producido por la acumulación en la sangre de los productos tóxicos que, en estado general normal, son eliminados por el riñón³⁵.

CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.

3.1.- FORMULACION DE HIPOTESIS PRINCIPAL Y DERIVADAS

Hipótesis general.

H1: Los factores de riesgos exógenos tienen relación significativa con la gastritis.

Hipótesis secundaria.

- a) La prevalencia de gastritis en pacientes que se atienden en el servicio de gastroenterología el Hospital Regional de Cajamarca es alta.
- b) Los factores de riesgos exógenos tienen relación con la gastritis en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Regional de Cajamarca.

- c) Los factores de riesgo exógenos no tienen relación con la gastritis en los pacientes atendido en el servicio de gastroenterología del Hospital Regional de Cajamarca.

3.2.- VARIABLES (DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL).

- a) Variable independiente.

Los factores de riesgo exógenos.

- b) Variable dependiente.

Gastritis.

VARIABLES –OPERACIONALIZACIÓN.

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
INDEPENDIENTES: Factores de riesgo exógenos	Se refiere a algo que se origina en la parte externa del estómago y sus características que intervienen en la enfermedad de gastritis	Automedicación	Medicamento prescrito por el medico	Si – No
		Hábitos de consumo de alimentos	Consume alimentos ricos en grasa	Si – No
			Al comer sus alimentos añade ají	Si – No
			Consume alimentos a la hora indicada.	Si – No
			Alimentos con mayor condimento	Si – No
			Alimentos con mayor conservante o enlatados.	Si – No
Consume usted comida chatarra.	Si – No			
		Hábitos tóxicos		Si – No
				Si – No
				Si – No
				Si – No
	Gastritis es una			

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
<p>DEPENDIENTES:</p> <p>Gastritis</p>	<p>enfermedad inflamatoria aguda o crónica de la mucosa gástrica producida por factores exógenos y endógenos que produce síntomas dispépticos atribuibles a la enfermedad y cuya existencia se sospecha clínicamente, se observa endoscópicamente y que requiere confirmación histológica</p>	<p>Gastritis</p>	<p>Diagnóstico de gastritis de los pacientes atendidos en el servicios de gastroenterología</p>	<p>Si – No</p>

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

4.1.- Tipo y nivel de investigación

Según el objeto de estudio, la investigación es aplicada, su fin es dar solución a situaciones concretas identificables, utiliza la experiencia del investigador y la aplica en estudios de campo.

4.2.- Nivel de la investigación

El nivel de la investigación es de tipo correlacional, relaciona dos o más conceptos, variables o categorías; de forma positiva o negativa. Hernández, Fernández y Baptista (2004).

4.3.- Diseño Metodológico

El diseño de la investigación es transversal, se recolectan datos de los sujetos en un solo momento

4.4.- Diseño muestral.

Población.

La población estuvo constituida por 1265 pacientes de ambos sexos que se atendieron en el servicio de gastroenterología del hospital regional de Cajamarca en el año 2016.

Muestra.

La muestra estuvo constituida 66 pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología, de ambos sexos, del Hospital Regional de Cajamarca, y que cumplieron con los criterios de inclusión, el cálculo se realizó utilizando la siguiente ecuación:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{e^2(N - 1) + Z^2 pq}$$

Donde:

n = Número de pacientes a encuestar

N = Población que demanda el servicio de gastroenterología del Hospital Regional de Cajamarca en el año 2016 = 1265 personas

Z = Nivel de confianza 95 % = 1,96

p = Proporción de pacientes adultos que tienen gastritis, 4,6% = 0,046 (Análisis de situación de salud del Perú 2013)

q = Proporción de pacientes, que no tienen gastritis, 95,4% = 0,954

e = Error esperado 5% = 0,05

Entonces:

$$n = \frac{(1,96)^2(0,95)(0,05)(1265)}{(0,05)^2(1264) + (1,96)^2(0,95)(0,05)}$$

$n = 66$ pacientes

En el proceso de recolección de información podría existir información incompleta, se decide encuestar a 70 pacientes de ambos sexos mayores de 18 años, que acudieron al servicio de gastroenterología del hospital regional de Cajamarca, en el periodo de junio-julio del 2017.

Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes de ambos sexos mayores de 18 años que se atendieron en el servicio de gastroenterología en el hospital regional Cajamarca y que voluntariamente decidieron participar del estudio.
- Pacientes que dieron su consentimiento para participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Pacientes de ambos sexos que por su condición de salud no pueden brindar información
- Pacientes que no tuvieron patología gástrica y se atendieron el servicio de gastroenterología.

4.5.- Técnicas de recolección de datos.

Para realizar la presente investigación se ha utilizado una encuesta pre codificada y validada por tres expertos, su aplicación a 70 pacientes de ambos sexos mayores de 18 años, que se atendieron en el servicio de gastroenterología del Hospital Regional de Cajamarca, según la demanda; durante los meses de junio – julio 2017.

4.6.- Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información.

El ingreso de datos se realizó en una matriz Excel, sujeto por sujeto de estudio, el procesamiento y análisis de los datos de los encuestados, se ejecutó con el apoyo del programa informático, software SPSS v_22, para presentarlos en tablas de doble entrada que nos ayuden para analizar los datos obtenidos y la elaboración de gráficos.

Para el análisis estadístico inferencial y determinar la relación entre las variables, se ha utilizado la prueba estadística de Chi – cuadrado, y el p valor, para determinar su correlación.

4.7.- Aspectos éticos

Todos los colaboradores en el estudio dieron previamente su consentimiento Informado. La privacidad de las encuestas se garantizó mediante la aplicación de un instrumento anónimo estilo conversación.

Y se enmarco de acuerdo a la resolución N° 8430 de 1993 que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la

investigación en humanos, Artículo 11, éste estudio se clasifica como “investigación sin riesgo”: “Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta

CAPÍTULO V: ANALISIS Y DISCUSIÓN.

5.1.- RESULTADOS

Para realizar el estudio se ha entrevistado a 70 pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Regional de Cajamarca, durante los meses de junio y julio del año 2017, se ha utilizado como instrumento una encuesta a la demanda, según formato precodificado.

La edad de los pacientes encuestados incluye las tres etapas de vida, joven, adulto y adulto mayor; el 64% de encuestados son de sexo femenino y el 35.7% de sexo masculino.

El 18.6% de encuestados son analfabetos y un 31.4% tiene grado de instrucción superior. 38.6% son casados y el 72.9% proceden de la zona urbana y son católicos un 62.9%.

