

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO**



**Facultad de Ciencias de la Salud**

**“DR. WILMAN RUIZ VIGO”**

**Carrera Profesional de Farmacia y Bioquímica**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA EFICACIA DEL  
TRATAMIENTO MÁS FRECUENTE PARA GASTRITIS  
CRÓNICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE  
SALUD TACABAMBA PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2021**

**Delsy Jhoelina Delgado Fernández**

**Asesor:**

**Mg. Blgo. Héctor Emilio Garay Montañez**

**Cajamarca – Perú**

**Setiembre – 2023**

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO**



**Facultad de Ciencias de la Salud**

**“DR. WILMAN RUIZ VIGO”**

**Carrera Profesional de Farmacia y Bioquímica**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA EFICACIA DEL  
TRATAMIENTO MÁS FRECUENTE PARA GASTRITIS  
CRÓNICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE  
SALUD TACABAMBA PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2021**

Tesis presentada en cumplimiento parcial de los requerimientos para  
optar el Título Profesional de Químico Farmacéutico

**Bach. Delsy Jhoelina Delgado Fernández**

**Asesor: Mg. Blgo. Héctor Emilio Garay Montañez**

**Cajamarca – Perú**

**Setiembre – 2023**

**COPYRIGHT © 2023 by**

**DELSY JHOELINA DELGADO FERNÁNDEZ**

**Todos los derechos reservados**

## **PRESENTACIÓN**

### **SEÑORES MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR:**

En cumplimiento de lo estipulado por el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, supedito a vuestra consideración y eminente criterio profesional el presente trabajo de investigación intitulado: **“Factores que Influyen en la Eficacia del Tratamiento más Frecuente para Gastritis Crónica en Pacientes atendidos en el Centro de Salud Tacabamba periodo enero – diciembre 2021”**. Requisito indispensable con el cual pretendo obtener el título profesional de Químico Farmacéutico.

Es oportuna la ocasión para expresarles mis muestras de consideración, estima y respeto a cada uno de ustedes y a todos los docentes que elaboraron en este centro del saber, los cuales han sido pieza fundamental para mi formación profesional.

Por tanto, señores miembros del jurado dejo a su disposición la presente tesis para su evaluación y sugerencias.

Cajamarca, setiembre del 2023

---

Delsy Jhoelina Delgado Fernández  
**BACH. EN FARMACIA Y BIOQUÍMICA**

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**“DR. WILMAN RUIZ VIGO”**

**ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA**

**APROBACIÓN DE TESIS PARA OPTAR TITULO PROFESIONAL DE**

**QUÍMICO FARMACÉUTICO**

**Factores que influyen en la eficacia del tratamiento más frecuente  
para gastritis crónica en pacientes atendidos en el Centro de Salud**

**Tacabamba periodo Enero – Diciembre 2021**

**JURADO EVALUADOR**

---

**Mg. Q.F. Yudith Gallardo Coronado  
(PRESIDENTE)**

---

**Mg. Q.F. Patricia Ivonne Minchan Herrera  
(SECRETARIA)**

---

**Mg. Blgo. Héctor Emilio Garay Montañez  
(VOCAL)**

## **DEDICATORIA**

A mis padres Alfonso y Rosa por enseñarme a nunca rendirme y siempre luchar por conseguir lograr mis sueños, por su apoyo incondicional durante toda mi vida, a mi hija Itzel por ser el motor que me impulsa a ser cada día mejor, y a mis tres hermanos Lesly, Kerly y Elvin, por siempre estar a mi lado ser mis más grandes aliados, cómplices y amigos, por estar en los buenos y malos momentos. Gracias a todos ustedes porque sin su apoyo no estaría cumpliendo ahora este sueño que desde siempre he tenido.

*Delsy Jhoelina*

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por darme la vida, la salud, y permitir que pueda cumplir mis metas trazadas, al Mg. Blgo. Héctor Emilio Garay Montañez, por sus consejos y enseñanzas compartidas para que este proyecto se encamine de la mejor manera.

A los docentes de la carrera profesional de Farmacia y Bioquímica, los cuales desde un inicio se esforzaron y nos exigían a dar todo de nosotros para ser buenos profesionales.

A mis amigos y amigas que fui conociendo durante los 5 años de carrera, con quienes pasamos muchas alegrías y tristezas a la vez, pero eso nos permitió hacer los lazos de amistad aún más fuertes.

*Delsy Jhoelina*

## RESUMEN

Este trabajo tuvo como objetivo identificar cuáles eran los factores que influyen en la eficacia del tratamiento más frecuente de gastritis crónica en el Distrito de Tacabamba.

La gastritis es una enfermedad muy frecuente entre los pacientes a nivel mundial, siendo su prevalencia aún más alta en la población de los países en vías de desarrollo, debido a la mala alimentación, bajo nivel socio-económico, estrés diario al que es sometido cada individuo con la finalidad de cumplir con los estándares de vida, nivel cultural, el limitado acceso a una alimentación variada y balanceada, y al uso indiscriminado de los AINEs, además la presencia del *Helicobacter pylori*.

Tacabamba es un Distrito el cual está situado en la Región Cajamarca y está catalogada como una ciudad con pobreza extrema a nivel nacional, a esto añadimos que la población tiene una alimentación exclusiva de carbohidratos como la papa, arroz y el pan, y el hábito de comer a destiempo por el mismo que hacer diario, debido a que es un distrito en el cual el principal ingreso económico se basa en la agricultura y ganadería, además existe un abuso en el consumo de AINEs y la practica hábitos nocivos para la salud.

La metodología consistió en la recolección de datos clínicos obtenidos directamente de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Centro de Salud Tacabamba en el periodo de enero-diciembre del 2021, llegando a obtener 234 pacientes con el diagnóstico de gastritis crónica.



Y como conclusión tenemos que si existen factores que influyen en el tratamiento de la gastritis crónica, en donde se demuestra que la edad, ocupación, grado de instrucción, sexo y recurrencia, son factores que influyen en la eficacia del tratamiento más frecuente para la gastritis crónica, debido a que difieren significativamente ( $p < 0,01$ ).

**Palabras claves:** *Helicobacter pylori*, tratamiento, eficacia, gastritis crónica.

## ABSTRACT

This work aimed to identify the factors that influence the effectiveness of the most frequent treatment of chronic gastritis in the district of Tacabamba.

Gastritis is a very frequent disease among patients worldwide, its prevalence being even higher in the population of developing countries, due to poor diet, low socio-economic level, daily stress to which each patient is subjected. individual in order to meet living standards, cultural level, limited access to a varied and balanced diet, and the indiscriminate use of NSAIDs, in addition to the presence of *Helicobacter pylori*.

Tacabamba is a District which is located in the Cajamarca Region and is classified as a city with extreme poverty at the national level, to this we add that the population has an exclusive diet of carbohydrates such as potatoes, rice and bread, and the habit of eat at the wrong time for the same thing that you do daily, because it is a district in which the main economic income is based on agriculture and livestock, in addition there is an abuse in the consumption of AINEs and practices harmful habits for health.

The methodology consisted of collecting clinical data obtained directly from the medical records of patients treated at the Tacabamba Health Center in the period from January to December 2021, reaching 234 patients diagnosed with chronic gastritis.

And as a conclusion we have that if there are factors that influence the treatment of chronic gastritis, where it is shown that age, occupation, level of education, sex and recurrence, are factors that influence the effectiveness of

the most frequent treatment for gastritis. chronic, because they differ significantly ( $p < 0.01$ ).

**Keywords:** *Helicobacter pylori*, treatment, efficacy, chronic gastritis

## ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	iv
JURADO EVALUADOR.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTOS.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	x
ÍNDICE.....	xii
LISTA DE TABLAS.....	xiv
LISTA DE FIGURAS.....	xv
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	3
2.1. Teorías que sustentan la investigación.....	3
2.2. Bases teóricas.....	12
2.3. Discusión teórica.....	37
2.4. Definición de términos.....	38
III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
3.1. Unidad de análisis, universo y muestra.....	40
3.2. Métodos de investigación.....	42

3.3. Técnicas de investigación.....	42
3.4. Instrumentos, equipos, materiales y reactivos.....	43
3.5. Técnicas de análisis de datos.....	43
3.6. Aspectos éticos de la investigación.....	44
IV. RESULTADOS.....	44
V. DISCUSIÓN.....	53
VI. CONCLUSIONES.....	56
VII. RECOMENDACIONES.....	57
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
ANEXOS.....	65

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla N°1.</b>	Posología y duración de las terapias recomendadas.....	34
<b>Tabla N°2.</b>	Edad según sexo de los pacientes con gastritis crónica atendidos en el Centro de Salud Tacabamba.....	44
<b>Tabla N°3.</b>	Ocupación de los pacientes con gastritis crónica atendidos en el Centro de Salud Tacabamba.....	45
<b>Tabla N°4.</b>	Procedencia de los pacientes con gastritis crónica atendidos en el Centro de Salud Tacabamba.....	46
<b>Tabla N°5.</b>	Grado de instrucción de los pacientes con gastritis crónica atendidos en el Centro de Salud Tacabamba.....	46
<b>Tabla N°6.</b>	Síntomas más comunes de los pacientes con gastritis crónica atendidos en el Centro de Salud Tacabamba.....	47
<b>Tabla N°7.</b>	Pruebas realizadas a los pacientes con gastritis crónica atendidos en el Centro de Salud Tacabamba.....	47
<b>Tabla N°8.</b>	Medicamentos que están recibiendo los pacientes con gastritis crónica atendidos en el Centro de Salud Tacabamba, previos a la aparición de gastritis.....	48
<b>Tabla N°9.</b>	Tratamiento recibido de la gastritis crónica, en pacientes atendidos en el Centro de Salud Tacabamba.....	49
<b>Tabla N°10.</b>	Recurrencia de la gastritis crónica, en pacientes atendidos en el Centro de Salud Tacabamba.....	49

<b>Tabla N°11.</b>	Factores condicionantes de la gastritis crónica en pacientes atendidos en el Centro de Salud Tacabamba.....	50
<b>Tabla N°12.</b>	Incidencia de la gastritis crónica en relación a la edad, en pacientes atendidos en el Centro de Salud Tacabamba.....	51
<b>Tabla N°13.</b>	Incidencia de la gastritis crónica en relación al sexo, en pacientes atendidos en el Centro de Salud Tacabamba.....	51
<b>Tabla N°14.</b>	Factores que influyen en la eficacia del tratamiento más frecuente de la gastritis crónica en pacientes atendidos en el Centro de Salud Tacabamba en el periodo enero - diciembre 2021.....	52

## **LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura N° 1.</b>	Partes del estómago.....	14
<b>Figura N° 2.</b>	Mecanismo de producción de ácido clorhídrico en el estómago. Proceso de transporte.....	17

2078 resultados de 107 fuentes, de ellos 102 fuentes son en línea. Nivel de Similitud: 23.10%

1/68 UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO Facultad de Ciencias de la Salud "DR. WILMAN RUIZ VIGO" Carrera Profesional de Farmacia y Bioquímica FACTORES QUE INFLUYEN EN LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO MÁS FRECUENTE PARA GASTRITIS CRÓNICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD TACABAMBA PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2021 Delsy Jhoelina Delgado Fernández Asesor: Mg. Blgo. Héctor Emilio Garay Montañez Cajamarca – Perú Setiembre – 2023

2/68 UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO Facultad de Ciencias de la Salud "DR. WILMAN RUIZ VIGO" Carrera Profesional de Farmacia y Bioquímica FACTORES QUE INFLUYEN EN LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO MÁS FRECUENTE PARA GASTRITIS CRÓNICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD TACABAMBA PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2021 Tesis presentada en cumplimiento parcial de los requerimientos para optar el Título Profesional de Químico Farmacéutico Delsy Jhoelina Delgado Fernández Asesor: Mg. Blgo. Héctor Emilio Garay Montañez Cajamarca – Perú Setiembre – 2023

3/68 ii COPYRIGHT © 2023 by DELSY JHOELINA DELGADO FERNÁNDEZ Todos los derechos reservados

4/68 iv PRESENTACIÓN SEÑORES MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR: En cumplimiento de lo estipulado por el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, supedito a vuestra consideración y eminente criterio profesional el presente trabajo de investigación intitulado: Factores que Influyen en la Eficacia del Tratamiento más Frecuente para Gastritis Crónica en Pacientes atendidos en el Centro de Salud Tacabamba periodo enero – diciembre 2021. Requisito indispensable con el cual pretendo obtener el título profesional de Químico Farmacéutico. Es oportuna la ocasión para expresarles mis muestras de consideración, estima y respeto a cada uno de ustedes y a todos los docentes que elaboraron en este centro del saber, los cuales han sido pieza fundamental para mi formación profesional. Por tanto señores miembros del jurado dejo a su disposición la presente tesis para su evaluación y sugerencias. Cajamarca, Agosto del 2023 Delsy Jhoelina Delgado Fernández Bach. En Farmacia y Bioquímica

5/68 v UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD "DR. WILMAN RUIZ VIGO" ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA APROBACIÓN DE TESIS PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE QUÍMICO FARMACÉUTICO Factores que influyen en la eficacia del tratamiento más frecuente para gastritis crónica en pacientes atendidos en el Centro de Salud Tacabamba periodo Enero – Diciembre 2021 JURADO EVALUADOR \_\_\_\_\_ Mg. Q.F. Yudith Gallardo Coronado (PRESIDENTE)

\_\_\_\_\_ Mg. Q.F. Patricia Ivonne Minchan Hemera (SECRETARIA)

\_\_\_\_\_ Mg. Blgo. Héctor Emilio Garay Montañez (VOCAL)

6/68 vi DEDICATORIA A mis padres Alfonso y Rosa por enseñarme a nunca rendirme y siempre luchar por conseguir lograr mis sueños, por su apoyo incondicional durante toda mi vida, a mi hija Itzel por ser el motor que me impulsa a ser cada día mejor, y a mis tres hermanos Lesly, Kerly y Elvin, por siempre estar a mi lado ser mis más grandes aliados, cómplices y amigos, por estar en los buenos y malos momentos. Gracias a todos ustedes porque sin su apoyo no estaría cumpliendo ahora este sueño que desde siempre he tenido.

