



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE NUTRICION Y DIETETICA



**INFLUENCIA DEL CONSUMO ALIMENTARIO EN LA
APARICIÓN DE LA GASTRITIS DE LOS PACIENTES DE LA
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL I DE LAGUNILLAS
EDO. MERIDA- VENEZUELA 2014**

Autores:

Chávez Liliana

García Liset

Mérida- Venezuela

ENERO, 2015.



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE NUTRICION Y DIETETICA



**INFLUENCIA DEL CONSUMO ALIMENTARIO EN LA
APARICIÓN DE LA GASTRITIS DE LOS PACIENTES DE LA
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL I DE LAGUNILLAS
EDO. MERIDA- VENEZUELA 2014.**

Tutor:

Ángel Villarroel

Co-tutor:

Nelson Crespo

Autores:

Chávez Liliana

García Liset

Mérida- Venezuela.

ENERO, 2015.

AGRADECIMIENTOS

*Primeramente **Dios**, por guiarnos en este camino.*

*A nuestros padres: **Alonso, Gladys y Sonia**, por su apoyo incondicional, su amor y comprensión, los amamos.*

A nuestras amigas Johanna y Maria por su apoyo y amistad.

*A la **Universidad de Los Andes** y a la **Escuela De Nutrición Y Dietética** por fomentar el acceso al sistema educativo, orientado a formar profesionales competentes y socialmente responsables.*

Al Hospital I de lagunillas por su apoyo y colaboración.

*Muchas personas proporcionaron considerable apoyo y ayuda en la preparación de este trabajo. Quisiera expresar mi más sincera gratitud a mi Tutor **Prof. Ángel Villarroel**, Co- Tutor: **Prof. Nelson Crespo, Prof. Juan Márquez, Licdas. Yumaire Osorio y Fabiola Puente** por su valiosa colaboración.*

A los participantes de este estudio, ya que sin ellos este trabajo no hubiera sido posible

IN MEMORIAM

*En memoria de mi padre **GUZMÁN GARCÍA**, eres y serás por siempre **MI GRAN AMOR**, fuerza y ejemplo a seguir.*

bdigital.ula.ve

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
ÍNDICE DE CUADROS	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
ÍNDICE DE ANEXOS	x
RESUMEN	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: EL PROBLEMA	4
1.1. Planteamiento del Problema.	4
1.2 Formulación del Problema	6
1.3. Objetivos de la investigación:	7
1.3.1. General.	7
1.3.2. Específicos	7
1.4 Justificación del estudio.	8
CAPITULO II: MARCO TEORICO	10
2.1. Antecedentes de la Investigación	10
2.2. Bases Teóricas	17
2.3. Definición de Términos Básicos	27
2.4. Hipótesis de la Investigación	29
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO	30
3.1. Tipo y Diseño de Investigación	30
3.2. Población y Muestra	31

	Pág
3.3. Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos	32
3.4. Técnicas de Procesamiento y Análisis de los Datos	33
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	36
CAPITULO V: CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	50
REFERENCIAS	52
ABREVIATURAS	63

bdigital.ula.ve

INDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Etiología de la Gastritis	20
Cuadro 2. Criterios de selección de grupos de casos y controles	32

bdigital.ula.ve

INDICE DE TABLAS

Pág.

TABLA 1. Consumo de los alimentos y bebidas irritantes de la mucosa gástrica.	36
TABLA 2. Frecuencia semanal de consumo alimentos y bebidas. Casos.	38
TABLA 3. Frecuencia semanal de consumo alimentos y bebidas. Controles.	39
TABLA 4. Ayuno breve.	40
TABLA 5. Conocimiento de los efectos secundarios del consumo excesivo de alimentos y bebidas irritantes de la mucosa gástrica.	42
TABLA 6. Influencia del consumo alimentario con la aparición de la gastritis de los pacientes en estudio.	44

INDICE DE ANEXOS

	Pág
ANEXO N° 1. Ayuno breve como Factor de Riesgo en la aparición de la Gastritis según prueba de Chi cuadrado.	60
ANEXO N° 2. Riesgo relativo según razón de ventaja por ayuno.	61
Anexo N° 3. Riesgo Relativo según razón de ventaja del consumo de frutas cítricas en bebidas, gaseosas y picantes en la aparición.	62
Anexo N° 4. Cuestionario: Consumo alimentario en pacientes.	63
Anexo N° 5. cartas de validez de instrumentos	64
Anexo N° 6. Carta de certificación de aplicación de instrumento	68