La ocupación principal de los encuestados son ama de casa un 35.7% y estudiantes el 21.4%.

En la investigación se ha podido determinar una prevalencia de gastritis de 74.3% y el 25.3% no tiene gastritis, como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1

Clasificación de los pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología Hospital Regional de Cajamarca, junio – julio 2017

Clasificación de los pacientes atendidos	Nº	%
Con gastritis	52	74.3
Sin gastritis	18	25.7
Total	70	100.0

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 1 se observa que es de 74.3% de pacientes atendidos, tienen algún tipo de gastritis y el 25.7%, no tienen gastritis

FACTORES DE RIESGOS EXOGENOS

Tabla 2.

Gastritis y automedicación en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Regional de Cajamarca, junio-julio 2017.

Automedicación para gastritis	Gastritis				Total	
	Con gastritis		Sin gastritis			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	36	69.2	5	27.8	41	58.6
No	16	30.8	13	72.2	29	41.4
Total	52	100.0	18	100.0	70	100.0

Fuente: Encuesta aplicada.

*Prueba Chi – Cuadrado ($p=0.005$)

En la tabla 3 se observa que el 58.6% de los pacientes se auto medican para gastritis, de los cuales sólo el 69.2% tenía gastritis y el 27.8% no.

Tabla 3.

Gastritis y hábitos de consumo alimentario en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Regional Cajamarca, junio - julio 2017.

Hábitos de consumo alimentario	Gastritis				Total		p*
	Con gastritis		Sin gastritis		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%			
Consume alimentos ricos en grasa (Fritura) en casa	40	76.9	8	44.4	48	68.6	0.024
Al comer sus alimentos le añade ají	38	73.1	4	22.2	39	55.7	0.000
Consume alimentos a la hora no indicada	20	38.5	13	72.2	33	47.1	0.028
Consume alimentos preparados con mayor condimentos	32	61.5	6	33.3	38	54.3	0.038
Consume alimentos con conservantes en sobres o enlatados	35	67.3	6	33.3	41	58.6	0.025
Consume comida chatarra en lugares públicos o en la calle	42	80.8	5	27.8	47	67.1	0.000
Total	52	100.0	18	100.0	70	100.0	

Fuente: Encuesta elaboración propia.

En la tabla 3 se puede describir el comportamiento de los hábitos alimentarios y la relación con la gastritis, se observa que en los pacientes con diagnóstico de gastritis el 76.9% consumen alimentos ricos en grasa, 73.1% consumen alimentos con ají, 38.5% consume alimentos en horas no indicadas, el 61.5 % ingiere alimentos preparados con alta concentración de condimentos, también el 67.3% de pacientes comen alimentos que contiene conservantes en sobres o enlatados y el 80.8% de pacientes se alimentan con comida chatarra en lugares públicos o en la calle.

Tabla 4.

Gastritis y hábitos tóxicos en pacientes que se atendieron en el servicio de gastroenterología del Hospital Regional de Cajamarca, junio – julio, 2017.

Hábitos tóxicos	Gastritis				Total		p*
	Con gastritis		Sin gastritis		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%			
Gaseosas	31	59.6	2	11.1	42	60.0	0.001
Alcohol	35	67.3	3	16.7	15	21.4	0.001
Café	27	51.9	2	11.1	30	42.9	0.006
Fuma	25	48.08	1	5.6	6	8.6	0.003
Total	52	100	18	100	70	100	0,005

Fuente: Encuesta elaboración propia

Según el uso de hábitos tóxicos, por los pacientes que sufren gastritis, se ha podido determinar que el 59.6% de pacientes toman gaseosas, el 67.3% consumen alcohol, el 51.9% toman café y el 48.08% fuman, como se muestra en la tabla 4

5.2.- DISCUSIÓN

ASPECTOS GENERALES.

- La gastritis es una de las morbilidades más frecuentes de la consulta a los servicios de gastroenterología (5), e influenciado por la presencia de factores endógenos y exógenos (5, 15).

En el estudio realizado en el Hospital Regional de Cajamarca, se ha podido determinar que tres cuartas partes de los pacientes atendidos presentan gastritis, 74.3%, lo cual es una alta prevalencia, esto se relaciona con un estudio realizado por Fernández, que indica que entre las enfermedades gastrointestinales más frecuentes se encuentra la gastritis (3), también a nivel internacional la gastritis tiene un comportamiento elevado y su incidencia varía en los diferentes países y regiones y que en los últimos años está en aumento (4). Estos resultados nos indican que las personas que manifiestan sentir signos clínicos de gastritis, un alto porcentaje tienen la enfermedad; pero que la cuarta parte tiene otro problema y no es gastritis y que probablemente está recibiendo o automedicándose para gastritis, lo cual debe ser motivo de investigación.

FACTORES DE RIESGO EXOGENOS

Esta investigación da énfasis a la revisión de factores exógenos, mientras que los endógenos no se han considerado.

Entre los pacientes atendidos se ha determinado que el 58.6% se automedican y de los que se automedican para tratar la gastritis, el 69.2% tiene gastritis y 30.8% no tiene, estos resultados tienen relación estadísticamente significativa ($p=0.005$) entre gastritis y automedicación, es decir que la mayoría de los pacientes que sienten manifestaciones clínicas de gastritis si tienen la enfermedad; resultados que se relacionan con lo encontrado por Pizarro que indican que la población que se automedican es del 92.5% (14); la gastritis erosiva crónica es la consecuencia del consumo de fármacos (21); el alto porcentaje de automedicación es a la ingesta y consumo de fármacos, en especial los AINES; porque estos son de venta libre y de uso en diversas patologías, sin considerar los efectos negativos que puede ocasionar en la mucosas gastrointestinal (29). La falta de conocimiento, la baja disponibilidad de servicios de salud, la poca cobertura y el poco uso de éstos, conducen a la población para automedicarse.

Es importante el tratamiento previa consulta médica y con acompañamiento para determinar efectos adversos y disminuir la automedicación.

Considerando algunos hábitos de consumo alimentario se determina que existe relación estadísticamente significativa entre gastritis y consumo de alimentos ricos en grasa ($p=0.024$), donde el 76.9% de pacientes con gastritis

realizan esta práctica, lo que se relaciona con lo que indica Barrenechea (8) y que las grasas de productos de origen animal son consideradas como irritantes gástricos (34), ello nos indica que el consumo de alimentos deben ser cuidadoso, en Cajamarca el consumo elevado de grasa en las comidas es una tradición.

