**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA DE MEDICINA**

# “GASTRITIS AGUDA, CAUSAS Y COMPLICACIONES EN EDADES DE 20 A 50 AÑOS”


**ESTUDIANTE:**

JAVIER ALBERTO SOTO CASTILLO

**TUTOR:**

DR. JOSE CAMILO LOPEZ ESTRELLA

**REVISOR:**

DR. LUIS ANTONIO ROBLES PRIETO


**GUAYAQUIL – ECUADOR**

2017 – 2018

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE MEDICINA**

# UNIDAD DE TITULACIÓN

Presidencia de la República del Ecuador

Plan Nacional de Ciencia, Tecnología, Innovación y Saberes

SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación

| REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA | | | |
|---|---|---|---|
| **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN** | | | |
| **TÍTULO Y SUBTÍTULO:** | GASTRITIS AGUDA, CAUSAS Y COMPLICACIONES EN EDADES DE 20 A 50 AÑOS | | |
| **AUTOR(ES)** | Javier Alberto Soto Castillo | | |
| **REVISOR(ES)/TUTOR(ES)** | Dr. Luis Antonio Robles Prieto // Dr. José Camilo López Estrella | | |
| **INSTITUCIÓN:** | Universidad de Guayaquil | | |
| **UNIDAD/FACULTAD:** | Ciencias Medicas | | |
| **MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:** | Pregrado | | |
| **GRADO OBTENIDO:** | | | |
| **FECHA DE PUBLICACIÓN:** | 2018 | **No. DE PÁGINAS:** | 53 |
| **ÁREAS TEMÁTICAS:** | | | |
| **PALABRAS CLAVES/** | GASTRITIS, EDADES, CAUSAS , COMPLICACIONES | | |
| **RESUMEN/ABSTRACT**: La gastritis es una inflamación de la mucosa gástrica, de etiología multifactorial, que presenta una prevalencia significativa en la población mundial; sus principales complicaciones son el desarrollo de ulceras pépticas, ulceras gástricas, hemorragias digestivas altas y en poco porcentaje cáncer gástrico. (Beers, 2010) Se realizó | | | |
| **ADJUNTO PDF:** | [x] SI | [ ] NO | |
| **CONTACTO CON AUTOR/ES:** | **Teléfono: 0941308017.** | E-mail: jasc1893@gmail.com | |
| **CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:** | **Nombre:** | | |
| | **Teléfono:** | | |
| | **E-mail:** | | |

Universidad de Guayaquil

Guayaquil, _____

# CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR

Habiendo sido nombrado NOMBRE Y APELLIDO DEL DOCENTE TUTOR, tutor del trabajo de titulación "GASTRITIS AGUDA, CAUSAS Y COMPLICACIONES EN GRUPO DE EDADES DE 20 A 50 AÑOS, ESTUDIO A REALIZARSE EN EL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO 2017 – 2018" certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por JAVIER ALBERTO SOTO CASTILLO, con C.I. No. 0941308017**,** con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de MEDICO , en la Facultad de CIENCIAS MEDICAS, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

_____

DOCENTE TUTOR

REVISOR C.I. No.

# LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS

Yo, JAVIER ALBERTO SOTO CASTILLO con C.I. No. 0941308017, certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **"**GASTRITIS AGUDA, CAUSAS Y COMPLICACIONES EN GRUPO DE EDADES DE 20 A 50 AÑOS, ESTUDIO A REALIZARSE EN EL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO 2017 – 2018**"** son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente

_____

JAVIER ALBERTO SOTO CASTILLO
C.I. 0941308017

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos

Universidad de Guayaquil

Guayaquil, 8 de mayo de 2018

# CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR

Habiendo sido nombrado LUIS ANTONIO ROBLES PRIETO, tutor del trabajo de titulación "GASTRITIS AGUDA, CAUSAS Y COMPLICACIONES EN GRUPO DE EDADES DE 20 A 50 AÑOS,

" certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por JAVIER ALBERTO SOTO CASTILLO, con C.I. No. 0941308017, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de MEDICO , en la Facultad de CIENCIAS MEDICAS, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

LUIS ANTONIO ROBLES PRIETO

REVISOR C.I. No.

0900690645

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA DE MEDICINA**

Guayaquil, 9 DE mayo de 2018

**Sr. Dr.**

**DIRECTOR DE LA CARRERA DE MEDICINA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**

Ciudad.-

De mis consideraciones:

Envío a Ud. El Informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación GASTRITIS AGUDA, CAUSAS Y COMPLICACIONES EN EDADES DE 20 A 50 AÑOS, del estudiante JAVIER ALBERTO SOTO CASTILLO, Indicando ha cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, **CERTIFICO**, para los fines pertinentes, que el estudiante está apto para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente,

Dr. Camilo López Estrella
UNIDAD DE ENDOCRINOLOGIA
MSP. LIBRO 6 FOLIO 1627 No 4698
SENESCYT No 1006-09-696646
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES T.M.C.

TUTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

C.I. 0913605884

# DEDICATORIA

**A Dios:**

Por haberme permitido llegar a una de mis tantas metas planteadas y haberme dado salud para lograr mis objetivos

**A mi familia:**

Sin su ayuda, consejos, valores inculcados y constante motivación no habría podido llegar a este punto de mi vida.

# RESUMEN

La gastritis es una inflamación de la mucosa gástrica, de etiología multifactorial, que presenta una prevalencia significativa en la población mundial; sus principales complicaciones son el desarrollo de ulceras pépticas, ulceras gástricas, hemorragias digestivas altas y en poco porcentaje cáncer gástrico. (Beers, 2010) Se realizó un estudio transversal, retrospectivo, no experimental a 150 pacientes de 20 a 50 años de edad con diagnóstico de gastritis aguda, ingresados por el servicio de gastroenterología del Hospital Eugenio Espejo, para determinar los factores que predisponen a la Gastritis y sus complicaciones. El estudio se lo realizó mediante la recolección e interpretación de datos obtenidos de las Historias Clínicas, los cuales fueron tabulados y procesados con el programa Microsoft Excel 2010.

Se reportó que los pacientes de sexo femenino predominan la enfermedad con un 82% frente al sexo masculino con un 18 %. Las complicaciones aparecieron en un 30%, siendo la Ulcera Duodenal la que ocupó el primer lugar con 51%; seguida de la Ulcera Gástrica con un 30%; Hemorragia Digestiva alta con un 17% y en un porcentaje muy bajo el Cáncer Gástrico en un 2%.

La prevalencia del contagio por Helicobacter pylori es 46%; siendo el mayor factor de riesgo causante de la gastritis aguda.

Se recomienda se realicen normas aplicables a la atención de salud de todos los niveles para detectar la presencia de Helicobacter pylori, y concientizar a la localidad sobre buenos hábitos alimenticios que desconocen para evitar dicha patología.

# ABSTRACT

Gastritis is an inflammation of the gastric mucosa (Beers, 2010), variable etiology Presenting a significant prevalence In the Whole World; Its main complications son the development of peptic ulcers, gastric ulcers, upper gastrointestinal bleeding and gastric cancer little percentage. UN cross-sectional study, retrospective was held, no experimental about 150 Patients 20 to 50 years of age diagnosed with acute gastritis, admitted by the Department of Gastroenterology, Hospital Eugenio Espejo, to determine S. Factors predisposing to Gastritis and its complications. The study was performed by the collection and interpretation of data obtained from clinical histories, who were tabulations and processed with the same Microsoft Excel 2010 program.

It was reported that female patients predominate with 82% against the illness, 18% male. Complications appeared in 30% Duodenal Ulcer Being that ranked first with 51%; Gastric Ulcer followed con un 30%; Upper gastrointestinal bleeding con un 17% to a very low percentage in Gastric Cancer by 2%.

The prevalence of Helicobacter pylori infection is 46%; Being mayor factor causing risk of acute gastritis.

Is recommended standards for primary Health Care for the presence of Helicobacter pylori prepared, and sensitize the population on good eating habits unaware disease prevention

# Contenido

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN ..... II

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR ..... III

LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS ..... IV

CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD ..... V

DEDICATORIA ..... VII

RESUMEN ..... VIII

ABSTRACT ..... IX

Capítulo I ..... 2

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ..... 2

1.1. Determinación del problema ..... 3

1.2. Justificación ..... 3

1.3. Planteamiento del problema ..... 4

1.4. OBJETIVOS ..... 5

1.5. VARIABLES ..... 5

Capitulo II ..... 7

2. MARCO TEÓRICO ..... 7

2.1. DEFINICION DE GASTRITIS ..... 7

2.2. EPIDEMIOLOGIA ..... 7

2.3. HISTORIA ..... 8

2.4. FISIOPATOLGIA ..... 9

2.5. ETIOLOGIA ..... 10

2.6. MANIFESTACIONES CLINICAS ..... 12

2.7. DIAGNOSTICO ..... 12

2.8. Clasificación ..... 13

2.9. CLASIFICACION CIE 10 ..... 16
2.10. COMPLICACIONES ..... 16
2.11. TRATAMIENTO ..... 17
2.12. PRONÓSTICO Y PREVENCION ..... 21
CAPITULO III ..... 23
3. MATERIALES Y METODOS ..... 23
3.1. CARACTERIZACION DE LA ZONA DE TRABAJO ..... 23
3.2. UNIVERSO Y MUESTRA ..... 23
3.3. VIABILIDAD ..... 23
3.4. CRITERIOS DE VALIDACION DE LA MUESTRA ..... 24
3.5. OPERALIZACION DE LAS VARIABLES ..... 24
3.6. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION ..... 26
3.7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ..... 26
3.8. CONSIDERACIONES BIOETICAS ..... 27
3.9. RECURSOS UTILIZADOS ..... 27
3.10. INSTRUMENTOS DE EVALUACION O RECOLECCION DE DATOS ..... 27
3.11. METODOLOGIA PARA EL ANALISIS DE LOS RESULTADOS ..... 28
CAPITULO IV ..... 29
4. RESULTADOS ..... 29
CAPITULO V ..... 37
5. CONCLUSIONES ..... 37
CAPITULO VI ..... 38
6. RECOMENDACIONES O PROPUESTAS: ..... 38
ANEXOS ..... 40
BIBLIOGRAFIA ..... 41