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE NUTRICION Y DIETETICA



INFLUENCIA DEL CONSUMO ALIMENTARIO EN LA APARICIÓN DE LA GASTRITIS DE LOS PACIENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL I DE LAGUNILLAS EDO. MERIDA- VENEZUELA 2014

Autores:

Chávez Liliana. C.I: 21459142

García Liset. C.I.21183179

12 de Enero de 2015.

RESUMEN

Se realizó un estudio de campo, observacional, analítico, no experimental, y retrospectivo, que tuvo por objetivo determinar la influencia del consumo alimentario en la aparición de gastritis de los pacientes de la consulta externa del Hospital I Lagunillas. Mérida- Venezuela, 2014. Para ello la población estuvo compuesta por 116 pacientes, 46 casos y 70 controles. Como instrumento para la recolección de los datos, se utilizó un cuestionario tipo entrevista. El procesamiento de la información obtenida se realizó con el paquete estadístico SPSS 15.0, a través de la aplicación de estadística descriptiva, tablas de contingencia, Chi Cuadrado y Kruskal Wallis; obteniendo los siguientes resultados: El consumo de alimentos y bebidas irritantes de la mucosa gástrica para los casos, estuvo representado por el 7% para carnes rojas, carnes blancas y frutas cítricas en bebidas, al igual que en el grupo de los controles con un 10,7%. Se muestra un predominio de 39,1% de los casos que realizaron ayuno breve, en comparación con los controles donde solo el 8,6% no realizaron ayuno. Por otro lado, un 69,6 % de los pacientes con gastritis no posee conocimiento de los efectos del consumo de alimentos y bebidas irritantes de la mucosa gástrica, así mismo predominó un 57,1% para el grupo de pacientes controles. Mientras que el resto de los individuos si tenían conocimiento. Y finalmente se concluyó que tanto la omisión de comidas o ayuno, como el consumo de alimentos y bebidas irritantes de la mucosa gástrica (bebidas gaseosas, bebidas de frutas cítricas y picantes), influyeron significativamente en la aparición de la gastritis.

Palabras claves: consumo, gastritis, alimentos y bebidas irritantes, gaseosas, picantes, frutas cítricas, ayuno

INTRODUCCIÓN

Según la Sociedad Venezolana de Gastroenterología (SOVENGAS) (2006), reporta que la gastritis es el primer motivo de consulta en gastroenterología tanto a nivel de los centros de salud públicos como privados, en el país. Entre los factores de riesgo que condicionan esta problemática se encuentran los de índole psicológica, social y los nutricionales que conforman características específicas que influyen de manera directa o indirecta en la aparición de la enfermedad.

Esta patología constituye una de las entidades gastrointestinales que afecta al ser humano con mayor frecuencia. Se refiere a la inflamación de la mucosa gástrica, y puede ser aguda, cuando se presenta durante un corto periodo de tiempo, o crónica, si se prolonga durante meses o años. Esta enfermedad puede dar lugar a distintas complicaciones durante su transcurso, puede evolucionar en una úlcera estomacal (ulcus gástrica) o en una úlcera duodenal (ulcus duodenal). Puede llegar a dar lugar a hemorragias o perforaciones gástricas. En estos casos la evolución de la gastritis puede ser muy desfavorable y es importante buscar rápidamente asistencia médica y nutricional, debido a que uno de los factores de riesgo y causas es de tipo alimentario.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012), el proceso de globalización y modificaciones demográficas que vivimos en la actualidad, han provocado una serie de cambios a partir de la confluencia de procesos sociales, políticos, económicos y culturales, que han alterado costumbres y estilos de vida, lo que ha generado que exista una tendencia global al incremento de la prevalencia de enfermedades ligadas a éstos, reflejándose en el aumento de enfermedades crónico no transmisibles.

