

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



T E S I S

**ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS CON
DIAGNÓSTICO DE ÚLCERA PÉPTICA: CONSULTORIOS
EXTERNOS DE GASTROENTEROLOGÍA – HOSPITAL
REGIONAL DE CAJAMARCA, ENERO – MARZO 2013**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

Bach. Enf. Cindy Yesenia Saldaña Julcamoro

Bach. Enf. Cynthia Elizabeth Sánchez Pizán

ASESORA

M. Cs. Marleni Mercedes Bardales Silva

CAJAMARCA – PERÚ

2013

**ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS CON DIGNÓSTICO
DE ÚLCERA PÉPTICA: CONSULTORIOS EXTERNOS DE
GASTROENTEROLOGÍA - HOSPITAL RREGIONAL DE
CAJAMARCA, ENERO – MARZO 2013**

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

SUMMARY

INTRODUCCION

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	Pág.
Definición y delimitación del problema	14
1.1 Formulación del problema	18
1.2 Justificación	18
1.3 Objetivos del estudio	20
1.4.1 Objetivo general	21
1.4.2 Objetivos específicos	21

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudios de investigación	22
2.2 Bases teóricas	28
2.2.1 Estilos de vida	30
2.2.1.1. Definición	30
2.2.1.2. Clasificación	30
2.2.2. Úlcera péptica en adultos	34

2.2.2.1. Definición	34
2.2.2.2. Patogenia de la úlcera péptica	35
2.2.2.3. Etiología de la úlcera péptica	37
2.2.2.4. Fisiopatología de la úlcera péptica	39
2.2.2.5. Características morfológicas de la úlcera péptica	42
2.2.2.6. Cuadro clínico de la úlcera péptica	43
2.2.2.7. Pruebas Diagnósticas para la úlcera péptica	45
2.2.2.8. Tratamiento para la úlcera péptica	46
2.2.2.9. Promoción y prevención	47
2.2.2.10. Complicaciones de la úlcera péptica	48
2.3. Teoría del Déficit del Autocuidado	51
2.5. Variables	53
2.5. Operacionalización de variables	54

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación	55
3.2. Selección del ámbito de estudio	55
3.3. Población	55
3.4. Muestra	56
3.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos	57
3.6. Validación y confiabilidad de los instrumentos	58
3.7. Presentación y análisis de datos	58

3.8. Análisis y discusión	58
----------------------------------	-----------

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y ANÁLISIS	59
------------------------------	-----------

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES	82
---------------------	-----------

RECOMENDACIONES	84
------------------------	-----------

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	86
-----------------------------------	-----------

APÉNDICE	97
-----------------	-----------

Incidencia de Casos 2012

Consentimiento Informado

Encuesta

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes adultos diagnosticados de UP en los consultorios externos de Gastroenterología. HRC., enero – marzo 2013.	59
Tabla 2. Signos y síntomas de pacientes adultos diagnosticados de UP en los consultorios externos de Gastroenterología. HRC., enero – marzo 2013.	65
Tabla 3. Tiempo de los signos y síntomas de pacientes adultos diagnosticados de UP en los consultorios externos de Gastroenterología. HRC., enero – marzo 2013.	67
Tabla 4. Estilos de vida y hábitos diarios de pacientes adultos diagnosticados de UP en los consultorios externos de Gastroenterología. HRC., enero – marzo 2013.	69
Tabla 5. Estilos de vida según hábitos tóxicos de pacientes adultos diagnosticados de UP en los consultorios externos de Gastroenterología. HRC., enero – marzo 2013.	71
Tabla 6. Estilos de vida según hábitos higiénicos, dietéticos de pacientes adultos diagnosticados de UP en los consultorios externos de Gastroenterología. HRC., enero – marzo 2013.	74
Tabla 7. Otros estilos de vida de pacientes adultos diagnosticados de UP en los consultorios externos de Gastroenterología. HRC., enero – marzo 2013.	78

DEDICATORIA

*A DIOS, por haberme dado la vida,
por su amor misericordioso, porque es
el centro de mi vida y día a día guía
mis pasos para ser un ejemplo de su
amor.*

*A mis queridos padres Enrique y
Salomé por su invaluable sacrificio
y esfuerzo, siendo el soporte para mi
formación personal y profesional. A
Jaime, mi gran amor, por todo su
amor, paciencia y apoyo
incondicional para lograr una de mis
metas. Para ellos todo mi amor.*

CINDY SALDAÑA

DEDICATORIA

*A DIOS por haberme dado la vida,
a mis padres Adán y Adela por su
amor, su confianza, su apoyo y su
ejemplo de lucha y superación; a mi
esposo Percy García por su amor y
apoyo incondicional; a mis tres
hijos Oscar, Jhosep y Cristopher
por ser la razón de mi vida; a mis
hermanos Adán, Evelyn y María
Mercedes por su apoyo y
compañía; y a la Sra. Donalia y su
hija la Srta. Jesica García por su
apoyo.*

A todos ustedes los AMO.

CYNTHIA SANCHEZ

AGRADECIMIENTO

Damos gracias a DIOS por darnos la vida y la oportunidad de superarnos y permitirnos culminar este trabajo satisfactoriamente.

A nuestros padres por brindarnos su apoyo emocional y económicamente durante todo el proceso del trabajo de investigación.

A Nuestra Alma Máter, la Universidad Nacional de Cajamarca y a nuestra Escuela Académica Profesional de Enfermería, por acogernos y habernos formado profesionalmente.

A todos los profesionales de los Consultorios Externos de Gastroenterología del Hospital Regional de Cajamarca, por habernos facilitado la obtención de la información para el presente trabajo.

Nuestro agradecimiento muy especial a la M.Cs. Marleny Bardales por su asesoramiento eficaz, por habernos brindado desinteresadamente su valioso tiempo, conocimiento, ideas, orientación, estímulo y colaboración para la ejecución y culminación de la presente investigación

RESUMEN

El presente estudio se realizó en los consultorios externos de Gastroenterología del Hospital Regional de Cajamarca, considerando 20 historias clínicas de pacientes adultos con diagnóstico confirmado de úlcera péptica por medio de procedimiento endoscópico, con el objetivo de, determinar y analizar los estilos de vida en pacientes adultos con diagnóstico de úlcera péptica. Los materiales utilizados fueron: una encuesta, historias clínicas de los pacientes y los archivos estadísticos de dicho nosocomio, así como entrevista a pacientes y familiares de los pacientes que habían fallecido. El Método empleado en el estudio fue de tipo descriptivo, analítico, retrospectivo y prospectivo. Los resultados demostraron que los pacientes diagnosticados con úlcera péptica ejercían estilos de vida inadecuados; y los estilos de vida negativos que predominaron fueron el consumo de alimentos gastrolesivos, la falta de higiene al consumir ciertos alimentos; falta de práctica de actividades de distracción y relajación, el stress; el consumo desmedido de medicamentos gastrolesivos antiinflamatorios no esteroides, consumo de tabaco y alcohol, falta de sueño y practica de lavado de manos en momentos clave.

Palabras claves: estilos de vida, ulcera péptica.

ABSTRACT

This study was conducted in the outpatient Gastroenterology Cajamarca Regional Hospital, recital 20 medical records of adult patients with a confirmed diagnosis of peptic ulcer by endoscopic procedure in order to determine and analyze the styles of life in patients adults with peptic ulcer. The materials used were: a survey, patients' medical histories and statistical records of the hospital and interview patients and families of patients who died. The method employed in the study was descriptive, analytical, retrospective and prospective. The results showed that patients diagnosed with peptic ulcer exerted improper lifestyles , and negative life styles were predominant gastro- food consumption , lack of hygiene when eating certain foods , lack of practice of distraction and relaxation activities , stress , excessive consumption of nonsteroidal anti-inflammatory drugs gastrolesive , snuff , and alcohol consumption , lack of sleep and practice of hand washing at key moments.

Keywords : lifestyle , peptic ulcer .

INTRODUCCIÓN

Los estilos de vida son determinantes para la salud de las personas, dentro de los cuales encontramos comportamientos saludables y no saludables. La importancia de estudiar su presencia en el diario vivir de los pacientes con úlcera péptica es que; muchos de los abusos cometidos en los estilos de vida con predominancia los no saludables tales como, el abuso de sustancias tóxicas, consumo de medicamentos, ingesta de ciertos alimentos y el estrés; se manifiestan en las úlceras pépticas desde su inicio, cronicidad y complicación.

La úlcera péptica (UP) es una enfermedad que afecta a muchas personas mundialmente, causando molestias al ser humano como ser biopsicosocial pues su implicancia no solo causa lesiones físicas sino también emocionales y conductuales. Es una causa de cáncer gástrico que en nuestra sociedad tiene cifras elevadas y cuyas complicaciones pueden producir la muerte instantánea por hemorragia.

En este marco teórico, es importante ver las características de ambas variables, determinando y analizando los estilos de vida y su presencia como parte de la úlcera péptica.

El presente estudio consta de cinco capítulos: El **capítulo I** presenta la definición y delimitación del problema, formulación y justificación del problema y objetivos. El **capítulo II** comprende el marco referencial y las variables. El **capítulo III** detalla la metodología utilizada para el desarrollo de la investigación. En el **capítulo IV** se muestran los resultados obtenidos en la investigación utilizando tablas estadísticas con su respectivo análisis e interpretación; por último en el **capítulo V** se exponen las conclusiones y recomendaciones, proseguido por la bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La úlcera péptica (UP) es considerada como un trastorno gastrointestinal de tipo infeccioso, causado por la bacteria *Helicobacter pylori*, la cual se descubrió en el estómago de los seres humanos en el año de 1982. La UP representa una patología con la que las personas "aprendieron a convivir", pues esta afección presenta un cuadro clínico, el cual, pasa muchas veces desapercibido y carente de importancia; sin embargo científicamente se conoce en nuestra sociedad y en el mundo, pues un grupo considerable de personas la padecen. (Rodríguez H., 2003)

Este problema afecta al 10% de la población mundial, es un padecimiento que no respeta edad, sexo, ni raza y se puede presentar en cualquier momento de la vida. El problema a veces puede radicar, en que muchos médicos hacen las pruebas diagnósticas a los pacientes que presentan algún signo y síntoma referente a ese malestar; y estos no le dan la debida importancia a las consecuencias que esta afección podría ocasionar, si no es tratada a tiempo y que muchas veces termina en un cáncer. (Gautreau R., 2012)

Mundialmente, la incidencia anual de UP es de 0.3% y la frecuencia de úlcera duodenal (UD) es más elevada alcanzando hasta un 11% que la de úlcera gástrica (UG) que llega a afectar al 1.2% de la población. Además, en Estados Unidos se observan 500 000 casos nuevos y cuatro millones de recurrencias anuales, según lo reportan (Ramakrishnan K. y Salinas RC., 2007)

En la ciudad de Durango, en un estudio realizado en el Hospital Regional del IMSS, se encontró una prevalencia de 8% y 12% para úlcera duodenal (UD) y úlcera gástrica (UG) respectivamente y una incidencia anual del 6% para la UP, como lo reporta Rodríguez H., (2003)

Balenciaga F., (2006) indica que en América Latina la mayoría de estudios realizados sobre UP, han sido hechos en pacientes que acuden a consulta de gastroenterología por presentar síntomas digestivos dispépticos y son poco puntuales los estudios realizados a nivel de las comunidades. En Venezuela algunos estudios muestran que la UP constituye el 18% de un total de pacientes que acudieron al servicio de gastroenterología.

Así mismo, en Cuba se ha calculado que entre el 5 y 10 % de la población general presentará una UP en algún momento de su vida, y como enfermedad recurrente al menos el 50 % de los pacientes presentarán una recaída en 5 años, lo manifiesta Álvarez R.,(2006)

Por otro lado, el Ministerio de Salud (2008) en nuestro país, la UP constituye una de las afecciones con mayor atención en consulta externa en los hospitales y clínicas privadas alcanzando un 46%, y las complicaciones de éstas se presentan en un 20% de la población afectada; siendo Cajamarca la región con uno de los porcentajes más altos reportados hasta el 2012, tanto en el hospital como en clínicas privadas atribuyéndose un 48,5% lo que implica una gran preocupación.

Bibeau, (1985) refiere que esta patología está determinada por múltiples factores, dentro de los que se destacan la infección de H. pylori en la mucosa gástrica, así mismo los estilos de vida inadecuados, como el consumo de tabaco, de alcohol, los irritantes gástricos, el uso de medicamentos gastrolesivos y de igual manera diferentes patologías.

Maya L., (2001) refiere que, viéndolo desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos importantes interrelacionados: el material, el social y el ideológico.

En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material como la vivienda, alimentación, vestido; en lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones; y en el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

El estilo de vida es aquél patrón más o menos consistente de comportamiento que caracteriza al individuo en su forma de ser y expresarse; pero su concepto engloba no sólo elementos psicológicos sino también comportamientos y características externas, los cuales son determinados y a su vez determinan la manera de ser y actuar futura de un individuo. (Arellano R., 2009).

Asimismo, indica que los estilos de vida determinados por la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, son vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social. Definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

Por otra parte, la OMS (2011) reporta que una infección por *H. pylori* se inicia principalmente desde la niñez; su principal factor de riesgo lo constituye el estatus económico de la familia, reflejado en la cantidad de individuos en una vivienda y que comparten una cama, la falta de suministro de agua potable y las malas condiciones sanitarias. A medida que el estatus económico de los individuos y de los países de origen disminuya, la prevalencia de esta afección en las generaciones más jóvenes aumentará.

A su vez Piqueras J., (2008) aduce que si se tiene en cuenta el estatus social, vamos a encontrar que, la pobreza, la falta de educación y la ostentación a mejores estilos de vida, pueden ser condicionantes para el ejercicio de malos estilos de vida, pues tanto en las clases sociales bajas y altas, el alcohol y el tabaco son consumidos deliberadamente y a veces de manera desmedida, lo cual suele incrementar el riesgo para las afecciones gástricas, como lo es la UP. Además de que en todos los estatus es escaso el conocimiento acerca de los efectos del alcohol y el tabaco.

Así en América el consumo de alcohol aproximadamente 40%, siendo Brasil, Chile y México entre otros países latinoamericanos los que presentan un alto índice de consumo de alcohol, lo cual puede convertirse en determinante para la aparición de UP, como lo indica la OMS (2011)

En enero de este año, el Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO) advertía que “existen evidencias de que en el Perú hay aproximadamente un millón de peruanos alcohólicos”. Según las estadísticas del MINSA, los peruanos más afectados por úlcera péptica son los varones adultos de las zonas urbanas; y las regiones con más alcoholismo son Callao, Cuzco, Lima, Junín, Arequipa, La Libertad y Tacna. (MINSA, 2011)

Además, a esto se suma el consumo de tabaco que es un importante problema de salud pública en todo el mundo, como la OMS lo refiere, que el tabaquismo se practica especialmente en los países en desarrollo. Se estima que para el año 2025, el 75% de las muertes prematuras en los países en desarrollo se debe a enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco. (OMS, 2001)

Los estudios epidemiológicos indican que los fumadores tienen doble prevalencia de úlceras que aquellos que no lo son. El tabaco incrementa la producción de ácido gástrico e incrementa el reflujo duodeno-gástrico. También disminuye la producción de prostaglandinas gastroduodenales y disminuye la producción de bicarbonato pancreático-duodenal, favoreciendo así la producción de la lesión ulcerosa. (Friedman M., 2004)

Atendiendo pues a la preocupación por la alta incidencia de la UP que va en aumento cada vez, es que nace la motivación fundamental para investigar los estilos de vida de los pacientes con diagnóstico de úlcera péptica atendidos en Consultorios Externos de Gastroenterología, HRC.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son los estilos de vida de los pacientes adultos diagnosticados con úlcera péptica, en consultorios externos de Gastroenterología del HRC, Enero - Marzo 2013?