**Índice de tablas:**


- Tabla 1……29
- Tabla 2……30
- Tabla 3……32
- Tabla 4……33
- Tabla 5……35


**Índice de gráficos:**


- Grafico 1……30
- Grafico 2……31
- Grafico 3……33
- Grafico 4……34
- Grafico 5……35

# Capítulo I

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La gastritis aguda es una patología inflamatoria, provocada por varios agentes tanto exógenos como endógenos que producen manifestaciones dispépticas atribuibles a la patología y cuya presencia se sospecha clínicamente, se observa endoscópicamente y que requiere corroborar histológica.

Se categoriza a la gastritis como un desarrollo patológico heterogéneo, que corresponde a un grupo de patologías de etiología y mecanismos patogénico de varios factores, su cuadro clínico suele ser muy inespecífico y en ocasiones ausente, y una variada expresión endoscópica y y en su forma, contribuyen a la turbación clínica, endoscópica y patológica. Estableciendo obstáculos para establecer relaciones entre el cuadro clínico y patrones endoscópicos y microscópicos, los cuales tienen variaciones en función de factores geográficos, socioeconómicos y étnicos.

La bacteria Helicobacter pylori es el principal agente etiológico asociado con gastritis, enfermedad úlcero-péptica, ulceras gástricas y CA gástrico. Se estima que la infección afecta al 70 % del poblamiento mundial. Y que la bacteria tiene un alto potencial carcinogénico. La bacteria se adquiere durante la infancia y persiste como gastritis crónica, si la bacteria no es erradicada (Arismendi-Morillo, 2013)

Su diagnóstico se basa en hallazgos endoscópicos asociados a este organismo en los que incluyen, edema, eritema, mucosa hemorrágica, friabilidad, exudados, erosiones, pliegues hiperplasicos, y signos de cambios de la mucosa gastrica. Hallazgos histológicos que se basan en la confirmación por medio de biopsia para establecer la presencia o carencia de Helicobacter Pylori .Apoyados con exámenes de laboratorios como cultivo, o la detección de antígenos en las deposiciones, estos ayudan aclarar la etiología. (E, 2013)

Dada la gran cantidad de casos a nivel mundial de contagio por Helicobacter

pylori, se decidió realizar este estudio de investigación, teniendo como objetivo dar a comunicar las causas más frecuentes de gastritis aguda y las complicaciones que conllevan a esta enfermedad en nuestra población.

## 1.1. Determinación del problema

**Naturaleza: Medicina** Humana

**Campo de investigación:** Gastroenterología y Medicina interna

**Área de investigación:** Gastritis aguda

**Problema:** Reconocimiento de Factores de Riesgos y Complicaciones de Gastritis Aguda

Delimitación:

**Espacial:** Hospital Eugenio Espejo

**Temporal:** Periodo comprendido entre 2017 – 2018

## 1.2. Justificación

El actual estudio investigativo está orientado al personal vinculado con la salud humana, estudiantes de medicina, y a toda persona cuya profesión este ligado con esta rama de la ciencia, utilizando este estudio como elemento informativo, con el fin de definir cuáles son las justificaciones de la gastritis y que dificultades conllevan a las personas que ya han adquirido esta patología.

Uno de los desórdenes que con más frecuencia afecta a la población lo constituyen las enfermedades gastrointestinales, las cuales se encuentran entre las primeras causas

de fallecimiento, al estar incluidas entre ellas el CA (cáncer) colorectal y el gástrico. Entre las patologías gastrointestinales más frecuentes se encuentra la gastritis, padecimiento de causa de diversos factores que puede originarse por multiples causas.

Esta investigación se realizará para dar a conocer las fuentess de la gastritis aguda dentro de las cuales podemos mencionar algunas, tales como: infecciones por microorganismos como Helicobacter pylori, Echerichia coli, Salmonella, el uso de antiinflamatorios no esteroideos, consumo exagerado de alcohol, fumar, ingerir alimentos picantes o salados, procedimientos quirúrgicos mayor, heridas traumáticas o quemaduras, infección grave, anemia perniciosa, enfermedades relacionadas con la inmunidad y reflujo biliar crónico.

Se infiere que la infección por H. pylori afecta aproximadamente al 70% de la población mundial, originando elevadas cifras de morbilidad y muertes. En 1994, la Organización Mundial de la Salud y la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer clasificaron este microorganismo como un carcinógeno humano clase I. (Arismendi-Morillo, 2013)

Debido a la frecuencia con se presenta esta enfermedad y el riesgo de complicarse, se decide realizar este estudio de investigación esperando resultados óptimos y brindar una fuente de información para futuras generaciones.

## 1.3. Planteamiento del problema

- ¿Cuál es el sexo y grupo etario más affligido por la gastritis aguda y sus complicaciones?
- ¿Qué cantidad de pacientes con diagnosis de gastritis aguda presentaron complicaciones?
- ¿Qué complicaciones se manifestaron con mayor frecuencia?

## 1.4. OBJETIVOS

### 1.4.1. Objetivo general

Determinar mediante un estudio observacional indirecto los factores que predisponen a la Gastritis aguda y sus complicaciones en pacientes de 20 a 50 años de edad atendidos en el servicio de gastroenterología en el Hospital Universitario Eugenio Espejo periodo englobado entre Enero 2016 – Enero 2017, para aportar datos a la institución de salud, universidad y autoridades.

### 1.4.2. Objetivo especifico

- Cuantificar el porcentaje de pacientes 20 a 50 años con gastritis aguda diagnosticada que presentaron complicaciones
- Definir el sexo y el grupo etario que mostró con mayor frecuencia gastritis aguda y sus complicaciones, en pacientes de 20 a 50 años ingresados al área de gastroenterología del Hospital Eugenio Espejo.
- Determinar los factores de riesgos que contribuyan a la progresión de la enfermedad con diagnóstico previo de gastritis aguda.
- Reconocer cuales fueron las complicaciones más frecuentes en pacientes con diagnosis de gastritis aguda.

## 1.5. VARIABLES

### *1.5.1. Variables independientes*

Pacientes con diagnóstico de Gastritis Aguda de 20 a 50 años de edad

### *1.5.2.* Variables dependientes

- Factores de riesgo
- Complicaciones

### *1.5.3.* Variables intervinientes

- Longevidad
- Sexo

# Capitulo II

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. DEFINICION DE GASTRITIS

Inflamación de la mucosa gástrica (Beers, 2010) La inflamación puede ser predominante aguda, con infiltración por neutrófilos, o crónica, con linfocitos, células plasmáticas o ambos, junto a metaplasia intestinal y atrofia. (Contra, 2000). Patología inflamatoria aguda o crónica de la mucosa gástrica producida por factores exógenos y endógenos que produce síntomas dispépticos atribuibles a la enfermedad y cuya existencia se sospecha clínicamente, se observa endoscópicamente y que requiere confirmación histológica. (M., 2011)

Las causas más comunes de gastritis aguda son infecciosas. La infección aguda por Helicobacter pylori puede inducir a la gastritis. Su cuadro clínico es de presentación brusca en forma de dolor epigástrico, náuseas y vómitos, a nivel histológicos de la mucosa disponibles demuestran un intenso infiltrado de neutrófilos con edema e hiperemia. Esta puede evolucionar a un cuadro de gastritis crónica. (FAUCI, 2008)

### 2.2. EPIDEMIOLOGIA

La Gastritis es una entidad de alta morbilidad a nivel mundial, su incidencia y prevalencia varía según las regiones y países.

En todo el mundo, es una de las causas que con más comunes que motivan la consulta de gastroenterologia, mayor incidencia es por infecciones relacionadas al Helicobacter pylori, que está presente en la mucosa gástrica hasta en 80 % de los pacientes con cuadro clínico dispéptico y en mucho menor prevalencia están la gastritis relacionadas a otras entidades como son las de tipo autoinmune, biliar, linfocítica y las no específicas. El Helicobacter pylori es la causa de infección más frecuente , afecta aproximadamente al 90 % de la población mundial, asociada a países en vías de desarrollo, adquiriéndose a edades más tempranas en comparación con los países desarrollados. También Se ha asociado con el aumento del riesgo de tumor de mucosa asociado a tejido linfoide (Maltoma), con la gastritis crónica y la enfermedad ulcerosa péptica; es un factor de riesgo mayor para el cáncer gástrico, en especial para el cáncer no cardial. (Pagola, 2009)

En 1892, el investigador italiano Giulio Bizzozero, explico una serie de microorganismos espirales que vivían en el ambiente ácido del estómago de los canes. En investigaciones posteriores (1979), el patólogo australiano Robín Warren, junto con Barry Marshall, aisló un microorganismo (bacteria) de las mucosas de estómagos humanos y fue el primero que consiguió cultivarla.