Esta investigación se basa en el estudio de algunos factores alimentarios que originan las gastritis, tales como alimentos y bebidas que irritan la mucosa gástrica y la realización de ayunos breves u omisión de comidas. Se determinará mediante un cuestionario tipo entrevista, aplicada a personas diagnosticadas con la patología, en la cual se registrarán e indagaran en los datos pertinentes sobre algunos hábitos de consumo alimentario como lo son la frecuencia de consumo de alimentos y el horario de comidas, realizados por las persona, antes de padecer la condición patológica, a fin de establecer una relación con la presencia de la gastritis.

La investigación se estructura de la siguiente manera: El Capítulo I. El Problema, contiene el planteamiento del problema, los objetivos y la justificación del estudio. El Capítulo II. El Marco Teórico, incluye los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, bases legales, sistema de variable, operacionalización de la variable y la definición de términos

básicos. El Capítulo III: El Marco Metodológico, señala el diseño de la investigación, tipo de estudio, población y muestra, técnica e instrumento de recolección de datos, validez, confiabilidad, procedimiento de recolección de datos y la técnica de análisis de los datos. El Capítulo IV. Se refiere a la presentación y análisis de los resultados y el Capítulo V, refleja las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

bdigital.ula.ve

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Según Beyer (2000), la gastritis puede definirse como un proceso inflamatorio que afecta a la mucosa o a las glándulas del estómago y tiene un carácter multifocal. Los síntomas son inespecíficos y se enmascaran con otras lesiones gástricas, como la úlcera gastroduodenal (UGD), la litiasis biliar, la enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE) y el síndrome de intestino irritable.

La OMS (2006), a nivel mundial, estimó que el 80% de la población padece de esta patología gastrointestinal y la Asociación Venezolana de Gastroenterología ese mismo año, estableció que la primera causa de consulta gastroenterológica, tanto en instituciones públicas como privadas, es por gastritis, siendo diagnosticada con mayor o menor incidencia en los diferentes grupos de edades (adultos, adolescentes e infantes).

A nivel nacional según el Anuario de Morbilidad (2011), que registra enfermedades del sistema digestivo en Venezuela, se encuentra la gastritis

en segundo lugar con 183.805 casos, que equivalen al 23,8% de la población total.

En el Anuario morbilidad (2011), para el Estado Mérida Informe Epi-15 en su registro por enfermedades del sistema digestivo, se encontraron 8.321 casos, que en total representa el 26,9% de la población merideña y en la red ambulatoria, para esta misma entidad, esta enfermedad se encuentra dentro de las 25 causas de consulta, en el puesto 24, con 8.321 casos, que representan el 0,7%.

A nivel regional según el Sistema de información de Salud del Modelo de Atención Integral. (SISMAI)(2005), en las primeras 25 causas de morbilidad del Municipio Sucre. Estado Mérida, se encuentra en la posición número veinte la gastritis, con un total de 830 casos, que equivale a 1,7%, de la población en dicho Municipio.

Para la OMS (2006), estos datos epidemiológicos, confirman que la gastritis es un problema de salud pública, por tanto, es imprescindible determinar los factores predisponentes para la aparición de dicha enfermedad, como lo es el consumo alimentario, que afectan la secreción de ácido del estómago o aquellos que no hayan sido previamente higienizados y contengan microorganismos patógenos.

Mahan & Escott (2009), la bacteria *Helicobacter pylori*, afecta al 50 % de la población mundial y ha sido identificada por excelencia como el agente

causal de la gastritis en primera instancia, y en segundo lugar estar involucrada en el establecimiento de la úlcera péptica y su toxina se ha clasificado además, como carcinógeno tipo I.

Molina (2006), especialista en nutrición clínica, manifiesta, que las causas más frecuentes de gastritis, desde el punto de vista nutricional, son: inadecuados hábitos alimentarios, no consumen alimentos en cantidad, ni en la calidad que deberían consumir, así mismo no respetan, las horas de las comidas, la ingesta de alcohol, el cigarrillo, el poco consumo de agua, son elementos, predisponentes en la patología gástrica.

Se propone un estudio analítico, no experimental y con un sentido retrospectivo; para determinar la influencia del consumo alimentario en la aparición de la gastritis. Esperando que esto pueda servir de herramienta como eje generador de cambio en los hábitos alimentarios de las personas para garantizar una mejor calidad de vida.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuáles son los alimentos y bebidas irritantes de la mucosa gástrica que fueron consumidos con mayor frecuencia por los pacientes antes de ser diagnosticados con gastritis?