El consumo de alimentos que contienen ají y condimentos se relacionan con gastritis ($p=0.000$; $p=0.038$ respectivamente), en este estudio se ha determinado que el 73.1% de pacientes con gastritis consumen alimentos que contienen ají y 61.5% contienen alto contenido de condimentos; estos resultados son similares a diversos estudios que determinaron que productos irritantes gástricos como el ají esta presenta en un porcentaje elevado de pacientes que sufre de gastritis, Sánchez determina que el 30% de pacientes con gastritis consumen ají y condimentos (4) y que el tratamiento de la gastritis incluye una dieta sin ají y sin condimentos (15). Consumir ají y comida condimentada en la población cajamarquina es muy frecuente y se utiliza como medio para dar sabor y color a las comidas, así como ser el acompañante principal en la mesa de la mayoría de familias. En la población peruana existe una tradición de consumir ají en alimentos posterior a consumir alcohol o el consumir ceviche picante, para aliviar las molestias posteriores a la embriaguez.

También se ha identificado que consumir alimentos en horas inadecuadas, es un factor de riesgo para sufrir gastritis ($P=0.028$), el 38.5% de pacientes con gastritis realizan estas prácticas; Barrenechea indica que no tener un horario

fijo al momento de comer es un motivo para padecer de gastritis (8), por otro lado Ayala sostiene que cumplir tareas en la calle por mucho tiempo conduce a no cumplir un horario preciso de alimentarse (10), Sánchez a determinado que el 70% de pacientes con gastritis no consumen alimentos a la hora indicada (4); esta situación cada vez se hace más complicada ya que las personas cada día deben responder a la globalización y tener mayores exigencias que cumplir, desplazarse a lugares más alejados para trabajar, lo que hace que la población consuma alimentos al paso durante el poco tiempo de descanso que tiene; esta situación es un indicador que probablemente la gastritis en los trabajadores aumente, por lo que las instituciones y el estado deben establecer mecanismos adecuados para evitar que sus empleados se enfermen y perjudique su productividad.

En este estudio también se ha determinado que el consumo de alimentos con conservante en sobre o enlatados es muy frecuente, en pacientes que sufren de gastritis representando el 67.3%, lo cual tiene una relación estadísticamente significativa ($p=0.025$) entre esta práctica y la gastritis. La realidad nos muestra que el consumo de alimentos preparados está de moda, está presente en los refrigerios, en las loncheras, en las bodegas y en todos los centros comerciales con propagandas muy atractivas para la población, esto debe ser vigilado cuidadosamente por el estado para garantizar que la composición y los conservantes en las comidas embazadas sean las correctas y así prevenir enfermedades como las gastritis y la población debe ser adecuadamente informada para saber lo que debe y lo que no debe consumir. Sánchez

ha encontrado que el 43% de pacientes con síntomas de gastritis consumen alimentos con preservantes (4).

Consumir alimentos chatarra en lugares públicos o en la calle es otro problema grave que amenaza la salud pública, en este estudio se ha determinado que el 80.8% de las pacientes con gastritis consumen este tipo de alimentos, demostrando una relación estadísticamente significativa ($P=0.000$), resultados similares encuentra Sánchez (14), Jaramillo encuentra que el consumo de comida chatarra influye en el desarrollo de gastritis crónica (11). En la actualidad la población está acostumbrada a consumir irritante gástricos (15) que están presentes en las comidas chatarra como condimentos, sal, ají, grasas, entre otros, por lo que debemos modificar los hábitos de consumo en la población para que sean más seguros y no se abuse en su utilización.

Entre los hábitos considerados como tóxicos para la salud y que se han analizado en este estudio están las bebidas gaseosas, el alcohol, el café y fumar, son hábitos que están presente en un 50% y más de los casos que tienen gastritis, siendo el alcohol el que más se consume, todos ellos tiene relación estadísticamente significativa entre su práctica y el desarrollo de gastritis, como se muestra en la tabla 4. Estos resultados tienen relación con diversos estudios realizados; Sánchez determinó que entre los pacientes que sufren de gastritis, el 91% fuma, 81% consume alcohol y el 65% café (3); Valdivia describe que la gastritis es etiológicamente multifactorial e indica que las drogas, el alcohol y el tabo son factores exógenos para gastritis (15), también Jaramillo determinó que el consumo de café y chocolate, influyen el

desarrollo de gastritis crónica (11), se ha determinado que el 80% de alcohol se absorbe en el estómago y duodeno (31); las gaseosas, el café, el alcohol; son considerados como irritantes de la mucosa gástrica; contienen alto contenido de sodio, la cafeína daña y altera el proceso digestivo, el alcohol y el tabaco producen irritación gástrica y afectan a otros órganos como el pulmón, hígado y riñones (34). Por ocasionar daños sistémicos en el organismo, es que se consideran como hábitos tóxicos; en una sociedad propensa al consumismo, obliga al estado para establecer políticas de control y la sociedad debe asumir su responsabilidad para frenar su consumo; por ende los sistemas de salud deben implementar estrategias efectivas de prevención.

CONCLUSIONES.

1. La prevalencia de gastritis en pacientes que se atienden en el servicios de gastroenterología del Hospital Regional de Cajamarca, en el año 2017 es elevada, el 74.3% de pacientes atendidos son diagnosticados con gastritis.
2. Existen factores de riesgo como la automedicación para gastritis y algunos hábitos alimentarios como consumo de alimentos ricos en grasa, que contienen ají, alimentarse en horas no adecuadas, consumo de alimentos preparados con alto contenidos de condimentos, así como el consumo de alimentos con conservante y el consumo de comida chatarra en lugares públicos o en la calle; son factores que tiene relación para desarrollar gastritis.
3. Los hábitos tóxicos como el consumo de gaseosas, tomar alcohol, consumir café y fumar, son factores que han determinado relación como factores de riesgo para ocasionar gastritis en personas que lo consumen o practican.

RECOMENDACIONES.