Ya en 2005, Warren y Marshall fueron premiados con el Premio Nobel de Medicina por sus estudios, en los cuales demostraron la relacion del H. pylori en la patogenia de la gastritis y la enfermedad ulcerosa.

Se estima, según datos referidos 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) de infectados por H. pylori, lo cual provoca una gastritis aguda que evoluciona la mayoría de las veces de una forma asintomática o con síntomas inespecíficos.

La infección por Helicobacter pylori posee una predominio a nivel mundial que fluctúa entre 30 y 90 %, lo que depende principalmente del estatus socioeconómico; en países en vías de desarrollo, con carencia en lo que se refiere a servicios sanitarios, la infección se adquiere principalmente en el los extremos de la vida más que todo en la infancia y, aunque su vía de transmisión no está totalmente descrita, actualmente se plantea como posible la fecal- oral o la que se adquiere a partir de la exposición a instrumentos no esterilizados a nivel hospitalarios (endoscopios y sondas gástricas). (Ricardo, 2011)

## 2.3. HISTORIA

La Gastritis es una patología inflamatoria de la una capa del estómago (mucosa gástrica), que se reconoció en la década de 1800 como consecuencia de autopsias. Puede haber morfológicas similares imágenes de la gastritis en base a diferentes etiologías, y puede haber más de un agente etiológico en una gastritis.

La gastritis se clasificó como crónica y aguda en 1947 por primera vez. Entonces, la gastritis crónica se clasifica en dos subgrupos: a saber, superficial y atrófica.

Después de Marshall y Warren demostraron en 1983 de que una bacteria llamada Campylobacter pylori, era una etiología base de la patología.

Un grupo de gastro patologistas preparó una clasificación en 1990 en Sydney por primera vez para clasificar la gastritis. Dentro de este período, la importancia de las conclusiones de la gastritis, la atrofia, metaplasia y en carta de Correa en 1992 se realizó, y estos hallazgos fueron incluidos en la primera clasificación.

Sin embargo, debido a diferencias entre observadores en la calificación de especial gastritis crónica y atrofia en el tiempo, la clasificación Sydney fue revisado, y una escala analógica visual fue preparado por la preservación de los principios básicos. A pesar de todos estos esfuerzos, inconsistencias, especialmente en la calificación de la atrofia. De este modo, el equipo que hizo la primera clasificación de Sydney que presente una calificación atrofia metaplásico en 2002. (Kayacetin, 2014)

## 2.4. FISIOPATOLGIA

La injuria de la mucosa gástrica depende del tiempo de permanencia del factor o factores dañinos, teniendo un rol importante la capacidad que tiene la mucosa gástrica a través de la designada barrera gástrica para tolerar a estos factores o a los efectos nocivos de sus propias secreciones. (Arismendi-Morillo, 2013)

La barrera gástrica está compuesta por factores pre epiteliales, epiteliales y sub epiteliales:

- En los componentes pre epiteliales están presentes la barrera de moco, el bicarbonato y los fosfolípidos, estos últimos incrementan la hidrofobicidad superficial de la membrana celular y aumentan la viscosidad del moco.
- En los componentes epiteliales están la capacidad de regeneración del epitelio por las células existentes a nivel del lugar lesionado, la resistencia celular con una gradiente eléctrica que previene la acidificación celular, los transportadores acido básicos que movilizan el bicarbonato hacia el moco y a los tejidos subepiteliales y sacan el ácido de estos sitios, los factores de crecimiento epitelial, las prostaglandinas y el óxido nítrico.

- En los componentes subepiteliales se tenemos, el flujo sanguíneo que provee de nutrientes y bicarbonato en el epitelio, y la adherencia y extravasación de la línea celular blanca, que inducen lesión histica y quedan anulados por las prostaglandinas endógenas.

  La afectación de uno o más de estos factores defensivos por componentes etiológicos de la gastritis desencadenan la injuria de la mucosa permitiendo la acción del ácido, proteasas y ácidos biliares en cierto grado ya sea mayor o menor y que pueden llegar hasta la lámina propia, lugar en el que producen injuria vascular, estimulan las terminaciones nerviosas y activan la liberación de histamina y de otros mediadores. (M., 2011)

Los cambios morfológicos que se observan en la gastritis son:

1. Degeneración epitelial
2. Hiperplasia foveolar
3. Hiperemia de la mucosa y edema
4. Infiltración neutrofílica
5. La infiltración eosinofílica
6. Infiltración de células inflamatorias mononucleares
7. Folículos linfoides
8. La atrofia
9. La metaplasia intestinal
10. Hiperplasia de las células Endocrina
11. Alteraciones celulares parietales

## 2.5. ETIOLOGIA

Su etiología es de múltiples factores, evidenciándose que en un solo sujeto puede

participar múltiples factores tanto exógenos como endógenos, de los que el más frecuente es la infección por Helicobacter Pylori. (M., 2011)

Factores exógenos

1. Helicobacter pylori
2. AINES
3. Irritantes gástricos
4. Drogas
5. Alcohol
6. Tabaco
7. Cáusticos
8. Radiación

Factores endógenos

1. Acido gástrico y pepsina
2. Bilis
3. Jugo pancreático
4. Urea (Uremia)
5. Inmunes (M., 2011)

**2.5.1 Tabla**

| Factores exógenos | Factores endógenos |
|---|---|
| 1. Helicobacter pylori y otras infecciones<br>2. AINES<br>3. Irritantes gástricos<br>4. Drogas<br>5. Alcohol<br>6. Tabaco<br>7. Cáusticos<br>8. Radiación | 1. Acido gástrico y pepsina<br>2. Bilis<br>3. Jugo pancreático<br>4. Urea (Uremia)<br>5. Inmunes |

## 2.6. MANIFESTACIONES CLINICAS

Dependiendo de la gravedad de las alteraciones anatómicas, la gastritis aguda puede ser totalmente asintomática, puede producir dolor epigástrico variable con náusea y vómitos, o puede manifestarse con una hemorragia franca, potencialmente mortal, forma de hematemesis masiva o melena. En conjunto, es una de las causas más importantes de hematemesis masiva, por ejemplo en los alcohólicos. En determinadas situaciones, este cuadro es muy frecuente. Hasta el 25% de las personas que toman diariamente aspirina por artritis reumatoide desarrollan en algún momento una gastritis aguda, muchas veces con hemorragia. (Contra, 2011)

Los síntomas suelen ser irregulares repitiéndose cíclicamente con periodos asintomáticos de semanas o meses, se estima que, en el periodo inicial, el 90% de los afectados manifiestan epigastralgia, el 37% melena, el 10% vómitos y el 5% hematemesis.

En general, el cuadro clínico de la patología inflamatoria puede englobarse en el término dispepsia, definida como un síndrome de síntomas no prodrómicos de la enfermedad, constantes o discontinuo, relacionados con el tracto digestivo superior. En la valoración del paciente con dispepsia es importante elaborar una oportuna historia clínica con una pulcra encuesta sobre sus hábitos alimenticios, en la que pueda reconocer alimentos que exacerban o inician los síntomas.

Debe preguntarse sobre de la toma de medicaciones potencialmente ulcerogénicas y, asimismo, es de utilidad tener en cuenta si la administración de fármacos que inhiben la secreción ácida disminuyen el cuadro clínico. La exploración física por lo general es poco demostrativo y el dolor a la palpación a nivel de epigastrio parece correlacionarse mal con la existencia de patología.

## 2.7. DIAGNOSTICO

La valoración diagnóstica incluye una anamnesis minuciosa y endoscopía con biopsia.

**Pruebas complementarias de laboratorio**

Serología (anticuerpos IgG frente a H. pylori) o prueba del aliento (urea marcada con C13 en aliento) para H. pylori; los pacientes no deben tomar inhibidores de la bomba de protones durante 2 semanas antes de realizar la prueba de urea en aliento para H. pylori. Los anticuerpos séricos no son confiables por la elevada frecuencia de falsos positivos y por qué los anticuerpos pueden persisten, incluso luego del tratamiento, la prueba de urea en el aliento es más sensible y específica; no obstante no está disponible en nuestro país.

La valoración histopatológica de las muestras de biopsia por endoscópica es el patrón de referencia actual para el diagnóstico efectivo de infección por H. pylori.

Las pruebas de antígenos en heces para H. pylori permiten confirmar la efectividad del tratamiento.

Hematocrito (bajo si se produce una hemorragia importante). (Ha, 2012)

**Diagnóstico por imagen**

El transito digestivo alto por lo general no es sensible para diagnosticar la gastritis. La gastroscopia con biopsia es el estándar Gold para el diagnóstico y también detecta H. pylori. (FERRI, 2016)

## 2.8. Clasificación

No hay categorización universal de gastritis y gastropatía, pero pueden ser categorizados de acuerdo a su duración del desarrollo y de acuerdo al tipo de la inflamación y la etiología aguda / crónica:

1. Clasificación Anatomopatológica evidenciada en su presentación, prevalencia y etiología.
2. Clasificación actualizada de Sydney evidenciada en hallazgos endoscópicos, histológicos, etiológicos, topográficos y grado de injuria.