¿Cuál fue la frecuencia de consumo de alimentos y bebidas irritantes de la mucosa gástrica previo a la aparición de la patología?

¿Cuántos pacientes realizaron ayuno?

¿Conocían los efectos secundarios del consumo excesivo de alimentos y bebidas irritantes de la mucosa gástrica?

¿Influye el consumo alimentario con la aparición de las gastritis?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 General

Determinar la influencia del consumo alimentario en la aparición de gastritis en los pacientes que acuden a la consulta de medicina interna Hospital I Lagunillas. Edo Mérida- Venezuela 2014.

1.3.2 Específicos

- ✓ Identificar los alimentos y bebidas irritantes de la mucosa gástrica, consumidos con mayor frecuencia por los pacientes antes de ser diagnosticados con gastritis.
- ✓ Describir la frecuencia de consumo de los alimentos y bebidas irritantes de la mucosa gástrica anterior a la aparición de gastritis de los pacientes en estudio.
- ✓ Indagar acerca de la realización de ayunos por parte de los pacientes.

- ✓ Evaluar el conocimiento de los pacientes sobre los efectos del consumo elevado de alimentos y bebidas irritantes de la mucosa gástrica.
- ✓ Establecer la influencia de los alimentos y bebidas irritantes de la mucosa gástrica y la omisión de comidas en la aparición de la gastritis.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Las estadísticas epidemiológicas SISMAI (2005), establecen que existe un incremento creciente de alteraciones gastrointestinales, entre los que destacan la gastritis encontrándose dentro de las 25 causas de morbilidad el estado Mérida. Es así que debido a los actuales estilos de vida que la mayoría de los individuos mantiene, en donde además del estrés generado por el trabajo y poco tiempo para las comida y omisión de la mismas, también aunado a esto, muchos tienden a presentar consumo frecuente de alcohol, tabaco, malos hábitos alimentarios y algunas drogas, los cuales son sustancias irritantes de la mucosa gástrica. Todo esto, contribuye a influir en la aparición de la enfermedad en la etapa adulta.

Sánchez (2005), manifiesta que, en consecuencia, el estilo de vida tiene una influencia determinante en el proceso de alimentación y nutrición. Es común, observar costumbres que adoptan las familias respecto a la preparación de los alimentos y a la frecuencia de alimentación; otras veces, la calidad de la alimentación dista mucho de ser la ideal y, por lo general, no

respetan el horario de las comidas, lo que sin duda tiende a influir como factor de riesgo para la gastritis.

La presente investigación consiste en determinar la influencia del consumo alimentario en la aparición de la gastritis según la población en estudio, para detectar la certeza de la hipótesis planteada, con la finalidad que este estudio sirva como base para implementar estrategias que ayuden a cambiar positivamente los hábitos alimentarios; orientar un mecanismo estable que cree destrezas o habilidades, que pueda ser utilizado en varias situaciones de la vida diaria. Partiendo de una dieta adecuada, ya que es un área muy propicia para una intervención, individual y colectiva, inmediata en la disminución del riesgo de padecer esta enfermedad, ya que la gastritis es una patología con alta prevalencia a nivel nacional e internacional. Además se encuentra presente el riesgo de que evolucione hacia enfermedades más graves, como son las úlceras gástricas y el cáncer de estómago, pudiendo ocasionar la muerte.

CAPITULO II.

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Bedoya & Yepez (2000), realizaron un estudio analítico de casos y controles, para explorar varios factores ambientales que se sospecha tienen relación con la aparición de gastritis crónica atrófica en la población Nariñense, Colombia. Se seleccionaron de la población que consulta la Clínica San Juan de Pasto, 264 pacientes (132 casos y 132 controles) entre los 15 y los 57 años de edad, a quienes se les aplicó una encuesta. Entre los resultados y conclusiones del estudio, se determinó que si hubo significancia en el consumo alto o frecuente de habas ($p=0,01$), y un importante cifras en arroz(60%), café, tinto, bebidas alcohólicas, cigarrillo(70%), unidos al bajo consumo de frutas y verduras, el estado emocional y la frecuencia de consumo de alimentos, constituyen un riesgo para la adquisición de gastritis crónica atrófica. Además, existe asociación entre la enfermedad y el estado nutricional del paciente.