1.3 JUSTIFICACION:

La UP es una enfermedad que afecta a muchas personas a lo largo de su vida, no excluye edad, raza o sexo, ni educación, o estatus social.; se origina generalmente por los estilos de vida inadecuados los cuáles marcan de manera fundamental su origen, su mantenimiento, su complicación y su recidiva.

Es una enfermedad que afecta a muchas personas en todo el mundo según las estadísticas y que cada año lejos de disminuir su incidencia aumenta; y las personas muchas veces somos conscientes de esto y no le damos la debida importancia, dejando que progrese, se complique y avecine con ello lesiones severas y hasta incapacitantes para nuestra salud. (Arellano R., 2009)

Varios son los estudios que han identificado como factores de riesgo para el desencadenamiento de la UP a los antecedentes familiares, la inadecuada alimentación como el alto consumo de almidones, sal, alimentos salados, ahumados y carnes procesadas el consumo de tabaco y alcohol, la infección con H. pylori, pólipos estomacales entre los más destacados, (Vidaurre T., 2012)

En la actualidad, el Hospital Regional de Cajamarca, en los consultorios externos de Gastroenterología atiende un promedio de 78 pacientes al año, entre los que se diagnostica la patología de úlcera péptica, en tanto otra parte de la población no asiste a una consulta por descuido, por desconocimiento, por otras razones económicas o por inaccesibilidad.

Entonces, siendo frecuente observar la prevalencia e incidencia de pacientes con el diagnóstico de UP y, conociendo el riesgo de complicación que ésta tiene en la salud, es que se ve la necesidad de conocer y precisar ¿cuáles son los estilos de vida de los pacientes con el diagnóstico de úlcera péptica de nuestra localidad; para así develar su presencia y determinar algunas alternativas de solución, y a la vez dar pie para que futuras investigaciones utilizando diferentes metodologías de trabajo de investigación proporcionen resultados que servirán para que el personal de salud reoriente, implemente y plantee mejores estrategias sobre todo de promoción y prevención en la población en general.

1.4 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar y analizar los estilos de vida de pacientes adultos con diagnóstico de úlcera péptica atendidos en consultorios externos de Gastroenterología del Hospital Regional de Cajamarca. Enero – Marzo 2013.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar las características sociodemográficas de pacientes adultos atendidos en consultorios externos de Gastroenterología del HRC, Enero – Marzo 2013.
- Identificar los casos de úlcera péptica en pacientes adultos atendidos en consultorios externos de Gastroenterología del HRC, Enero – Marzo 2013.
- Describir y analizar los estilos de vida de pacientes adultos con diagnóstico de úlcera péptica, en pacientes adultos atendidos consultorios externos de Gastroenterología del HRC, Enero – Marzo 2013.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Patiño B., (España, 2005) realizó un estudio sobre “Mortalidad por Enfermedad Atribuida a los Fármacos”, las cuales ofrecen cifras entre el 0,34%-1% en estudios sobre población general, y el 2,6% en los que analizaron los ingresos por Enfermedad Atribuida a los Fármacos, y entre los fármacos en discordia fueron los AINES.

Rodríguez H., (México, 2003) en el estudio “Factores de riesgo para la recurrencia de Úlcera Péptica”, obtuvo resultados los cuales arrojaron diagnóstico de UP en el 78% de la muestra, los factores de riesgo asociados fueron el consumo de AINES 50.7%, el tabaquismo 40.7% y el consumo de alcohol 26.7%, además se documentó recurrencia de úlcera péptica en 100 pacientes 72.4%, siendo el principal factor de recurrencia el consumo de AINES. Además la mortalidad se presentó en 31 pacientes 8.8% los cuales fallecieron por hemorragia digestiva alta producto de perforación gástrica. Además la tasa de prevalencia anual de UP fue de 46.8/1000 egresos hospitalarios. Predominó en la sexta y octava décadas de la vida, con predominio en el sexo femenino AINES 44%. La UG 41% fue más frecuente que la UD 40%. Las conclusiones obtenidas fueron: la UG fue más frecuente y el tabaquismo se asoció en la mayoría de los casos de UP y HDA.

Álvarez R., (Cuba, 2006) realizó el estudio “Epidemiología de la úlcera péptica en siete consultorios del médico de familia”, estableció el objetivo de presentar el papel del H.

pylori y del estrés psicosocial en la UP, planteado por necesidad de establecer un modelo biosicosocial. Este estudio dio como resultado una inesperada combinación de causas de origen de úlcera péptica, los cuales antecedían a las mismas, como la gastritis provocada por H. pylori, pero que a la vez las personas eran sometidas a un arduo estrés y estados socioculturales adversos. Además concluye que, a pesar de que no se ha demostrado que la cafeína produzca UP, encontró una relación estadística significativa; en orden de frecuencia, y generalmente los participantes de la muestra carecían de hábitos ideales de alimentación en cuanto a número de comidas diarias, así no desayunaban, dejaban de almorzar, de comer y la mayoría no cenaba. Lo anterior confirma la posibilidad de que en los periodos de ayuno prolongado los efectos erosivos de los ácidos sobre la mucosa gastrointestinal sean favorecedores de la aparición de la enfermedad en estudio, además el 59% de los encuestados eran habitualmente personas estresadas.

Gonzales G., (Cuba, 2005) en su estudio sobre Alteraciones histológicas de la mucosa gástrica y prevalencia del H. pylori en pacientes dispépticos, aduce que no se ha estudiado suficientemente la prevalencia de la infección por H. pylori ni las alteraciones histológicas que es capaz de producir en la mucosa gástrica. En una investigación, en pacientes con síntomas dispépticos, no se encontró una asociación entre H. pylori, y la edad y sexo. 657 pacientes presentaron una gastritis crónica de los cuales en 52.7% fueron producidos por el H. pylori (+). Los pacientes con úlcera duodenal presentaron una prevalencia de gastritis crónica de 94.8%. En la úlcera gástrica la gastritis crónica tuvo una prevalencia de 89.7%. La prevalencia de la infección por H. pylori en pacientes con metaplasia fue de 55.2% y en los pacientes sin

metaplasia fue de 37.3%. La prevalencia de *H. pylori* fue más alta en la úlcera duodenal que en la gástrica.

Cabrera C., (Cuba, 2011) efectuó un estudio en la Habana Cuba sobre Comportamiento de la Úlcera Gastroduodenal Perforada, cuyo objetivo del estudio fue caracterizar a los pacientes con úlceras gastroduodenales perforadas en un periodo de 4 años. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, ocupación, localización de las perforaciones, hábitos tóxicos, procedimientos quirúrgicos empleados y complicaciones posoperatorias. Los resultados que arrojó el estudio fueron: que predominó el grupo de edad de 51 a 60 años, la ocupación obrera y el sexo masculino. Las perforaciones duodenales fueron las más frecuentes. El tabaquismo, consumo de café y alcoholismo se consideraron los hábitos tóxicos predominantes en los pacientes. El proceder quirúrgico más empleado fue la sutura y epiploplastía. La sepsis de la herida quirúrgica y la peritonitis resultaron ser las complicaciones más frecuentes. En las conclusiones se evidencia que los pacientes atendidos por úlcera gastroduodenal perforada correspondieron fundamentalmente al sexo masculino, mayores de 50 años de edad con úlcera duodenal y consumidores de café, tabaco, alcohol, y fueron tratados con sutura y epiploplastía.

Bravo L., y col (Colombia 2003) en el estudio que describe la prevalencia de *H. pylori* y las alteraciones asociadas de mucosa gástrica en personas sintomáticas, cuyo objetivo era estimar la prevalencia y describir la patología asociada a la infección por *H. pylori* en biopsias endoscópicas de mucosa gástrica. Los resultados de los informes histopatológicos, las variables estudiadas fueron edad, sexo, tipo de procedimiento

(biopsia o gastrectomía) y el diagnóstico histopatológico. En los resultados se detallaron que el 10,4% correspondió a las muestras de estómago obtenidas en el 96,5% de los casos por biopsia endoscópica y el 3,5% restante por gastrectomía. La prevalencia de *H. pylori* fue de 69,1%. El diagnóstico histopatológico más frecuente fue gastritis atrófica crónica en 36,4%. Sólo en 1,4% de los casos, la mucosa gástrica era normal. La prevalencia de cáncer fue de 9,3% y la de UG 5,1%. En conclusión se puede decir que en Colombia, variaciones geográficas significativas se observan en la distribución de carcinoma gástrico y el complejo de lesiones precursoras: multifocal gastritis atrófica, la metaplasia intestinal y displasia.

Arce G., (Perú, 1997) estudió “Factores de riesgo en pacientes con hemorragia digestiva por úlcera péptica en la ciudad de Arequipa”. El objetivo del trabajo de investigación fue analizar y determinar la relación entre las variables: consumo de AINES, edad, sexo, consumo de tabaco, consumo de alcohol, enfermedades asociadas (EPOC, IRC, cirrosis hepática, hiperparatiroidismo, cardiopatías), estrés quirúrgico; y localización, número y tamaño de las lesiones ulcerosas, con el riesgo de presentar hemorragia digestiva producida por úlcera gastroduodenal. Se encontró una relación significativa entre las variables edad y consumo de alcohol con el riesgo de presentar hemorragia digestiva por úlcera péptica gastroduodenal; no así con las variables: consumo de AINES, sexo, consumo de tabaco, enfermedades asociadas (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Insuficiencia Renal Aguda, Cirrosis Hepática, Hiperparatiroidismo, cardiopatías) y estrés quirúrgico.

Montes G., (Perú, 2006); refiere que desde Enero del 2000 a Diciembre del 2005, se realizaron 10819 procedimientos endoscópicos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional “Daniel Alcides Carrión” diagnosticándose enfermedad UP en 899 pacientes. De éstos pacientes el estatus de infección por H. pylori pudo ser determinado en 72,41%. En lo referente a las características demográficas de la población se encontró que estuvo constituida en un 67,8% por hombres, observándose una relación de sexo masculino / femenino de 2:1. La edad promedio de la población fue 54 años, siendo la edad mayor en las mujeres 59 años que en los hombres 51 años, las conclusiones dejan entre ver que hay relación entre la afección gástrica de UP con las características demográficas.

Machicado G., (Perú 2007); refiere que se realizó un diagnóstico endoscópico de UP, en el Hospital Loayza al servicio de Gastroenterología. Se tuvo predominio de sexo masculino 52,6% con mayor cifra del grupo atareo de 55 a 64 años 26,7%, escolaridad primaria 54,4% y los obreros 33,2% fueron los más afectados. El consumo de bebidas alcohólicas 54,4% y gaseadas 97,7% fueron los hábitos tóxicos y dietéticos de mayor relevancia. Los pacientes que requieren consumo de AINES fueron los más perjudicados, los AINES estuvieron presentes en el 65,5% de los pacientes y el síntoma que predominó la acidez 83,7%, hubo predominio de ubicación topográfica 60,1%, resaltando la zona antral del estómago 38,1% sobre la duodenal 39,9%, siendo más afectado el bulbo 32,2%.

Basto M., Vargas G., (Perú, 2003) en su estudio Factores de riesgo que incrementan la Morbimortalidad en Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Nacional

“Arzobispo Loayza” 1980-2003, dedujeron que la hemorragia digestiva alta es una emergencia médico quirúrgica frecuente que presenta una elevada morbimortalidad, constituyendo la principal urgencia gastroenterológica. En su estudio pretendían identificar los factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad y la eficacia de los tratamientos empleados. Como resultado se obtuvo que los factores de riesgo asociados a morbilidad son: respecto a mayor pérdida de volumen sanguíneo, corresponde al sexo masculino; antecedente de ingestión de alcohol; antecedentes de úlcera péptica; hepatopatía crónica; manifestaciones clínicas de hematemesis - melena; y solo hematemesis; la presencia de várices esófago-gástricas. El tratamiento combinado médico - endoscópico y médico - quirúrgico fueron determinados como factores protectores. Las conclusiones vertidas fueron los factores de riesgo que incrementan la morbi-mortalidad son la presencia de enfermedades concomitantes como UP, hepatopatía crónica, varices esófago-gástricas y presentación con hematemesis y melena.

Ayala R., y col (Perú, 2010) en su estudio Características clínicas, hallazgos endoscópicos e histológicos en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima, Perú, durante el año 2010, cuyo objetivo fue identificar las características clínicas, endoscópicas e histológicas así como su relación con H. pylori en pacientes atendidos con el diagnóstico de dispepsia. Se evaluaron variables clínicas, histológicas y endoscópicas. Los resultados obtenidos fueron del total, en su mayoría fueron mujeres (63%), la edad media de 42 años, procedentes del distrito de San Juan de Lurigancho (30%), 50% de origen andino. El 19% presentaba signos de alarma, la baja de peso caracterizó a este grupo (14%), en endoscopia, se observó eritema antral (74,7%), erosiones tipo UP (32,9%) y nodularidad (22%). El 93% presentó infección

por Hp, displasia leve en el 2,7% y atrofia en solo 14,7%.El 98,5% de los pacientes que presentó nodularidad tuvo infección por H. pylori. Llegando a la conclusión de que los síntomas dispépticos frecuentes fueron dolor epigástrico seguido de distensión abdominal, el género femenino lo presentó con mayor frecuencia, signos de alarma fueron poco frecuentes, eritema antral fue la característica más encontrada en las endoscopías. La gastritis crónica moderada fue el diagnóstico anátomo-patológico más frecuente. La infección por H. pylori tuvo asociación significativa con nodularidad y eritema antral así como también con actividad de la gastritis y UP.

2.2 BASES TEÓRICAS

A. ESTILOS DE VIDA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 2012 el estilo de vida como “una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”.

Los estilos de vida es el conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal.

Los estilos de vida o forma de vida son expresiones que se designan, de una manera genérica, al estilo, forma o manera en que se entiende la vida; no tanto en el sentido de una particular concepción del mundo (poco menos que una ideología -aunque sea a veces la intención del que aplica las expresión, cuando se extiende a la totalidad de la

cultura y el arte) como en el de una identidad, una idiosincrasia o un carácter, particular o de grupo (nacional, regional, local, generacional, de clase, subcultura), expresado en todos o en cualquiera de los ámbitos del comportamiento (trabajo, ocio, sexo, alimentación, indumentaria, etc.), fundamentalmente en las costumbres o la vida cotidiana, pero también en la vivienda y el urbanismo, en la relación con los objetos y la posesión de bienes, en la relación con el entorno o en las relaciones interpersonales.

(Oblitas L., 2006)

En epidemiología, el estilo de vida, hábito de vida o forma de vida es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que a veces son saludables y otras veces son nocivas para la salud. En los países desarrollados los estilos de vida poco saludables son los que causan la mayoría de las enfermedades. Dentro del triángulo epidemiológico causante de enfermedad, estaría incluido dentro del factor huésped.