- Esta revisión destaca que muchos de los alimentos y nutrientes descritos por la literatura universal pueden ser factores de riesgo por lo cual se presume que las buenas prácticas de manufactura pueden estar involucradas en esta caracterización los factores de riesgo, las cuales deben abordarse en las investigaciones futuras.
- Dada la variabilidad de dieta y hábitos alimentarios por regiones, países y agrupaciones de alimentos, se puede presumir que cada región debe crear su propia herramienta metodológica de evaluación de consumo de alimentos, contemplando los factores de riesgo involucrados en los diferentes estudios.
- Desarrollar el proceso de atención de enfermería a todos los pacientes que presenten dicha enfermedad, o si es posible a los más graves con cáncer gástrico.
- Llevar a cabo una alimentación lo más variada posible, excluyendo tan solo temporalmente aquellos alimentos que crean molestias y los que aumentan la acidez o irritan la mucosa gástrica como café, té, alcohol y sustituirlos por infusiones suaves (romero, salvia, poleo, manzanilla).
- Concientizar a la población a través de charlas educativas en las instituciones Identificar signos y síntomas de la gastritis para evitar complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Fernández Travieso, Julio César. Incidencia actual de la gastritis, Revista CENIC Ciencias Biológicas, 2014 Vol. 45, No. 1, pp. 10-17.
2. Huanca Fernández, Kerly Maribel, "complicaciones de la gastritis en adultos de 20 a 35 años atendidos en el área de consulta externa del hospital "San Vicente de Paúl" trabajo de titulación previo opción a la obtención de licenciada en enfermería, Machala –Ecuador, 2015.
3. Sánchez Arias, César Crisanto. Características sociodemográficas, hábitos de consumo alimentario y sustancias nocivas en pobladores con diagnóstico de gastritis y que acuden al centro de salud de Quilmaná – Cañete 2014. Tesis de grado. Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú. 2014. Revisado el 20 de noviembre del 2017. Disponible en http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/USMP_1eb39a138f85b1de42da0537c799250b.
4. Oparai V, Rajagopalan J. Principales factores de riesgo psicológicos, sociales y nutricionales para la gastritis. Ginebra: OMS; 2013
5. Ramírez A, Gilman R. Helicobacter pylori 25 años después. Revista Gastroenterológica del Perú. 2009; 29 (3): 285-288.
6. Carpintero H, Talley N. La gastroscopia es incompleta sin biopsia: relevancia clínica de distinguir la gastropatía de la gastritis. Gastroenterología 1995; 108 (3): 917-24.
7. Chávez M. Estudios epidemiológicos de la prevalencia e incidencia de la gastritis en el Perú. Lima: Hospital Nacional Arzobispo Loayza; 2013.

8. Oscar Barrenechea, "Ocho de diez peruanos sufren de gastritis", disponible en <http://www.quicorp.com/noticia/ocho-de-cada-diez-peruanos-sufren-degastritis;2012>.
9. Juan Manuel Don Lucas Sánchez, "Gastritis aguda, el alcohol, tabaco y medicamentos". Disponible en <http://incidencia.com.mx/?p=16245;2013>
10. Gaby Matus "Gastritis un problema muy mexicano" disponible en <http://www.saludymedicinas.com.mx/centrosdesalud/gastritis/articulos/gastritis-un-problema-muy-mexicano.html> publicado el 26 de junio 2014.
11. Jaramillo Salazar, María Daniela y Mendiburo Fernández, Pamela Elizabeth. Relación entre los hábitos alimentarios y el estilo de vida con la gastritis crónica en pacientes que se realizan endoscopia digestiva alta con toma de biopsia, del centro médico de gastroenterología "Dr. Juan Pablo Jaramillo Eguiguren". Trabajo de titulación previo a la obtención del título de licenciada en nutrición dietética y estética. Guayaquil, Ecuador. septiembre del 2017.
12. Pacheco Castro, María Fernanda. "determinación de helicobacter pilory y su relación con los factores de riesgo para desarrollar gastritis en los policías municipales". Trabajo de titulación previo a la obtención del título de licenciado en laboratorio clínico. Loja – Ecuador, 27 de marzo del 2015.
13. Gómez Vásquez, Elmer John. Frecuencia de gastritis en pacientes con ingesta continúa de antiinflamatorios no esteroideos. Tesis para optar el grado de bachiller en medicina. Trujillo. Perú. 2016.
14. Pizarro Rocano, Karina Elizabeth. Consumo de AINES y la relación con la existencia de gastritis en el personal que labora en la policía nacional del cantón Zamora, en el año 2014. Tesis previa a la obtención de grado de Licenciada en Enfermería. Loja, Ecuador. 2015.

15. Valdivia Roldán Mario. Gastritis y gastropatías. Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2011 Ene [citado 2017 Nov 27]; 31(1): 38-48. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292011000100008&lng=es.
16. Bernuy P, Salinas C, Benites H, Bussalleu A, Ojeda M, Montes P. Eficacia de los tratamientos para la infección por *Helicobacter pylori* en una Clínica Médica privada. Rev. Soc. Perú. Medicina. Interna. 2013 jul-sep; 26 (3): 115 - 120.
17. Kay M, Peek R, Yamada T. Gastritis y Gastropatía. Texbook de Gastroenterología. Quinta edición 2009.
18. Velasco Benitez, Carlos Alberto; Amorocho Perez, Ruben Dario. Tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori* asociada a gastritis en niños. Rev. Gastroenterol. Peru, Lima, v. 22, n. 2, abr. 2002. disponible en <<http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=s1022-5129200200020000&ing=es&nrm=iso>>. accedido en 24 nov. 2013.
19. Contra R., Kumar V. & Collins T. Robbins: Patología estructural y funcional. Madrid: McGraw Hill Interamericana. (2000)
20. Robertson MS, Cade JF, Clancy RL. Infección por *Helicobacter pylori* en cuidados intensivos: Aumento de la prevalencia y una nueva infección nosocomial. Crit Care Med 1999; 27: 1276 -80.
21. VELASCO, CA. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. En: Velasco CA, editor. Casos pediátricos en Gastroenterología, hepatología y Nutrición. Editorial universidad del valle: Cali, 2003. p.p 15-25
22. López rodas, Xiomara Yumele." factores de riesgo asociados a gastritis en pacientes adultos del imss en chiapas", trabajo de titulación previo opción a la

obtención de licenciada en enfermería en nutriología Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, mayo 2017.