Álvarez & Álvarez, (2006), en su estudio descriptivo transversal efectuado en el Departamento de Endoscopía Digestiva del Centro de Diagnóstico Integral de Caracollo, Departamento de Oruro, Bolivia; se planteó como objetivo caracterizar el comportamiento clínico epidemiológico de la gastritis, la muestra fue de 102 mujeres y 52 hombres. Los datos se recogieron mediante la aplicación de una encuesta tipo cuestionario y se concluyó que las pacientes del sexo femenino fueron las que más padecieron la enfermedad y entre ellas el grupo de edad más significativo en el padecimiento el de 30-45, se encontró que el consumo de picantes(97%), jugos de frutas cítricas (79%)y hoja de coca(60%) fue elevado, debido en gran medida a las costumbres de alimentación de la población Boliviana y que la epigastralgia y el ardor gástrico fueron los síntomas más importantes.

Sálenme (2008), diseñó una investigación de tipo descriptiva, correlacional y transversal, con una población conformada por 100 pacientes, sometidos a endoscopia alta, del Hospital privado de la localidad de Mar de Plata. Chile, para determinar si hay relación con las patologías de la mucosa gastrointestinal (gastritis, úlceras, enfermedades del colon), con el consumo alimentario, se realizó a través de una anamnesis nutricional se evaluaron los hábitos alimentarios y la frecuencia de consumo. Obteniendo como resultado que no hubo diferencia significativa en cuanto a hábitos alimentarios estudiados, en la frecuencia de consumo los alimentos se encontró que para el grupo de las carnes hubo un 77%, lo consumen más de 3 veces por

semana; el grupo de las frutas con un 80% menor de 3 veces por semana; bebidas alcohólicas con 80% mayor a 3 veces por semana; pero se determinó que un fraccionamiento de comidas y el consumo de fibra tiene un efecto protector de las mucosas gastroduodenal.

Martínez, et al (2011), evaluaron el efecto del consumo prolongado de una bebida gasificada sobre la pared gástrica de ratas con gastritis inducida por ácido acetilsalicílico. El estudio fue experimental en ratas macho de 3,5 meses de edad; en el cual se indujo gastritis mediante, la administración oral diaria de 300 mg/kg de ácido acetilsalicílico, en solución con agua (grupo control) o bebida gasificada (grupo experimental). Luego de tres semanas se evaluaron las alteraciones histopatológicas sobre la pared gástrica. Principales resultados: Se utilizó la Puntuación de Lapa modificada para el análisis macroscópico, comparándose los resultados mediante la Prueba U de Mann-Whitney (determinación para diferencias entre dos muestras independientes), ($p < 0,05$). Se midió la profundidad de las lesiones microscópicamente, analizándose los resultados con la Prueba T de Student (comparación de dos medidas, de dos grupos distintos) bilateral ($p < 0,05$). Como resultados se obtuvieron que, en ambos casos, las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p = 0,009$ y $p < 0,001$, respectivamente), encontrándose lesiones de mayor magnitud en el grupo experimental. Concluyendo que el consumo prolongado de bebida gasificada tiene un efecto agravante del daño producido en la pared gástrica de ratas con

gastritis inducida por ácido acetilsalicílico. No se encontraron investigaciones donde se demuestre, que estos efectos secundarios ocurren en seres humanos.

Despaigne, Santiesteban, Rivera & Beltrán (2012), realizaron un estudio descriptivo y observacional, de corte transversal, de 637 pacientes mayores de 15 años, que acudieron al Servicio de Endoscopia del Centro de Diagnóstico Integral "Jorge Rodríguez", perteneciente al Municipio Torres en el Estado Lara (Venezuela), de enero a abril de 2009, por presentar síntomas y signos de afecciones del aparato digestivo superior y a los que se les realizó endoscopia para identificar las lesiones más frecuentes en este y sus características epidemiológicas. En los resultados y conclusiones, predominaron las lesiones en la mucosa de cualquier segmento del tracto digestivo superior, con mayor frecuencia de la gastritis, el sexo femenino y el grupo etario de 30-59 años, así como los factores de riesgo: malos hábitos nutricionales y consumo de alcohol y café.