En los países desarrollados existe la paradoja de que la mayoría de las enfermedades son producidas por los inadecuados estilos de vida de su población, y sin embargo los recursos sanitarios se desvían hacia el propio sistema social sistema sanitario para intentar curar estas enfermedades, en lugar de destinar más recursos económicos en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

Se pueden detectar tres aproximaciones al concepto de estilo de vida. Se le considera en primer lugar, de forma genérica en la que se le conceptualiza como una moral saludable que cae bajo la responsabilidad del individuo o bajo una mezcla de responsabilidad del individuo y de la administración pública, según el ámbito cultural. En ésta conceptualización podrían incluirse las definiciones de Singer (1982) y

Ardell (1979). El primero dice que es una forma de vivir o la manera con la que la gente se conduce con sus actividades día a día, mientras que Ardell al aplicarlo a la salud, lo delimita como aquellas conductas sobre las que el individuo tiene control y que incluyen todas las acciones que afectan a los riesgos para la salud. Oblitas F y col (2009).

2.2.1.2 CLASIFICACIÓN DE ESTILOS DE VIDA

Gamarra J., (2005), Oblitas L., (2006) entre otros estudiosos han propuesto la idea de los dos estilos de vida:

1. Estilos de Vida Saludable: con dos dimensiones que califican como:

- a) sobriedad, definida por comportamientos que implican no fumar, tomar alimentos saludables, abstinencia de alcohol, etc.
- b) actividad o dimensión definida por la participación en deportes y ejercicio regular, mantenimiento de un bajo índice de masa corporal, etc.

2. Estilos de vida libre: caracterizada por comportamientos totalmente contrarios al anterior: consumo de alcohol, toma de alimentos no saludables y despreocupación por la apariencia física. (Oblitas L., 2006)

2.2.1.2 .2 Estilos de vida libre:

Consumo de sustancias tóxicas:

El alcohol es una de las sustancias más ampliamente utilizadas en el mundo, el consumo de alcohol no es solamente un problema de adultos. La mayoría de los estudiantes de los últimos grados de bachillerato han consumido una bebida alcohólica

en el último mes, a pesar de que en este país la edad legal permitida para el consumo es de 18 años.

Además las bebidas alcohólicas contienen diferentes cantidades de alcohol. La cerveza tiene aproximadamente 5% de alcohol, el vino generalmente tiene de 12 a 15% de alcohol, el licor fuerte tiene aproximadamente 45% de alcohol. (Durango J. y col, 2000).

Según la acción que tiene el alcohol en nuestro organismo una de las más dañinas es a nivel del sistema digestivo, como veremos a continuación:

En las paredes del estómago tenemos unas células que segregan ácido clorhídrico. Este crea en el interior estomacal un ambiente tremendamente ácido (pH cercano a 2) necesario para llevar a cabo la digestión de los alimentos. El hecho de que no se “digiera a sí mismo” se debe a que está recubierto por dentro por una capa de mucosa que segrega bicarbonato, logrando un efecto tapón que mantiene un pH estable. Pues bien, el alcohol consume esta capa mucosa, dejando tejido no resistente a la acidez al descubierto y provocando gastritis aguda, úlceras o hemorragia (efectos que parecen potenciarse si previamente se han tomado ácido acetilsalicílico o antiinflamatorios entre otros). De nuevo este efecto revierte al cabo de unos días en sujetos sanos y es más grave en bebedores habituales. (Duperli J., 2012)

La velocidad de vaciado gástrico también disminuye con altas cantidades de alcohol. Esto tiene bastante sentido si consideramos que el primer paso de la digestión del alcohol se da en el estómago con el enzima alcohol deshidrogenasa (ADH). La ADH transforma el alcohol en otras sustancias que deberán ser eliminadas por el hígado,

logrando que pase menos alcohol al intestino que es donde más se absorbe (en el estómago se absorbe una pequeña cantidad). Este hecho también presenta la paradoja de que las bebidas con más de 400 mL, al quedar más tiempo retenidas en el estómago, son menos absorbidas que las de 20-300 mL. (Duperli J., 2012)

También actúa sobre el intestino delgado acelerando el tránsito intestinal, aunque la relación es bastante multifactorial y no está del todo clara. Se cree que es por efecto directo del etanol sobre las fibras musculares, así como sobre el sistema nervioso parasimpático. En cualquier caso la descomposición asociada al alcohol revierte en pocos días. (Duperli J., 2012)

Sueño nocturno:

A lo largo de la vida, la estructura del sueño se modifica. Conforme el individuo envejece la cantidad total de tiempo que se invierte en el sueño lento se reduce y en consecuencia aumenta el tiempo de sueño ligero (fases 1 y 2). También sucede que el primer período de sueño REM se inicia con una latencia más prolongada y el tiempo total que se invierte en sueño REM se reduce. En general los pacientes adultos y ancianos tardan más tiempo en dormirse y se despiertan más fácilmente, experimentan frecuentes despertares por la noche y a primera hora de la mañana lo que les hace más proclives a echar siestas durante el día. Los cambios en el ritmo circadiano también hacen que la conciliación del sueño sea más temprana en personas mayores. (Phillips B., Ancoli-Israel., 2000)

Todos estos cambios pueden conllevar a problemas como estrés por la falta de descanso, aunque son las mujeres las que presentan más quejas en referencia a su sueño; los estudios polisomnográficos por su parte han mostrado que la arquitectura del sueño en mujeres ancianas se preserva más que en los varones (Stein JH., 1990)

Para descartar esto hay que tener en cuenta que la historia clínica es fundamental en el abordaje de los trastornos del sueño en el adulto y anciano: se deben recoger datos sobre enfermedades médicas, consumo de tóxicos (cafeína, alcohol) o fármacos y preguntar sobre enfermedades psiquiátricas. La exploración física debe prestar atención al estado general, postura, exploración orofaríngea y exploración neurológica (Stein JH, 1990).

Las principales causas de los trastornos del sueño en los adultos y ancianos incluyen los cambios fisiológicos del sueño descritos anteriormente, las alteraciones del sueño relacionadas con otras enfermedades que afectan a este grupo de edad y sus correspondientes tratamientos, los trastornos primarios del sueño y la combinación de varios de estos factores (Stein JH, 1990). Las enfermedades más frecuentes que pueden alterar el sueño porque sus síntomas fragmentan el sueño o impiden su conciliación son la úlcera péptica, el reflujo gastroesofágico, la insuficiencia cardiaca, la hiperplasia de próstata, la artritis reumatoide, etc. (Stein JH, 1990).

El Estrés:

Stress es una amenaza aguda contra la homeostasis de un organismo. Provoca respuestas adaptativas para mantener la estabilidad del medio interno y asegurar la supervivencia del organismo.

El uso frecuente de estos mecanismos por exposición a stress crónico, excesivo o frecuente puede llevar a desadaptación y predispone a enfermedad.

Existen múltiples observaciones que remarcan la relación entre el stress y la aparición de la enfermedad ulcerosa, considerándose de manera clásica como un importante factor determinante de esta enfermedad. Calabrese G, (2006)

El estrés laboral se define como las nocivas reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o necesidades. Cuando éste se torna excesivo superando la tolerancia del organismo puede derivar en graves consecuencias como desgaste en la salud, actuación profesionalmente pobre, repercusión en la seguridad del paciente y en la vida familiar. Sobre la salud pueden derivar en enfermedades físicas entre las que destacamos gastritis, úlcera, gastro -duodenal, hipertensión arterial, arritmias, angor, alteraciones reproductivas y contribuir a provocar abortos espontáneos, deterioro psíquico-emocional como angustia, depresión, ansiedad y suicidio, trastornos en la conducta como alcoholismo, conductas agresivas, hábito de consumo de psicofármacos y fármaco dependencia, trastornos intelectuales como dificultad de concentración, disminución del estado de alerta, trabajos de baja calidad y alteraciones de la performance clínica. (Calabrese G., 2006)

B. ÚLCERA PÉPTICA EN ADULTO

2.2.2.1 DEFINICIÓN DE ÚLCERA PÉPTICA

Las úlceras pépticas son erosiones en el revestimiento del estómago o en el duodeno.

Una úlcera presente en el estómago se llama “úlcera gástrica” y en el duodeno “úlcera duodenal” y ambas se conocen como “úlceras pépticas”. (Harrison, 2008)

La úlcera péptica puede ser simple o perforante, suele ser única y asienta en el estómago o en la primera porción del duodeno. Aparte de la úlcera propiamente dicha, son comunes (2 – 4 mm), múltiples y más o menos extendidas a partir de la región pilórica.

Por su aspecto sanguinolento suelen llamarse “erosiones hemorrágicas” (Keley W, 2001)

La mayoría de las úlceras son erosiones de la primera capa de revestimiento interior y, si el orificio lo atraviesa por completo, se trata de una perforación del revestimiento intestinal, lo cual puede causar shock y es una emergencia médica. (Martín J., 2012)

2.2.2.2 PATOGENIA DE LA ÚLCERA PÉPTICA

En los adultos y en los adultos mayores hay cambios de naturaleza fisiológica, lo que va a hacer que sea imposible no padecer de enfermedades; por ejemplo, están los cambios en las estructuras orales lo que impedirá una buena masticación de los alimentos, en el caso de los dientes, en especial los alimentos de digestión compleja, los cuales pasarán largo tiempo en el estómago produciendo una hipersecreción de ácido en el estómago, y éste a su vez dañará la mucosa gástrica. (Martín J., 2012)

Los cambios degenerativos del envejecimiento afectan la digestión, absorción y metabolismo de los alimentos; disminuye la secreción de la saliva y la secreción de la mayoría de las enzimas digestivas, ácido clorhídrico y secreciones biliares; son más lentos los movimientos intestinales; se dificultan las funciones del hígado y riñón; se pierde la capacidad de realizar el trabajo metabólico y la dificultad de excreción de los productos de desecho factores que afectan la digestión y absorción alimenticia en los ancianos. Éstos a su vez, por la hipersecreción y combinados con otros factores como la medicación que necesitan los pacientes geriátricos ya sea prescrita o auto medicada van

a dar origen a una úlcera péptica por encontrarse el estómago expuesto a éstas acciones irritativas constantes. (Serrano M., 2008)

Según Keley W., (2001) las úlceras pépticas pueden aparecer cuando los factores agresivos del ácido y de la pepsina superan los mecanismos defensivos de la mucosa gastroduodenal. Estos mecanismos defensivos para la mayor parte se relacionan con la integridad de la mucosa gástrica.

Las prostaglandinas endógenas son factores importantes en la protección con el mantenimiento de:

- Secreción mucosa.
- Secreción del bicarbonato
- Rasa de volumen de la célula epitelial.
- Flujo mucoso gástrico de la sangre.

Los factores agresivos son:

- Tabaco
- Antinflamatorios
- Estrés
- Alcohol
- Helicobacter pylori
- Malos hábitos alimenticios.

Cuando ocurre un desequilibrio entre los factores defensivos y los factores agresivos, una deficiencia del anterior o un exceso del último, la enfermedad

péptica de la úlcera es la consecuencia. El cráter de la úlcera es una reflexión de una multiplicidad de desórdenes que se manifiestan en un camino común final.

El ácido es esencial para la formación de la enfermedad péptica de la úlcera; su supresión o inhibición permite generalmente la curación. Hay una tendencia significativa para los pacientes con úlcera péptica, particularmente las úlceras duodenales, a tener hipersecreción de ácido. En muchos individuos esto se relaciona con una masa parietal de célula que está bajo control genético. Semejantemente, hay un pepsinógeno elevado de suero en muchos individuos con úlcera duodenal, particularmente en pacientes con antecedentes familiares de úlcera duodenal. Muchos pacientes con úlcera gástrica son secretores o hipersecretores normales de ácido, lo que sugiere que puede haber una diferencia fisiológica para el desarrollo de la úlcera en el estómago y en el duodeno.

2.2.2.3 ETIOLOGÍA DE LA ÚLCERA PÉPTICA

Keley W (2001); refiere que los factores de riesgo para las UP abarcan los siguientes:

- **Consumo de aspirina y AINES:** Los antiinflamatorios no esteroideos lesionan la mucosa, donde se ionizan y lesionan la célula parietal. No obstante, el principal mecanismo parece ser la inhibición de la ciclooxigenasa (COX) y la consiguiente reducción de la síntesis de prostaglandinas en la mucosa gastroduodenal, que a su vez provoca una disminución de la secreción de moco y bicarbonato. Hasta un 40% de los pacientes tratados con AINE pueden presentar erosiones y úlceras superficiales, a menudo múltiples y sobre todo en el antro. Actualmente, se

considera que las lesiones superficiales de la mucosa observadas en estudios endoscópicos no se correlacionan con los síntomas y no permiten predecir la tasa de verdaderas complicaciones de la úlcera péptica (Hemorragia Digestiva, perforación u obstrucción). (Balanzó J., 2008)

- ***Gastritis crónica:*** estas lesiones de gastritis crónica de preferencia en la región antral, se consideran actualmente como la mayor causa de gastritis crónica antral relacionada directamente con la presencia de úlcera péptica con mayor frecuencia de localización duodenal; La úlcera gástrica, cualquiera sea su ubicación, es una pérdida de sustancia de marcha crónica, que puede afectar toda la pared gástrica y se caracteriza por su evolución alternando periodos de remisión con periodos de actividad. (Balanzó J., 2008).
- ***Consumo de tabaco y alcohol***
- ***Edad avanzada***
- ***Estrés***
- ***Hiperparatiroidismo***
- ***Helicobacter Pylori:*** Es una bacteria que infecta el epitelio gástrico humano. Muchas úlceras y algunos tipos de gastritis se deben a infecciones por H. pylori. En muchos casos, los sujetos infectados nunca llegan a desarrollar ningún tipo de síntoma. Esta bacteria vive exclusivamente en el estómago humano, siendo el único organismo conocido que puede subsistir en un ambiente tan extremadamente ácido. Es una bacteria espiral (de esta característica morfológica deriva el nombre de la Helicobacter) y puede

«atornillarse» literalmente por sí misma para colonizar el epitelio estomacal. (Guillermo I., 1996)

La bacteria ha sido aislada de las heces, de la saliva y de la placa dental de los pacientes infectados, lo cual sugiere una ruta gastro-oral o fecal-oral como posible vía de transmisión. Otros medios de infección son ingerir agua y alimentos contaminados o incluso el traspase de fluidos de forma oral con una persona contaminada. (Guillermo I., 1996).

2.2.2.4. FISIOPATOLOGÍA DE LA ÚLCERA PÉPTICA

Se ha de mencionar en primer lugar que el mecanismo de producción de la úlcera gástrica y de la úlcera duodenal es diferente. Ya se ha comentado previamente el papel esencial del ácido, como lo demuestra el hecho de que la eliminación de la secreción del mismo o su neutralización cura la úlcera y que la úlcera no suele aparecer cuando la estimulación máxima de ácido (MAO) es menor de 15 mEq/h.

En los pacientes con úlcera duodenal, globalmente considerados, el MAO está aumentado con respecto a la población general, siendo éste el reflejo de la masa de células parietales. Por otro lado, en estos pacientes existe una elevación de las cifras de gastrina y la secreción basal de ácido (BAO) está aumentada en 1/3 de estos pacientes con úlcera duodenal. Además, en la mayoría de estos pacientes existe una hipersecreción nocturna y una hipersecreción ácida gástrica de 24 horas. Está aumentada y también prolongada la respuesta secretora a la ingesta. Por último, en los pacientes con úlcera duodenal existe una disminución en la secreción de

bicarbonato a nivel duodenal, lo que se traduce en una disminución de su capacidad de efecto neutralizante sobre la acidez gástrica.

Por el contrario, en la úlcera gástrica el nivel secretor depende de su localización. Así, en las úlceras gástricas de localización distal (en el antro gástrico) existe una secreción ácida normal o ésta es semejante a la de la úlcera duodenal; mientras que en la úlcera gástrica proximal los niveles de secreción son bajos debido a que la gastritis acompañante afecta la zona secretora.