23. P. GISBERT, Javier. lesiones gástricas por estrés, documento de revisión. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid, marzo - abril 2002. VOL. N.3
24. Kuipers E, Blaser M. Acid peptic disease Cecil Medicine. 24th ed. Philadelphia 2011.
25. Tomoari K, Aki T., Yoshiyuki Y, Noriaki M., Hiroaki K, Masaki M, et al. La gastritis nodular con infección por helicobacter pylori está fuertemente asociada con el tipo difuso de cáncer gástrico en pacientes jóvenes. Digestive Endoscopy 2010; 19 (4): 180-184.
26. Tierney L y cols. Diagnóstico clínico y tratamiento 35ª Edición. Tumores malignos de estómago. Pgs. 585-86. Ed. Manual Moderno. 2. Corral VB. Cáncer gástrico. Estado actual. Cirujano General 1999; 21
27. World Gastroenterology Organisation. Practice Guidelines: Helicobacter pylori en los países en desarrollo. Guidelines@worldgastroenterolgy.Org. 2006.
28. ramirez ramos, alberto; gilman robert h. Helicobacter pylori en el Perú. Capitulo VIII. B. Gastritis. Año 2000, Pag 129 - 134.
29. Diego Díaz y Eduardo Picco Dpto de Farmacología Facultad de Ciencias Veterinarias Universidad Nacional del Litoral. Argentina, 22 abr. 2008
30. Ynaraja, E. y Mayoral, I. 1997. Uso clínico de Anti- inflamatorios no esteroideos en el perro y el gato.: 1-21 In Iams Symposium. Manejo del Paciente Crítico. Buenos Aires. Argentina. 12 de junio de 1997. Proceedings Iams Symposium. Manejo del Paciente Crítico. Buenos Aires. Argentina. 12 de junio de 1997

31. Facultad de Farmacia, UB. (Curso 2012-2013). Apuntes: Toxicología. Alcohol y Tabaco. 4º curso Farmacia. Barcelona.
32. J.A. Sánchez-Cuéna, et al, revista de gastroenterología de México. artículo de revisión .rev. Infección por *Helicobacter pylori* y su asociación con el consumo de alcohol 27 de octubre de 2012; aceptado el 6 de junio de 2013
33. Bautista Casanovas Adolfo, Argüelles Martín, Federico. Ingesta de cáusticos, artículo de revisión Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela. 2 Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. 2006.
34. Abrego Abrego, Alejandro. Enfermedades del sistema digestivo, <https://ingenioysalud.com/cuales-son-los-alimentos-irritantes.ultimo> acceso 28 de noviembre 2017
35. Graña fandos, José María. Enciclopedia de salud, artículo de revisión insuficiencia renal (uremia), 24 de marzo de 2010 - 16:38.
36. termo científico.gastritis autoinmunitario, <http://www.phadia.com/es/3/Diseases/CeliaquiaOtros-trastornos-digestivos/Gastritis-autoinmunitaria>. Ultimo acceso 29 de noviembre del 2017.
37. Esteves Arriaga, Lucciola Gissellae. Factores asociados a las enfermedades digestivas por *Helicobacter pylori* en el adulto. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Químicas, 2002.
38. Manfred Kist, Manuel López-Brea, Alejandro M Hirschl, Leif P Andersen, Herman Goossens, Youri Glupczynski, *Helicobacter pylori* Resistencia a los antibióticos en Europa y su relación con el consumo de antibióticos, Francis Megraud, Samuel Coenen, Ann Versporten, Gut. 2013; 62. (1): 34-42.).

39. Clauvickbarrios. prevención de la salud en el sistema digestivo

[https://prevencionensaludclzm.wordpress.com/prevencion-de-la](https://prevencionensaludclzm.wordpress.com/prevencion-de-la-gastritis//prevención%20de%20la%20gastritis%202012/10/07)

[gastritis//prevención de la gastritis 2012/10/07](https://prevencionensaludclzm.wordpress.com/prevencion-de-la-gastritis//prevención%20de%20la%20gastritis%202012/10/07)

40. Editorial: Elsevier España www.elsevier.es Diccionario Mosby de Medicina,

Enfermería y Ciencias de la Salud, 6ª ed. Elsevier España. Reseña de libros:

Seguim Farmacoter 2003; 1(2): 149-150.

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN	
			VARIABLE	INDICADOR
<p>PROBLEMA PRINCIPAL ¿Cuáles son los factores de riesgos endógenos y exógenos que se relacionan con la gastritis, en pacientes que se atienden en el servicio de gastroenterología del Hospital Regional de Cajamarca – 2017?</p> <p>PROBLEMA ESPECÍFICO. ¿Cuál es la prevalencia de gastritis, en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Regional de Cajamarca – 2017?</p> <p>¿Qué factores de riesgo exógenos influyen para que se desarrolle gastritis en los pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Regional de Cajamarca del 2017?</p>	<p>GENERAL Determinar los factores de riesgos exógenos que tienen relación con la gastritis en los pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Regional de Cajamarca del 2017.</p> <p>ESPECIFICOS a) Determinar clasificación de la de gastritis en pacientes que se atienden en el servicio de gastroenterología el Hospital Regional de Cajamarca 2017. b) Identificar los factores de riesgos exógenos que tienen relación con la gastritis en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Regional de Cajamarca 2017. d) Describir los factores de riesgos que tienen relación con la gastritis en los pacientes atendido en el servicio de gastroenterología del hospital regional de Cajamarca 201</p>	<p>HIPOTESIS GENERAL Los factores de riesgos exógenos tienen relación significativa con la gastritis.</p> <p>HIPOTESIS SECUNDARIO Los factores de riesgos exógenos no tienen relación significativa con la gastritis</p>	<p>VARIABLES INDEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los factores de riesgo exógenos. 	<p>SI NO</p>
			<p>VARIABLES DEPENDIENTES</p> <p>gastritis</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rayos x ▪ Endoscopia ▪ Biopsia

ANEXO 2.

INSTRUMENTO

FACTORES DE RIESGO EXOGENOS Y SU RELACION CON LA GASTRITIS, EN PACIENTES QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL REGIONAL CAJAMARCA DEL 2017.