3. Clasificación evidenciada en su evolución, histología y patogenia. (M., 2011)

**Clasificación Anatomopatológica evidenciada en su presentación, prevalencia y etiología**

Esta clasificación de las gastritis, se basa en función de la presentación aguda o crónica, prevalencia de los diferentes tipos de gastritis y de su etiología. La utilización universal de la endoscopía y biopsias ha elevado la prevalencia de las gastritis, reconociéndose que las causas más frecuentes de gastritis y gastropatías agudas son el Helicobacter pylori, las injurias de la mucosas por estrés y los AINES (antiinflamatorios no esteroideos) (M., 2011)

**Clasificación evidenciada en su evolución, histología y patogenia**

**Gastritis aguda infecciosa**

En este tipo de gastritis sobresalen las de origen bacteriano, ocasionadas por la ingestión de alimentos contaminados por microorganismos o sus toxinas. Las más comunes son las provocadas por Helicobacter pylori en la fase primaria de la infección, que suelen pasar desapercibidas por ser asintomáticas. Se llega al diagnóstico con la intervención del análisis histológico o microbiológico o por ambas de las muestras obtenidas por endoscopía. El tratamiento depende, lógicamente, del agente causal obtenido, aunque en sus formas leves basta con las disposiciones dietéticas simples y la tratamiento sintomática. A más de la terapia antibiótica, la intervención quirúrgica urgente está indicada en las formas perforativas y en otros tipos de gastritis como la flemonosas y enfisematosas. (Travieso, 2014)

**Gastropatía aguda erosivo-hemorrágica**

En este tipo de gastropatía las lesiones se evidencian endoscópicamente y en general, no es necesario la obtención de biopsias, al menos que se sospeche alguna forma atípica de gastritis (p. ej.: una infección en un paciente inmunodeprimido o una enfermedad de Crohn). Entre sus orígenes fundamentales se destacan los fármacos, en especial, los AINES, el alcohol y las patologías asociadas graves (en cuyo caso se habla de injurias por estrés, cuyo prototipo lo conforman los enfermos hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos). La

inflamación histológica por lo general es escasa o no existe, por lo que el término gastropatía en lugar de gastritis parece más apropiado en estos casos. (Travieso, 2014)

**Gastritis crónica no atrófica**

En estas formas de gastritis se contempla un infiltrado leucocitario sin destrucción o pérdida de las glándulas gástricas. Dentro de estas gastritis se encuentra la gastritis antral difusa, en la que mucosa oxíntica (cuerpo y fundus) puede ser normal o presentar solo una inflamación leve. El infiltrado inflamatorio puede ser solo linfoplasmocitario o estar asociado a polimorfonucleares, lo que se ha denominado acción inflamatoria (en cuyo caso se clasificaría como gastritis crónica activa). (E, 2013)

## Gastritis crónica atrófica

Dos identidades nosológicas muy diferentes se caracterizan por reducción y pérdida de las glándulas gástricas: la gastritis autoinmune y la atrófica multifocal.

## Gastritis crónica autoinmune

Se trata de una entidad clínica con poca frecuencia, con un destacado factor genético y familiar, más común en poblaciones de origen escandinavo y en el grupo sanguíneo A. La frecuente asociación con patologías de origen inmunológico y la comprobación de anticuerpos frente a las células parietales y al factor intrínseco con mucha mayor incidencia que en la población general argumentan a favor de un proceso autoinmune. Se caracteriza histológicamente por una gastritis crónica atrófica que suele compromete de forma difusa la mucosa oxíntica, con afectación predominante de las células principales y parietales (productoras de ácido clorhídrico y de factor intrínseco, indispensable este último para la absorción de vitamina B12). En las injurias avanzadas es poco frecuente identificar la infección por Helicobacter pylori, pero no puede descartarse un papel patógeno del microorganismo en los primeros estadios de la enfermedad en pacientes genéticamente predispuestos. En el cuadro clínico los síntomas son predominantes son las derivadas del déficit de vitamina B12, que puede provocar una anemia perniciosa, con síntomas,

consecuencia de la propia anemia megaloblástica y del síndrome cordonal posterior, en ciertos casos, con lesiones neurológicas irreversibles. (Travieso, 2014) (E, 2013)

## 2.9. CLASIFICACION CIE 10

K29.7 Gastritis aguda, no especificada

K29.1 Otras gastritis agudas

## 2.10. COMPLICACIONES

En un elevado porcentaje de los casos, los procesos ulcerosos tienen un cuadro clínico un tanto particular, con períodos de epigastralgia, ardor, dispepsia, entre otros, pero, en otras circunstancias, la patología inicia con su complicación más frecuente, la hemorragia digestiva por lo general alta no obstante esta también puede ser baja pero en menor porcentaje.

### 2.10.1. Ulcera péptica

- Es más común que la úlcera gástrica.
- Es mucho más común en el varón que en la mujer.
- Se observa entre los 30 y los 50 años.
- Causa nerviosa: personas inestables, depresivas, competitivas, ansiosas, irritables.
- Los trastornos endócrinos: Síndrome de Zollingher- Ellison, Hiperparatiroidismo, Síndrome de adenomas endócrinos múltiples.

Síntomas: Dolor epigástrico precedido por ardor o acidez, tiene periodicidad y ritmo, con la particularidad de que aparece el dolor por la mañana y calma con la ingestión de alimentos o soluciones alcalinas, aparece nuevamente al mediodía antes de la ingesta de comida denominándose vulgarmente como hambre dolorosa (dolor de los tres tiempos); vómitos y náuseas; hematemesis o melena (por lo general la hemorragia digestiva es más una complicación). (Travieso, 2014)

### 2.10.2. Ulcera gástrica

- Es menos común que la úlcera duodenal.
- Es más comun en el sexo masculino.
- Aparece entre los 30 y los 45 años.

Síntomas: Dolor epigástrico que tiene periodicidad y horario, es el llamado dolor de los cuatro tiempos, inicia después de las comidas, suele ceder espontáneamente antes de una nueva ingestión de alimentos; pirosis; vómitos pituitosos o alimentarios. (Travieso, 2014)

### 2.10.3. Hemorragia digestiva alta

Puede aparecer con hematemesis, hematoquesia, melena, hipotensión arterial, sangre oculta en materia fecal.

El paciente puede estar:

- Inestable hemodinámicamente, con sangrado activo.
- Estable hemodinámicamente, con sangrado activo.
- Estable hemodinámicamente, sin evidencia de sangrado activo.

### 2.10.4. Cáncer gástrico

El cáncer gástrico temprano prácticamente no existe cuadro clínico. En el cáncer gástrico avanzado, predomina la pérdida de peso y el dolor abdominal de localización epigástrica o en ciertos casos difuso, también existe la disfagia, saciedad prematura, vómitos persistentes y anemia por los repetidos sangrados.

## 2.11. TRATAMIENTO

El manejo y prevención de la gastritis incluye, en primer lugar, la erradicación de la infección por Helicobacter pylori para lo cual se han establecido esquemas combinados de antibióticos como la amoxicilina, claritomicina, metronidazol, tetraciclina. Por otra parte, en el caso de las

gastritis inducidas por 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 (en casos sin aumento del riesgo cardiovascular) o bien de los AINES inespecíficos menos lesivos a la mucosa gastrointestinal (ibuprofeno, diclofenaco, metoxicam) combinados con el uso de un agente inhibidor de la bomba, un antagonista H2 o un mucoprotector. Entre las 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, con lo que disminuye la velocidad de curación y aumentan la recurrencia, a lo que se añade que en el caso del humo del tabaco el agravamiento de la úlcera péptica porque se atenúa la hiperemia en el margen de la lesión. Por otra parte, se recomienda reducir el consumo de cafeína y controlar el estrés. Ya que esta estimula la secreción de ácido en el estómago, mientras que el abuso del alcohol y el aumento del estrés y la ansiedad puede aumentar el riesgo de favorecer la formación de úlceras y retardar su curación. Aunque el control de estos factores constituye un primer paso en el manejo de la gastritis, debe mantenerse como parte de un estilo de vida sano para prevenir recurrencias. En la mayoría de los casos, se utiliza terapia farmacológica, la cual tiene como objetivos, aliviar los síntomas, y prevenir recurrencias y complicaciones. (Kayacetin, 2014)

**Terapias actuales**

Los inhibidores de la bomba de protones y los antagonistas de los receptores histaminérgicos tipo 2 representan el tratamiento de primera línea, si bien los inhibidores de la bomba de protones son generalmente más efectivos que los antagonistas al receptor H2, ya que logran sus efectos en menor tiempo. También se emplean antiácidos, fundamentalmente después de las comidas y al acostarse (Travieso, 2014)

| Inhibidores de la bomba de protones | Antagonistas al receptor histaminérgico $H_2$ | Agentes mucoprotectores |
|---|---|---|
| Omeprazol | Ranitidina | Misoprostol |
| Lansoprazol | Cimetidina | Sucralfato |
| Pantoprazol | Famotidina | |
| Rabeprazol | | |
| Esomeprazol | | |