Tratando de integrar los conocimientos actuales sobre la fisiopatología de la úlcera péptica, la hipótesis actual en el caso de la úlcera duodenal sería la siguiente: Tras la infección por *H. pylori* y después de la fase aguda de la infección se establecería una gastritis crónica que afectaría fundamentalmente al antro gástrico, respetando la zona secretora. Esta gastritis crónica habitualmente es leve o moderada, y progresa muy lentamente, aunque dicha progresión puede acelerarse con los tratamientos antisecretores. Como consecuencia directa o indirecta de esta gastritis antral se produciría una hipergastrinemia que estimularía la secreción de ácido y pepsinógeno como consecuencia de la acción de la gastrina. Esta hipersecreción ácida estimularía la aparición de metaplasia gástrica a nivel de la mucosa del bulbo duodenal como efecto protector frente al ácido, lo que se acompañaría de un cuadro inflamatorio a nivel duodenal. Ello permitiría que junto con el ácido, *H. pylori* pase al duodeno, fijándose selectivamente en las células de la metaplasia gástrica incrementando el proceso inflamatorio a nivel duodenal con lo que se alteran los mecanismos reguladores de control de la acidez a nivel del duodeno, fundamentalmente la secreción de bicarbonato duodenal, lo que permite que se lesione la superficie epitelial del duodeno desarrollándose una úlcera péptica a este

nivel. Con el tiempo, la metaplasia gástrica duodenal irá incrementándose favoreciéndose la continuidad de la enfermedad ulcerosa péptica. (Guillermo I., 1996)

Por el contrario, en la úlcera gástrica, la gastritis asociada afecta a toda la cavidad gástrica aunque es más grave a nivel antral en donde es posible encontrar atrofas glandulares y áreas de metaplasia intestinal. Dependiendo del grado de afectación por la gastritis de la mucosa secretora del cuerpo se acompañará de una secreción ácida normal o de una hiposecreción gástrica. Con la edad, la gastritis progresa hacia la atrofia glandular afectando fundamentalmente al fundus gástrico y produciendo una hiposecreción gástrica, siendo en estos pacientes mayores el riesgo de desarrollar un cáncer gástrico.

En los pacientes con ingesta de fármacos, en especial de AINEs, aunque también el alcohol, *H. pylori* y otras posibles noxas, se produce una alteración en la barrera de moco-bicarbonato que permite la lesión de las células epiteliales alterándose el flujo sanguíneo. Esta lesión celular intenta ser reparada rápidamente por los mecanismos de replicación celular y restitución, ya comentados. Si la actuación de los agentes agresivos continúa se produce una herida más profunda de la mucosa con formación de tejido de granulación, angiogénesis y destrucción de la membrana basal y formación de la úlcera. Así como la primera fase, la reparación es rápida (en horas), en esta segunda fase se requerirán varios días para que se restituya el tejido a la normalidad. (Guillermo I., 1996)

Eilliam N. y col (1995); refiere que cuando existen factores predisponentes, ante el estrés, el organismo reacciona produciendo espasmos en las arteriolas, lo cual provoca una falta de irrigación en una zona de la mucosa gástrica o duodenal que facilita la lesión y el desarrollo de la úlcera.

La situación se agrava ante la presencia del ácido clorhídrico que irrita la herida, ésta irritación estimula una mayor secreción ácida y así se produce un círculo vicioso.

2.2.2.5 CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS DE LA ÚLCERA PÉPTICA

La gran mayoría de úlceras se desarrollan en el antro pilórico; casi todas las úlceras del duodeno están en primera porción de éste; más de la mitad de las segundas se acercan hasta menos de 2 cm del píloro; y hasta un 20% invaden el propio margen del anillo pilórico, La razón de esto se atribuye a que el riego sanguíneo de esa parte del duodeno es deficiente comparado con el resto.

La úlcera aguda suele ser pequeña, excavada, de borde neto y de fondo liso recubierto por peritoneo no engrosado.

La úlcera crónica es mayor, peor circunscrita, de borde sinuoso y de márgenes indurados; puede alcanzar gran tamaño y puede invadir toda la curvatura menor, extendiéndose a gran parte de las paredes anterior y posterior.

El fondo lo forma según los casos la submucosa, una de las capas musculares o, a veces, un órgano vecino al que el estómago queda adherido. Al cicatrizar, si sólo la mucosa fue invadida, el tejido de granulación crece desde los bordes y el suelo y el

nuevo tejido se contrae gradualmente, unificando la superficie y dejando una cicatriz lisa. (Cabrera C, 2011)

En grandes úlceras que hayan invadido la pared muscular, la retracción cicatrizal puede originar graves deformaciones, la más importante de las cuales es una estrechez pilórica con la subsiguiente dilatación gástrica. La retracción de una úlcera anular produce a veces el estómago bilocado o en reloj de arena.

2.2.2.6 CUADRO CLÍNICO DE LA ÚLCERA PÉPTICA

La presentación clínica de la úlcera péptica depende de su localización, la edad del paciente y acontecimientos complicados. Generalmente el dolor es el síntoma actual: sensación de ardor en el epigastrio o en el cuadrante superior izquierdo. El dolor desencadenado por las comidas sugiere una localización gástrica de la úlcera. El malestar recrudescido por las comidas o asociado a dolores de hambre y exacerbado comiendo sugiere una localización duodenal. (Martín J., 2012)

El dolor péptico de la úlcera se incrementa por la ingestión de alcaloides, de agentes que inhiben la producción del ácido.

El dolor de la úlcera péptica no tratada dura de 2 a 8 semanas; hay generalmente una respuesta pronta al tratamiento. La morbosidad de la úlcera péptica se relaciona con la naturaleza recurrente de éste desorden y con las complicaciones secundarias que aparecen debido a la repetición. Las complicaciones primarias de la UP incluyen la hemorragia gastrointestinal 7-11%, la perforación 2-4% y la obstrucción gástrica 1-3%. (Martín J., 2012)

Francois R., (2008); evidencia que una úlcera pequeña no casusa sintomatología, pero una úlcera considerable puede presentar el siguiente cuadro clínico: Dolor, ardor, pesadez, dolor hueco que irradia hacia la espalda, vómitos y nauseas.

Si la úlcera es gástrica, suele presentarse úlceras latentes, que no producen síntomas, y otras cuyos primeros síntomas son los de perforación y hemorragia. (Cabrera C., 2011).

La úlcera aguda se manifiesta por dolor, generalmente poco después de las comidas, acompañada de hiperestesia epigástrica. La hematemesis o cierto grado de melena son relativamente comunes y aclaran a menudo el diagnóstico. En algunos casos de úlcera crónica el paciente ha padecido durante años trastornos gástricos sin sospechar la úlcera hasta que es sorprendido por una hemorragia. (Cabrera C., 2011).

El dolor epigástrico agravado por alimentación se presenta en la úlcera gástrica, y el dolor que es aliviado por ella puede referir a una úlcera duodenal. El dolor nocturno (entre media noche y tres de la madrugada) o que se presenta 2 a 3 horas después de comer y/o empeora si se omite una comida también pueden sugerir una úlcera duodenal. Pérdida de peso

- La presencia de hematemesis, vómito
- Heces negras
- Presencia de náuseas y fatiga
- La acidez.

Síntomas de UD: suele transcurrir más tiempo desde el comienzo de los síntomas hasta el diagnóstico, lo cual justifica por la tendencia a la remisión sintomática y la simple respuesta a un tratamiento.

Las características del dolor son:

- Dolor recrudecido que se presenta a media noche
- Dolor que aparece después de algunas horas de comer y que corresponde con los periodos de mayor secreción gástrica.
- La úlcera del bulbo raramente se agrava con los alimentos.
- Los antiácidos provocan alivio
- El úlcus duodenal se caracteriza por su cronicidad, su sintomatología intermitente y la frecuencia de las recidivas a pesar del tratamiento.
- Los síntomas precoces aparecen en cortos periodos de 2 a 4 semanas, seguidos por meses de euforia. La presencia de duodenalgia o dolor preprandial, que mejora al ingerir alimentos, es más significativo que el prandial de la úlcera gástrica. (Cabrera C, 2011).

2.2.2.7 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS PARA LA ÚLCERA PÉPTICA

Pérez J., (2008); refiere que para diagnosticar una úlcera se realizan los siguientes exámenes:

- Anamnesis
- Examen clínico
- Esofagogastro-duodenoscopia (EDG) es un examen especial llevado a cabo por un gastroenterólogo
- Estudio radiológico baritado de esófago.

2.2.2.8 TRATAMIENTO PARA LA ÚLCERA PÉPTICA

Rodríguez H., (2003); refiere que el tratamiento implica una combinación de medicamentos para eliminar el H. pylori (si está presente) y reducir los niveles de ácido del estómago, además de hacer un estudio patológico de la úlcera.

Si se tiene una úlcera por H. Pylori, el tratamiento estándar utiliza diferentes combinaciones de los siguientes medicamentos por 5 a 14 días.

- Dos antibióticos diferentes para eliminar el H. pylori, como claritromicina, amoxicilina, tetraciclina o metronidazol
- Inhibidores de la bomba de protones, como Omeprazol, lanzoprazol o esomeprazol
- El bismuto para ayudar a eliminar la bacteria H. pylori

Si se tiene una úlcera péptica sin una infección o una causada por tomar AINES, se prescribirá un inhibidor de la bomba de protones durante más o menos 8 semanas. Y se puede prescribir éste tratamiento a pacientes que tienen que tomar ácido acetil salicílico por otros problemas de salud

Si una úlcera sangra demasiado se puede necesitar una EGD para detener el sangrado. Se puede requerir cirugía si el sangrado no se puede detener con una EDG o si la úlcera ha causado perforación.

2.2.2.9 PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN:

Bados C. y col (1995) aduce que las úlceras pépticas tienden a reaparecer sin tratamiento. Si se sigue las instrucciones de tratamiento dadas por el médico y se toma toda la medicación prescrita, la lesión curará y se tendrá muchas menos probabilidades de hacer una recidiva.

- Consejería en lavado de manos antes de preparar los alimentos, antes de comer y después de realizar sus necesidades.
- Consejería en aseo adecuado de frutas y verduras, y bebida de agua hervida.
- Consejería frente al consumo de irritantes gástricos en la alimentación comidas condimentadas, cítricos artificiales, bebidas gaseadas, etc.
- Aconsejar al paciente que evite los alimentos y bebidas demasiado calientes o fríos, que mastique muy bien sus alimentos y que coma sin apresurarse.
- Información y sensibilización a fondo de las complicaciones de una úlcera péptica
- Sensibilización del paciente frente al consumo de tabaco y alcohol
- Consejería en disminución del estrés laboral.
- Vigilar sus propias costumbres: evitar la fatiga, identificar los signos de problemas potenciales (dolor epigástrico), alejarse de las situaciones que produzcan estrés, reanudar los medicamentos anti-ulcerosos si es necesario.
(La Torre A., y col 1996).

2.2.2.10 COMPLICACIONES DE LA ÚLCERA PÉPTICA:

- **Perforación:** En la pared anterior del estómago la perforación provoca una peritonitis aguda; en la pared posterior, al penetrar la úlcera en la pequeña cavidad peritoneal, suele originar un absceso gaseoso, con los síntomas de un neumotórax subfrénico. (Gonzales G., 2005)
- **Hemorragias:** Las hemorragias son más comunes en la forma crónica, pero también ocurren en la aguda. Las úlceras de la zona posterior pueden erosionar la arteria esplénica, aunque lo más probable es que la sangre prevenga de la arteria de la curvatura menor. En la UD es posible la erosión de la arteria pancreaticoduodenal y una hemorragia mortal por ruptura de la arteria hepática, o más raramente de la vena porta. (Gonzales G., 2005)
- **Cicatrización:** Las úlceras superficiales suelen cicatrizar sin graves consecuencias. La cicatrización de una úlcera yuxtapilórica produce frecuentemente una estenosis del orificio. Entre otros casos, por retracción cicatrizal de una úlcera anular, se produce el estómago biloculado. Grandes dolores provienen de las adherencias de las úlceras a partes vecinas. En la mucosa periulceral se origina frecuentemente una gastritis catarral crónica. (Gonzales G., 2005)
- **Carcinoma:** Son muy diversas las opiniones respecto a la frecuencia con la que el carcinoma se desarrolla en las úlceras, pero no cabe duda de que existen coincidencias, cuya porción en la úlcera gástrica es probablemente del 5 al 10%, mientras que en la duodenal es muy inferior. El verdadero problema, cuando el cáncer aparece, es cuánto tiempo hace que se inició y si la úlcera estuvo libre de células cancerosas. (Gonzales. G y col, 2005)

HEMORRÁGIA DIGESTIVA ALTA

La hemorragia digestiva alta es una de las complicaciones más graves del sistema digestivo y constituye un frecuente motivo de hospitalización.

Tiene una incidencia anual de 85,7 casos por 100,000 habitantes.

Se considera hemorragia digestiva alta a aquel sangrado que se da desde el esófago hasta el ángulo de Treitz, ya sea de sangre rojo vivo (melena), o de porrazos de sangre de color marrón como copos de café (sangre digerida); además de la eliminación de heces negras alquitranadas (melena), que indicaría un sangrado permanente que ha tenido contacto con los jugos gástricos. (Balanzó J., 2008)

En la hemorragia digestiva alta no variceral (várices por hipertensión portal), la causa principal sigue siendo la úlcera péptica (úlcera gástrica y úlcera duodenal).

Si bien la mayoría de afecciones de úlcera péptica se debe en gran parte al *H. pylori*, lo que genera la perforación de una úlcera; el envejecimiento de la población y el elevado número de personas que ingieren en la actualidad antiinflamatorios no esteroides (AINE), ácido acetil salicílico (AAS) y medicación anticoagulante (Balanzó J., 2008).

CUIDADO ASISTENCIAL Y AUTOCUIDADO: (La Torre, A y col 1996)

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

Nutrición e hidratación:

- Ayudar al paciente a identificar las causas de la irritación con los alimentos.
- Recomendar al paciente que realice varias comidas repartidas a lo largo del día.
- Recomendar evitar ingerir alimentos antes de acostarse.
- Recomendar al paciente que reduzca la ingesta de bebidas que contengan alcohol y cafeína.

Higiene y protección de la piel:

- Lavar bien los alimentos.
- Administrar antiácidos, anti colinérgicos, antihistamínicos.

Movilización y postura:

- Recomendar la realización de actividades que favorezcan el reposo y la relajación.

Trabajo y realización:

- Instruir acerca técnicas de relajación para controlar el estrés y aliviar el dolor.
- Facilitar información sobre los recursos que ofrezca la sociedad.

2.3. TEORÍA DEL DÉFICIT AUTOCUIDADO

Teoría del autocuidado de Dorotea Orem López. A (1998).

Una manera de reforzar el cuidado de los pacientes con Diagnóstico de UP es empleando la teoría del autocuidado de Dorotea Orem quien acertadamente; tuvo una intuición acerca de por qué los individuos necesitan la ayuda de Enfermería y pueden ser ayudados a través de ella. Considera su teoría sobre el Déficit del autocuidado como teoría general, constituida por 3 teorías relacionadas:

1. La Teoría del autocuidado
2. La teoría del Déficit de autocuidado
3. La teoría de los sistemas de enfermería

Autocuidado: Es una actividad del individuo aprendido por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo (con diagnóstico de UP) dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar.

La teoría del déficit de autocuidado: Es una relación entre la demanda de autocuidados terapéuticos y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en la que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.