FINALIDAD:

Este presente proyecto de investigación tiene por finalidad recopilar datos con el fin de conocer factores y de riesgo que influyen en la gastritis en pacientes atendidos en el servido de gastroenterología en el H.R.C Cajamarca -2017

I. FACTORES SOCIALES:

A. Edad:

B. Sexo:

- 1. Masculino ()
- 2. Femenino ()

C. Grado de Instrucción:

- 1. Sin instrucción ()
- 2. Primaria ()
- 3. Secundaria ()
- 4. Superior ()

D. Estado Civil: Soltero(a)

- 1. Casado(a) ()
- 2. Conviviente ()
- 3. Viudo(a) ()
- 4. Soltero (a) ()

E. Lugar de procedencia:

1. Urbano ()
2. Rural ()

F. Religión

1. Evangélica ()
2. Católica. ()
3. Otro ()

G. Ocupación.

1. Comerciante ()
2. Agricultor. ()
3. Ama de casa. ()
4. Empleado. ()
5. Estudiante ()

H. Ha presentado algunos de los siguientes síntomas.

1. Epigastrialgia (dolor gástrico) 1. SI () 2. NO ()
2. Ardor Gástrico 1. SI () 2. NO ()
3. Pirosis (agruras o acidez) 1. SI () 2. NO ()
4. Vómito 1.SI () 2.NO ()
5. Aerofagia (gases en el estómago) 1. SI () 2.NO ()
6. Hematemesis (Vómitos con sangre) 1. SI () 2.NO ()
7. .Melena (sangre en las heces) 1 .SI () 2. NO ()

I. Se ha realizados exámenes de diagnóstico

- a. Rayos X ()
- b. Endoscopia ()
- c. Ecografías ()
- d. Ninguno ()

J. ¿Consume algún medicamento para la gastritis?

1. SI () 2. NO ()

K. ¿El medicamento que ha consumido para la gastritis

- fue prescrito (recetado) por un médico? 1. SI () 2.NO ()

O. ¿Conoce algún tratamiento farmacológico de la gastritis? ¿Cuál?

1. Omeprazol ()
2. Ranitidina ()
3. Lansoprazol ()
4. Ninguno ()

III.- PREVALENCIA DE GASTRITIS

P. Tipos de gastritis

1. Con gastritis ()
2. Sin gastritis ().

ANEXO 3: VALIDACIÓN

INFORME OPINION DE EXPERTOS: INSTRUMENTO PRE-TEST

I. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres de los profesionales experto.

DR. JAIME EDGAR PACHECO NEYRA

Doctor En Gestión de Salud.

Magister en salud pública.

Cargo e institución donde labora.

Director regional de DIREMID Región Cajamarca.

Docente de Investigación de Posgrado UAP

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

Investigador(a) : Dr. JAIME EDGAR PACHECO NEYRA, Mg. Q.F.				
CRITERIOS	INDICADORES	BUENO	REGULAR	DEFICIENTE
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje apropiado para el (la) usuario.	X		
VOCABULARIO	Es apropiado al nivel de instrucción.	X		
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores precisos y claros.	X		
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems una organización lógica.	X		
PERTINENCIA	Los ítems corresponden a las dimensiones que se evaluarán.	X		
INTENCIONALIDAD	Evalúan el comportamiento asertivo del usuario.	X		
CONSISTENCIA	Basado en los aspectos teóricos y científicos.	X		
COHERENCIA	Coherencia entre las variables, indicadores.	X		
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.	X		

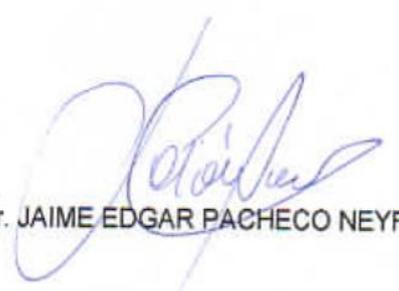
III. SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considerarán oportunas para la mejora del cuestionario)

Imprimir el cuestionario en una sola hoja

IV.-OPINIÓN DE APLICABILIDAD

El instrumento cumple con los criterios para recoger los datos

Cajamarca, 10 DE MAYO



Dr. JAIME EDGAR PACHECO NEYRA, Mg. Q.F

ANEXOS 4: GRÁFICOS

GRÁFICO 1

Condición de los pacientes encuestados en el servicio de gastroenterología Hospital Regional de Cajamarca, junio –julio 2017

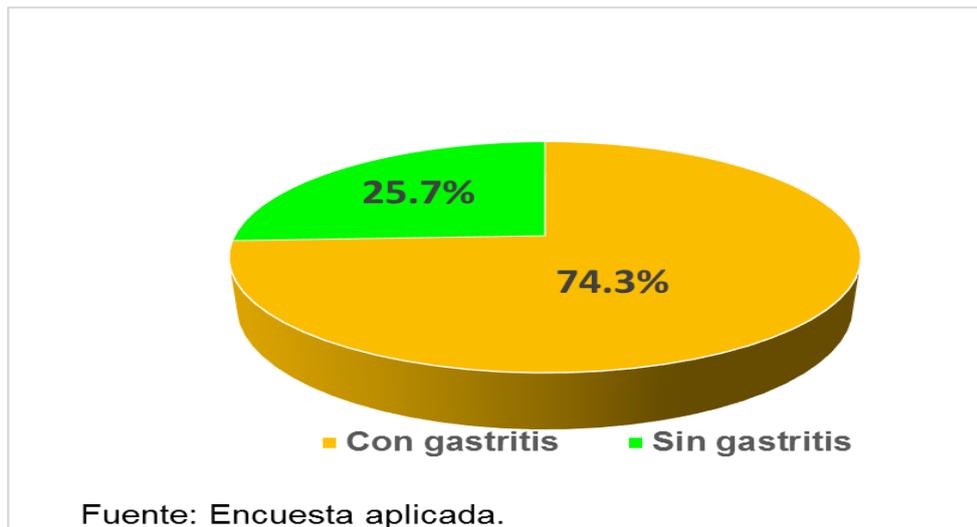


GRÁFICO 2: Gastritis y automedicación en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Regional de Cajamarca, junio-julio 2017