**Inhibidores de la bomba de protones**

Los inhibidores de la bomba de protones (IBP), son medicamentos prescritos más frecuentemente para el manejo de la enfermedad ácido-péptica, inhiben la secreción ácida mediante la inhibición irreversible de la H+-K+-ATPasa, bomba de protones terminal de las células parietales. Aunque la inhibición de la bomba de H+ suprime la secreción ácida, el mecanismo gastroprotector de los IBP no se limita a ello, sino que involucra efectos antioxidantes, antiinflamatorios y antiapoptóticos, con pronunciada efectividad sobre el daño inducido por los radicales •OH. (E, 2013)

En general, los IBP se consideran medicamentos bien tolerados, aunque suelen producir eventos adversos, dentro de los que se destacan el dolor de cabeza y diversos trastornos gastrointestinales (constipación, diarrea; flatulencia; dolor abdominal). Otras reacciones adversas vinculadas a su uso incluyen reacciones cutáneas diversas, ginecomastia; impotencia; aumento de peso, anemia hemolítica, vaginitis, entre otras. Asimismo, han sido descritas interacciones relevantes entre los IBP y algunas drogas de estrecho margen terapéutico como la warfarina, la teofilina y la fenitoína. (E, 2013)

**Antagonistas al receptor histaminérgico H2 (AR-H2)**

Los AR-H2 son inhibidores competitivos de los receptores H2 de las células parietales del estómago, bloqueando la acción de la histamina liberada por las células enterocromafines que estimulan la secreción ácida y reduciendo la de otras sustancias que promueven la secreción ácida, como la gastrina y la acetilcolina, lo que reduce la producción de ácido en esas células. Estos medicamentos han sido utilizados por más de 30 años en el tratamiento de la enfermedad ácido péptica (gastritis, úlceras pépticas, reflujo, dispepsia no ulcerosa), siendo efectivos también en prevenir el daño gástrico por AINES. (E, 2013)

Los AR-H2 se consideran seguros y bien tolerados, si bien producen efectos adversos como dolor de cabeza, cansancio, mareos y efectos gastrointestinales (diarrea, constipación, náuseas), entre los más frecuentes. También pueden producir ginecomastia y aumentos de transaminasas. (E, 2013)

**Agentes mucoprotectores**

Las drogas mucoprotectoras incluyen los agonistas de prostaglandinas (como el misoprostol) y el sucralfato. La deficiencia de prostaglandinas de la mucosa desempeña un papel crucial en el daño gastroduodenal, especialmente en las úlceras por AINES, aumentando la susceptibilidad a su formación. Ya que la inhibición de la síntesis de prostaglandinas es el principal mecanismo de los efectos anti-inflamatorios y de la toxicidad gastrointestinal de los AINES e involucra la reducción de mecanismos defensivos de la mucosa dependientes de prostaglandinas, como el flujo sanguíneo de la mucosa y la secreción de bicarbonato, es lógico que los agonistas de prostaglandinas prevengan el daño gastroduodenal por AINES.

Algunos medicamentos mucoprotectores tienen efectos anti-inflamatorios que inhiben la infiltración de leucocitos en la gastritis por Helicobacter pylori, mientras que el uso a largo plazo de IBP AR-H2 puede empeorar la gastritis en estos casos. Sin embargo, la presencia de reacciones adversas como la diarrea y el dolor abdominal han limitado el uso de drogas mucoprotectoras (E, 2013)

**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 diagnostica 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 200 mg 4 veces por día y/o antagonistas de receptores H2 (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). (E, 2013)

**Gastritis alcohólica:**

Se prescribe antagonistas de receptores H2 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 H2 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%.

**Gastritis asociada a Helicobacter pylori:**

El tratamiento está dirigido a su erradicación, promoviendo la curación con disminución notoria en la recurrencia. El tratamiento más empleado es el esquema triple, observando mejores resultados con el uso de un inhibidor de bomba de protones +amoxicilina + claritromicina, no existiendo aun una terapia ideal. La causa más frecuente de falla del tratamiento es la resistencia a antibióticos y la no adherencia. Debe confirmarse la erradicación luego de 4 semanas de completado el tratamiento sin estar recibiendo ya antibióticos ni bloqueadores de la bomba de protones.

## 2.12. PRONÓSTICO Y PREVENCION

1. Cuidar mucho la higiene y calidad de los alimentos que se ingieran, evitar el consumo excesivo de irritantes como el chile o el café, de productos con muchos conservadores y colorantes, de alimentos fritos, con exceso de grasas o preparados con poca calidad higiénica, como los que se venden en la vía pública.

2. El cigarro y el alcohol se relacionan fuertemente con la gastritis, por lo que se debe evitar su uso y consumo.
3. Evitar la automedicación y dejar de tomar aspirinas o fármacos antiinflamatorios. Si son necesarios, pedir al médico algún complemento para contrarrestar el efecto dañino y en tal caso, elegir los que vienen con capa entérica, es decir en cápsulas o si no tiene predisposición a los lácteos, consumir mucha leche
4. Evitar el estrés, lo más que se pueda, descansar al menos 8 horas diarias, alimentarse tres veces al día, incluyendo en los alimentos frutas y verduras frescas y respetando en la medida de lo posible los horarios.

# CAPITULO III

## 3. MATERIALES Y METODOS

### 3.1. CARACTERIZACION DE LA ZONA DE TRABAJO

#### 3.1.1. LUGAR DE INVESTIGACION

El Hospital Eugenio Espejo perteneciente al Ministerio de Salud Pública del Ecuador está ubicado en la provincia de Pichincha en la ciudad de Quito, en la zona del Dorado, Av. Gran Colombia y Yaguachi encontrándose a lado del Hospital Gineco-obstetra Isidro Ayora

#### 3.1.2. PERIODO DE INVESTIGACION

La presente investigación comprende de Enero del 2016 a Enero del 2017

### 3.2. UNIVERSO Y MUESTRA

#### 3.2.1. UNIVERSO

Se tomó como universo al 100% de los pacientes de 20 a 50 años de edad, atendido por el servicio de gastroenterología del Eugenio Espejo en el período de Enero 2016 – Enero 2015

#### 3.2.2. MUESTRA

Para llevar a cabo la investigación se empleó fórmulas estadísticas por lo cual se ha tomado una muestra de 150 pacientes de 20 a 50 años de edad con diagnóstico de gastritis aguda, valorados por el servicio de gastroenterología del Hospital Eugenio Espejo en el período Enero 2016 - Enero 2017

### 3.3. VIABILIDAD

La presente investigación es viable porque cursa con el apoyo de las autoridades y el departamento de docencia de la institución, el permiso correspondiente de la universidad y los recursos económicos del investigador. El Hospital Eugenio Espejo - MSP cuenta con la infraestructura y el personal capacitado para la atención de los pacientes, así como un registro organizado en un programa informático de la historia

clínica de los mismos.

### 3.4. CRITERIOS DE VALIDACION DE LA MUESTRA

#### 3.4.1. CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes con diagnóstico de Gastritis Aguda, que fueron ingresados al área de gastroenterología del Hospital Universitario de Guayaquil entre Enero del 2016 a Enero del 2017.
- Edad entre 20- 50 años
- Pacientes que cuenten con registros completos desde el ingreso hasta el alta.
- Cualquier sexo

#### 3.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSION

Todos los que no cumplan con los criterios de inclusión

### 3.5. OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

| Objetivos Específicos | Variables | Definición | Dimensiones | Indicadores |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Definir el sexo y el grupo etario que mostró con mayor frecuencia gastritis aguda y sus complicaciones | Sexo<br><br>Grupo etario | Es el conjunto de características anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer.<br><br>Clasificación de los individuos de acuerdo a sus edades | Cualitativa<br><br>Cualitativa | Femenino<br>Masculino<br><br>20-25 años<br>25-30años<br>30-35años<br>35-40años<br>40-45años<br>45-50años |
| Determinar los factores de riesgos que contribuyen a la progresión de la gastritis aguda | Factores de riesgos | Factores que predisponen a la progresión de la enfermedad | Cualitativa | Alcohol<br>Drogas<br>Tabaco<br>Helicobacter pilory<br>Irritantes gástricos |
| Cuantificar el porcentaje de pacientes con gastritis que presentaron complicaciones | Número de pacientes complicados | Cantidad de pacientes que presentan agravamiento de la patología, presentando afectación de áreas contiguas o alteraciones sistémicas | Cuantitativa | Complicados<br><br>No complicados |
| Reconocer cuales fueron las complicaciones más frecuentes en pacientes con diagnóstico de gastritis aguda | Tipo de complicaciones | Agravamiento de la patología, presentando afectación de áreas contiguas o alteraciones sistémicas | Cualitativa | Ulcera Peptica<br>Ulcera Gástrica<br>Hemorragia Digestiva Alta<br>Cáncer Gástrico |

## 3.6. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

### 3.6.1. TIPO DE LA INVESTIGACION

Observacional, Correlacional, Descriptivo, Transversal

### 3.6.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

No experimental, retrospectivo

## 3.7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| | 2016 | | | | 2017 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Actividad** | **Sep** | **Oct** | **Nov** | **Dic** | **Ene** | **Feb** | **Mar** | **Abr** | **May** |
| **Selección del tema** | X | | | | | | | | |
| **Presentación y aprobación del tema** | | **X** | | | | | | | |
| **Elaboración del anteproyecto** | | | **X** | | | | | | |
| **Recolección de información** | | | | | | **X** | | | |
| **Análisis de resultados de la investigación** | | | | | | | **X** | | |
| **Redacción del informe y tesis** | | | | | | | | **X** | |
| **Sustentación final de proyecto** | | | | | | | | | **X** |

## 3.8. CONSIDERACIONES BIOETICAS

Para este trabajo se contó con el consentimiento de los representantes administrativos del hospital previa solicitación escrita, respetando la confidencialidad del paciente cumpliendo con los principios de bioética establecido en las normativas de Helsinki.