7/68 vii AGRADECIMIENTO A Dios por darme la vida, la salud, y permitir que pueda cumplir mis metas trazadas, al Mg. Blgo. Héctor Emilio Garay Montañez, por sus consejos y enseñanzas compartidas para que este proyecto se encamine de la mejor manera. A los docentes de la carrera profesional de Farmacia y Bioquímica, los cuales desde un inicio se esforzaron y nos exigían a dar todo de nosotros para ser buenos profesionales. A mis amigos y amigas que fui conociendo durante los 5 años de carrera, con quienes pasamos muchas alegrías y tristezas a la vez, pero eso nos permitió hacer los lazos de amistad aún más fuertes.

8/68 viii RESUMEN Este trabajo tuvo como objetivo identificar cuáles eran los factores que influyen en la eficacia del tratamiento más frecuente de gastritis crónica en el Distrito de Tacabamba. La gastritis es una enfermedad muy frecuente entre los pacientes a nivel mundial, siendo su prevalencia aún más alta en la población de los países en vías de desarrollo, debido a la mala alimentación, bajo nivel socio-económico, estrés diario al que es sometido cada individuo con la finalidad de cumplir con los estándares de vida, nivel cultural, el limitado acceso a una alimentación variada y balanceada, y al uso indiscriminado de los AINES, además la presencia del *Helicobacter pylori*. Tacabamba es un Distrito el cual está situado en la Región Cajamarca y está catalogada como una ciudad con pobreza extrema a nivel nacional, a esto añadimos que la población tiene una alimentación exclusiva de carbohidratos como la papa, arroz y el pan, y el hábito de comer a destiempo por el mismo que hacer diario, debido a que es un distrito en el cual el principal ingreso económico se basa en la agricultura y ganadería, además existe un abuso en el consumo de AINES y la práctica hábitos nocivos para la salud. La metodología consistió en la recolección de datos clínicos obtenidos directamente de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Centro de Salud Tacabamba en el periodo de enero-diciembre del 2021, llegando a obtener 234 pacientes con el diagnóstico de gastritis crónica.

9/68 ix Y como conclusión tenemos que si existen factores que influyen en el tratamiento de la gastritis crónica, en donde se demuestra que la edad, ocupación, grado de instrucción, sexo y recurrencia, son factores que influyen en la eficacia del tratamiento más frecuente para la gastritis crónica, debido a que difieren significativamente ( $p < 0,01$ ). Palabras claves: *Helicobacter pylori*, tratamiento, eficacia, gastritis crónica.

10/68 x ABSTRACT This work aimed to identify the factors that influence the effectiveness of the most frequent treatment of chronic gastritis in the district of Tacabamba. Gastritis is a very frequent disease among patients worldwide, its prevalence being even higher in the population of developing countries, due to poor diet, low socio-economic level, daily stress to which each patient is subjected. Individual in order to meet living standards, cultural level, limited access to a varied and balanced diet, and the indiscriminate use of NSAIDs, in addition to the presence of *Helicobacter pylori*. Tacabamba is a District which is located in the Cajamarca Region and is classified as a city with extreme poverty at the national level, to this we add that the



## I. INTRODUCCIÓN

La gastritis es una enfermedad de elevada morbilidad a nivel mundial, su incidencia varía en las diferentes regiones y países. Se estima según los datos recolectados por la ONU y el Instituto Nacional de Estudios Demográficos Francés que en la población mundial ya suman casi 6 500 millones de habitantes (60% de la población) infectados por *Helicobacter pylori*. Lo cual provoca una gastritis aguda que evoluciona la mayoría de las veces de una forma asintomática o con síntomas inespecíficos.<sup>13</sup>

En el Perú es una de las causas que con más frecuencia motivan la consulta gastroenterológica. Cajamarca ocupa el sexto lugar con mayor prevalencia de cáncer de estómago según el Portal Epidemiológico del MINSA, afectando con más frecuencia a los hombres. Y en el Distrito de Tacabamba la incidencia de gastritis crónica ocupa el segundo lugar de las enfermedades atendidas en dicho establecimiento.

Es por este motivo que se plantea la siguiente interrogante:

**¿Cuáles son los factores que influyen en la eficacia del tratamiento más frecuente para gastritis crónica en pacientes atendidos en el centro de salud Tacabamba periodo enero – diciembre 2021?**

Para responder el problema se formuló el siguiente **OBJETIVO GENERAL**:

Determinar cuáles son los factores que influyen en la eficacia del tratamiento más frecuente de la gastritis crónica en pacientes atendidos en el Centro de Salud Tacabamba en el periodo enero - diciembre 2021.

Y como **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las características socioculturales de los pacientes con gastritis crónica atendidos en el Centro de Salud Tacabamba.
- Determinar el cuadro clínico más común de los pacientes con gastritis crónica atendidos en el Centro de Salud Tacabamba.
- Identificar el tipo de estudios y medicamentos que ayudaron al diagnóstico y tratamiento de gastritis crónica en pacientes atendidos en el Centro de Salud Tacabamba.
- Identificar si los pacientes practican hábitos nocivos para su salud como el consumo de alcohol, tabaquismo y chacchado de coca.
- Determinar la incidencia de casos atendidos con relación a la edad y sexo.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Teorías que sustentan la investigación

**Quintero E (2000)**<sup>1</sup>, En el artículo de investigación titulado Efectos de los AINEs sobre la mucosa gastrointestinal, nos indica que el consumo de antiinflamatorios no esteroides (AINEs) son la segunda causa más frecuente de úlcera péptica, y simboliza un alto riesgo para el desarrollo de complicaciones gastrointestinales, además, la administración de AINEs por vía oral o parenteral produce habitualmente lesiones en la mucosa gástrica o duodenal caracterizada por hemorragia submucosa y erosiones que cursan la mayoría de veces de forma asintomática y se resuelven espontáneamente en horas o días. Según el estudio realizado, esto se debe a la adaptación gastrointestinal a la toxicidad por AINEs o aspirina la cual se atenúa y desaparece tras la exposición repetida al mismo fármaco. Este estudio nos da a conocer que se trata de un fenómeno complejo de instauración lenta, que se asocia a inducción de proliferación celular y a un notable descenso del infiltrado inflamatorio que acompaña al daño inicial por AINEs. Además, factores como la infección por *Helicobacter pylori*, la edad avanzada, la dosis, el tiempo de administración y el tipo de AINEs administrado pueden alterar el proceso de adaptación al daño por estos fármacos y favorecer el desarrollo de complicaciones gastrointestinales.

**Méndez L et al (2016)**<sup>5</sup>, realizaron un estudio descriptivo de 989 pacientes para determinar la incidencia de Infección por *Helicobacter pylori* en el municipio de Palma Soriano durante el período 2008-2014. Dichos pacientes presentaban diagnóstico endoscópico de gastritis crónica, cuyas biopsias habían sido procesadas en el Departamento de Anatomía Patológica del municipio de Palma Soriano, en Santiago de Cuba, durante el período 2008-2014, con el objetivo de determinar la incidencia de la infección por *Helicobacter pylori*, para lo cual además se consideraron las variables: edad, sexo, tipos de gastritis, presencia del microorganismo y su asociación con neoplasias malignas. Encontrándose como resultados que predominaron el grupo etario de 40-49 años (26,7 %) y el sexo femenino (69,0 %); asimismo, resultó más frecuente la gastritis superficial (57,8 %) y se halló la bacteria en 70,5 % de la muestra, donde solo 0,5 se asoció a neoplasias malignas.

**Quiñones D (2018)**<sup>8</sup>, En su estudio sobre la Asociación entre zonas altitudinales de residencia y gastritis en pacientes ambulatorios del Perú, conocemos que la gastritis es unas de las enfermedades más comunes en la población. Existen diversos factores que influyen en su aparición; sin embargo, no se ha estudiado a profundidad el efecto de la altura. En este estudio se tuvo por objetivo determinar la asociación entre la zona altitudinal de residencia y gastritis en pacientes ambulatorios del Perú. El cual se realizó a través del análisis secundario de datos. Se realizaron modelos lineales generalizados y se consideró significativo el valor p menor a 0,05. Observando que el resultado fue de los 5280 pacientes estudiados, un 64,53

% fueron del sexo femenino; la mediana de la edad fue de 43 años. La prevalencia global de gastritis fue 10.47 %. Hubo asociación con gastritis y altura de residencia a nivel intermedio, elevado, más no muy elevado.

**Pérez L et al (2019)<sup>11</sup>**, En un artículo de Revisión sobre el Tratamiento para la Gastritis, nos da a conocer que uno de los trastornos que con más frecuencia afecta a la población mundial son las enfermedades gastrointestinales, las cuales se encuentran entre las primeras causas de muerte, al estar incluidas entre ellas el cáncer colon rectal y el gástrico. Dentro de 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 gastroduodenales; se logra comprender también que los hábitos alimenticios de un grupo social tendrán una relación directa con las características propias del entorno en que se desenvuelve dicho grupo, entiéndase que básicamente es en lo referente al aspecto socioeconómico, cultural y demográfico, nivel educativo, medios de accesibilidad y disponibilidad de alimentos, y luego podrían figurar los relacionados con la preferencia y aversión a determinados alimentos, entre otras. Agrega que, en base a otras investigaciones, se ha podido saber que, generalmente, quien llega a ser diagnosticado con algún tipo de patología gastrointestinal, tiene muy malos hábitos alimenticios, el cual se basa en un predominante consumo de comidas rápidas, así como también un descontrol en el horario alimenticio,

regular ingesta de bebidas irritantes y ricas en cafeína, tabaco, entre otras; y antes de efectuar los debidos cambios en su dieta diaria y mantener una alimentación adecuada, prefiere tratar su sintomatología mediante el uso de fármacos.

**Rodríguez F et al (2019)<sup>12</sup>**, En un artículo de revisión titulado Factores de riesgo asociados a la gastritis aguda o crónica en adultos de un hospital ecuatoriano, nos da a conocer que a escala mundial, la gastritis afecta a más de 25% de la población, siendo su principal causa *Helicobacter pylori* en más de 90 % de los casos. Aunque se ha descrito siempre que dicha enfermedad aumenta su incidencia y prevalencia con la edad, últimamente también sucede en la población de menor edad. En esta investigación el sexo femenino no constituyó un factor de riesgo para la aparición de la gastritis; no obstante, se han realizado estudios similares con prevalencia global del *Helicobacter pylori* ligeramente más alta en las féminas. Así mismo lo anterior no coincide con otras donde se plantea que la frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* y la edad avanzada mayor en el sexo masculino que en el femenino. Trabajos recientes plantean que la relación hombre-mujer ha disminuido. Ahora bien, el tabaquismo y el consumo de alcohol también constituyeron factores de riesgo para la aparición de la citada enfermedad, puesto que ambos aumentan el estrés oxidativo de la mucosa, con lo que disminuye la velocidad de curación y aumenta la recurrencia; a esto se añade que el humo del tabaco contribuye al agravamiento de la úlcera péptica porque se atenúa la hiperemia en el margen de la lesión. Además se piensa que el estrés psicológico

contribuye a la aparición de la gastritis, aunque en los estudios donde se ha examinado el cometido de los factores psicológicos en su patogenia se han obtenido resultados contradictorios. Por otro lado el consumo de cafeína estimula la secreción de ácido en el estómago, lo que unido al abuso del alcohol y el aumento del estrés pueden favorecer el riesgo de presentar gastritis, úlceras y retardar su curación. Las gastritis más frecuentes encontradas según endoscopia y biopsia gástrica fueron: crónica inespecífica, atrófica, no atrófica, superficial y aguda. A esto se añade que la presencia de volcanes son fuentes naturales de contaminación al generar gran cantidad de sustancias tóxicas del ambiente, tales como cadmio, mercurio, azufre, entre otras, y contaminar tanto las aguas como los cultivos que, al ser consumidos diariamente, pueden favorecer la aparición de dicha enfermedad. Finalmente, se concluyó que es importante detectar precozmente los factores de riesgo de la gastritis para disminuir su incidencia y prevalencia. Se recomendó profundizar en el estudio de dichos factores.

**Avalos R et al (2019)<sup>10</sup>**, En una revisión científica sobre los Nuevos retos en el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*, nos data que, la infección por *Helicobacter pylori* afecta aproximadamente al 50% de la población mundial, siendo este dato con el cual coinciden la mayoría de estudios encontrados, es causante de gastritis crónica, úlcera péptica, cáncer gástrico y linfoma del tejido linfoide asociado a la mucosa. Desde su descubrimiento, su erradicación ha sido uno de los más importantes retos en Gastroenterología. En muchos países se desconoce la prevalencia de

resistencia primaria del microorganismo a los diferentes antibióticos que empíricamente se utilizan, y por no realizar pruebas de rutina que verifican su erradicación en la práctica diaria, se ignora la efectividad de los esquemas prescritos. Además el incremento progresivo de la resistencia a la claritromicina y metronidazol, unido a una ausencia de antibioticoterapia alternativa, desafía la capacidad para eliminar de manera efectiva a ésta bacteria. El subsacilato de bismuto ha resurgido y su adición en la terapia ha permitido aumentar las tasas de curación por encima del 90%. Llegando a la conclusión de que la elección del tratamiento erradicador debe hacerse teniendo en cuenta la tasa de resistencia local antimicrobiana y exposición previa a los antibióticos por el paciente. El tratamiento de elección recomendado es la terapia concomitante sin bismuto y como alternativa se debe utilizar la terapia cuádruple con bismuto.