La teoría de los sistemas de enfermería: Se centra la atención de que el autocuidado exista o no, con la ayuda de métodos de ayuda más eficaces como:

- La orientación
- La dirección
- El apoyo físico y psicológico
- La enseñanza de nuevos y variados estilos de vida sanos.

Se usa la Teoría de Orem del Autocuidado y Déficit del Autocuidado en nuestro estudio como base para una vez conocido los factores de riesgo educar a nuestro grupo de estudio para mejorar y mantener el autocuidado en sus vidas diarias.

2.4 VARIABLES

- **Variable 1**

Estilos de vida de pacientes adultos con diagnóstico de úlcera péptica, atendidos en los Consultorios Externos de Gastroenterología

- **Variable 2**

Úlcera Péptica.

2.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<i>Variable</i>	<i>Definición Conceptual</i>	<i>Dimensiones</i>	<i>Definición Operacional</i>	<i>Indicadores</i>
Estilos de Vida	Conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, con Diagnóstico de UP que a veces son saludables y otras veces son nocivos para la salud. <i>(Oblitas. L 2006)</i>	<p>1) Comportamientos saludables.</p> <p>2) Comportamiento no saludables <i>(Oblitas. L 2006)</i></p>	<p>1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio físico. - Dieta. - Sueño - Higiene personal. - Relaciones interpersonales. - Comportamiento sexual. <p>2)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manipulación de los alimentos. - Actividades de ocio o aficiones. - Stress. - Consumo de sustancias tóxicas 	<p>1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nº de comidas - Cuántas horas duerme - Hábitos higiénico y dietéticos - Realiza actividad física - Realiza actividades de recreación <p>2)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fuma - Consume alcohol - Consumo de drogas - Está expuesto a mucho estrés - Enfermedades que padece - Consumo de medicamentos
Úlcera Péptica	Zona erosionada circunscrita en la membrana mucosa del estómago y duodeno, expuesta a la acción de los jugos gástricos ricos en ácidos y pepsina. <i>(Martín J. 2012)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Úlcera Gástrica - Úlcera Duodenal 	<ul style="list-style-type: none"> - Úlcera Gástrica: Erosión en la mucosa gástrica, y en el rededor de la topografía gástrica. - Úlcera Duodenal; erosión en la mucosa duodenal. <i>(Martín J. 2012)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Tasa de morbilidad por UP en el servicio de Gastroenterología del HRC 2013 - Pesadez, indigestión, abaloramiento, nauseas, vómitos, gases, ardor, hematemesis, melena.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El presente estudio corresponde a una investigación descriptiva, analítica, retrospectiva y prospectiva.

Se trató de describir el comportamiento de ambas variables del estudio además de sus características y cualidades.

3.2 SELECCIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO

Los datos básicos del estudio fueron obtenidos del Hospital Regional de Cajamarca, en los Consultorios Externos de Gastroenterología; que cuenta con tres profesionales de la salud a su cargo 3 médicos y 2 enfermeras y 2 técnicos de enfermería; dentro de su estructura cuenta con 3 ambientes (Consulta externa, recepción y recuperación de paciente y sala de procedimientos)

3.3 POBLACIÓN

Población: Para determinar la población se tomó como referencia el promedio de las historias clínicas (HCL) de todos los pacientes que fueron atendidos y con diagnóstico de Úlcera Péptica en los Consultorios Externos de Gastroenterología durante el año 2012 los cuales fueron de **49 pacientes**

3.4 MUESTRA

La muestra considerada por conveniencia (de las autoras) lo constituyeron todas las HCL de los pacientes que fueron atendidos en los Consultorios Externos de Gastroenterología durante el primer trimestre del año 2013; es decir se consideraron 20 HCL de pacientes con diagnóstico de Úlcera Péptica, que reunieron los criterios de inclusión y fue una muestra representativa.

- **Método de Selección de Muestra:** Se consideró a las HCL de los pacientes que fueron atendidos en los Consultorios Externos de Gastroenterología del HRC durante el primer trimestre del año 2013, cuyos diagnósticos confirmaron presencia de úlcera péptica por medio de procedimiento endoscópico.

Además, se realizó una visita a los pacientes y familiares de pacientes ya fallecidos diagnosticados con úlcera péptica; para complementar la recolección de datos necesarios en la encuesta, y así obtener mayor información para la realización del estudio.

- **Criterios de inclusión:**

Todas las HCL de pacientes diagnosticados con úlcera péptica en Consultorios Externos de Gastroenterología a través de procedimiento endoscópico.

Pacientes y familiares de pacientes ya fallecidos diagnosticados con úlcera péptica; que dieron consentimiento informado, para realizar el llenado de la encuesta, que sirvió como base de datos para la investigación.

- **Criterios de Exclusión:**

Pacientes con otro tipo de diagnóstico

Aquellos que no desearon participar en el estudio.

- **Unidad de Análisis:**

Para el presente trabajo de investigación se consideró a cada una de las HCL de los pacientes que fueron diagnosticados con úlcera péptica en los Consultorios Externos de Gastroenterología del Hospital Regional de Cajamarca durante el primer trimestre del año 2013.

Cada paciente y cada uno de los familiares de los pacientes fallecidos.

3.5 METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de los datos se emplearon los siguientes instrumentos y técnicas:

- Se utilizó un formulario para la recolección de datos los cuales evalúan la filiación de cada paciente, el nivel educativo, la ocupación, la sociedad y cultura, los hábitos tóxicos, los hábitos higiénicos dietéticos, los síntomas y la localización de la úlcera péptica.

- Se aplicó una encuesta a los pacientes diagnosticados con úlcera péptica durante el estudio, la encuesta utilizada fue elaborada por *Julia Pérez, médico en Hospital de EsSalud Lima*, y se modificó para los fines que busca el presente estudio. Se obtuvieron datos relacionados con las características sociodemográficas (ítem 1 al 6), estilos de vida (ítem 6 - 14) y de la afección de úlcera péptica (ítem 15 - 20) del paciente.

En la elaboración de la encuesta se tomó en cuenta diferentes ítems que incluyen 9 preguntas, los cuales confirmaron la evaluación de la filiación de cada paciente, el nivel educativo, la ocupación, la sociedad y cultura, los hábitos tóxicos, los hábitos higiénicos dietéticos, los síntomas y la localización de la úlcera péptica.

3.6. VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Para la validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados, se tomó en cuenta el criterio de los expertos en el tema: docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca; M.Cs. Petronila Bringas, M.Cs. Ruth Villanueva, Lic. Enf. Roger Tanta Huamán, Médicos Gastroenterólogos Martín Albán y Jorge Vargas Castañeda.

3.7. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento de los datos se realizó a través del programa estadístico SPSS v. 19, Microsoft Excel 2010 y Microsoft Office 2010 y se presentan en cuadros y gráficos estadísticos de manera que puedan evidenciarse los objetivos propuestos del proyecto.

3.8. ANÁLISIS DISCUSION

La metodología aplicada para el análisis de los datos obtenidos en el estudio es de tipo deductivo, ya que se tomó la generalidad del factor “*estilos de vida*” y se la describe en el proceso de la úlcera péptica que es la particularidad, los resultados se analizaron teniendo como base el marco teórico, obteniendo en seguida los resultados.

CAPITULO IV

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes adultos con diagnóstico de UP en consultorios externos de Gastroenterología HRC., enero - marzo 2013.

Características	N°	%
Edad	De 28 a 48	5 25,0
	De 49 a 69	10 50,0
	De 70 a 90	5 25,0
Sexo	Masculino	10 50,0
	Femenino	10 50,0
Estado civil	Soltero	5 25,0
	Casado	8 40,0
	Conviviente	5 25,0
	Otros	2 10,0
Lugar de Procedencia	Cajamarca	17 85,0
	Bambamarca	2 10,0
	Otros	1 5,0
Zona de residencia	Zona Urbana	14 70
	Zona Rural	6 30
Grado Instrucción	Analfabeto	3 15,0
	Primaria	10 50,0
	Secundaria	3 15,0
	Superior	4 20,0
Ocupación	Obrero	4 20,0
	Agricultor	2 10,0
	Empleado Estatal	4 20,0
	Empleado Privado	2 10,0
	En casa	8 40,0
Percibe Ingreso en Efectivo	Si	11 55,0
	No	9 45,0
Ingreso Mensual	Menos de 750	5 25,0
	750	1 5,0
	Más de 750	6 30,0
	No refiere	8 40,0
TOTAL		20 100,0

Fuente: Encuesta sociodemográfica: Pacientes con Úlcera Péptica, Consultorios de Gastroenterología del HRC, 2013

En la tabla 1, se muestra que la edad que predominó en el grupo de personas adultas con diagnóstico de UP estuvo en el rango de 49 a 69 años (50%), considerada edad adulta y adulta mayor propiamente dicha, seguida por la misma diferencia entre los adultos jóvenes y los adultos mayores respectivamente.

Según los resultados obtenidos podemos decir que coincide con los hallazgos obtenidos por otros estudios realizados, como el de México por Heriberto Rodríguez (2003) al estudiar los riesgos para la recurrencia de UP, en el cual, el grupo etario que predominó fue el de 57 años a más, y es que según la bibliografía consultada, los afectados por UP son mayormente los que se encuentran inmersos en los grupos etarios de adulto y adulto mayor. (Rodríguez H., 2003)

En nuestra realidad y evocando la experiencia obtenida en el tiempo de práctica en el internado en el servicio de Emergencia HRC, se evidenció que la mayoría de afectados por hemorragia digestiva alta, máxima complicación de la úlcera péptica, eran personas cuyos grupos etarios oscilaban a partir de los 40 años cuyos resultados endoscópicos revelaron presencia de UP perforada. (Registros de Emergencia del HRC, 2012)

En cuanto al sexo no hay mayor relevancia pues se vieron afectados hombres y mujeres por igual (50% H – 50% M). Difiriendo con los estudios realizados por Alvares R. (2006), Cabrera C., (2011) quienes refieren que los más afectados por UP son los varones de 50 a más años; y que éstos resultados se relacionan directamente con el consumo de alcohol; por otro lado los estudios realizados por Rodríguez H., (2003) y Alvares R., (2006) concluyen, que las mujeres son las más afectadas y más aún las adultas mayores; éstos resultados a su vez se sustentaron en el consumo de antiinflamatorios no esteroides

(AINES), teoría que encuentra su fundamento en la literatura, ya que se sostiene que la mujer sufre mayor número de enfermedades crónicas derivadas del proceso de menopausia, como la osteoporosis post menopáusica que provoca una pérdida de la masa ósea en las mujeres (Becerra A., 2003); el cual tiene su implicancia en los procesos digestivos y además en el origen de UP, por la clase de medicamentos consumidos tales como el Ibuprofeno, Naproxeno, Warfarina; que se consumen para éstos males.

Con respecto al estado civil, se evidencia que las personas que mantienen una relación de pareja, son las más afectadas; dentro de ellas se consideró casados (40%) y convivientes (25 %), haciendo la mayoría de pacientes diagnosticados con ésta patología. Es evidente el alto porcentaje de los afectados, que mantienen una relación de pareja, y su concordancia con la situación social, con la edad, con el estado civil, lo sociocultural y la toma de decisiones en la que el adulto juega un papel muy importante haciéndose cargo de su familia y trayendo a ella el sustento diario. (Gamarra. J, 2005)

Del total de la muestra un alto porcentaje (85%) de afectados proceden de la ciudad de Cajamarca y residen en la zona urbana de la misma ciudad (70%) frente a un mínimo porcentaje (1%) que pertenece a otras provincias y radican en la zona rural de sus respectivas ciudades. Es reconocido que en la zona urbana y rural hay determinados estilos de vida que se practican más por cultura que predisponen al abuso de sustancias como el alcohol, tabaco entre otras que exponen a maltratar la mucosa gástrica y a la vez a la mayor susceptibilidad de infectarse de *Helicobacter pylori*. (Bravo L., 2003)

En cuanto al grado de instrucción se aprecia que el 50% de los afectados solo cursaron primaria y en algunos casos incompleta, frente a un 35% que alcanzaron un nivel educativo

más complejo considerándose dentro de éstos la secundaria (15%) y el grado superior de estudios (20%), lo que demuestra una vez más la importancia de la educación para la prevención de la exposición al agente agresor de la salud, coincidiendo con lo que refiere Cabrera F., (2011) en su estudio, en el cuál concluye que las clases obreras son las más afectadas por patologías gástricas por la falta de conocimiento de lo que es dañino para la salud. (Cabrera C., 2011).

Sobre la ocupación se muestra que de los afectados el 40% son trabajadoras del hogar, 20% obreros, al igual que los empleados por parte del Estado (20%). Según los resultados obtenidos se puede deducir que las trabajadoras del hogar al representar el porcentaje más alto, se encuentran sometidas a mayor preocupación y ansiedad, el cual pertenece a los malos hábitos de vida repercutiendo como tal en su salud.

En el caso de los obreros, diremos que dicha ocupación no tiene una adecuada remuneración, la que muchas veces predispone al paciente con UP a mayores preocupaciones, así mismo éstos, suelen tener mala alimentación, mala higiene, entre otros, los cuales son parte del grupo de malos hábitos, y empeorarían el cuadro de UP en dichos pacientes.

Además, los resultados muestran que la remuneración económica de los participantes en el estudio el (55%) perciben ingreso económico en efectivo como remuneración por el trabajo que realizan; y el (50%) de ellos percibe un ingreso mensual menor a un mínimo vital asignado por el Estado Peruano de (S/.750. 00), lo cual conllevaría a una situación de preocupación pues no tiene el suficiente respaldo económico para cubrir las necesidades básicas; por lo que puede consumir alimentos no adecuados, repercutiendo esto también en su salud.

También, el paciente puede encontrarse inmerso a diferentes trastornos según la naturaleza de su ocupación; así por ejemplo, los resultados sobre las amas de casa que padecen mayormente de UP; esto puede ser atribuido a que el trabajo doméstico acarrea una doble toma de responsabilidades las cuáles exponen a un mayor grado de ansiedad, angustia y preocupación lo que conlleva a la repercusión en la salud física como es la UP. (Calabrese G., 2006). Igualmente, los empleados públicos y los obreros que según las facilidades o limitaciones de la naturaleza de su trabajo deben desempeñar trabajos por más de 12 horas como refieren los participantes del estudio lo que les impide regresar a sus hogares para satisfacer su alimentación *“Trabajo desde tempranito me salgo de la casa y voy al trabajo, regreso cuando ya está oscurana ya”*; *“entro al trabajo a las 7:00 de la mañana y regreso a las 5:00 de la tarde, de la casa de la señora”*; *“tenemos horario para almorzar pero mi casa está muy lejos del trabajo y no queda de otra que comer o en carretilla o menú que a veces nos cae pesado”*, encontrándose inmersos a riesgos por el tipo de comida que ingieren en la calle o lugares públicos. (López A., 1998) concordando éstos resultados con los obtenidos por Díaz (2005) en sus estudios endoscópicos los cuales arrojaron predominancia en éste grupo laboral para la prevalencia de H. pylori. (Gonzales G., 2005)

Los resultados evidencian el maltrato por parte del empleador, problemas de estrés ocasionados por el trabajo y el cuidado de la familia como lo refirieron nuestros participantes: *“a veces no es fácil trabajar más aún cuando eres padre y madre, cuando los hijos se quedan solos en casa y no hay quien les cocine, quien los lleve a la escuela; además a veces en la casa que trabajas te tratan mal, te gritan, a veces no sobra comida para que uno coma, no puedes comer más de lo que te permiten que te sirvas, te discriminan y para lo que te pagan”*; *“el trabajo de la calle es feo, pues a veces hay*

trabajo y a veces no; y lo que ganas a veces solo alcanza para el pasaje y no puedes gastar ni en tu menú, no se gana mucho, pero si te explotan”

Tabla 2: Signos y síntomas de los pacientes adultos diagnosticados endoscópicamente de UP en consultorios externos de Gastroenterología. HRC, enero - marzo 2013.