## 3.9. RECURSOS UTILIZADOS

### 3.9.1. RECURSOS HUMANOS

- Estudiante de medicina
- Tutor
- Tutor revisor

### 3.9.2. RECURSOS FISICOS

- Computadora
- Papel bond
- Impresora
- Libros
- Internet
- Materiales de oficina

## 3.10. INSTRUMENTOS DE EVALUACION O RECOLECCION DE DATOS

Los instrumentos utilizados fueron recolección de datos de las historias clínicas y las técnicas documentales obtenidas de libros e internet, cuadros estadísticos. Las fichas clínicas a utilizar fueron instrumentadas por los médicos residentes en la fecha que se atendió al paciente y cubren los aspectos de filiación, clínicos, diagnóstico, tratamiento, etc. Los equipos empleados fueron cuadernos de notas, guías de observación, tales

como historias clínicas, textos, folletos, los cuales contenían información general, como identificación de la institución, objetivos, instrucciones, preguntas generales y específicas.

### 3.11. METODOLOGIA PARA EL ANALISIS DE LOS RESULTADOS

El procesamiento y análisis de los datos proporcionados por el departamento de estadística del Hospital Eugenio Espejo, fueron organizados, tabulados y procesados, mediante la utilización de la Estadística descriptiva.

Para graficar los diferentes resultados a través de frecuencias y porcentajes se utilizaron hojas de cálculo electrónicas de Microsoft Excel.

# CAPITULO IV

## 4. RESULTADOS

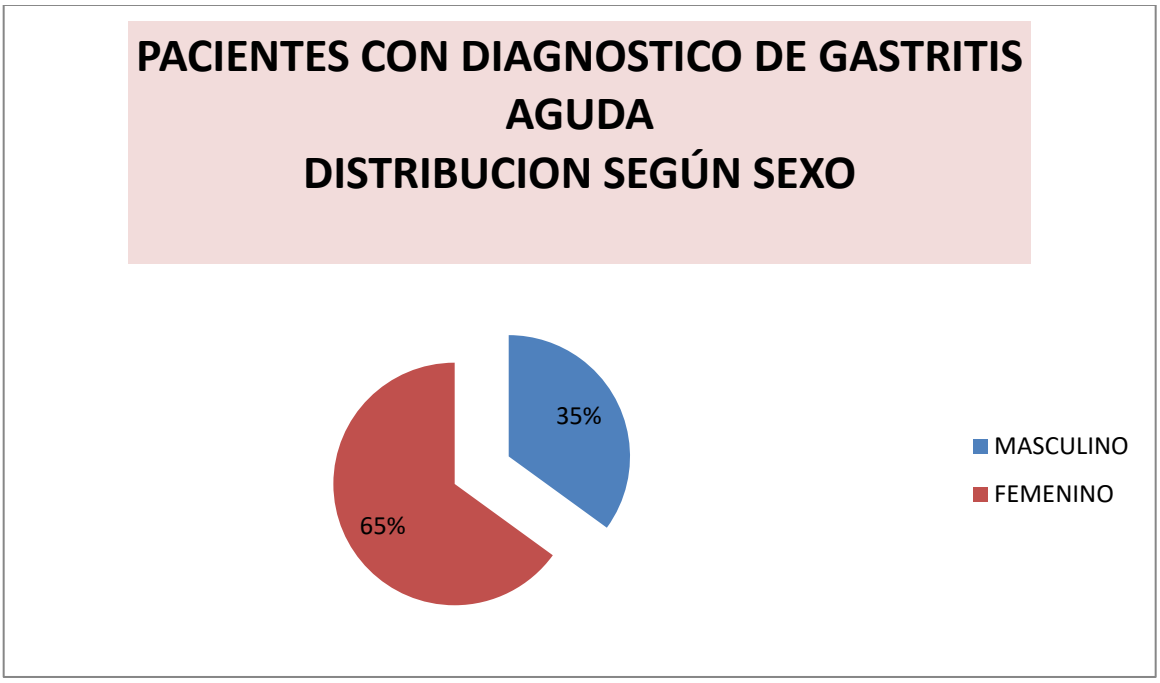
Esta información se ha obtenido mediante una hoja de recolección de datos a partir de los expedientes clínicos de los pacientes de 20 a 50 años de edad con diagnóstico de Gastritis Aguda ingresados por el área de Gastroenterología del Hospital Universitario desde Enero del 2016 a Enero del 2017. Cada caso investigado se clasificó de acuerdo al sexo, grupo etario, factores de riesgos, presentación de complicaciones y tipo de complicaciones. Calculando el porcentaje con fórmula de acuerdo al programa de Microsoft Excel

### 4.1. CUADRO 1

**Distribución según sexo**

| **SEXO** | **Número de casos GASTRITIS** | % |
|---|---|---|
| MASCULINO | 52 | **35** |
| FEMENINO | 98 | **65** |
| **TOTAL** | **150** | **100** |

### 4.1.1. GRAFICO 1




**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Como podemos observar existe predominio en el género femenino en los pacientes de 20 a 50 años de edad, con diagnóstico de gastritis aguda, presentándose el género femenino en un 65%, y el género masculino en un 35%

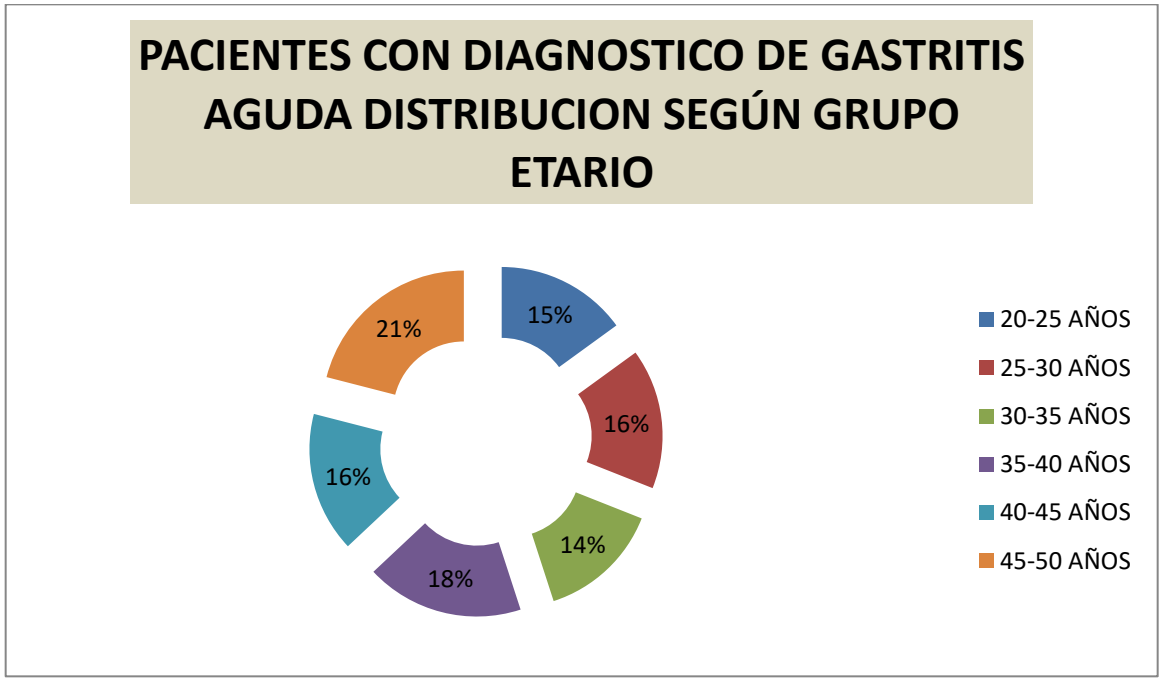
### 4.2. CUADRO 2

**Distribución según la edad**

| GRUPOS ETARIOS | Número de casos Gastritis Aguda | % |
|---|---|---|
| 20-25 años | 23 | **15** |
| 25-30 años | 25 | **16** |

| | | |
|---|---|---|
| 30-35 años | 21 | **14** |
| 35-40 años | 26 | **18** |
| 40-45 años | 25 | **16** |
| 45-50 años | 30 | **21** |
| **TOTAL** | **150** | **100** |

#### 4.2.1. GRAFICO 2



**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Este estudio demostró que los pacientes de 45 a 50 años fueron los más afectados por la patología estudiada; en un 21%, un 16% los pacientes en edades 40 a 45 años y 25 a 30 años, 14% los pacientes de 30 a 35 años, correspondiendo en conjunto al 85% de la población investigada; seguidos de los más jóvenes en un rango de edad de 20 a 25 años con un 15%, en total corresponde a un 100 % de la población investigada.