**Bocchese NV et al (2020)<sup>14</sup>**, En una revisión Científica sobre, Covid-19: Perspectivas de Gastroenterología, nos da a conocer que el síndrome clínico causado por el SARS-CoV-2 se denominó COVID-19 y se convirtió en pandemia a partir de marzo de 2020. Fiebre, tos seca y disnea son las manifestaciones clínicas predominantes de la enfermedad. Sin embargo, síntomas como diarrea, náuseas, vómitos y molestias abdominales también se pueden encontrar en pacientes infectados. A pesar de ello este tipo de manifestaciones ha recibido poca atención; este estudio tuvo como objetivo informar signos gastrointestinales y hallazgos patológicos en pacientes con COVID-19, además de discutir la posibilidad de transmisión fecal. El SARS-



CoV-2 penetra en las células epiteliales gastrointestinales, lo que hace que las heces de los pacientes sean potencialmente infecciosas. De esta manera se llegó a la conclusión de que se debe tomar mayor importancia a los síntomas extra pulmonares de los pacientes, con la finalidad de hacer un diagnóstico precoz de dicha enfermedad.

**McCullough RW (2020)<sup>16</sup>**, En un estudio científico sobre el papel del sucralfato prepolimerizado en el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico erosiva y no erosiva. Nos da a conocer lo siguiente; los resultados clínicos del sucralfato estándar no justifican su papel en el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico erosiva y no erosiva. El sucralfato prepolimerizado, a veces llamado sucralfato de alta potencia o sucralfato reticulado polimerizado, es una nueva formulación de sucralfato reconocida por la FDA. El reflujo gástrico contiene ácido clorhídrico, ácidos biliares disueltos y proteasas, cada uno de los cuales provoca reacciones mucosas clásicas en el epitelio esofágico. Estas reacciones son sintomáticas pero pueden o no involucrar erosiones. El sucralfato prepolimerizado utiliza medios biofísicos para excluir los tres irritantes de la mucosa epitelial. Al ser no sistémico, todo el efecto clínico de cualquier sucralfato se basa en la concentración superficial de sucralfato lograda. El sucralfato prepolimerizado, logra una concentración superficial que es un 800 % mayor que el sucralfato estándar en el revestimiento de la mucosa normal y un 2400 % mayor en la mucosa inflamada o lesionada por ácido.

**Galicia A y Díaz M (2020)<sup>15</sup>**, En un artículo de revisión titulado Gastritis Crónica y Cáncer Gástrico, nos señalan que la gastritis es definida como una inflamación histológicamente confirmada de la mucosa gástrica, La gastritis aguda se convertirá en crónica sino es tratada. La gastritis crónica, una gastritis con diferentes etiologías, pero su epidemiología mundial destaca con la infección de *Helicobacter pylori*. La Organización Mundial de la Salud clasifica a *Helicobacter pylori* como un carcinógeno de clase I para el cáncer gástrico, más de la mitad de la población en el mundo está infectada por *Helicobacter pylori*; una estrategia, para prevenir esta enfermedad maligna, sería erradicar al *Helicobacter pylori*, por su importancia en el desarrollo de cáncer gástrico, comienza como una inflamación mononuclear crónica con la coexistencia de una inflamación neutrofílica aguda de grado variable. Existen diferentes factores que pueden causar inflamación en la mucosa gástrica, los cuales pueden dividirse en 2 grupos: factores endógenos y exógenos y otros factores de riesgo importantes son la herencia familiar, género femenino y la edad avanzada. El manejo de la gastritis crónica establece principalmente la erradicación de la infección por *Helicobacter pylori*, para lo cual se han establecido esquemas combinados de antibióticos como la amoxicilina, claritromicina, metronidazol y tetraciclina. La amoxicilina y la claritromicina tienen una efectividad del 80%. Por otra parte, en las gastritis inducidas por antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) se plantea el uso de dosis bajas de aspirina para quienes requieran tratamiento a largo plazo para reducción de riesgo vascular, por otro lado también existen medidas no farmacológicas para el control, se recomienda el cese del tabaquismo y del consumo de

alcohol, la gastritis crónica debe convertirse en un tema de interés general. Se ha demostrado que al menos 15-20% de los tumores malignos constan de una inflamación ya sea de inicio o de manera exacerbada. Existe una infiltración y reclutamiento de células inflamatorias que se activan para la progresión maligna de células neoplásicas, por lo que de forma independiente al órgano o de la etiología que esté generando la inflamación; en la actualidad se ha demostrado que esta infección se ha ido erradicando y que a pesar de esto, la inflamación en el estómago persiste, por lo que el control y la mejora de la inflamación gástrica es mucho más esencial en la prevención del cáncer que la erradicación del propio patógeno.

**Rodríguez C (2021)<sup>18</sup>**, En un estudio sobre Los Aspectos Patológicos y Sociodemográficos en Gastritis Crónica; Llevado a Cabo en el Hospital Santa Rosa 2017-2020. Se realizó un estudio de tipo analítico, observacional, transversal a partir de datos obtenidos de historias clínicas de pacientes del servicio de gastroenterología del Hospital Santa Rosa de Piura entre 2017-2020. Se obtuvo como resultados que el 46% de los pacientes con gastritis crónica eran mayores de 40 años, no encontrándose un riesgo significativo entre pacientes que no tienen gastritis crónica. El 58.8% era de sexo femenino, siendo el 38% de los pacientes con esta patología. El 60% de la muestra es del área rural, perteneciendo al 29% paciente con gastritis crónica. Otro de los factores de riesgo se asocia a la presencia de *Helicobacter pylori* (32.7% de los casos), además de anemia y hematocrito bajo. Llegando a la conclusión que existe una relación estadística asociada al desarrollo de esta patología

dentro de ellos tenemos los factores sociodemográficos, consumo de sustancias nocivas, anemia, hematocrito bajo, *Helicobacter pylori* y parasitosis.

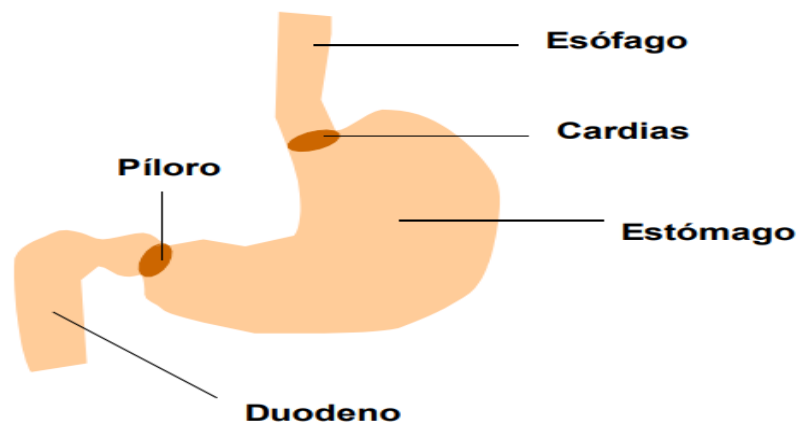
## **2.2 Bases Teóricas**

### **2.2.1. Aparato Digestivo**

El aparato digestivo está formado por el tracto digestivo, una serie de órganos huecos que forman un largo y tortuoso tubo que va de la boca al ano, y otros órganos que ayudan al cuerpo a transformar y absorber los alimentos. Los órganos que forman el tracto digestivo son la boca, el esófago, el estómago, el intestino delgado, el intestino grueso (también llamado colon), el recto y el ano. El interior de estos órganos huecos está revestido por una membrana llamada mucosa; así mismo la mucosa de la boca, el estómago y el intestino delgado contiene glándulas diminutas que producen jugos que contribuyen a la digestión de los alimentos. El tracto digestivo también contiene una capa muscular suave que ayuda a transformar los alimentos y transportarlos a lo largo del tubo; otros dos órganos digestivos son, el hígado y el páncreas, estos producen jugos que llegan al intestino a través de pequeños tubos llamados conductos; la vesícula biliar almacena los jugos digestivos del hígado hasta que son necesarios en el intestino. Algunos componentes de los sistemas nervioso y circulatorio también juegan un papel importante en el aparato digestivo.<sup>3</sup>

## **A. Estómago**

El estómago es una dilatación en forma de J del tubo digestivo, que se comunica con el esófago a través del cardias, y con el duodeno a través del píloro, ambos, cardias y píloro, funcionan como una válvula que regula el paso del alimento; el estómago funciona, principalmente, como un reservorio para almacenar grandes cantidades de comida recién ingerida, permitiendo así ingestiones intermitentes. El paso del contenido gástrico al duodeno, que tiene una capacidad volumétrica muy inferior, se produce de forma controlada por el efecto del píloro; en el estómago se encuentran diferentes tipos de células que participan en la secreción del jugo gástrico, este jugo contiene ácido clorhídrico y pepsina, responsables de la digestión gástrica del bolo alimenticio; además, el estómago facilita la trituración de los alimentos y su mezcla con el jugo gástrico, debido a los movimientos de contracción de sus paredes. Posteriormente, se produce el vaciamiento hacia el duodeno, una vez mezclado con los jugos gástricos, el bolo alimenticio pasa a llamarse quimo.<sup>22</sup>



**Figura N°1: Partes del Estómago**

**Fuente:** Sociedad Catalana de Digestología. Anatomía y fisiología del Aparato Digestivo. [Base de Datos en Internet]. Barcelona. [Citado el 10 de diciembre del 2021]. Disponible en: [http://www.scdigestologia.org/docs/patologies/es/anatomia\\_fisio\\_es.pdf](http://www.scdigestologia.org/docs/patologies/es/anatomia_fisio_es.pdf)<sup>22</sup>

El estómago posee regiones anatómicas: el cardias, el fundus, el cuerpo, el antro y finalmente el píloro, un esfínter muscular que lo separa del duodeno.

Desde un punto de vista estructural posee 4 capas, (mucosa, submucosa, muscular y serosa).

El estómago desempeña dos importantes funciones; la secretora y la motora; además actúa como reservorio, el cuerpo y el fondo se adaptan al contenido, haciendo que no aumente mucho la presión permitiendo comer cada cierto tiempo.<sup>22</sup>

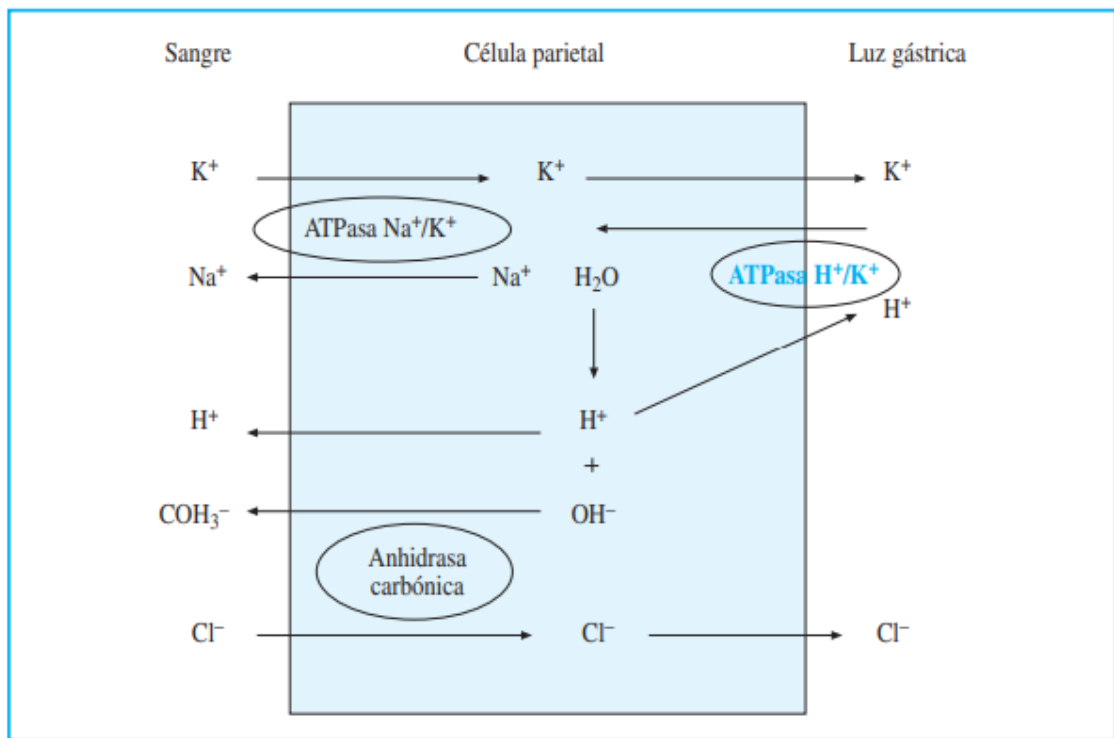
### 2.2.2. Gastritis

La inflamación de la mucosa gástrica y duodenal es el resultado del desequilibrio entre factores agresivos y defensivos de la mucosa gástrica. Dependiendo del grado de desequilibrio se desarrollará una gastritis de intensidad variable y, en casos más graves, una ulceración directa de la mucosa, pudiendo coexistir o no ambas lesiones. Dentro de los factores agresivos o citotóxicos están el ácido clorhídrico, la pepsina, medicamentos como el ácido acetil salicílico y otros antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), los ácidos biliares y el *Helicobacter pylori*. Los mecanismos defensivos o protectores de la mucosa gástrica reflejan la capacidad del huésped para protegerse de los efectos nocivos de los factores agresivos. Entre estos mecanismos citoprotectores encontramos la capa de moco, que protege a las células epiteliales del ácido clorhídrico y de la pepsina, y la secreción de bicarbonato que da lugar a una disminución de la acidez bajo la capa de moco, proporcionando una protección adicional a las células epiteliales. Las prostaglandinas defienden la mucosa inhibiendo directamente la secreción ácida a nivel de las células parietales, aumentando la producción de bicarbonato y moco y mejorando el flujo sanguíneo de la mucosa. El ácido clorhídrico se produce en las células parietales u oxínticas del cuerpo y fundus gástrico como respuesta a una serie de estímulos. Durante la fase cefálica de la digestión se estimula el vago que libera acetilcolina; durante la fase gástrica, la distensión del estómago por el bolo alimenticio, el aumento del pH >3 y ciertos