Síntomas	Nº	%
Dispepsia	10	50,0
Dispepsia sanguinolenta	10	50,0
Total	20	100

Fuente: Encuesta sociodemográfica: Pacientes con Úlcera Péptica; servicio de Gastroenterología del HRC, 2013

En ésta tabla, se percibe que el total de la muestra (100%) presentó dispepsia gástrica, como principal síntoma de afección de UP; no obstante el 50% de los participantes presentaron hematemesis y melena.

La dispepsia gástrica, es un síntoma que precede a la enfermedad ulcerosa, el cuadro clínico más común por el cuál los pacientes acuden al servicio de gastroenterología ésta se caracteriza por sensación de plenitud gástrica, dolor de estómago después de comer, distensión estomacal, náuseas, eructos, presencia de acidez, ardor y dolor detrás del pecho, ocasionado por el ácido gástrico que sube hacia la boca, signo conocido como reflujo gastroesofágico y que se manifiesta por ardor o pirosis. Muchos pacientes lo describen como la sensación de tener una brasa o fuego detrás del pecho y de sentir gusto a vinagre en la boca (Bedini O., 2006). Los resultados alcanzados son similares a los encontrados en otros estudios como el de Cabrera C., (2005) y a los de Ayala R., (2010) en el Hospital Hipólito Unanue dónde se muestra la relación entre dispepsia y UP, más aún cuando los casos de dispepsia se presentaron en los pacientes diagnosticados de UP, mediante procedimiento endoscópico; y fueron aquellos pacientes los que presentaron hemorragia digestiva alta (Hematemesis), en remisión y activa.

Hematemesis se refiere a la expulsión de vomito con sangre procedente del tubo digestivo alto (desde la boca hasta el ángulo duodeno-yeyunal). Mientras que la melena es la presencia de heces sanguinolentas, producto del sangrado proveniente de la parte superior del tubo digestivo, que abarca el esófago, estómago y primera porción del duodeno, tomando una coloración a menudo referida como "alquitranada", la sangre digerida en el estómago hace que las heces tomen un color negro. (Martín. J., 2012)

Tabla 3: Tiempo de los signos y síntomas de pacientes adultos diagnosticados endoscópicamente de UP en los consultorios externos de Gastroenterología. HRC., enero - marzo 2013.

Tiempo	Nº	%
Entre una semana y un mes	12	60,0
Más de 6 meses	8	40,0
Total	20	100

Fuente: Encuesta sociodemográfica: Pacientes con Úlcera Péptica; servicio de Gastroenterología del HRC, 2013

En esta tabla se aprecia que los síntomas presentados por los pacientes presentan un orden de frecuencia como de una semana a un mes en el 60%, y el 40% restante presenta el cuadro clínico desde hace más de medio año.

Los estilos de vida, y la existencia de síntomas debe considerarse en un tipo de UP de carácter crónico como lo muestra en el 40% de los pacientes atendidos, cuyas molestias han ido afectando mucho más según el tiempo que ha pasado, lo que expone al paciente a las recidivas. Concordando éstos resultados con el estudio realizado por Freittag y Miler (citados por Álvarez R., 2003), en el cual los síntomas presentados tuvieron una duración de meses y años cuya intensidad fue variando a medida que pasaba el tiempo.

En la entrevista a los participantes, adujeron no haber acudido a recibir atención médica porque las molestias que presentaban no eran muy graves y las podían resistir, también algunos alegan no tener tiempo para acudir al médico y otros a su vez no creen en la medicina mucho menos en los fármacos. *“Ya cuando vomité sangre, pensé que lo que*

tenía era serio y por eso fui al hospital”; “no me dolía, pero de un rato a otro me vino sangre por la boca y me llevaron de emergencia al hospital”, lo que conlleva a situaciones mucho más lamentables como la que se expresa a continuación “nadie en la casa le dimos importancia a los dolores de mi mamá, pues siempre se quejaba, la internaban y nada le daban remedios para su barriga pero ella seguía quejándose así que lo sacábamos, pero ya al último le hicieron su endoscopia y vieron que era cáncer de estómago”.

Tabla 4: Estilos de vida y hábitos diarios de los pacientes con diagnóstico de UP en consultorios externos de Gastroenterología. HRC, enero - marzo 2013.

Hábitos diarios		Nº	%
Duerme más de 6 horas por la noche	Si	15	75,0
	No	5	25,0
Realiza y disfruta haciendo deporte	Si	7	35,0
	No	13	65,0
Acude y disfruta reuniones con amigos	Si	9	45,0
	No	11	55,0
Realiza y disfruta de paseos familiares	Si	5	25,0
	No	15	75,0
TOTAL		20	100,0

Fuente: Encuesta sociodemográfica: Pacientes con Úlcera Péptica; servicio de Gastroenterología del HRC, 2013

En cuanto a los hábitos diarios se muestra que del 100% los participantes, el 75% no disfruta de reuniones familiares, un 65% no acostumbra realizar actividades de recreación y deporte, no acuden a distracciones o reuniones amicales el 55%, y el 25% de los participantes no tiene un régimen de sueño mínimo de 6 horas.

En cuanto a los hábitos diarios se llega al supuesto de que la mayoría de ellos están abocados a las actividades productivas, más que a aquellas que ayudan a liberar la preocupación, la angustia o la ansiedad; acaeciendo que para la muestra caracterizada por adultos y adultos mayores, las actividades de recreo son importantes de considerar, toda vez que el trabajo diario y la rutina se ha comprobado que tienen repercusión en la UP; como lo menciona Álvarez R., (2003) en su estudio con familias en el cual se evidencia el estrés laboral en ambos sexos como un determinante de la presentación de la UP. A esto se suman los testimonios de los participantes quienes aducen que *“no hay tiempo para reuniones, si nos reunimos qué comemos”, “no salgo mucho si no es a reunión en la escuela, además no tengo ni amigos es pérdida de tiempo y con la familia ni nos miramos*

bien”, “no hay tiempo para distraerme entre mi trabajo y en mi hijo se me va el poco tiempo que tengo”.

En otra aclaración para los adultos mayores las reuniones sociales son tan importantes, como la compañía familiar; por el motivo de que ayudan a los ancianos a distraerse y a evitar los estados de depresión que comúnmente presentan, ayudando a mejorar su estado de ánimo y evitar estados de anorexia que se presenta como causa a veces de la soledad. (Bibeau, 1985); Así, los testimonios vertidos por algunos adultos mayores afianzan los comentarios vertidos en éste estudio; *“vivo solo con mi viejo y ya no podemos caminar, como vamos a salir si ni siquiera ya los hijos nos hacen caso”, “me duele todo mis huesitos, además mis hijos trabajan y a las justas me traen al médico porque ellos trabajan y me dejan sola en la casa”, “mi papá no quería salir, se deprimió porque murió mi hermano”*

Tabla 5: Estilos de vida según hábitos tóxicos de los pacientes con diagnóstico de UP en consultorios externos de Gastroenterología. HRC, enero - marzo 2013.

Hábitos tóxicos		N°	%
¿Usted fuma?	Si	8	40,0
	No	12	60,0
¿Con que frecuencia fuma?	A diario	2	10,0
	A menudo	1	5,0
	A veces	5	25,0
	No refiere	12	60,0
Si fuma ¿Cuántos cigarrillos fuma?	1 a 5	7	35,0
	1 Cajetilla	1	5,0
	No refiere	12	60,0
¿Usted consume licor?	Si	15	75,0
	No	5	25,0
¿Con que frecuencia consume licor?	A menudo	4	20,0
	A veces	7	35,0
	Casi nunca	4	20,0
	No refiere	5	25,0
¿Qué cantidad de alcohol consume?	Con moderación	5	25,0
	Hasta marearme	6	30,0
	Hasta perder el control	4	20,0
	No refiere	5	25,0
Total		20	100,0

Fuente: Encuesta sociodemográfica: Pacientes con Úlcera Péptica; servicio de Gastroenterología del HRC, 2013

Respecto a los hábitos tóxicos de los pacientes, el 75% de la muestra en estudio acostumbra consumir alcohol, el 15% refiere hacerlo a veces, la mayor parte (30%) indica que lo realiza hasta marearse,

Al consumo de alcohol en nuestra sociedad se tiene acceso en cualquier parte y en cualquier momento en sus presentaciones de cerveza, vino, macerados, ron, vodka, y productos destilados de la caña como el cañazo etc; además es bien sabido que hay un porcentaje considerable de personas que son afectadas por el alcoholismo, quienes no

acuden a centros de salud u hospitales a tratar sus molestias; (las mismas que podrían ser también un grupo de estudio sobre la patología de las úlceras pépticas), como lo demuestran los resultados obtenidos por Arce, (1997) en su estudio sobre la relación de la variable alcohol y la hemorragia digestiva alta provocada por úlcera gastroduodenal en el hospital de Arequipa (Arce G., 1997), cuyos resultados se asemejan a los obtenidos en el presente estudio; la razón puede deberse porque el alcohol altera el proceso de cicatrización de los tejidos lacerados, y se asocia a pacientes que descuidan su salud evitando que si el paciente sigue un tratamiento para las úlceras, éstas puedan cicatrizar, y a la vez origina en ellos el cumplimiento del tratamiento de úlcera péptica de forma irregular. (Friedman M., 2004)

En cuanto al consumo de tabaco, el 40% de los participantes manifiesta que si fuma, el 25% indica que lo realiza a veces, la cantidad de cigarrillos que se consumen cada vez que fuman son entre 1 a 5 cigarrillos manifiesta el 35%, Sin embargo el 5% acostumbra a fumar una cajetilla de cigarrillos.

El hábito de fumar es muy dañino para la salud y mucho más para el desenlace de la UP, como lo describe Rodríguez, (2003) en su estudio en la ciudad de México sobre los Factores que predisponen a que se presente una úlcera péptica, cuyos resultados concuerdan en que los pacientes eran fumadores activos al momento del estudio (Rodríguez H., 2003); todo esto porque el hábito de fumar, hace que por acción de la nicotina disminuya el tono del esfínter pilórico con el correspondiente aumento del reflujo gástrico y además disminuye el moco gástrico, así como su viscosidad; por otra parte distiende el estómago por los gases que aumentan la secreción clorhidropéptica, y provoca disminución la secreción pancreática de bicarbonato (Martín J.,20012), que

determina menor neutralización duodenal de ácido, además la nicotina aumenta el reflujo duodenogástrico, disminuye la síntesis de prostaglandinas y disminuye el riego sanguíneo a la mucosa intestinal. (Alvares R., 2006)

Es así que, al combinar alcohol con tabaco la afectación de la mucosa gástrica con o sin presencia de UP; podrá traer como consecuencia en la mucosa gástrica la aparición de una úlcera o la recidiva de la misma. (Friedman M., 2004)

Lo que analizamos en la entrevista son los comentarios reales de cuál es el producto que más se consume y por qué, *“en la casa consumimos cañasito porque nosotros mismos lo preparamos, mi papá nos enseñó a destilarlo de la caña”, “en cada fin de semana como descanso del trabajo salimos a reunirnos con las amistades y tomamos su cervecita cuando ya se termina tomamos el calentito o lo que alcance al bolsillo” “me gustan los tragos fuertes porque la cerveza tiene sabor amargo, prefiero el tequila porque se lo ingiere con sal y limón” “siempre cuando uno está en reuniones y se consume alcohol es obligado acompañar con su cigarrito”*

Tabla 6: Estilos de vida según hábitos higiénicos dietéticos de los pacientes con diagnóstico de UP en consultorios externos de Gastroenterología. HRC, enero - marzo 2013.

Hábitos higiénicos dietéticos		Nº	%
Consume agua sin hervir	Si	19	95,0
	No	1	5,0
Consume comidas picantes	Si	20	100,0
	No	0	0,0
Consume comidas grasas y frituras	Si	20	100
	No	0	0,0
Consume alimentos ácidos	Si	18	90,0
	No	2	10,0
Desinfecta frutas y verduras	Si	4	20,0
	No	16	80,0
Con que desinfectas	Cloro	4	20,0
	No refiere	16	80,0
Consume gaseosa	Si	19	95,0
	No	1	5,0
Consume salsas	Si	13	65,0
	No	7	35,0
Condimentos que utiliza en su alimentación	Condimentos Naturales	1	5,0
	Condimentos Artificiales	3	15,0
	Ambos	16	80,0
Consume café	Si	17	85,0
	No	3	15,0
Momento del día en que se lava las manos	Momentos clave	14	70,0
	Cuando están sucias	6	30,0
Total		20	100,0

Fuente: Encuesta sociodemográfica: Pacientes con Úlcera Péptica; servicio de Gastroenterología del HRC, 2013

En cuanto a los hábitos higiénico dietéticos de los participantes en el estudio, se omitió la frecuencia del consumo y la práctica de las actividades por ser común la alternativa “a menudo” en todos los casos; además se evidenció que, (100%) consumen irritantes gástricos tipo ajíes y picantes, el (100%) consumen comidas grasas y frituras, el (95%) no toma agua hervida, el (90%) consumen comidas extremadamente ácidas, el (85%) consumen condimentos artificiales y naturales en su alimentación, el (85%) consumen café; el (80%) no desinfecta las frutas y verduras antes de consumirlas, (65%) consumen gaseosas, el (65%) consumen salsas , y el (30%) no se lava las manos en los momentos claves (los momentos claves se han considerado para el estudio como los siguientes: antes de comer, antes y después de preparar los alimentos, después de realizar sus necesidades, después de cambiar pañales, después de coger la basura).

En cuanto al consumo de agua sin hervir, en la no desinfección de las frutas - verduras y la práctica de no lavado de manos en momentos claves, se ve reflejada el estilo de vida y la contaminación con *Helicobacter pylori* lo que podría repercutir en úlcera péptica, ya que éste microorganismo es el responsable de la presencia de la mayoría de afecciones gástricas entre ellas las úlceras, concordando esto con lo que expresa la literatura al indicar que los medios de infección por *Helicobacter pylori* son ingerir agua y alimentos contaminados o incluso el traspase de fluidos de forma oral con una persona contaminada. (Friedman M., 2004). Además, coincide con los resultados de muchos estudios realizados por otros autores como el de Gonzales (2005) en su estudio sobre las alteraciones histológicas de la mucosa gástrica y prevalencia del *Helicobacter pylori* en pacientes dispépticos cuyos resultados arrojaron la presencia de *Helicobacter Pylori* en el total de muestras de afecciones gástricas en Colombia (Gonzales, 2005). Bravo en su estudio sobre la prevalencia de *Helicobacter Pylori* en la mucosa intestinal de los pobladores de las

regiones de Colombia, concluye la existencia de éste microorganismo en la mucosa gástrica. (Bravo L., 2003)

Los irritantes gástricos considerando dentro de ellos a los ajíes, frituras, alimentos ácidos, salsas, condimentos artificiales y naturales (tipo, palillo, ají panca), gaseosas y café se encuentran en la clasificación de alimentos gastrolesivos. Y en el estudio se muestra que los pacientes los ingirieron en gran medida, aun cuando presentaban molestias gástricas, las cuales al agudizarse los llevaron a recurrir a una consulta médica. Esto se justifica según Friedman, (2004) por el hecho de que, al mantener expuestas las inflamaciones presentes en la mucosa gástrica al contacto frecuente con dichos irritantes, posiblemente puede haberse producido la ulceración de la mucosa; Pues está comprobado que los irritantes gástricos son alimentos que al ingerirlos causan un dolor estomacal repentino, debido a que inflaman la mucosa gástrica que rodea internamente al estómago (Friedman M., 2004). Tal como lo demuestra Díaz en sus diagnósticos endoscópicos en el Hospital Loaysa, cuyos resultados arrojan que los hábitos dietéticos que predominaron fueron las bebidas gaseadas y consumo de irritantes gástricos como el ají. (Díaz, 2008)

En el caso del café, según los estudios realizados en la Habana - Cuba en relación con los hábitos higiénico dietéticos e irritantes gástricos, el café evidenció el mayor predominio de consumidores. Algunos autores señalan el papel de la cafeína como estimulante de la secreción clorhidropéptica. (Martín J., 2012). Además Cabrera F., (2011) en su estudio sobre las úlceras gastroduodenales perforadas concluye que el café fue uno de los hábitos tóxico dietéticos más consumidos lo cual concuerda con los participantes del estudio, quienes consumían café con una frecuencia de a diario. (Cabrera. C y col, 2011).