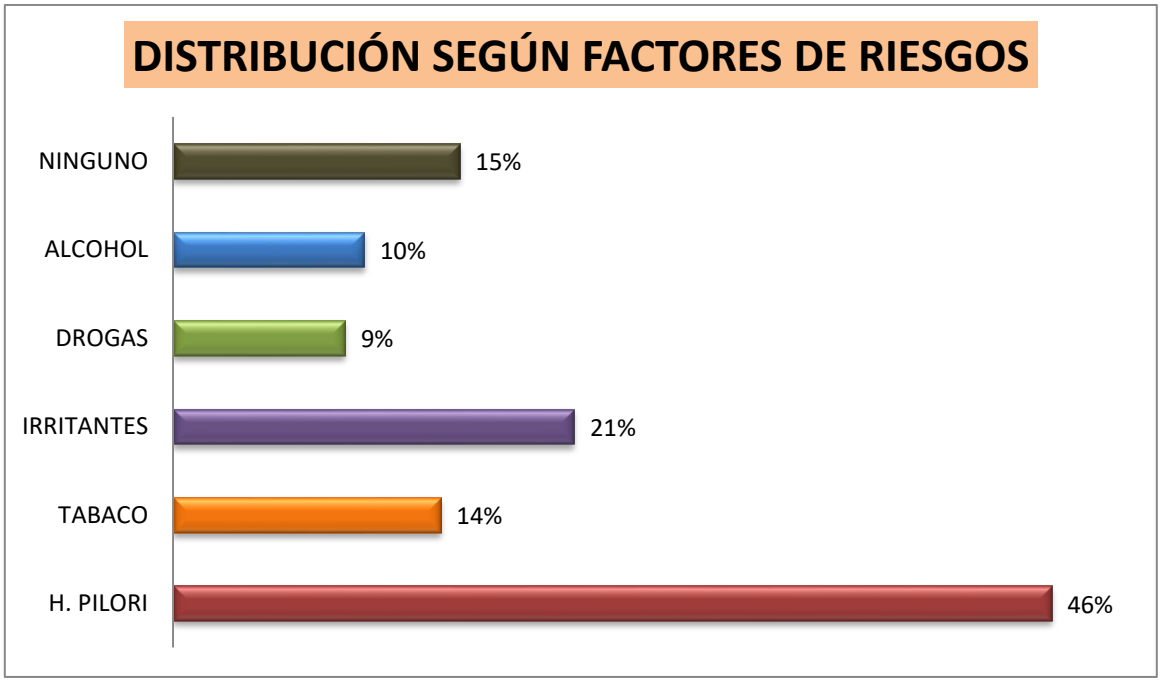
Lo que nos indica que las personas que se encuentran dentro del grupo etario de 45 – 50 años tienen mayor riesgo de padecer este trastorno.

## 4.3. CUADRO 3

**Distribución según factores de riesgos**

| FACTORES DE RIESGO | Número de casos con Gastritis Aguda | Porcentajes de factores de riesgo % |
|---|---|---|
| Helicobacter pylori | 69 | **46** |
| Tabaco | 21 | **14** |
| Irritantes Gástrico | 31 | **21** |
| Drogas | 14 | **9** |
| Alcohol | 15 | **10** |
| Ninguna | 150 | **100** |

### 4.3.1. GRAFICO 3




**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

El estudio reveló que el Helicobacter pylori es el factor de riesgo más predominante con un 46%, seguido de los irritantes gástricos con 21 %, alcohol y tabaco en 10- 14%, y en menos predominio las drogas con un 9%

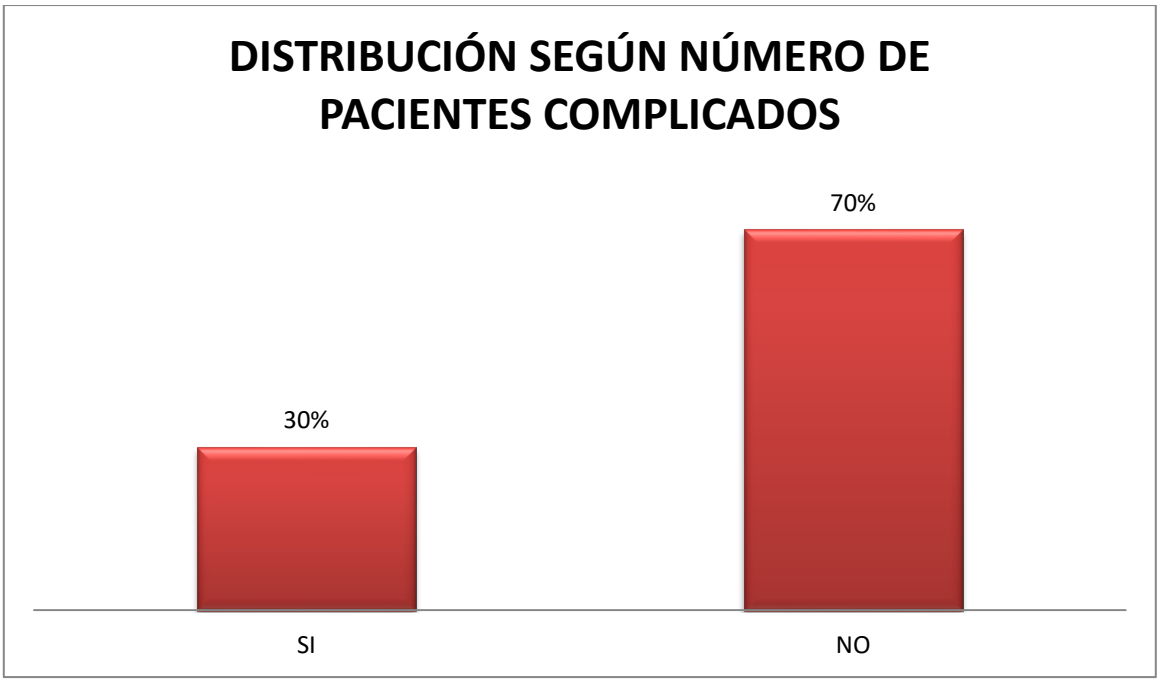
### 4.4. CUADRO 4

**Distribución según número de pacientes complicados**

| Complicaciones de Gastritis Aguda | Número de casos | % |
|---|---|---|
| SI | 46 | **30** |
| No | 104 | **70** |

| | | |
|---|---|---|
| **TOTAL** | **150** | **100** |

### 4.4.1. GRAFICO 4




**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

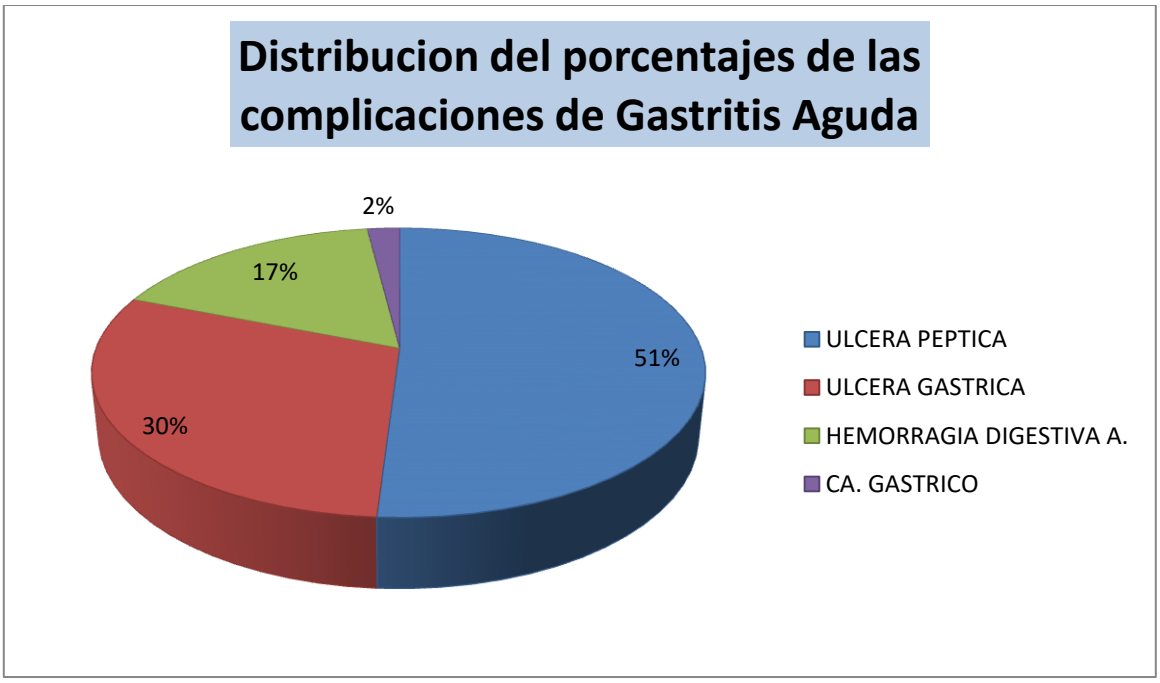
El estudio nos indica que en gran mayoría los pacientes no presentaban complicaciones asociadas a su cuadro de gastritis aguda (70/100), y con (30/100) los que presentaron algún tipo de complicación; por lo tanto, se evidencia que la mayor parte de los pacientes con diagnóstico de gastritis aguda no presentaron ningún tipo de complicación; se puede hacer una relación 3:1 en lo que se refiere a complicaciones de la patología que se estudia

### 4.5. CUADRO 5

**Distribución según complicaciones**

| COMPLICACIONES | Número de casos Gastritis aguda | % |
|---|---|---|
| Ulceras Péptica | 24 | **51** |
| Ulcera Gástrica | 14 | **30** |
| Hemorragias digestivas altas | 7 | **17** |
| Cáncer Gástrico | 1 | **2** |
| **TOTAL** | **46** | **100** |

### 4.5.1. GRAFICO 5




**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

A pesar de que solo el 30% de los pacientes de 20 a 50 años de edad con diagnóstico de gastritis aguda presentaron complicaciones, la ulcera péptica estuvo presente en el 51 % de un

100 % de los casos con complicaciones; la segunda complicación más frecuente fue ulceras gástricas con un 30% y las hemorragias digestivas altas con un 17%, ocupando el último lugar se mostró un 2 % el cáncer gástrico, lo cual coincide con lo que relata la bibliografía.