aminoácidos producto del inicio de la digestión de las proteínas hacen que se libere gastrina por parte de las células G del antro y acetilcolina y, finalmente, durante la fase intestinal, la digestión proteica en curso libera gastrina. A su vez, la gastrina y la acetilcolina estimulan las células enterocromafín de la lámina propia para que produzcan histamina en zonas próximas a las células parietales, favoreciendo así la producción de ácido mediante un mecanismo paracrino. La vía final común de la producción de ácido en la célula parietal, independientemente de cual haya sido el estímulo, es la bomba de protones ( $H^+/K^+$  ATPasa), dicha enzima cataliza el bombeo de hidrogeniones fuera del citoplasma hacia la luz del canalículo secretorio a cambio de iones potasio. La salida de hidrogeniones permite que se acumule en la célula iones hidroxilo que, mediante la acción de la anhidrasa carbónica, se transforman en bicarbonato; éste pasa al torrente sanguíneo y es la fuerza que dirige la entrada de cloro a la célula y posteriormente a la luz gástrica donde se une a los hidrogeniones para formar ácido clorhídrico. En el recién nacido a término la acidificación gástrica se produce inmediatamente tras el nacimiento, la secreción ácida basal aumenta durante los primeros meses de vida, independientemente de la edad de gestación, alcanzando los niveles del adulto a los 4-6 meses de edad. La úlcera duodenal se asocia, con mayor frecuencia que la gástrica, a un aumento en la producción de ácido; no obstante, la hipersecreción de ácido por sí sola no es previsible que



cause ulceración, salvo en los raros casos de síndrome de Zollinger-Ellison.<sup>21</sup>



**Figura 2: Mecanismo de producción de ácido: procesos de transporte.**

**Fuente:** Cilleruelo L. Rivero J. Gastritis. Ulcus gástrico y duodenal. [En línea]. [Citado el 23 de enero del 2022]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/11-gastritis.pdf><sup>21</sup>

### A. Clasificación De La Gastritis

Existen diversas clasificaciones de las gastritis y gastropatías, basadas en criterios clínicos, factores etiológicos, endoscópicos o patológicos, no existiendo una clasificación totalmente aceptada.

Entre las clasificaciones actuales de mayor uso están:<sup>4</sup>

- a) Clasificación Anatomopatológica basada en su presentación, prevalencia y etiología.
- b) Clasificación actualizada de Sydney basada en hallazgos endoscópicos, histológicos, etiológicos, topográficos y grado de daño.
- c) Clasificación basada en criterios etiológicos, endoscópicos y patológicos

**a. Clasificación Anatomopatológica basada en su presentación, prevalencia y etiología**

Esta clasificación de las gastritis, se basa en función de la presentación aguda o crónica, prevalencia de los distintos tipos de gastritis y de su etiología. El uso universal de la endoscopia y biopsias ha incrementado la prevalencia de las gastritis, reconociéndose que las causas más comunes de gastritis y gastropatías agudas son el *Helicobacter pylori*, las lesiones mucosas por estrés y los AINEs.<sup>4</sup>

Las Gastritis Agudas se caracterizan por un infiltrado inflamatorio que es predominantemente neutrofílico y es usualmente transitorio en su naturaleza, puede acompañarse de hemorragia de la mucosa, erosiones y si las lesiones son muy severas, asociarse a sangrado; la infección aguda por bacterias, parásitos o virus, sin considerar al *Helicobacter pylori*, son causas

infrecuentes de gastritis, pudiendo ir asociado a cuadros de inmunodeficiencia como es el caso del SIDA.<sup>4</sup>

Las Gastritis Crónicas se caracteriza por un infiltrado con linfocitos, células plasmáticas o ambas, sí además presentan polimorfo nucleares toma la denominación de gastritis crónica activa. En las gastritis crónicas cuando el infiltrado compromete la zona superficial de la lámina propia entre las criptas de las foveolas hasta los cuellos glandulares, sin compromiso de las glándulas gástricas, se denomina como gastritis crónica superficial y sí el infiltrado compromete la lámina propia en toda su extensión se les denomina como gastritis crónica. Estas gastritis crónicas en el curso de su evolución presentan alteraciones degenerativas de las células epiteliales con reducción de la cantidad de glándulas acompañada de áreas variables de atrofia glandular tomando el nombre de gastritis crónica atrófica, en las que pueden aparecer zonas de metaplasia intestinal localizadas en la mucosa fúndica como en la pilórica. Asimismo, en la mucosa fúndica puede producirse un reemplazo de las glándulas de dicha zona por glándulas de tipo pilórico denominada metaplasia pilórica oseudopilórica; en la metaplasia intestinal el epitelio de las glándulas gástricas atróficas es reemplazado por células columnares absortivas y células caliciformes semejantes al del intestino, el patrón del intestino delgado se les conoce como metaplasia completa, mientras que

las de patrón colónico se les denomina metaplasia incompleta, siendo esta última considerada lesión premaligna. La metaplasia intestinal, del epitelio gástrico, no siempre es un proceso inofensivo, aunque se presume que esta respuesta es adaptativa a la persistencia de la noxa, en este epitelio metaplásico puede ocurrir una transformación neoplásica. Es improbable que el epitelio metaplásico mismo sea responsable de la cancerización; en cambio, es más probable que los estímulos nocivos que originan la metaplasia también sean cancerígenos para las células metaplásicas.<sup>4</sup>

**b. Clasificación actualizada de Sydney basada en hallazgos endoscópicos, histológicos, etiológicos, topográficos y grado de daño.**

La clasificación de Sydney, correlaciona el aspecto endoscópico topográfico del estómago, catalogado en gastritis del antro, pangastritis y gastritis del cuerpo, con una división histológica de tipo topológico que cataloga la gastritis en aguda, crónica y formas especiales, uniéndose la etiología y el grado de daño morfológico basado en la presencia o ausencia de variables histológicas graduables en una escala de 0 a 4+.<sup>4</sup>

Dentro de las variables histológicas graduables, se encuentran: la densidad de *Helicobacter pylori*, la infiltración de neutrófilos, infiltración de células mononucleares, y la atrofia intestinal. En

las variables histológicas no graduables, catalogados de presentes o ausentes, se encuentran: la presencia de folículos linfoides, daño epitelial de la superficie, hiperplasia foveolar, granulomas y otros. Este sistema requiere, para su correlación, tomar por lo menos 5 biopsias del estómago: de la curvatura mayor y menor del antro, de la curvatura mayor y menor del cuerpo y de la incisura. Aunque el sistema Sydney es útil para propósitos de investigación, su aplicabilidad en la práctica clínica es limitada por la cantidad de biopsias requeridas de varias regiones del estómago y por la complejidad de su escala de graduación del daño histológico.<sup>4</sup>

**En la clasificación de las gastritis crónicas, en este sistema, se reconocen:**

- ✓ Gastritis antral no atrófica, que es asociada con *Helicobacter pylori*, suele ser una gastritis superficial, sin atrofia, conocida también como gastritis tipo B.
- ✓ Gastritis atrófica multifocal antral y corporal, asociada principalmente a factores externos dentro de los que el más importante en su iniciación es el *Helicobacter pylori*.
- ✓ Gastritis atrófica corporal difusa, denominada también como gastritis autoinmune o gastritis tipo A; se asocia con anemia perniciosa, asociada a anticuerpos anticélulas parietales u oxínticas, factor intrínseco y la bomba productora de protones con aclorhidria o hipoclorhidria de acuerdo al grado de atrofia,

deficiencia de vitamina B12, y en casos avanzados aparición de anemia perniciosa, incrementándose el riesgo de cáncer gástrico y de tumores carcinoides.<sup>4</sup>

**c. Clasificación basada en criterios etiológicos, endoscópicos y patológicos.**

- ✓ De acuerdo a evaluaciones etiológicas, endoscópicas y patológicas referidas se está progresivamente llegando a estudiar, definir y evaluar cada vez mejor el espectro de los cuadros de gastritis, clasificándose, de acuerdo a estos factores, en tres categorías:<sup>4</sup>
- ✓ Gastropatías, en las que no existe componente inflamatorio pero si daño epitelial o endotelial denominándolas endoscópicamente como “gastritis” erosivas o hemorrágicas<sup>4</sup>.
- ✓ Gastritis no erosivas o no específicas, en las que en algunos casos son endoscópicamente normales pero histológicamente se demuestra componente inflamatorio<sup>4</sup>.
- ✓ Gastritis de tipo específico, en las que existe hallazgos histológicos específicos<sup>4</sup>.

En las gastropatías o “Gastritis “erosivas y hemorrágicas, las causas más comunes son las drogas, estados de estrés y la gastropatía hipertensiva portal asociada a la presencia de Hipertensión Portal.<sup>4</sup>

Del grupo de medicamentos, son más frecuentes los AINEs causando injuria gástrica por mecanismos de acción local y sistémica. La acción local o directa produce daño metabólico de la célula gástrica con alteraciones en la permeabilidad, retrodifusión de hidrogeniones, cariólisis, necrosis, erosiones y hemorragias. La acción sistémica se debe a la disminución de síntesis de prostaglandinas secundaria a la inhibición por los AINEs de las enzimas ciclooxigenasas (COX 1 y 2), que se expresan endoscópicamente por múltiples erosiones pequeñas y/o úlceras.<sup>4</sup>

Las gastropatías relacionadas al estrés, se presentan en situaciones clínicas médicas o quirúrgicas de pacientes severamente enfermos, en las primeras 72 horas de su estado crítico, con erosiones de la mucosa gástrica y hemorragias subepiteliales. Entre los factores de riesgo se incluye la presencia de ventilación mecánica, coagulopatías, trauma, quemaduras, hipotensión, sepsis, injurias del sistema nervioso central, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, falla multiorgánica.<sup>4</sup>

La gastropatía hipertensiva portal se debe a ectasia o congestión vascular de capilares y vénulas en la mucosa y submucosa del estómago en correlación con el grado de la hipertensión portal y/o enfermedad hepática, pudiendo ser causa del 10 a 25% de sangrados que se presentan en este tipo de pacientes.<sup>6</sup>

En las gastritis no erosivas o no específicas, la causa más prevalente es por infecciones relacionadas al *Helicobacter pylori*, y en mucho menor prevalencia están la gastritis de tipo autoinmune, biliar, linfocítica y las no específicas.<sup>4</sup>

La infección por *Helicobacter pylori* se calcula que afecta la mitad de la población mundial, con mayor prevalencia en países en desarrollo, llegando a cifras hasta del 90%, asociada a niveles socio económicos bajos, adquiriéndose a edades más tempranas en comparación con los países desarrollados.

Todos los sujetos que presentan *Helicobacter pylori* desarrollan gastritis, un 15 a 20% presentan ulcera – péptica y menos del 1% adenocarcinoma gástrico existiendo variaciones regionales. Su forma espiral, flagelos y la producción de ureasa por esta bacteria Gram negativa, facilitan 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 severos cuando están presentes cepas de *Helicobacter pylori* que poseen citotoxinas vacuolizantes vac A y cag A.

El ser humano es el principal reservorio de la infección, siendo la vía de trasmisión 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. Las cepas de *Helicobacter pylori* se ubican a lo largo de la superficie epitelial gástrica desempeñando un papel importante en la génesis de gastritis, úlcera péptica duodenal, úlcera péptica gástrica, cáncer gástrico y linfoma de tipo MALT (Tejido Linfoide Asociado a la Mucosa) gástrica.

La infección por estas bacterias se inicia en el antro gástrico, ubicándose a lo largo de la superficie epitelial, se extiende hacia el cuerpo llevando en los casos crónicos de larga evolución a atrofia, metaplasia intestinal que pueden terminar en displasia y finalmente adenocarcinoma.

En este grupo de gastritis no erosivas o no específicas, la Gastritis Linfocítica puede ocurrir aislada o asociada a Sprue Celiaco, Colitis Linfocítica y Colagenosa, *Helicobacter pylori* o asociado al uso del agente antitrombótico Ticlopirina, algunos la asocian a gastritis varioliforme. Endoscópicamente puede mostrar pliegues mucosos gruesos, nodularidad y erosiones aftosas; histológicamente muestran infiltrado de la lámina propia por células plasmáticas, linfocitos, escasos neutrófilos y un marcado infiltrado intraepitelial del epitelio superficial y foveolar por linfocitos T en un número de 25 por cada 100 células epiteliales.