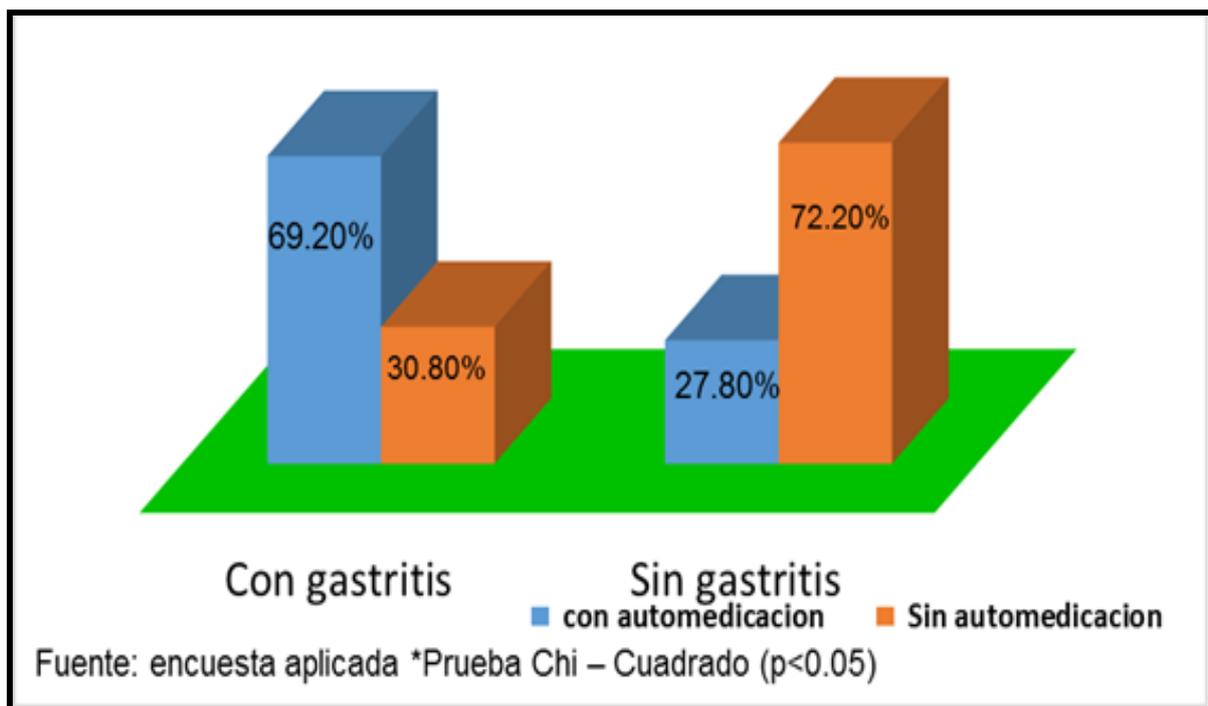


GRAFICO 3: Gastritis y hábitos de consumo alimentario en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del H.R.C. junio-julio 2017.

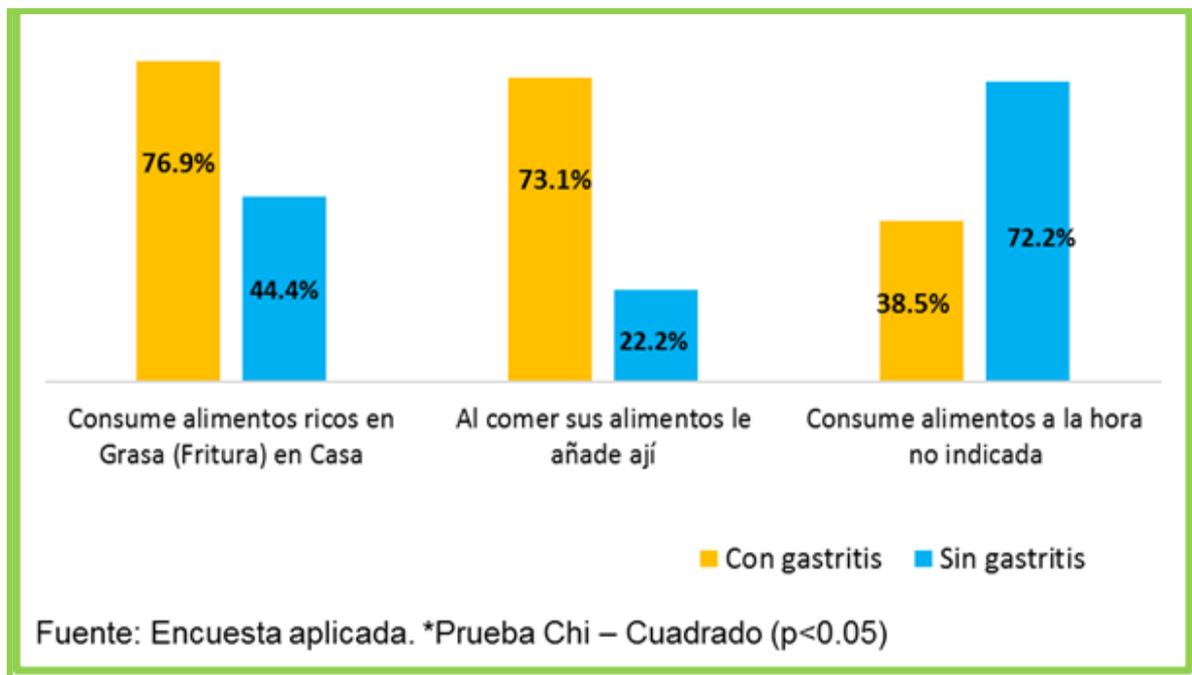


GRÁFICO 3.1: Gastritis y hábitos de consumo alimentario en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del H.R.C. junio-julio 2017.