El café naturalmente contiene distintas sustancias químicas, incluyendo cafeína, catecolaminas, alcaloides, hidrocarburos aromáticos. Estas sustancias combinadas pueden estimular la secreción de ácido gástrico. Cuando se juntan muchas de las sustancias del café se produce un aumento del ácido gástrico, la sustancia más conocida y estudiada es la cafeína. La cafeína estimula el sistema nervioso central, que produce el aumento de alerta y la energía, la mayoría de los tipos de cafés contienen cafeína, la cantidad en los diferentes tipos varía. (Chandler S., 2011)

Tabla 7: Otro tipo de enfermedades que padecen los pacientes con diagnóstico de UP en consultorios externos de Gastroenterología. HRC, enero - marzo 2013.

Otras Enfermedades		Nº	%
Padece de alguna otra enfermedad	Si	9	45,0
	No	11	55,0
Tipo de enfermedad que padece	Cardíaca	4	20,0
	Osteomusculares	2	10,0
	Otras	3	15,0
	No refiere	11	55,0
Padece de depresión	Si	5	25,0
	No	15	75,0
Padece estrés comúnmente	Si	15	75,0
	No	5	25,0
Consumo medicamentos con o sin receta médica	Si	16	80,0
	No	4	20,0
Medicamentos que consume con o sin receta	Anti inflamatorios	2	10,0
	Analgésicos	11	55,0
	Otros	3	15,0
	No refier	4	20,0
Total		20	100,0

Fuente: Encuesta sociodemográfica: Pacientes con Úlcera Péptica; servicio de Gastroenterología del HRC, 2013

En esta tabla se muestra que el (45%) de los participantes ha padecido de una enfermedad paralela a su enfermedad gástrica; tal es así, que el (30%) de enfermedades que predominaron fueron las cardíacas y osteomusculares; además, el (65%) de los participantes consume medicamentos para la sintomatología que presentan estas enfermedades, con o sin receta médica, y con predominancia en los analgésicos antiinflamatorios (AINES). Por otro lado, el (75%) de los participantes padeció situaciones de estrés y el (25%) de los mismos, sufrió de estados depresivos.

En cuanto a la existencia de una enfermedad paralela a la úlcera péptica, ésta se puede deber a enfermedades crónicas que se presentan con la edad, pudiendo relacionarse esto con el proceso de úlcera péptica; pues tal como describe Rodríguez H., (2003) en su estudio, el cuál manifestó que el 50% de los participantes presentaron UP por causas del consumo de AINES. Además Díaz A., (2005) en su estudio entre relación de factores sociodemográficos y úlcera péptica describe que el (65%) de la muestra estudiada consumía AINES por enfermedades crónico degenerativas (Díaz, 2005), Patiño B., (2005) manifiesta que la prescripción de AINES es un problema de salud sanitaria y que debería disminuirse la prescripción para las enfermedades crónicas (B. Patiño, 2005), resultados que concuerdan con éste trabajo pues de los participantes que padecieron enfermedades paralelas a UP el (100%) consumía medicamentos prescritos y automedicados para éstas molestias.

El consumo de medicamentos irritantes de la mucosa como la aspirina y los antiinflamatorios no esteroideos, si bien no fue muy utilizada como en el caso de los medicamentos como el ibuprofeno de marca genérica, si lo fue en las presentaciones de Doloral, Doloflan, Dolomax, Dolocodralan, Naproxeno sódico, Apronax que en realidad son antiinflamatorios no esteroides (AINES), medicamentos que tienen compuestos antiinflamatorios y analgésicos; además de las ampollas e inyectables de Diclofenaco que son de la misma clasificación, las cuales según refieren los pacientes se administran sin necesidad de tener una receta médica, lo que demuestra la facilidad de acceder a éstos medicamentos los cuales está comprobado juegan un papel imprescindible en origen de la gastritis y la formación de úlcera péptica además de sus complicaciones como las hemorragias digestivas altas (López F., 2002)

Los AINES tienen la propiedad de inhibir la ciclooxigenasa y la consiguiente reducción de la síntesis de prostaglandinas en la mucosa gastroduodenal, que a su vez provoca una

disminución del moco y bicarbonato barreras protectoras de la mucosa gástrica. (Balanzó J., 2008)

El estrés es una variable también se presentó en el proceso de úlcera péptica de los participantes, y esto concuerda con el estudio de Freitag y Miller (citados por Alvarez R., 2006), en el que se comprueba que también los factores relacionados al estrés diario, la cultura y la sociedad en general; se presentan en el proceso de afectación por úlcera péptica.

El estrés es una respuesta natural y necesaria para la supervivencia, a pesar de lo cual hoy en día se confunde con una patología. Esta confusión se debe a que este mecanismo de defensa puede acabar, bajo determinadas circunstancias frecuentes en ciertos modos de vida, desencadenando problemas graves de salud. (Schmits C., 2005)

Cuando esta respuesta natural se da en exceso se produce una sobrecarga de tensión que repercute en el organismo humano y provoca la aparición de enfermedades y anomalías patológicas que impiden el normal desarrollo y funcionamiento del cuerpo humano. Es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada. Es un síntoma provocado por alguna situación en problema, los síntomas son algunos notables como el nerviosismo (Temblar) o estar inquieto. Otros no son tan notables como la aceleración del corazón, las pupilas dilatadas, la sudoración, la piel se torna rubosa y se erizan los vellos de la piel (brazos o piernas). (Schmits C., 2005)

Además de esto, la depresión también se presentó en el proceso de una úlcera péptica en un (25%) de los participantes los cuales como parte del tratamiento de las complicaciones de la úlcera, tuvieron interconsulta con un médico psiquiatra por sufrir de estados depresivos constantes, pues los adultos mayores según aduce Mella R., (2004) cuando propone que el adulto mayor necesita de compañía para salir de los estados depresivos que le originan los cambios fisiológicos que sufre su cuerpo, la falta de aceptación, la dependencia de los demás y las relaciones familiares deficientes que se dan en algunos aspectos de la vida como sentirse una carga. (López A., 1998), estados por los cuales sufren de falta de apetito o anorexia, insatisfacción alimenticia y por ende desnutrición y afecciones gástricas como las úlceras, sumado a esto el consumo de medicamentos indicados como terapia de enfermedades crónicas, empeora la situación. (Francois R., 2008),

La depresión es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana. Los desórdenes depresivos pueden estar, en mayor o menor grado, acompañados de ansiedad. (Luciani J., 2010)

Nuestra realidad no es ajena a los casos de depresión en los adultos mayores, pues en las entrevistas realizadas, la mayoría se conmueve y se quiebra en llanto pues a veces, pues como aducen ellos; la vida que llevan no es de calidad, sino más bien se presenta como un episodio de subsistencia. *“El amito es malo porque ya debería llevarme”, “me acuerdo esos días cuando podía caminar y me iba por donde yo podía, sin depender de nadie que me mire mal”, “mi mamá siempre lloraba y nos decía que ya quiere morirse, no nos recibía comida, se molestaba cuando le preguntábamos que quería comer, solo decía déjenme morir por favor no soporto ya estos dolores”*

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Luego del análisis, discusión de los resultados y respondiendo a los objetivos propuestos se llegó a las siguientes conclusiones:

1. En cuanto a las características demográficas de los adultos entre 49 y 69 años fueron los más afectados con UP, tanto hombres como mujeres se han visto afectados en la misma medida; los casados y convivientes resultaron ser mayormente afectados con UP. En su gran mayoría de los adultos afectados por UP proceden de Cajamarca y residen en la zona urbana. En cuanto al grado de instrucción la mitad de los afectados solo cursaron primaria y en algunos casos incompleta, evidenciándose una vez más la importancia de la educación para evitar la exposición a los riesgos del agente agresor de la salud; asimismo la ocupación de las trabajadoras del hogar y los obreros conformaron el más alto porcentaje de afectados con UP y la mayoría de los participantes percibe un salario menor que el mínimo vital considerado en nuestro país.
2. En los consultorios externos de Gastroenterología se identificaron 20 casos de UP durante el primer trimestre del año 2013.
3. Los estilos de vida negativos en la población afectada con UP, que predominaron fueron: en primer lugar el consumo de alimentos gastrolesivos y la falta de higiene en el consumo de ciertos alimentos, seguido de déficit de actividades de recreación y distracción, el stress, luego el consumo desmedido de medicamentos gastrolesivos como los AINES; consumo de tabaco y

alcohol, falta de sueño y falta de práctica de lavado de manos en momentos claves que tienen mayor relevancia respectivamente.

RECOMENDACIONES

1. Al personal de salud que considere y refuerce la **promoción de la salud** especialmente a los pacientes con diagnóstico de UP atendidos en los consultorios externos de Gastroenterología del H.R.C., toda vez que los estilos de vida de estas personas se practican más por cultura y predisponen al abuso del consumo de alimentos gastrolesivos, la falta de higiene en el consumo de ciertos alimentos, déficit de actividades de recreación y distracción, el stress, el consumo desmedido de medicamentos gastrolesivos como los AINES; consumo de tabaco y alcohol, falta de sueño y falta de práctica de lavado de manos en momentos claves de esta manera exponen a maltratar la mucosa gástrica y a la vez a la mayor susceptibilidad de infectarse de H. pylori.
2. Se sugiere al personal de salud que labora en Consultorios Externos de Gastroenterología del HRC., encargados de registrar datos de los pacientes en las historias clínicas, realizar el llenado correcto, evitando vacíos en la información, lo que facilitaría la obtención de datos para futuros estudios.
3. A la Universidad Nacional de Cajamarca, en especial a la Escuela Académico Profesional de Enfermería, los docentes y estudiantes de la salud para que incentiven a los alumnos a realizar investigaciones facilitándoles material bibliográfico como informático acerca de la patología tratada para que en un

futuro se llegue a frenar la incidencia de ésta afección pero con estudios que respalden esos cambios.

4. A los pacientes diagnosticados de UP se sugiere generar un cambio en sus estilos de vida, practicando el autocuidado, de lo contrario la úlcera péptica seguirá siendo una enfermedad con altos índices de afección y complicación, causando secuelas incapacitantes y lo que es peor la muerte.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rodríguez H, Karam J, **Factores de Riesgo para la Recurrencia de Úlcera Péptica**, México; Edigrafhic; Gaceta Médica de México, 2003.
2. Gautreau. R, **Úlcera péptica ataca al 10% de la población**, Republica Dominicana; De Gala; 2012.
3. Ramakrishnan K, Salinas RC. **Helicobacter pylori y Úlceras Pépticas**, Peptic ulcer disease. American Family Physician. 2007 citado en National Digestive Diseases Information Clearinghouse, disponible en URL: <http://digestive.niddk.nih.gov/spanish/pubs/hpylori/>.
4. Balenciaga F, **Impacto Del Consumo De Aine En La Población General Venezuela**. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. Editorial El Imperio Venezuela; 2006.
5. Alvares R, **Epidemiología De La Úlcera Péptica En Siete Consultorios Del Médico De Familia**; Revista Cubana de medicina General Integral, 15 □ Ed. La Habana - Cuba 2006.
6. MINSA; **INFORME TECNICO N° 10- 2008 Sucralfato 1g/5ml Suspensión oral**, 2008; consultado el 14-05-13, disponible en URL: http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad%5CUpLoaded%5CPDF/10-08_SUCRALFATO.pdf.

7. Bibeau y Col, **Los Estilos De Vida Saludables: Componente De La Calidad De Vida** 1985.
8. Maya. L; **Los Estilos de Vida saludables: Componente de la Calidad de Vida**; Funlibre – Centro de Recreación Tiempo Libre y Ocio; 2001; consultado el 18-03-2013; disponible en URL: <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>
9. Arellano. R, **El Crecimiento Social según los Estilos de vida**. Perú 2009, Editorial Planeta – Lima Agosto 2009.
10. OMS: García J, López C, **Manual de Estudios sobre el Alcohol y Drogas**. Editorial EDAF SAC, Madrid – España 2011.
11. Piqueras J., y col; **Ansiedad Depresión y Salud**; Bogotá 2008; consultado el 13-06-13; disponible en URL: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-43812008000100005.
12. MINSA; **Enfermedades Gástricas: Úlcera Péptica**; 2008; consultado el 03-04-13; disponible en URL: http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad%5CUpLoaded%5CPDF/10-08_SUCRALFATO.pdf.
13. Friedman M. **Life events, stress and psychosocial factors in men with peptic ulcer diseases. A multidimensional case controlled study**. Gastroenterology 2004.

14. Vidaurre T; **El Cáncer de Estómago un Viejo Enemigo en Cajamarca**,
Panorama Cajamarquino, Cajamarca - Perú 9 Noviembre del 2012.
15. Cabrera C, Hidalgo H., Lorda G.; **Revista Cubana de Medicina Militar, Comportamiento de la Úlcera Gastroduodernal Perforada**,
La Habana – Cuba, 2011.
16. Gamarra. J; Ponte I; **Conocimiento y practica de estilos de vida en pacientes con Ulcera Péptica**, Hospital de barranca 2005.
17. Bravo. L, Cortez. A, Carrascal. E, Jaramillo. R, García. L, **Helicobacter Pílori: Patología y Prevalencia en Biopsias Gástricas en Colombia**,
Corporación Editorial Médica del Valle, Colombia 2003.
18. Calabrese G., **Impacto del estrés laboral en el anestesiólogo** Revista.
Colombiana. Anestesiología. vol.34 no.4 .Bogotá Octubre -
Diciembre. 2006.
19. López. A; **Cuidado del Adulto y Anciano: Teoría del Autocuidado de Orem**; 1998.
20. Díaz A. **Revista de Gastroenterología del Perú**. Editorial EL Paraíso.
Lima – Perú 2005.
21. Gonzales. G, Sevilla. M, Fausto. L, Grá. O, **Alteraciones histológicas de la mucosa gástrica y prevalencia del Helicobacter pylori en pacientes dispépticos**. Rev. Panamericana. Enero - Marzo 2005.