La Gastritis biliar o alcalina, ocasionada por el reflujo de contenido duodenal hacia el estómago, se asocia a gastrectomía

parcial, colecistectomía, disfunción pilórica ocasionada por casos de duodenitis, úlceras o presencia de cicatrices que retraen dicho orificio. Esta injuria química ocasiona daño de la barrera epitelial con cambios inflamatorios a nivel de la mucosa. Endoscópicamente la mucosa se aprecia cubierta de bilis acompañada de eritema y edema que compromete el antro o todo el estómago.

En las Gastritis de tipo específico, se incluyen un grupo variado de entidades o procesos como infecciones bacterianas, virales, parasitarias y micóticas, como también gastritis granulomatosas, gastritis colagenósica, gastritis eosinofílica, gastropatías hipertróficas, gastritis urémica.

Entre las gastritis virales tenemos al Citomegalovirus usualmente presente en pacientes inmunocomprometidos. La mucosa a la endoscopia puede ser edematosa y congestiva con erosiones o ulceraciones, histológicamente el hallazgo característico es la presencia de el “ojo de búho” dado por núcleos agrandados con inclusiones intranucleares en las células de la mucosa, endotelio vascular y tejido conectivo.

Las gastritis, en las infecciones herpéticas por virus del *Herpes simple*, *Herpes varicella*, *Herpes zoster*, ocurren por reactivación de una infección previa también asociada a pacientes inmunocomprometidos, endoscópicamente la mucosa gástrica tiene apariencia de empedrado por presencia de úlceras lineales y

pequeñas placas elevadas ulceradas; histológicamente se aprecia numerosas células con núcleo eosinófilo en vidrio esmerilado con cuerpos de inclusión intranuclear rodeados por halos. La gastritis flemonosa (supurativa) es una entidad infecciosa bacteriana fulminante asociada con ingesta masiva de alcohol, ancianos y enfermos de SIDA. La pared gástrica y la mucosa están muy engrosadas a consecuencia de la inflamación difusa y supurativa describiéndose como agentes causales *Streptococcus*, *Escherichia coli*, *Stafilococos*, especies de *Haemophilus* y bacterias productoras de gas que pueden producir gastritis enfisematosas. Entre sus factores de riesgo están la polipectomía e inyección de tinta china.

La gastritis por *Actinomyces israelii* es muy rara, se caracteriza por presencia a la biopsia de múltiple abscesos con bacterias Gram positivas filamentosas. Las gastritis granulomatosas histológicamente presentan granulomas con necrosis caseosa o no, asociadas a Tuberculosis, Sífilis; Micosis, Sarcoidosis, Enfermedad de Crohn etc. Las gastritis por *Mycobacterium tuberculosis* puede ir asociada a pacientes inmunocomprometidos; endoscópicamente muestra úlceras, masas, obstrucción pilórica y de observarse flujo de material caseoso, la biopsia presenta granulomas necrotizantes con material caseoso con bacilos ácido alcohol resistente los que

también pueden aislarse en cultivos de la biopsia gástrica o por técnica de PCR.

Las gastritis por Complejo *Mycobacterium avium* es muy rara y se asocia a SIDA; en la biopsia se aprecia histiocitos espumosos conteniendo bacilos ácido alcohol resistente. Las gastritis por Sífilis secundaria ocasionan erosiones antrales, úlceras serpiginosas o pliegues engrosados; en la biopsia se encuentra severa gastritis con denso infiltrado de células plasmáticas, algunos neutrófilos y linfocitos, hay además destrucción glandular, vasculitis y granulomas.

Entre las gastritis parasitarias se incluyen las ocasionadas por *Strongyloides stercoralis*, *Cryptosporidium*, larvas de *Anisakis marina*, *Ascaris lumbricoides* y *Necator americanus*, pudiendo identificarse histológicamente el agente causal, con presencia de *eosinófilos* en el infiltrado inflamatorio.<sup>3</sup>

La 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 de mayor aumento), abscesos eosinofílicos de las criptas, necrosis y regeneración epitelial.

La gastritis colagenosa se ha reportado en asociación con colitis colagenosa y colitis linfocítica; pero es muy rara; a la endoscopia se encuentra hemorragias en la mucosa, erosiones y nodularidad, histológicamente se aprecia una gastritis crónica con células plasmáticas y linfocitos intraepiteliales con focos de atrofia y depósito focal de colágeno en la lámina propia. La gastropatía hipertrófica incluye trastornos caracterizados por agrandamiento de los pliegues del cuerpo y del fondo gástrico, observados endoscópicamente o en diagnóstico por imágenes, entre las que se encuentran la Enfermedad de Ménétrier, el Síndrome de Zollinger Ellison y la gastropatía hiperplásica hipersecretoria. En estas gastropatías puede existir una variante polipoide que simula pólipos gástricos hiperplásicos múltiples. Histológicamente las gastropatías hipertróficas muestran hiperplasia foveolar con dilataciones quísticas, la infiltración inflamatoria puede estar presente pero es variable. Existen otras entidades que pueden presentar pliegues gástricos agrandados con las que se debe hacer diagnóstico diferencial, entre ellas se incluye el *Helicobacter pylori*, otras infecciones y neoplasias como carcinomas, linfomas y carcinoides.<sup>4</sup>

## **B. Diagnóstico**

Para el diagnóstico de gastritis no existe una buena correlación de las manifestaciones clínicas, los hallazgos endoscópicos e

histológicos, ya que es posible encontrar en ocasiones severas gastritis en individuos asintomáticos o mucosas gástricas normales en pacientes con síntomas acentuados atribuibles a gastritis.<sup>4</sup>

**Manifestaciones clínicas:** Las gastritis pueden ser totalmente asintomáticas y en caso de existir síntomas estos no son propios, sino atribuibles a ella, como es la presencia de ardor, dolor intenso 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 aún en el colon irritable. Además pueden manifestarse con hemorragias crónicas o agudas que podrían llegar a ser masivas con hematemesis y melena.<sup>4</sup>

**Hallazgos endoscópicos:** Los signos endoscópicos asociados a esta entidad 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 intestinal. Estos signos endoscópicos pueden localizarse topográficamente a nivel del antro,

cuerpo o en todo el estómago, denominándose gastritis antrales, gastritis corporal o pangastritis respectivamente.<sup>4</sup>

**Hallazgos histológicos:** 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 específicas.<sup>4</sup>

**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 endoscopía 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 o más de 90/90 % a excepción de la serológica 80/90% y el cultivo 50/100%.<sup>4</sup>

También se incluyen pruebas serológicas para anticuerpos contra *Citomegalovirus*, *Herpes*, *Sífilis*, anticuerpos contra células parietales gástricas, factor intrínseco y de la bomba de protones productora de ácido.

Se pueden hacer, en casos especiales, estudios microbiológicos de las biopsias en busca de agentes etiológicos infecciosos. En algunos

casos el examen de heces puede aclarar la etiología como en el caso de estrongiloidiasis. Ante la sospecha de Síndrome de Zollinger Ellison, el dosaje de gastrina puede definir el diagnóstico.<sup>4</sup>

### **C. Tratamiento de la gastritis**

El manejo de la gastritis crónica establece principalmente la erradicación de la infección por *Helicobacter pylori*, cuando ésta sea su causa, para lo cual se han establecido esquemas combinados de antibióticos como la amoxicilina, claritromicina, metronidazol y tetraciclina. La amoxicilina y la claritromicina tienen una efectividad del 80%.

Por otra parte, en las gastritis inducidas por antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) se plantea el uso de dosis bajas de aspirina para quienes requieran tratamiento a largo plazo para reducción de riesgo vascular, del uso de inhibidores selectivos de la COX-2.

Existen medidas no farmacológicas para el control, se recomienda el cese del tabaquismo y del consumo de alcohol, ya que ambos aumentan el estrés oxidativo de la mucosa, se recomienda reducir el consumo de cafeína y controlar el estrés. Los inhibidores de la bomba de protones y los antagonistas de los receptores histaminérgicos tipo 2 representan el tratamiento de primera línea, ya que logran sus efectos en menor tiempo.



## a. Tratamiento para la erradicación del *Helicobacter pylori*.

### • Tratamiento de primera línea

Actualmente, no se recomienda el tratamiento triple clásico con un IBP, claritromicina y amoxicilina, dada la variabilidad de su eficacia, que, en la mayoría de los casos, no llega al 80%. Los 2 tratamientos que se recomiendan como de elección son la terapia cuádruple concomitante durante 14 días o la terapia cuádruple clásica con bismuto durante 10 días.<sup>6</sup>

Ambos tratamientos han demostrado eficacias iguales o superiores al 90% en estudios bien diseñados. La ventaja de la terapia cuádruple clásica con bismuto es que requiere solo 2 fármacos, el IBP y (un fármaco que incluye metronidazol, tetraciclina y bismuto en un solo comprimido), y es, por tanto, más fácil de prescribir y explicar.<sup>7</sup>

Sus inconvenientes son:

- ✓ que la evidencia de su eficacia en nuestro medio es más limitada que la de la cuádruple;
- ✓ el precio es moderadamente más caro que el de la cuádruple concomitante, y
- ✓ el hecho de que ha de administrarse 4 veces al día. Respecto de este último inconveniente, es probable que administrado 3

veces al día con las comidas sea igualmente efectivo, aunque la evidencia actual al respecto es muy limitada.

La terapia cuádruple concomitante, por su parte, se administra 2 veces al día y sus inconvenientes son:

- ✓ La duración más larga
- ✓ El hecho de que se tenga que prescribir cada uno de sus componentes por separado hace que sea más difícil de explicar, y
- ✓ El elevado número de comprimidos de fármacos diferentes puede dificultar la adherencia terapéutica.

<i>Terapia cuádruple clásica (Pylera®)</i>	
IBP a dosis altas/12 h	
Pylera® 3 cápsulas/6 h	10 días
<i>Terapia cuádruple «concomitante»</i>	
IBP a dosis altas/12 h	
Amoxicilina 1 g/12 h	
Claritromicina 500 mg/12 h	14 días
Metronidazol 500 mg/12 h	
<i>Terapia cuádruple con levofloxacino</i>	
IBP a dosis altas/12 h	
Levofloxacino 500 mg/24 h	
Amoxicilina 1 g/12 h	14 días
Subcitrate de bismuto (Gastrodenol®) 120 mg, 2 comp/12 h	
<i>Terapia cuádruple con rifabutina</i>	
IBP a dosis altas/12 h	
Rifabutina 150 mg/12 h	
Amoxicilina 1 g/12 h	14 días
Subcitrate de bismuto (Gastrodenol®) 120 mg, 2 comp/12 h	

**Tabla N°1:** Posología y duración de las terapias recomendadas

**Fuente:** Sánchez Delgado J. García Iglesias P. Titó Ll. Puig I. Planella M. Gené E. Saló J. Martínez Cerezo F. Molina Infante J. Gisbert J. Calvet X. Actualización en el manejo de la infección por *Helicobacter pylori*. Documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia. Gastro. Hepat. [En línea]. 2017. [Citado el 23 de enero del 2022]. 41(4): 272-280. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-actualizacion-el-manejo-infeccion-por-S0210570518300104> <sup>7</sup>

Los efectos adversos son moderados y parecen similares con ambos tratamientos.

En la situación actual, parece razonable recomendar las 2 al mismo nivel como tratamiento de primera línea.

Se recomienda utilizar un IBP a dosis altas cada 12h, ya que cuanto más intensa es la inhibición ácida, más efectivo es el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*. Esomeprazol 40mg cada 12h ofrece la inhibición ácida más potente con un número mínimo de comprimidos. Sin embargo, el coste relativamente elevado hace que no quede claro que esta pauta sea coste-efectiva especialmente en tratamientos de primera línea y que, por tanto, no pueda recomendarse de manera generalizada.<sup>7</sup>

#### • Tratamiento de segunda línea

Se recomienda una pauta cuádruple con IBP a dosis altas, levofloxacino, amoxicilina y bismuto como tratamiento de rescate cuando falla el tratamiento inicial. La terapia triple con un IBP, amoxicilina y levofloxacino obtiene tasas de curación insuficientes, con un 74% de media. Por ello, aunque el número de estudios es limitado, es razonable recomendar una pauta

cuádruple con IBP a dosis altas, levofloxacino, amoxicilina y bismuto como tratamiento de rescate cuando falla el tratamiento inicial. Un estudio observacional bien diseñado demostró tasas de curación superiores al 90%. Aunque se trata de un estudio único, los resultados son congruentes con la clara evidencia que muestra que añadiendo bismuto a los tratamientos triples con levofloxacino se mejora su tasa de curación en aproximadamente un 10%<sup>4</sup>. Una alternativa igualmente eficaz tras el fracaso de la terapia concomitante sería la terapia cuádruple clásica con un IBP a dosis altas.<sup>7</sup>

- **Medidas de tratamiento específico**

Gastritis por AINEs: Los síntomas pueden mejorar con el retiro, reducción o la administración de la medicación con alimentos, en aquellos pacientes en quienes persisten los síntomas se les debe someter a endoscopia diagnóstica y estudio histológico para confirmar la etiología por AINEs y en base a ello ser tratados sintomáticamente con el uso de sucralfato 1 gr. 4 veces por día, antes de los alimentos y al acostarse, misoprostol un análogo de prostaglandina 200mg 4 veces por día y/o antagonistas de receptores H<sub>2</sub> (ranitidina 150 mg 2 veces por día) o inhibidores de la bomba de protones en una dosis diaria

(omeprazol 20 mg, rabeprazol 20 mg, pantoprazol 40 mg o lansoprazol 30 mg, esomeprazol 40 mg).<sup>4</sup>

Gastritis alcohólica: Se prescriben antagonistas de receptores H<sub>2</sub> o sucralfato por 2 a 4 semanas.