Sequeira (2012), ejecutó estudio descriptivo, elaborado en tres etapas: selección de la población, elaboración y validación del instrumento, participación de tres sesiones educativas. Con el objetivo de promover hábitos alimentarios saludables en los conductores de autobús con sobrepeso y obesidad para mejorar su calidad de vida. Al inicio y final del estudio, se aplicó una encuesta, evaluación antropométrica y frecuencia de

consumo. Se inició con 119 participantes pero sólo con 95 de ellos, se realizaron las sesiones educativas. Los participantes laboraban para una empresa de transporte público en Guadalupe, México. Obteniendo como resultado que las edades con mayor prevalencia están comprendidas entre los 41 y 50 años. La mayoría tienen un grado académico de primaria completa y secundaria incompleta. La hipertensión arterial y la gastritis son los principales padecimientos de los conductores de transporte público. Además, consumen con mayor frecuencia son alimentos fritos, café y gaseosas que alimentos cocidos al vapor. Se encuentra que ingieren tres vasos de agua diarios o menos. Después de las sesiones educativas, aumenta la ingesta de leche descremada, el yogurt descremado, el pescado y el consumo de las frutas y vegetales, siendo el banano, el tomate, el pepino y la zanahoria, los de mayor consumo. Se disminuye el consumo pollo con piel, los embutidos, grasas, crema de café, churros, empanadas, mayonesa, refrescos en varias presentaciones y gaseosas.

Sánchez-Cuén, Cabrales, Bernal & Peraza (2013), llevaron a cabo un diseño observacional, longitudinal, comparativo, tipo estudio de casos y controles. Con el objetivo ccomparar la frecuencia del consumo de alcohol en pacientes con infección por *Helicobacter pylori* con aquellos sin infección y secundariamente comparar la asociación de tabaquismo y consumo de café con infección por *Helicobacter pylori*. Realizado en trabajadores del estado de Sinaloa, México. Que fueron sometidos a endoscopia y prueba serológica

de *Helicobacter pylori*. Se definió caso a pacientes con test sérico para *Hp* o biopsia con prueba rápida de ureasa positiva. El consumo de alcohol se categorizó como: no consumo, bajo riesgo y en riesgo. Muestra: 269 sujetos por grupo. Se estimaron la razón de momios (medida estadística de intensidad de la asociación entre variables de exposición y resultados) y los intervalos de confianza del 95%. Obteniendo como resultado La edad promedio \pm desviación estándar de los sujetos fue de 45.7 ± 9 años en ambos grupos ($p = 0.99$); el género se distribuyó en 139 mujeres (51.7%) y 130 hombres (48.3%); consumo de alcohol 108 (40.1%) y 85 (31.6%) en casos y controles, respectivamente ($p = 0.039$), RM 1.45 (IC del 95%, 1.019-2.069). La cantidad en gramos de alcohol (16g) en sujetos con consumo en riesgo fue significativa para gastritis por *H.p*; sin embargo, no hubo diferencias significativas en relación con el consumo de tabaco ($p = 0.754$) y café ($p = 0, 737$) entre los grupos.

Gómez & Salazar (2010), efectuó un estudio cuantitativo, descriptivo, y transversal. El objetivo planteado fue determinar cuáles son los hábitos alimenticios que presentan los estudiantes universitarios del área de Ciencias de la Salud. El muestreo fue por conveniencia, con una muestra total de 276 estudiantes del sur de Veracruz, México. Entre los resultados se encontraron que el género de mayor predominio correspondió a las mujeres con 176 y una tercera a los hombres, dentro de los factores de hábitos alimenticios se encontró que los estudiantes de las tres facultades tienen malos hábitos en

cuanto al consumo de alimentos con alto contenido calórico (bebidas gaseosas, consumo de alcohol, carnes grasosas, frutas), aunado a un mal hábito de ejercicio físico, la auto percepción subjetiva de la dieta por facultad en las tres es regular, haciendo notar que por arriba de la cuarta parte en la facultad de medicina posee una dieta inadecuada.