# CAPITULO V

## 5. CONCLUSIONES

Analizando los datos estadísticos obtenidos en el área de Gastroenterología del hospital Eugenio Espejo – MSP pude inferir que:

1. El grupo de mayor incidencia con diagnóstico de gastritis aguda, fue el de sexo femenino con un (65%).

2. En este estudio se comprobó que de acuerdo a la edad, la de mayor incidencia es la comprendida entre los 45 a 50 años, que corresponde al (21%).

3. Los pacientes que presentaron complicaciones se constató un 30 %, frente a los que no presentaron ninguna en un 70 %.

4. Este estudio demostró que el factor de riesgo más predisponente es el Helicobacter pylori con un 46%, otros factores menos predisponentes como los irritantes gástricos en 21%, tabaco en 14%, alcohol 10% y en menor porcentaje las drogas con un 9%.

5. La mayoría de los casos no presentaron complicaciones (70%), sin embargo analizando el grupo de pacientes (30%), la ulcera péptica fue la complicación que se presentó con mayor frecuencia (51%), seguido de la ulcera gástrica (30%), la hemorragia digestiva alta con un (17%) y el cáncer gástrico con un (2%).

# CAPITULO VI

## 6. RECOMENDACIONES O PROPUESTAS:

Luego de culminar con esta investigación puedo recomendar lo siguiente:

AL PERSONAL DE SALUD

5. Incentivar a los pacientes y familiares a participar en los programas del establecimiento de salud.
6. Formen grupos para que los incentiven a que ellos fomenten las medidas de prevención de la gastritis.
7. Se sugiere realizar nuevos estudios donde se analicen otros factores influyentes en la adquisición de esta patología.
8. Socializar los resultados de este análisis para que la información obtenida incentive el diseño de protocolos o guías que impidan el desarrollo de complicaciones.
9. Compartir la información recabada con el personal médico y de enfermería para que en conjunto se realice un mejor manejo de los pacientes con gastritis aguda.

A LOS JÓVENES ADULTOS Y FAMILIARES

**1.** Asistir y participar de los programas educativos que realicen los establecimientos de salud.
**2.** Acudir a los controles médicos aun después de recuperarse.
**3.** Mejorar los hábitos alimenticios, ya que estos son una de las causas más comunes para que se presente la gastritis aguda.
**4.** El cigarro y el alcohol se relacionan fuertemente con la gastritis, por lo que

se debe evitar su uso y consumo.

5. El ejercicio físico o al menos caminar durante 20 minutos diariamente, ayuda de múltiples formas, en el caso del sistema digestivo para favorecer el funcionamiento del mismo.

# ANEXOS

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Historia Clínica** | | | | | | |
| **Sexo** | Masculino | | | Femenino | | |
| **Grupo Etario** | 20-25 | 25-30 | 30-35 | 35-40 | 40-45 | 45-50 |
| **Factores de riesgos** | Alcohol | Tabaco | Drogas | Irritantes Gástricos | Helicobacter Pylori | |
| **Complicaciones** | Ulcera Duodenal | Ulcera Gástrica | | Hemorragia digestiva alta | Cáncer Gástrico | |
| **Paciente complicado** | Sí | | | No | | |

# BIBLIOGRAFIA


1. Yakirevich E, Resnick MB Pathology of gastric cancer and its precursor lesions. Gastroenterol Clin North Am 2013; 42(2):26
2. Guidelines for the management of dyspepsia. Bethesda, Md.: American College of Gastroenterology. Disponible en: http://www.acg.gi.org/physicians/guidelines/dyspepsia.pdf. Acceso June 10, 2013.
3. Gastritis. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/gastritis/index.htm. Accessed June 9, 2013.
4. H. pylori and peptic ulcers. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Disponible en: http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/hpylori/index.htm. Acceso June 9, 2013.
5. American College of Gastroenterology guideline on the management of Helicobacter pylori infection. Bethesda, Md.: American College of Gastroenterology
6. Ebule Ia, Longdoh A, Paloheimo I. Helicobacter pylori infection and atrophic gastritis. Afr Health Sci. 2013; 13(1):112-7
7. Olokoba AB, Obateru OA, Bojuwoye MO. Helicobacter pylori eradication therapy: A review of current trends. Niger Med. J 2013; 54(1):1-4.
8. Fernández Travieso, J. C. (2014). ciencias biologicas. *CENIC - http://revista.cnic.edu.cu/revistaCB/articulos/incidencia-actual-de-la-gastritis-una-breve-revisi%C3%B3n*, 10-17.
9. G. Arismendi-Morillo, I. H. (2013). Estimación de riesgo de cáncer gástrico en pacientes con gastritis crónica asociada a la infección por Helicobacter pylori en un escenario clínico. *Revista de Gastroenterología de México*, 135-143
10. serra Kayacetin, S. G. (2014). departament of pathology Ankara . *Turk J Gastrenterol*, 233-47.
11. Organización Mundial de la Salud. (Noviembre de 2014). *Organización Mundial de la Salud: Notas descriptivas*. Obtenido de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/es/
12. http://www.hospitalebejico.gov.co/home/wp-content/uploads/2015/07/doc_Protocolo-Manejo-Gastritis.pdf

**13.** Rev Clin Med Fam vol.7 no.1 Albacete feb. 2014 //http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2014000100009&script=sci_arttext&tlng=pt

**14.** Kim SH, Park CW, Kim SK, Won S, Park WK, Kim HR et al. A case of anisakiasis invading the stomach and the colon at the same time after eating anchovies. Clin Endosc. 2013; 46 (3): 293-6.

**15.** http://www.revistagastroperu.com/index.php/rgp/article/view/739/716 // gastritis aguda y Helicobacter pylori año 2017

**16.** Rev Ciencias Médicas vol.18 no.3 Pinar del Río mayo-jun. 2014 // http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000300009

**17.** Asociación entre zonas altitudinales de residencia y gastritis en pacientes ambulatorios del Perú // http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1218

**18.** Influencia de los estilos de vida no saludable en la aparición de gastritis en adultos de 35-45 años en el AA.HH. Mariscal Ramón Castilla en el año – 2015// http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/6075

**19.** Entrevista con el Dr. Barry J. Marshall. Premio Nobel de Medicina por el descubrimiento del Helicobacter pylori // http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-99572016000300002&script=sci_arttext&tlng=es

**20.** https://repositorio.unicach.mx/handle/20.500.12114/288 // Factores de riesgos asociados a gastritis en pacientes adultos del IMSS en Chiapas

**21.** La hemorragia digestiva alta en el adulto mayor. Hospital Universitario "Héroes del Baire" **//** http://www.remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/78

**22.** Factores de riesgo relacionados a la gastritis en los estudiantes de la carrera de enfermería**/** http://revistas.unjfsc.edu.pe/index.php/BIGBANG/article/view/150/148

**23.** Incidencia del Helicobacter pylori y daños que ocasiona, diagnosticado mediante endoscopía **/** http://seo.com.ec/old_site/revista/index.php/RevOncolEcu/article/view/417

**24.** https://www.researchgate.net/profile/Maria_Cordova4/publication/291554325_Frecuencia_de_genes_de_virulencia_en_infecciones_mixtas_con_cepas_de_Helicobacter_pylori_de_una_poblacion_mexicana/links/56aab41408ae8f3865665f69.pdf

**25.** Método de ELISA para la determinación de Helicobacter pylori en muestras de suero y saliva **//** http://revistas.uv.mx/index.php/RevINMEFO/article/view/2726

**26.** Revista CENIC Ciencias Biológicas, Vol. 45, No. 1, pp. 10-17, 2014 // http://www.redalyc.org/html/1812/181230079002/

**27.** Prevalencia de lesiones gástricas pre malignas o malignas diagnosticado endoscópicamente en pacientes con dispepsia, Hospital Rene Toche Groppo durante 2013-2015 //http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/450

**28.** https://doi.org/10.1016/j.med.2016.01.011

**29.** Asociación entre la presencia de Helicobacter pylori y patología gástricas detectadas por endoscopia // http://revistaiiqb.usac.edu.gt/index.php/revista_cientifica/article/viewFile/269/pdf_259

**30.** Factores que producen gastritis en los estudiantes de Administración del V ciclo de la Universidad Autónoma De Ica// http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/autonomadeica/68