Gastritis por Estrés: Existe la profilaxis farmacológica para su prevención, con el uso endovenoso de antagonistas de receptores H<sub>2</sub> o inhibidores de la bomba de protones o sucralfato por vía oral, evidenciándose una franca reducción de la incidencia de sangrado digestivo hasta de un 50%.<sup>4</sup>

En la gastropatía por hipertensión portal: Está indicado el uso de propanolol o nadolol que reducen la incidencia de sangrado agudo recurrente por reducción de la hipertensión portal. En pacientes en quienes falla la terapia con propanolol se puede tener éxito usando procedimientos de descompresión portal.<sup>4</sup>

### **2.3 Discusión Teórica**

Luego de una exhaustiva investigación con bibliografía actualizada, la cual nos da a conocer el grado de incidencia a nivel mundial y local sobre la gastritis, así mismo el tratamiento recomendado para los diferentes tipos de gastritis, podemos observar, aplicando a nuestra realidad, que hay mucha carencia en cuanto al seguimiento del tratamiento, sabiendo que una gastritis crónica es más producida por la presencia del *Helicobacter pylori*.

En el distrito de Tacabamba la población carece de servicios básicos especialmente en la zona rural, a esto añadimos que el servicio de salud pública no es el adecuado en cuanto se refiere al diagnóstico de enfermedades, ya que hay falta de especialistas para este tipo de situaciones, haciendo que los pacientes vayan a ser atendidos en el Hospital de la provincia, el cual demanda de gastos extras a la población; haciendo que esta desista en su atención médica y a esto añadimos la falta de compromiso en el cumplimiento de su tratamiento.

#### 2.4 Definición De Términos Básicos:

- ✓ **Gastritis:** La gastritis es un término general para un grupo de enfermedades con un punto en común: la inflamación del revestimiento del estómago. La inflamación de la gastritis generalmente se produce por la misma infección bacteriana que provoca la mayoría de las úlceras estomacales.
  
- ✓ **Gastritis aguda:** es un problema inflamatorio común que afecta el revestimiento interno del estómago, puede ser causada por bacterias o sustancias que irritan el revestimiento del estómago como el alcohol, la nicotina y algunos calmantes
  
- ✓ **Gastritis crónica:** es la inflamación inespecífica de la mucosa gástrica, de etiología múltiple y mecanismos patogénicos diversos.

- ✓ **IBP:** Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) son medicamentos que funcionan al reducir la cantidad de ácido gástrico producido por glándulas en el revestimiento del estómago.
  
- ✓ **Antagonistas H2:** Su mecanismo de acción se basa en la unión al receptor de histamina en la célula parietal para inhibir la secreción de ácido gástrico; reduce la concentración de hidrogeniones y el volumen gástrico.
  
- ✓ **Antibiótico:** Un antibiótico, considerando la etimología, es una sustancia química producida por un ser vivo o derivado sintético, que mata o impide el crecimiento de ciertas clases de microorganismos sensibles.
  
- ✓ **Factores:** Un factor es un elemento que influye en algo. De esta manera, los factores son los distintos aspectos que intervienen, determinan o influyen para que una cosa sea de un modo concreto.
  
- ✓ **Eficacia:** Es la capacidad o cualidad para lograr, obrar o conseguir algún resultado en particular, gozando de la virtud de producir el efecto deseado.
  
- ✓ **Tratamiento:** Conjunto de medios (higiénicos, dietéticos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos) que se ponen en práctica para curar o aliviar una enfermedad. También se dice de un medio especial de cura.

- ✓ **AINEs:** Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son un grupo farmacológico variado, especialmente son antiinflamatorios, analgésicos y antipiréticos; los cuales atenúan los síntomas de la inflamación, el dolor, y la fiebre. Todo este grupo farmacológico ejerce su efecto por acción de la inhibición de la ciclooxigenasa.

### **III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. Unidad de análisis, universo y muestra.**

##### **3.1.1 Unidad de análisis**

Historias clínicas de pacientes con gastritis crónica atendidos en el Centro de Salud Tacabamba.

##### **3.1.2 Universo**

Pacientes atendidos en el Centro de Salud Tacabamba.



### **3.1.3 Muestra**

Pacientes con gastritis crónica atendidos en el Centro de Salud Tacabamba en el periodo Enero - diciembre 2021, los cuales constan de 234 historias clínicas.

#### **Criterios de inclusión**

- Pacientes que se han atendido en el Centro de Salud Tacabamba en el periodo Enero – diciembre 2021.
- Pacientes con gastritis crónica.
- Pacientes con gastritis crónica atendidos más de dos veces.
- Pacientes con gastritis crónica que hayan sido referidos a la provincia de Chota.

#### **Criterios de exclusión**

- Pacientes con gastritis crónica atendidos después del mes de diciembre del 2021.
- Pacientes con otro tipo de morbilidad.
- Pacientes con datos en su historia clínica incompleta.

## **3.2. Métodos de investigación**

### **3.2.1. De acuerdo al fin que se persigue**

Es básica pues permite entender de mejor manera el conocimiento de la verdad en las diferentes áreas (social, científica y filosófico), donde los datos obtenidos son llevados a la práctica para precisar con claridad el problema de estudio y detallar las acciones que se va a llevar a cabo, luego se hace la evaluación para establecer si la acción tomada es correcta.

### **3.2.2. De acuerdo a la técnica de contraste.**

Es de análisis observacional, ya que se recopila información pasada para hacerla más simple su interpretación y poder evaluar cuales son las causas involucradas en la eficacia del tratamiento para la gastritis crónica en pacientes atendidos en el Centro de Salud Tacabamba.

## **3.3. Técnicas de investigación**

El presente trabajo está orientado a analizar la eficacia del tratamiento más frecuente para gastritis crónica en pacientes atendidos en el Centro de Salud Tacabamba, para lo cual se utilizó técnicas cuantitativas, que son métodos cuantitativos e inferencia estadística para extrapolar los resultados de una muestra a una población.

### **3.3.1. Recolección y selección de muestra**

- ✓ Se presentó una solicitud al Gerente del Centro de Salud. Tacabamba con la finalidad de que nos facilite la información de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Centro de Salud.
- ✓ Se procedió a separar las historias clínicas de los pacientes con gastritis crónica.
- ✓ Se seleccionó las historias clínicas de los pacientes con gastritis crónica atendidos en el periodo enero - diciembre 2021.
- ✓ Se Identificó cual es el tratamiento indicado a los pacientes atendidos en el Centro de Salud.

### **3.4. Instrumento, equipos y materiales**

Se utilizó una Ficha de Recolección de datos, previa validación de profesionales expertos en la materia.

### **3.5. Técnicas de análisis de datos**

El análisis descriptivo de los datos recolectados se realizó mediante la distribución de frecuencias absolutas y relativas. Y para el análisis inferencial se usó la prueba estadística del Chi-cuadrado para la bondad de ajuste con 99% de confiabilidad, esto es, un nivel de significancia  $\alpha = 0,01$ .

### 3.6. Aspectos éticos de la investigación

Este proyecto está sujeto a las normas y códigos éticos y morales y nos comprometemos a respetarlos, tales como el utilitarismo; además de ello respetaremos el contenido original de la información obtenida (no alterar la información obtenida a beneficio propio y compartir los resultados obtenidos).

## IV. RESULTADOS

4.1. Describir las características socioculturales de los pacientes con gastritis crónica atendidos en el centro de Salud Tacabamba.

**Tabla N° 2. Edad según sexo de los pacientes con gastritis crónica atendidos en el Centro de Salud Tacabamba**

Edad (años)	Varones		Mujeres		Total	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
De 0 a 10	1	0,4	0	0,0	1	0,4
De 10 a 20	1	0,4	4	1,7	5	2,1
De 20 a 30	4	1,7	16	6,8	20	8,5
De 30 a 40	0	0,0	20	8,5	20	8,5
De 40 a 50	3	1,3	35	15,0	38	16,2
De 50 a 60	10	4,3	24	10,3	34	14,5
De 60 a 70	7	3,0	24	10,3	31	13,2
De 70 a 80	10	4,3	25	10,7	35	15,0
De 80 a 90	18	7,7	27	11,5	45	19,2
De 90 a 100	3	1,3	2	0,9	5	2,1
Total	57	24,4	177	75,6	234	100,0

En la tabla 2 observamos que durante el año 2021 en el centro de salud se atendieron 57 pacientes varones con gastritis crónica y 177 fueron mujeres, representando un 75.6% de los pacientes con gastritis crónica, además percibimos que existe un 19.2% de prevalencia en pacientes entre la edad de 80 a 90 años, seguido de un 16.2% representado por las edades de 40 a 50 años.

**Tabla N° 3. Ocupación de los pacientes con gastritis crónica  
atendidos en el Centro de Salud Tacabamba**

<b>Ocupación</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
Agricultor	32	13,7
Ama de casa	181	77,4
Carpintero	6	2,6
Otros	15	6,4
<b>Total</b>	<b>234</b>	<b>100,0</b>

En la tabla N° 3, observamos que los pacientes con gastritis crónica atendidos en el Centro de salud Tacabamba se dedican a la agricultura y a la atención del hogar.

**Tabla N° 4. Procedencia de los pacientes con gastritis crónica  
atendidos en el Centro de Salud Tacabamba**

Procedencia	Varones		Mujeres		Total	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Urbano	33	14,1	73	31,2	106	45,3
Rural	24	10,3	104	44,4	128	54,7
Total	57	24,4	177	75,6	234	100,0

En la tabla N° 4, observamos que hay un porcentaje de 54.7% de los pacientes que proceden de la zona rural del distrito de Tacabamba.

**Tabla N° 5. Grado de instrucción de los pacientes con gastritis  
crónica atendidos en el Centro de Salud Tacabamba**

Grado de instrucción	Varones		Mujeres		Total	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Analfabeto	19	8,1	63	26,9	82	35,0
Primaria	18	7,7	49	20,9	67	28,6
Secundaria completa	13	5,6	39	16,7	52	22,2
Secundaria incompleta	4	1,7	16	6,8	20	8,5
Superior no universitaria	2	0,9	6	2,6	8	3,4
Superior universitaria	1	0,4	4	1,7	5	2,1
Total	57	24,4	177	75,6	234	100,0

En la tabla N° 5, observamos que el mayor número de pacientes son analfabetos, representando el 35.0% de la totalidad de muestras analizadas.

**4.2.** Determinar el cuadro clínico más común de los pacientes con gastritis crónica atendidos en el centro de Salud Tacabamba.

**Tabla N° 6. Síntomas más comunes de los pacientes con gastritis crónica atendidos en el Centro de Salud Tacabamba**

<b>Signos y síntomas</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
Dolor de estómago	196	83,8
Acidez estomacal	149	63,7
Presencia de sangre en las heces	37	15,8
Otros	9	3,8

n= 234

En la tabla N° 6, observamos que el 83.8% de los pacientes presentan dolor en el estómago, 63.7% acidez estomacal y el 15.8 % presentan sangrado en la heces.

**Tabla N° 7. Pruebas realizadas a los pacientes con gastritis crónica atendidos en el Centro de Salud Tacabamba**

<b>Prueba de laboratorio</b>	<b>Varones</b>		<b>Mujeres</b>		<b>Total</b>	
	<b>Nro.</b>	<b>%</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
Endoscopía	8	3,4	18	7,7	26	11,1
Análisis de sangre	49	20,9	159	67,9	208	88,9
Total	57	24,4	177	75,6	234	100,0

En la tabla N° 7, en cuanto a las pruebas realizadas a los pacientes con gastritis, un 88.9 % se realizaron pruebas de análisis de sangre, mientras que un 11.1% se realizó endoscopía.

**Tabla N° 8. Medicamentos que están recibiendo los pacientes con gastritis crónica atendidos en el Centro de Salud Tacabamba, previos a la aparición de gastritis.**

<b>Tratamiento al ingresar</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
AINES	187	79,9
Antidiabéticos	87	37,2
Antihipertensivos	91	38,9
Antiácidos	211	90,2
Anticonceptivos orales	25	10,7

n= 234

En la tabla N°8, observamos que el mayor porcentaje de los pacientes ya vienen recibiendo un tratamiento previo, siendo que 90.2 % de atendidos reciben antiácidos, pero a la misma vez hay un 79.9% de los pacientes que se les ha administrado AINEs.

- 4.3.** Identificar el tipo de estudios y medicamentos que ayudaron al diagnóstico y tratamiento de gastritis crónica en pacientes atendidos en el Centro de Salud Tacabamba.



**Tabla N° 9. Tratamiento recibido para la gastritis crónica, en  
pacientes atendidos en el Centro de Salud Tacabamba**

<b>Tratamiento recibido</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
Omeprazol	195	83,3
Hidróxido de aluminio	231	98,7
Ranitidina	65	27,8
Sales de bismuto	177	75,6
Simeticona	33	14,1
Dimehinitrato	47	20,1

n= 234

En la tabla N° 9, observamos que los medicamentos más prescritos para el problema de gastritis crónica son con un 98.7% hidróxido de aluminio, seguido de 83.3% de omeprazol y un 75.6% de sales de bismuto.

**Tabla N° 10. Recurrencia de la gastritis crónica, en pacientes  
atendidos en el Centro de Salud Tacabamba**

<b>Recurrencia</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
Si	167	71,4
No	67	28,6
Total	234	100,0

En la tabla N° 10, observamos la recurrencia de los pacientes al centro de salud Tacabamba por el mismo problema, siendo en su totalidad un 71,4% de los atendidos que vuelven.

**4.4.** Identificar si los pacientes practican hábitos nocivos para la salud como el consumo de alcohol, tabaquismo y chacchado de coca. Identificar si los pacientes practican hábitos nocivos para su salud como el consumo de alcohol, tabaquismo y chacchado de coca.