22. Bedini O., **Dispepsia**; Servicio de Gastroenterología y Hepatología del Hospital Provincial del Centenario;2006; consultado el 12-05-13; disponible en URL: http://hepagastro.org/Pacientes/Pacientes_05.htm
23. Ayala. R., Pichilingue P., Capcha L., Alva R., Pichilingue R. **Dispepsia: Características clínicas, hallazgos endoscópicos e histológicos en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unánue, Lima, Perú, durante el año 2010, Lima – Perú, 2010.**
24. Martín J, **Harrison Principios de Medicina Interna**, 18ª edición, Editorial McGraw-Hill, Interamericana de España, S.A.U, España .2012.
25. Freitag C, Miller A, **Epidemiología De La Úlcera Péptica En Siete Consultorios Del Médico De Familia**; citado en la Revista Cubana de medicina General Integral, 14 Ed. La Habana – Cuba 2003.
26. Arce. G; **“Factores de riesgo en pacientes con hemorragia digestiva por ulcera péptica en la ciudad de Arequipa”**. Arequipa – Perú. 1997.
27. Mella R., Gonzales L., D’Apolonio J., Maldonado I., Fuenzalida A., Díaz A., **Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el adulto Mayor**; 2004; consultado el 22-10-13; disponible en URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071822282004000100007&script=sci_arttext.

28. Chandler S., **¿El café irrita las úlceras gástricas?**; 2011 consultado el 22-10-13, disponible en URL: http://www.ehowenespanol.com/cafe-irrita-ulceras-gastricas-sobre_122109/.
29. Patiño. B, López. M, Villares A, Giménez B, **El paciente Anciano Polimedicado: Efectos sobre su Salud y el Sistema Sanitario**, España, Vol. 29–Nº 6-2005.
30. López. F; **Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre úlcera péptica**. 2002.
31. Balanzó, J y Villanueva, C; **Hemorragia digestiva Alta**, Editorial Médica Panamericana, Lima - Perú 2008.
32. Francois R.; **Tratado de Osteopatía Visceral y Medicina Interna**; Editorial Médica Panamericana Cuba 2008.
33. Marsel. J; Marcano-Lozada L; **Helicobacter Pylori Y Urticaria Crónica Idiopática Ayer En El Estómago Hoy Fuera De Él**; 2008.
34. Serrano R., Cervera P., López C., Rivera J., Sastre A., **Guía de Alimentación para Adultos mayores**; Madrid 2010; consultado el 13-06-13; disponible en URL: <http://www.institutodanone.es/cas/GuiaAlimentacion.pdf>

35. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España. **Drogas. Secretaría General de Sanidad y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.** España 2008.
36. La Torre A, Martín C, **Manual de Cuidados Intensivos para Enfermería.** Editorial Springer, 8va. Edición. Barcelona. España. 1996.
37. Eilliam N. Kelley A., **Revista Cubana de Medicina General Integral Medicina Interna,** Cuba. 2002, Editorial médica panamericana, Ciudad de La Habana Mayo-Junio. 1995.
38. Pérez. J, **Estudio sobre los casos de Gastritis en el Hospital de EsSalud,** Lima – Perú 2008.
39. Servicio de Información Grufides, **Situación Actual De Cáncer En Cajamarca, El Perú Y El Mundo.** Cajamarca – Perú 2007.
40. Urbina O., Pérez A., Delgado J. **El Modelo de actuación de Enfermería y su valor Humanista.** Revista Educación Médica Superior 2003.
41. Santos L. **La Bioética como una Disciplina Crítica.** En: Acosta Sariego JR, ed. **Bioética para la sustentabilidad.** La Habana: Acuario; Cuba 2002.

42. Pérez. M, Flores. J, Singh C, Paredes. G. **Ética médica y bioética. Perspectiva filosófica.** Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad. La Habana: Ciencias Médicas, 2000.
43. Machicado. G, Jensen. D, **Gastroenterología: Endoscopía Diagnóstica y Terapéutica,** Editorial Médica Panamericana, Lima – Perú 2007.
44. Guillermo I. Pérez J. Blaser. M "**Campylobacter and Helicobacter**". Editorial Samuel Baron Medical Microbiology. 4º Edición, Inglaterra 1996.
45. Marshall BJ. «**Unidentified curved bacillus on gastric epithelium in active chronic gastritis**» Editorial Samuel Baron Medical Microbiology. 7º Edición, SERIE PALTEX 1993.
46. OMS, **Campaña del Día Mundial de la Salud 2012;** consultado el 19-06-13; disponible en URL: <http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/campaign/es/>
47. Garduño, M, Márquez. M; **El Estrés en el Perfil de Desgaste de las Trabajadoras,** Sao Paulo., Río de Janeiro, Marzo, 1995
48. Basto M, Vargas G, **Factores de riesgo que incrementan la Morbimortalidad en Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Arzobispo Loayza.** Editorial Médica Panamericana. Lima – Perú. 1980 - 2003

49. Montes G; **Las úlceras pépticas y su diagnóstico en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional “Daniel Alcides Carrión”**. Editorial Médica Panamericana, Lima – Perú. 2003
50. Keley W, **Medicina Interna Vol. 1**, Editorial Médica Panamericana, Lima – Perú. 2001.
51. Jiménez. A, **Comportamiento de las reacciones adversas a los analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos notificadas por el Sistema Cubano de Fármaco vigilancia**, Revista Cubana de Medicina, La Habana Cuba, 2003
52. Bados. C, Lasheras. Y, Vázquez. R, Palacios. F, Míner. J, Pérez. M, ET al, **Estudio Multicéntrico Prescripción-Indicación De Antiácidos Y Antiulcerosos En Atención Primaria**.1995.
53. Stein JH. **Internal Medicine**. 3. ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1990. Citado por Martín J., (2012)
54. Oblitas. L, **Psicología de la Salud y Calidad de Vida**; 2006.
55. Colectivo de Autores. **Medicina General Integral**, La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1987.

56. Rindell G, Celebiogeni F. **On the natural history of peptic ulcer.** Scand J Gastroenterol 1994.
57. Ancoli-Israel S. **A primary care guide to assessing four common sleep problems in geriatric patients.** Geriatrics 2002. Citado por Calabrese G., (2006)
58. Phillips B, Ancoli-Israel S. **Sleep disorders in the elderly.** Sleep Med 2000.
59. Barthlen M. **Obstructive sleep apnea syndrome, restless legs syndrome, and insomnia in geriatric patients.** Geriatrics 2002.
60. Chokroverty S. **Sleep and degenerative neurologic disorders.** Neurol Clin 1996.
61. Portales Médicos Tabaquismo. **Epidemiología del consumo del tabaco,** 2000. Consultado el 19-08-13; disponible en URL: <http://www.portalesmedicos.com/>
62. Islas. M; Muñoz. H; **El consentimiento Informado Aspectos Bioéticos,** 2000.
63. Gonzales. I; **Ética Médica: Implicaciones en Enfermería;** 2000.

64. Durango J. Vera P, **Consumo y Nivel seguro del Alcohol**; Editorial Panamericana 2000;
65. Duperli.J; **Una dieta equilibrada y actividad física; factores clave en mejora de la salud**; 2012. Consultado el 06-06-13; disponible en URL: http://www.elcomercio.com/salud/equilibrada-actividad-fisica-factores-mejorar_0_757124390.html
66. Licata. M; **Dispepsia o indigestión una afección muy común que altera nuestra calidad de vida**, México 2012. Consultado el 18-06-13; disponible en URL: http://www.teralte.com.es/2012_10_01_archive.html
67. Sociedad Española de Patología Digestiva; **Úlcera Péptica**; España – Barcelona 2000.
68. Arellano; **El 66% de los peruanos acuden a centros comerciales, declara Arellano**, RPP Noticias; 2000.
69. Schmits C., Hipp E., **Cómo enseñar a manejar el estrés**; editorial Pax México, México 2005; consultado el 22-10-13; disponible en URL: <http://books.google.com.pe/books?id=JMv5F8bv11MC&printsec=frontcover&dq=estres&hl=es&sa=X&ei=XqZqUonHOa2z4AP7xoGoAg&ved=0CDEQ6AEwAQ#v=onepage&q=estres&f=false>

70. Luciani J., **Cómo Mejorar la Ansiedad y la Depresión**; Editorial Amat; Barcelona España 2010; consultado el 22-10-13; disponible en URL:

http://books.google.com.pe/books?id=LxxnN7l8cJ0C&printsec=frontcover&dq=depresi%C3%B3n&hl=es&sa=X&ei=6a5qUvS_LK354AO7uoHgAQ&ved=0CCwQ6AEwAA#v=onepage&q=depresi%C3%B3n&f=false

71. Becerra A., **La Edad de la Menopausia**; editorial Panamericana 2003; consultado el 22-10-13; disponible en URL:

http://books.google.com.pe/books?id=Iz6TGvdDwRYC&pg=PA157&dq=CAUSAS+FISIOLOGICAS+DE+LA+MENOPAUSIA&hl=es&sa=X&ei=56ptUq2fB_ej4AOHzIHgBg&ved=0CDEQ6AEwAQ#v=onepage&q=CAUSAS%20FISIOLOGICAS%20DE%20LA%20MENOPAUSIA&f=false

APÉNDICE

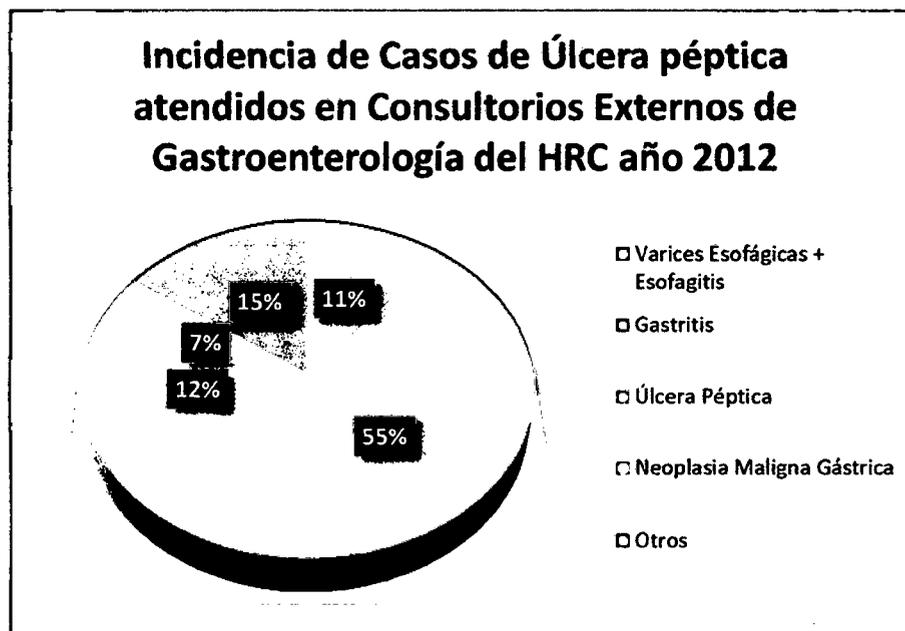
REGISTRO DE ATENCIÓN DE CONSULTORIOS DE GATROENTEROLOGÍA 2012

Tabla 08: Casos de úlcera péptica presentados en los Consultorios Externos de Gastroenterología, durante el año 2012.

Casos	n°	%
Varices Esofágicas + Esofagitis	46	11.1
Gastritis	226	54.5
Úlcera Péptica	49	11.8
Neoplasia Maligna Gástrica	31	7.5
Otros	63	15.1
TOTAL	415	100

Fuente: Base de Datos de Consultorios Externos de Gastroenterología del HRC, 2012

Gráfico 01: Casos de Úlcera Péptica Atendidos en Consultorios Externos de Gastroenterología del HRC, durante el año 2012.



Fuente: Base de Datos del servicio de Gastroenterología del HRC, 2012

ANEXO 2

**AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN “ESTILOS DE VIDA
EN PACIENTES ADULTOS CON DIAGNOSTICO DE ULCERA PEPTICA:
CONSULTORIOS EXTERNOS DE GASTROENTEROLOGÍA HOSPITAL
REGIONAL DE CAJAMARCA ENERO - MARZO 2013”**

Yo....., mayor de edad,
identificado con DNI....., declaro que estoy consciente y dispuesto a
colaborar con el llenado y realización de la encuesta del trabajo de investigación
“Estilos de vida en pacientes adultos con diagnóstico de úlcera péptica: consultorios
externos de Gastroenterología del HRC, Enero – Marzo 2013”, se me ha informado
previamente del estudio y la importancia de mi participación la cual será estrictamente
confidencial y de uso exclusivo de las interesadas; para lo cual firmo el presente
documento como constancia.

.....

DNI:

ANEXO 3



Universidad Nacional de Cajamarca
Facultad de ciencias de la salud
Escuela Académico Profesional de Enfermería



ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA PARA USUARIOS DEL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA DEL HRC 2013

La siguiente encuesta está dirigida a usuarios de los consultorios externos de Gastroenterología del HRC, con el objetivo de realizar el estudio de investigación **ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE ÚLCERA PÉPTICA: CONSULTORIOS EXTERNOS DE GASTROENTEROLOGÍA - HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA, ENERO – MARZO 2013**; a fin de proponer algunas alternativas de solución de los problemas encontrados; la encuesta es totalmente confidencial.

Sírvase marcar con un aspa (x) una o varias alternativas a las preguntas que se le plantean

Edad:.....Sexo: ...Estado Civil: Soltero () Casado () Conviviente () Viudo ()
Divorciado () Lugar de procedencia..... ¿Zona en la que vive? Rural ()
Urbana ()

1. Grado de Instrucción

Sin Grado de Instrucción Primaria Secundaria Superior

2. Ocupación

Obrero Agricultor Empleado Estatal Empleado Privado
En su propia casa

¿Le pagan en efectivo? Sí No

¿Si le pagan, su ingreso mensual es?

Menos de S/.750 S/.750 S/.750 a más

3. Con quién vive

Familia Hijos Pareja Solo (a)

4. Hábitos Diarios

- a) Duerme más de 6 horas por la noche Sí No
- b) Sufre de falta de sueño frecuentemente Sí No
- c) Come tres veces al día en horarios Sí No
- d) Realiza y disfruta haciendo deporte Sí No
- e) Acude y disfruta reuniones con amigos Sí No
- f) Realiza y disfruta de paseos familiares Sí No

5. Hábitos Tóxicos

a) ¿Usted Fuma?

Sí No

¿Con qué frecuencia?

A menudo A veces A diario

¿Cuántos cigarrillos?

Uno a 5 Una cajetilla Más de una cajetilla

b) ¿Usted consume licor?

Sí No

¿Con qué frecuencia?

A menudo A veces A diario

¿Cuántos cigarrillos?

Con moderación Hasta marearme Hasta perder el control

6. Hábitos Higiénico Dietéticos

Marque las alternativas que usted realiza diariamente en su alimentación

a) ¿Consume usted agua sin hervir? Sí No

Frecuencia: A menudo A veces Casi nunca

b) **¿Consume comidas picantes?** Sí No
Que tipo: Rocoto Escabeche Ají limo Otros

c) **¿Consume grasas?** Sí No
Frecuencia: A menudo A veces Casi nunca

d) **¿Consume alimentos ácidos?** Sí No
Frecuencia: A menudo A veces Casi nunca

e) **¿Desinfecta las frutas y verduras?** Sí No
Con que las desinfecta: Cloro Otros

f) **¿Consume gaseosas?** Sí No
Frecuencia: A menudo A veces Casi nunca

g) **¿Consume salsas?** Sí No
Frecuencia: A menudo A veces Casi nunca

h) **¿Qué condimentos usa en su alimentación?**

i) **¿Consume café?** Sí No
Frecuencia: A menudo A veces Casi nunca