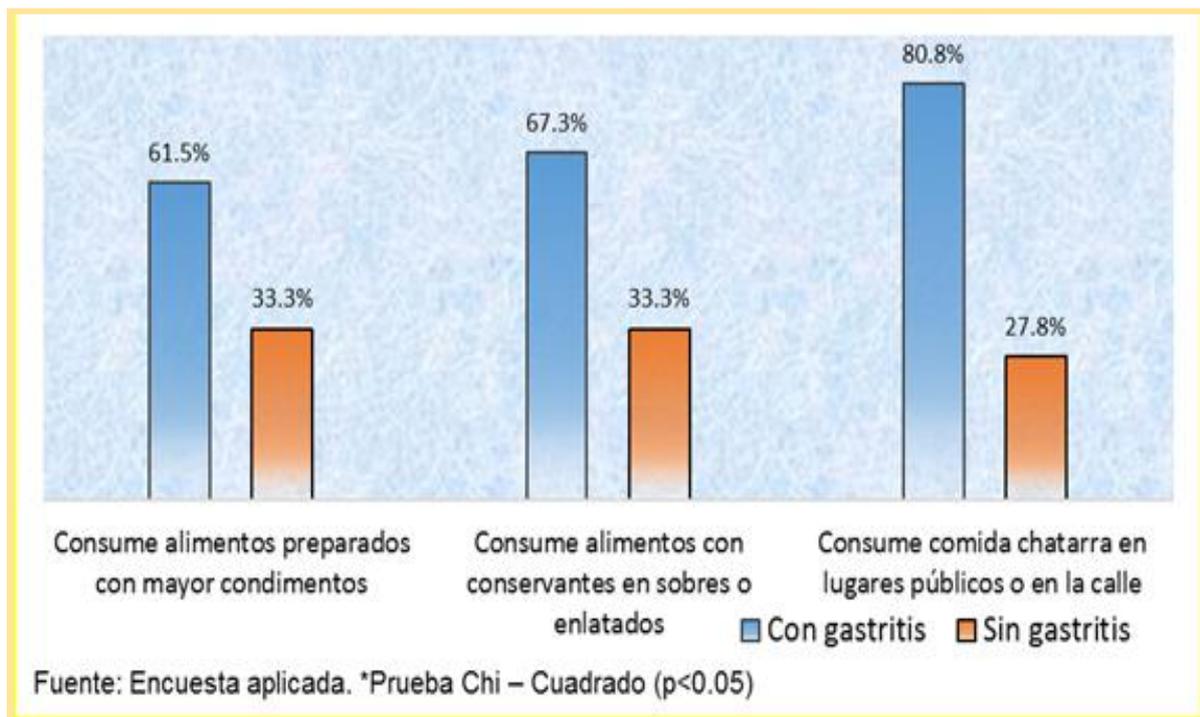
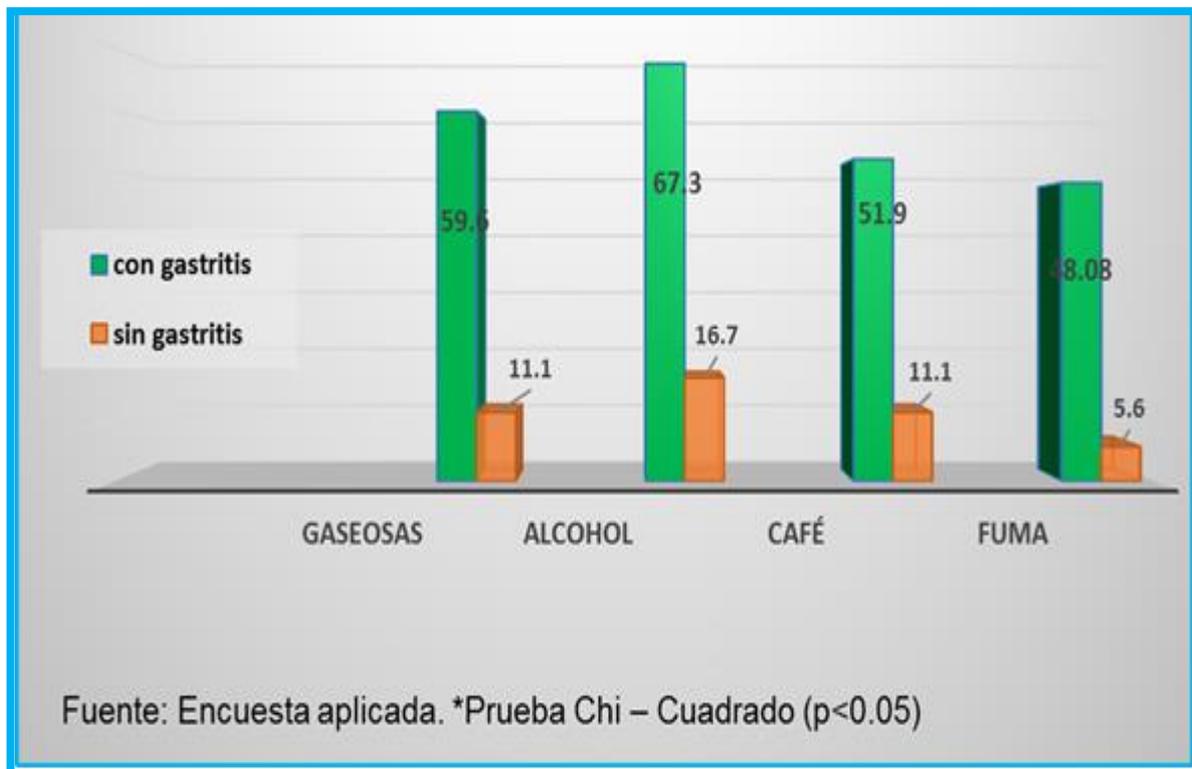
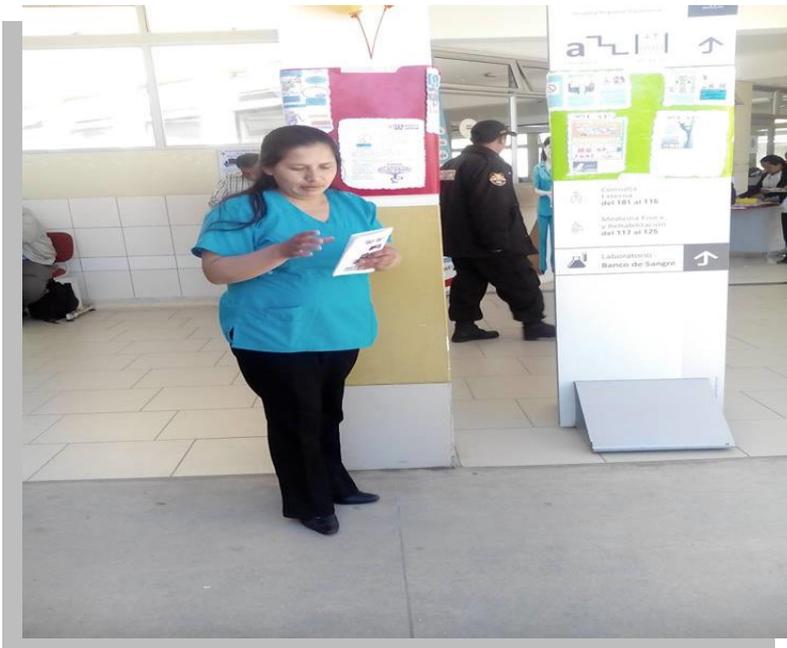


GRAFICO 4: Gastritis y hábitos tóxicos en pacientes que se atendieron en el servicio de gastroenterología del, H.R.C. junio – julio, 2017.



ANEXO 5: FOTOS.

REVISANDO LA ENCUESTA PARA APLICARLA EN EL H.R.C. 2017.



APLICANDO LA ENCUESTA EN EL H.R.C

CAJAMARCA 2017



APLICANDO LA ENCUESTA H.R.C SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA.

CAJAMARCA 2017.



APLICANDO LA ENCUESTA EN EL H.R.C. 2017.