**Tabla N° 11. Factores condicionantes de la gastritis crónica en pacientes atendidos en el Centro de Salud Tacabamba**

<b>Factores condicionantes</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
Consume alcohol	63	26,9
Consume hoja de coca	34	14,5
Horario de alimentación variada	191	81,6
Obesidad	147	62,8
Consumo de AINES	187	79,9

n= 234

En la tabla N° 11, observamos que el mayor porcentaje de los factores que condicionan a padecer una gastritis es los horarios de alimentación variados, representando un 81.6%, seguido de un 79,9 % la administración de los AINES.

**4.5.** Determinar la incidencia de casos atendidos con relación a la edad y sexo.

**Tabla N°12. Incidencia de la gastritis crónica en relación a la edad, en pacientes atendidos en el Centro de Salud Tacabamba**

<b>Edad (años)</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
De 0 a 10	1	0,4
De 10 a 20	5	2,1
De 20 a 30	20	8,5
De 30 a 40	20	8,5
De 40 a 50	38	16,2
De 50 a 60	34	14,5
De 60 a 70	31	13,2
De 70 a 80	35	15,0
De 80 a 90	45	19,2
De 90 a 100	5	2,1
<b>Total</b>	<b>234</b>	<b>100,0</b>

**Tabla N° 13. Incidencia de la gastritis crónica en relación al sexo, en pacientes atendidos en el Centro de Salud Tacabamba**

<b>Sexo</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
Varones	57	24,4
Mujeres	177	75,6
<b>Total</b>	<b>234</b>	<b>100,0</b>

**Tabla 14. Factores que influyen en la eficacia del tratamiento más frecuente de la gastritis crónica en pacientes atendidos en el Centro de Salud Tacabamba en el periodo enero - diciembre 2021**

Factores	Chi-cuadrado		
	X <sup>2</sup>	g.l.	p-valor
Edad	93,4	9	0,000*
Ocupación	348,0	3	0,000*
Procedencia	2,1	1	0,150
Grado de instrucción	135,4	5	0,000*
Sexo	61,5	1	0,000 *
Recurrencia	42,7	1	0,000*

n= 234

\*: Factores que influyen.

En la tabla 14, se demuestra que la edad, ocupación, grado de instrucción, sexo y recurrencia, son factores que influyen en la eficacia del tratamiento más frecuente para la gastritis crónica, debido a que difieren significativamente ( $p < 0,01$ ). No se encontró influencia en la procedencia del paciente ( $p > 0,01$ ). Resultados que han sido estadísticamente significativos ( $p < 0,01$ ), con nivel de significancia de 0,01, lo que indica un 99% de confiabilidad, según la aplicación de la prueba estadística Chi-cuadrado para la bondad de ajuste, con ello se cumple con la hipótesis de la presente investigación: Existen factores que influyen en la eficacia del tratamiento más frecuente para gastritis crónica en pacientes atendido en el Centro de Salud Tacabamba. Con ello, se concluye que la edad (años), ocupación, procedencia, sexo y recurrencia son factores que influyen en la eficacia del tratamiento más frecuente para la gastritis crónica en pacientes atendido en el Centro de Salud Tacabamba.

## V. DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos puede inferirse que la hipótesis propuesta es aceptada debido a que hay distintos factores los cuales influyen en la eficacia del tratamiento; entre ellos tenemos a la edad, género, ocupación, procedencia y recurrencia, y esto lo podemos corroborar con las bases teóricas las que concuerdan con nuestro estudio como por ejemplo el realizado por **Rodríguez (2019)**<sup>12</sup> donde se realizó un estudio que incluyó a personas de 18 años de edad en adelante, atendidos en el Servicio de Medicina Familiar del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Ambato, Ecuador, durante el 2016; teniendo como resultado que los factores de riesgo más frecuente fueron, infecciones por *Helicobacter pylori*, edad menor de 50 años, tabaquismo, alcoholismo y estrés.

En esta investigación la edad con más porcentaje de casos fue entre 80 y 90 años, los cuales representaron el 19.2% de la población estudiada, seguida por 16.2% en las edades de 40 a 50 años, nuevamente encontrando similitud con el estudio realizado a **Rodríguez (2019)**<sup>12</sup> en donde hace referencia a la edad como factor de riesgo, además en el estudio de **Méndez L. (2016)**<sup>5</sup>, también encontramos que la tasa de infección aumenta con la edad; ya que existe relación directa entre edad y prevalencia, dándonos a conocer que la cifra fue superior entre los mayores de 40 años, aunque este estudio está más enfocado en pacientes con la presencia de *Helicobacter pylori*, no descartamos la posibilidad de que el número de pacientes evaluados en esta investigación

tengan la presencia de dicha bacteria pero por falta de exámenes complementarios no podemos precisar la presencia de este microorganismo patógeno.

El género es otro de los factores condicionantes para la recurrencia de la gastritis crónica, encontrando en este análisis de datos una marcada incidencia en el sexo femenino con un 75.6% mientras que el sexo masculino solo se encontró un 24.4%, hallando similitud en el estudio que describe **Méndez L. (2016)**<sup>5</sup>

La procedencia del paciente evaluado también ha hecho hincapié como factor para la recurrencia de la gastritis crónica en el Distrito de Tacabamba, siendo el 54.7% de la población procedente de la zona rural, y acá notamos como las actividades de la zona rural pueden afectar o ser un precedente para desencadenar una gastritis, y va de la mano con los hábitos alimenticios, no solo por la falta de conocimiento de una dieta balanceada, sino por los horarios a los que se acondiciona la población rural al cumplir cada una de sus actividades, como por ejemplo el cuidado de animales vacunos, sembrío de cultivos, ya que estos muchas veces se encuentran alejados de su hogar, impidiendo la alimentación en las horas adecuadas; en cuanto a los varones, el medio de ingreso económico es la agricultura y para esto, para soportar el arduo trabajo, los agricultores hacen uso del chacchado de hoja de coca, ya que esta proporciona energía al actuar directamente en el sistema nervioso central esto debido a los distintos componentes fitoquímicos que contiene la planta y lo corroboramos con el estudio realizado por **Ramos (2016)**<sup>6</sup> sobre la hoja de

coca en donde nos relata las bondades de esta planta con relación a su utilización por hombre andino siendo que sus propiedades facilita la adaptación el hombre a la altitud, debido a su acción anti fatigante, de gran poder para facilitar el funcionamiento de los pulmones y el corazón entre 3000 y 4700 msnm, y sobre todo para resistir el esfuerzo desplegado durante los diversos tipos de trabajo, agrícola, ganadero y minero. En el caso del distrito de Tacabamba las actividades más realizadas son la agricultura y ganadería. Pero a su vez este consumo de hoja de coca orilla a la persona a desarrollar una gastritis, puesto que al momento del chacchado el estómago se prepara para recibir el bolo alimenticio segregando jugo gástrico, pero al no haber la presencia de los alimentos el jugo gástrico empieza a lacerar la pared estomacal.

El alto consumo de AINEs también es un factor predisponente para el desarrollo y recurrencia de gastritis crónica y en este estudio encontramos que un 79.9% de la población analizada utiliza estos medicamentos. Dando paso y corroborando lo que nos dice las distintas bibliografías en cuanto a esta enfermedad.

Lo que llamó la atención también fue encontrar que cierto número de población evaluada tiene problemas de hipertensión y diabetes y que luego de recibir el tratamiento para estas patologías, han desarrollado gastritis crónica.

Por otro lado en un estudio publicado por **Vences C (2023)**<sup>14</sup>. Sobre la asociación de hipertensión y obesidad con gastritis crónica en pacientes adultos, nos da a conocer que si hay relación de este tipo de enfermedades con

la gastritis, debido a que se halló un 83.9% de prevalencia de dicha patología; además la obesidad clase III aumento la prevalencia de gastritis crónica un 28%.

En cuanto al tratamiento, los medicamentos más prescritos por el médico son; hidróxido de aluminio con 98.7% seguido del omeprazol con un 83.3%, y subsacilato de bismuto con un 75.7%, y esto se repite en cada atención que tenga el paciente.

## **VI. CONCLUSIONES**

Se llega a la conclusión de que la edad, ocupación, grado de instrucción, género y recurrencia, son factores que influyen en la eficacia del tratamiento más frecuente para la gastritis crónica.

El porcentaje más alto de pacientes con gastritis crónica son de sexo femenino, y de la zona rural del distrito de Tacabamba, también se pudo observar que el tratamiento dado por el Centro de Salud no tiene mucho efecto sobre la erradicación del problema y esto podría deberse a que los análisis son limitados y tratan a todos los pacientes por igual.

Se determinó las características socioculturales de la población, en las cuales hay un alto porcentaje en analfabetización, la ocupación de los pacientes son en su mayoría amas de casa y agricultores y obtuvimos un 54.7 % de pobladores que pertenecen a la zona rural del distrito.

El cuadro clínico más común en los pacientes atendidos en el Centro de salud Tacabamba fue el dolor de estómago y la acidez estomacal.



En cuanto al tipo de estudio que llevó al diagnóstico de dicha enfermedad fue en un 11.1% endoscopia, pero esta fue realizada fuera del distrito y los medicamentos más prescritos fueron el omeprazol y el hidróxido de aluminio. En cuanto a los hábitos nocivos practicados por los pacientes evaluados tenemos un porcentaje de 81.6% para los horarios de alimentación variada esto debido a sus propias actividades que realizan día a día, ya que estas orillan a la población a comer a destiempo; además también observamos un 79,9 % de consumo de AINEs, además pudimos ver un 26.9% que la población consume alcohol, un 14% practica el chacchado de hoja de coca y también encontramos un porcentaje relativamente alto (62.8%) en cuanto a la obesidad de los pacientes con gastritis crónica.

## **VII. RECOMENDACIONES**

Recomendamos a la población Tacabambina llevar una vida más saludable, cumpliendo y respetando las horas de alimentación. Además dejar de lado los malos hábitos como tomar alcohol, chacchado de coca en exceso, ya que esto provoca grandes concentraciones de ácido en el estómago, dañando las paredes mucosas y a la larga habiendo que la persona comience a parecer de gastritis crónica.

Evitar la automedicación especialmente de los AINEs, hoy en día la población comete el gran error de administrarse medicamentos sin previa consulta médica y en exceso, provocando simplemente a la larga que los pacientes padezcan de gastritis.

Brindar charlas de orientación sobre el tema de gastritis, de esta manera concientizar a la población de los malos hábitos los cuales desencadena dicha enfermedad.

Recomendar además productos alternativos que ayuden a mejorar la salud de los pacientes con gastritis, entre estos encontramos la utilización de sangre de grado como una alternativa y lo fijamos con base científica en el estudio realizado por **Vásquez K (2018)**<sup>9</sup> en el cual demuestra la eficacia de *Croton lecheleri* (sangre de grado) como anti ulceroso y bactericida contra *Helicobacter pylori*.

## VIII. LISTA DE REFERENCIAS

1. Quinteros Carrión E. Efecto de los AINES sobre la mucosa gástrica. Revista Española de Reumatología [en línea]. 2000 Jan 1; 27(1):19–24. [Citado el 02 de noviembre del 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-efectos-los-aine-sobre-mucosa-8543>
2. Aguilar M C. Tipos de gastritis y su tratamiento. Offar [en línea]. 2003. [Citado el 10 de octubre del 2021]. 22(8): 57-64. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-tipos-gastritis-su-tratamiento-13051491>
3. Instituto nacional de salud. El aparato digestivo y su funcionamiento. NIDDK [en línea]. Jul. 2008. [citado el 10 de diciembre del 2021]. 08(268IS):1–6. Disponible en: [file:///D:/DELSY%20DJ/farmacia%20y%20bioquimica/yrdd\\_sp\\_508.pdf](file:///D:/DELSY%20DJ/farmacia%20y%20bioquimica/yrdd_sp_508.pdf)
4. Valdivia R M. Gastritis y Gastropatía. Rev Gast [en línea]. 2011. [Citado el 23 de enero del 2022]. 32(1): 38 - 48. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v31n1/a08v31n1>
5. Méndez L L. Begué D N. Tamayo H S. Alonso V A. Frías CH N. Infección por *Helicobacter pylori* en el municipio de Palma Soriano

durante el período 2008-2014. *Medisan* [en línea]. 2016. [Citado el 02 de noviembre del 2021]. 20(11): 5089 - 5095: Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2016/mds1611b.pdf>

6. Ramos Clemente A W. Actividad antibacteriana del extracto de *Erithroxylum coca* sobre *Prphyromonas gingivalis*, estudio in vivo. [Tesis Médico Cirujano en línea]. Lima (Perú): Universidad Mayor de San Marcos; Facultad de Odontología. 2016. [citado el 29 de enero del 2023]. Disponible en: <https://1library.co/document/y9321lwy-actividad-antibacteriana-extracto-erythroxyllum-sobre-porphyromonas-gingivalis-estudio.html>
  
7. Sánchez Delgado J. García Iglesias P. Titó Ll. Puig I. Planella M. Gené E. Saló J. Martínez Cerezo F. Molina Infante J. Gisbert J. Calvet X. Actualización en el manejo de la infección por *Helicobacter pylori*. Documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia. *Gastro. Hepat.* [en línea]. 2017. [Citado el 23 de enero del 2022]. 41(4): 272-280. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-actualizacion-el-manejo-infeccion-por-S0210570518300104>
  
8. Quiñones Laveriano D M. Asociación entre zonas altitudinales de residencia y gastritis en pacientes ambulatorios del Perú. [Tesis Medicina Humana en línea]. Lima. Universidad Ricardo Palma.

Facultad de Medicina Humana. 2018 [citado el 21 de abril del 2023].

Disponible: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/1218>

9. Vásquez Sandoval K O. Asociación de *Croton lechleri* (sangre de grado) a la terapia triple en el tratamiento de gastritis crónica por *Helicobacter pylori* en ratas albinas *holtzman*. [Tesis Medicina Humana en línea]. Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo. Facultad de Ciencias de la Salud; 2018 [citado el 20 de abril del 2023]. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/9973>
  
10. Avalos García R. Vanterpool Héctor M. Morales Díaz M. Lamoth Wilson I. Prendes Huerta A. Nuevos retos en el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*. Rev. Med. Electrón. [en línea]. Jul-Ago 2019. [Citado el 5 de diciembre del 2021]. 41(4) : 979 -992  
Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2019/me194l.pdf>
  
11. Pérez Rodríguez L A. Espinoza Sánchez N R. López Contreras N C. Pesántes Merchán D A. Nutrición: Tratamiento para la Gastritis. Recimundo [en línea]. Abr 2019. [Citado el 02 de noviembre del 2021]. 3(2): 120-137. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/439>

12. Rodríguez Ramos J f. Boffil Corrales A M. Rodríguez Soria L A. Losada Guerra J L. Socías Barrientos Z. Factores de riesgo asociado a la gastritis aguda o crónica en adultos de un hospital Ecuatoriano. Medisan [en línea]. 2019. [citado el 5 de diciembre del 2021]. 23(3): 424-234. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v23n3/1029-3019-san-23-03-424.pdf>
  
13. Anónimo. Gastritis. [en línea]. Perú. 2020. [Citado el 05 de octubre del 2021]. Disponible en: <https://gastritorisuro.blogspot.com/2020/11/epidemiologia-se-estima-segun-los-datos.html>
  
14. Bocchese N V. Dávila N G. Rodriguez M M. Lapenda Do Monte R R. Carneiro Melo R. Meneses Rego A C. Araujo Filo I. COVID 19: Prospectivas Gastroenterológicas. ClinMed [en línea]. Jun 2020. [Citado el 10 de diciembre del 2021]. 6(1): 1-8. Disponible en: <https://clinmedjournals.org/articles/jcgt/journal-of-clinical-gastroenterology-and-treatment-jcgt-6-075.php?jid=jcgt>
  
15. Galicia Zamalloa A L. Díaz Orea M Alicia. Gastritis crónica y cáncer gástrico. ResearchGate [en línea]. May 2020. [Citado el 20 de octubre del 2021]. 5(18):26-24. Disponible en:

[https://www.researchgate.net/publication/341590733\\_Gastritis\\_cronica\\_y\\_cancer\\_gastrico](https://www.researchgate.net/publication/341590733_Gastritis_cronica_y_cancer_gastrico)

16. McCullough RW. El papel del sucralfato prepolimerizado en el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico erosiva y no erosiva. ClinMed [en línea]. Mar- 2020. [citado el 10 de diciembre del 2021]. 6(1): 1-19. Disponible en: <https://clinmedjournals.org/articles/jcgt/journal-of-clinical-gastroenterology-and-treatment-jcgt-6-072.php?jid=jcgt>
17. Perú. Ministerio de Salud. Centro nacional de epidemiología 2021. Situación del cáncer en el Perú. [en línea]. 2021. [Citado el 05 de octubre del 2021]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE252021/03.pdf>
18. Rodríguez Oviedo C. L. Aspectos patológicos y sociodemográficos en gastritis crónica. Hospital Santa Rosa 2017-2020. [tesis Medicina Humana en línea]. Piura. Universidad César Vallejo. Facultad de Ciencias de la Salud; 2021 [citado el 14 de mayo del 2023]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/87954>

19. Vences Coveñas, C I. Asociación entre sobrepeso y obesidad con gastritis crónica en adultos. [Tesis Medicina Humana en línea]. Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Medicina Humana; 2023 [citado el 20 de junio del 2023]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/10859>
20. Anónimo. Gastritis. [sede web]. [Citado el 05 de octubre del 2021]. Disponible en: <http://www.edu.xunta.gal/centros/ieschapela/gl/system/files/Gastritis.pdf>
21. Cilleruelo L. Rivero J. Gastritis. Ulcus gástrico y duodenal. [en línea]. [Citado el 23 de enero del 2022]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/11-gastritis.pdf>
22. Sociedad Catalana de Digestología. Anatomía y fisiología del Aparato Digestivo. [Base de Datos en Internet]. Barcelona. [Citado el 10 de diciembre del 2021]. Disponible en: [http://www.scdigestologia.org/docs/pathologies/es/anatomia\\_fisio\\_es.pdf](http://www.scdigestologia.org/docs/pathologies/es/anatomia_fisio_es.pdf)



# **Anexo**

## ANEXO 1

### DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA LA TOMA DE DATOS DE LAS HISTORIAS CLINICAS DEL CENTRO DE SALUD TACABAMBA

**SRA. : Obst. Elva Medina Delgado**  
**Gerente general del Centro de Salud Tacabamba**

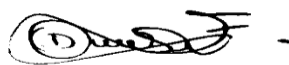
Tengo el agrado de dirigirme a su digno Despacho y aprovechar la oportunidad para saludarle Cordialmente y desearle éxitos en la función que viene desempeñando; asimismo para tener que manifestar lo siguiente:

Que, debido a la realización de mi proyecto para obtener el grado de licenciada en Farmacia y Bioquímica, es que he tenido por conveniente realizar un estudio descriptivo mediante la revisión de Historias Clínicas de pacientes con gastritis atendidos en el Centro de salud Tacabamba, periodo enero 2021 - diciembre 2021, con la finalidad de evaluar la recurrencia de dichos pacientes y además poder identificar cuál sería la causa principal; por lo que solicito a usted el permiso necesario para acceder a las historias clínicas de dichos pacientes.

Esperando recibir contestación a esta petición y ser atendida esta necesidad; reitero mis sentimientos de consideración y estima personal.

Chota, 03 de junio del 2022

Atentamente,



---

**FI** Bach. En Farmacia y Bioquímica **TOS**  
Delsy Jhoelina Delgado Fernández



2.5. Recibió tratamiento previo a la hospitalización: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2.6. Recibió tratamiento previo con OMEPRAZOL, HIDROXIDO DE ALUMINIO, RANITIDINA. Sí                                  No
2.7. Dosis, vía de administración y frecuencia en que recibió la OMEPRAZOL, HIDROXIDO DE ALUMINIO, RANITIDINA
2.8. Tratamiento al ingresar:
2.9. Factores condicionantes a) Consume alcohol <input type="checkbox"/> b) Consumo de hoja de coca <input type="checkbox"/> c) Horarios de alimentación variada <input type="checkbox"/> d) Obesidad <input type="checkbox"/> e) Otras, especifique: _____
2.10. Tratamiento al momento de la alta del paciente
2.11. Otros datos relevantes:

## ANEXO 2

### VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

#### FACTORES QUE INFLUYEN EN LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO MÁS FRECUENTE PARA GASTRITIS CRÓNICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD TACABAMBA PERIODO ENERO– DICIEMBRE 2021

CRITERIOS	INDICADORES	Proporción de concordancia
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguajes apropiado	0.8
2. OBJETIVO	Esta expresado en capacidades observables	0.8
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación	0.8
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento	0.75
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación	0.75
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación	0.75
7. CONSISTENCIA	Basada en aspectos teóricos de conocimiento	0.85
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índice e indicadores y las dimensiones	0.8
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación	0.8
<b>TOTAL</b>		<b>7.1</b>
Es válido si $P \geq 0.60$		<b>0.78</b>

#### VALIDEZ DEL INSTRUMENTO (JUICIO DE EXPERTOS)

##### Identificación del experto:

Nombres y Apellidos: Rafael Ricardo Tejada Rossi

Grado Académico: Maestro en Gestión de la Educación

Cargo Actual: Responsable de Laboratorio de Análisis Clínico



Firma y Sello

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA EFICACIA DEL  
TRATAMIENTO MÁS FRECUENTE PARA GASTRITIS CRÓNICA  
EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD  
TACABAMBA PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2021**

**VALIDEZ DEL INSTRUMENTO (JUICIO DE EXPERTOS)**

CRITERIOS	INDICADORES	Proporción de concordancia
<b>1. CLARIDAD</b>	Esta formulado con lenguajes apropiado	0.66
<b>2. OBJETIVO</b>	Esta expresado en capacidades observables	0.66
<b>3. ACTUALIDAD</b>	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación	0.66
<b>4. ORGANIZACIÓN</b>	Existe una organización lógica en el instrumento	0.66
<b>5. SUFICIENCIA</b>	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación	0.66
<b>6. INTENCIONALIDAD</b>	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación	0.66
<b>7. CONSISTENCIA</b>	Basada en aspectos teóricos de conocimiento	0.66
<b>8. COHERENCIA</b>	Existe coherencia entre los índice e indicadores y las dimensiones	0.66
<b>9. METODOLOGÍA</b>	La estrategia responde al propósito de la investigación	0.66
<b>TOTAL</b>		<b>5.94</b>
Es válido si $P \geq 0.60$		<b>0.66</b>

**Identificación del experto:**

Nombres y Apellidos: Yudith Gallardo Coronado

Grado Académico: Maestra en Farmacia y Bioquímica mención Farmacia Clínica

Cargo actual. Docente de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica

  
**Yudith Gallardo Coronado**  
 Químico Farmacéutico

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO MÁS  
FRECUETE EN PACIENTES CON GASTRITIS CRÓNICA ATENDIDOS EN  
EL CENTRO DE SALUD TACABAMBA PERIODO ENERO 2021 –  
DICIEMBRE 2021**

**VALIDEZ DEL INSTRUMENTO (JUICIO DE EXPERTOS)**

CRITERIOS	INDICADORES	Proporción de concordancia
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguajes apropiado	0.8
2. OBJETIVO	Esta expresado en capacidades observables	0.8
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación	0.8
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento	0.8
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación	0.8
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación	0.8
7. CONSISTENCIA	Basada en aspectos teóricos de conocimiento	0.8
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índice e indicadores y las dimensiones	0.8
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación	0.8
<b>TOTAL</b>		
Es válido si $P \geq 0.60$		0.8

**Identificación del experto:**

Nombres y Apellidos: *Jessica NATALIE BARRALES Valdivia*

Grado Académico: *DOCTORA*

Cargo Actual: *DOCENTE*



Firma y Sello

## ANEXO 3

### GALERÍA FOTOGRAFICA



**ENTRADA DEL CENTRO DE SALUD TACABAMBA**





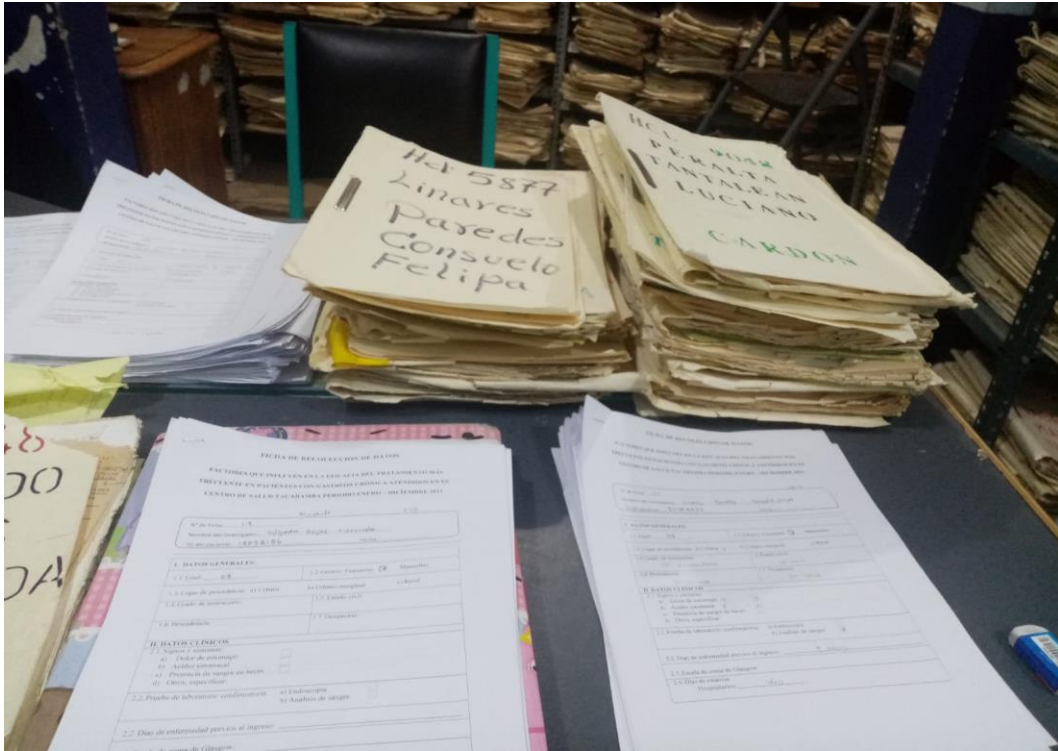
**OFICINA DE ADMICIÓN DEL CENTRO DE SALUD TACABAMBA**



**ENTREGA DE HISTORIAS CLÍNICAS PARA ANALIZARLAS**



**RECOLECCION DE DATOS EN ADMISION DEL CENTRO DE SALUD  
TACABAMBA**



**HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTES CON GASTRITIS CRONICA  
DIAGNOSTICADOS**



**ALMACEN DE HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD  
TACABAMBA**