Peña, Juanchaya, Cerron & Álvarez (2006), llevó a cabo un estudio prospectivo para determinar el nivel de conocimiento que tenían los pacientes en la ciudad de Huancayo, Perú. Se utilizó una encuesta con 26 preguntas cerradas, la cual fue entregada a 780 pacientes con gastritis entre 20 y 35 años de edad. El 68,32% manifestó un conocimiento sobre el concepto de calidad de vida relacionada la salud. El 71% desconocían los alimentos que le podían ocasionar o agravar la patología. El 71,1% refirió desconocimiento sobre las sustancias que pueden contribuir con el agravamiento de la enfermedad. El 64,7%, no tenían conocimiento que los medicamentos que utilizaban podrían estar provocando la gastritis.

Coronel (2011), realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con el objetivo de determinar el desconocimiento que tienen los adolescentes en el consumo de alimentos adecuados en la dieta y el horario de esta, usando la encuesta a través de cuestionario con las variables; conocimiento, consumo de alimentos, stress, se le realizo 40 adolescentes obteniendo. Como resultado de la investigación se tiene que el 35% de los adolescentes tienen

conocimiento y sin embargo consumen alimentos a horas no adecuadas, el 45% que a veces consumen alimentos condimentados a pesar de tener conocimiento, el 75% se realizan controles médicos ocasionalmente y ocasionalmente tienen ardor de estómago, el 17,5% consumen alimentos calentados muy frecuente y están en riesgo de presentar gastritis, que el 55% presentan ardor de estómago y son de sexo masculino, mientras que el 45% presentar cólico abdominal y son de sexo femenino.

2.2 BASES TEÓRICAS

Gastritis

Según Castro, (2010), se define como un trastorno de la mucosa gástrica que se caracteriza por la inflamación y cuyo agente etiológico más común es la bacteria *Helicobacter pylori*, aunque también pueden originarse por otros agentes infecciosos, reacciones autoinmunes, reacciones de hipersensibilidad, alergias entre otras.

También Beyer, (2000), establece que el término general de gastritis alude a la inflamación y daño hístico que resultan de la erosión de la mucosa y la exposición de las células subyacentes a las secreciones gástricas y microbios.

Fisiopatología

Mahan & Escott.(2009), la gastritis puede aparecer como consecuencia de la alteración de la integridad de la mucosa gástrica por infección, un compuesto químico o una causa neurológica. La infección por *Helicobacter pylori* se considera la causa más frecuente de gastritis en la actualidad. La mayoría de los casos de inflamación crónica de la mucosa gástrica, úlceras pépticas, gastritis atrófica y cáncer gástrico se atribuyen a la infección por este patógeno. La infección no remite de manera espontánea y el riesgo de complicaciones se incrementa conforme aumenta la duración de la infección. Otros factores como la edad del paciente al contraer la infección inicial, la cepa implicada y la concentración del microorganismo, factores genéticos relacionados con el huésped, el estilo de vida y el estado general del paciente, determinan el riesgo de aparición de complicaciones patológicas.

Tipos

De acuerdo a Castro, (2010), la gastritis se puede clasificar desde el punto de vista nosológico en aguda, crónica y grupos especiales:

Gastritis agudas

Son muy frecuentes en la población, totalmente curables pero con recidivas constantes. En general es ocasionada por la ingesta de fármacos agresivos para la mucosa gástrica o por los efectos de la agresión producida por

alimentos cítricos, alimentos muy condimentados e irritantes, bebidas estimulantes, abuso en el consumo de bebidas alcohólicas, infección bacteriana (*Helicobacter pylori*) o intoxicaciones (ingesta de sustancias cáusticas o corrosivas, hidrocarburos o agrotóxicos).

Gastritis crónica

Es una inflamación inespecífica de la mucosa gástrica, de etiología múltiple y de mecanismos patogénicos diversos. Los síntomas clínicos son inespecíficos o no se presentan. Las causas en la mayoría de los casos se corresponden con las que ocasionan la gastritis aguda, particularmente las relacionadas con el *Helicobacter pylori*. Además, suele aparecer gastritis crónica en enfermedades metabólicas como la diabetes y las enfermedades renales crónicas; en trastornos biliares o de la motilidad gastrointestinal que provocan el reflujo de bilis hacia el estómago, produciendo la conocida gastritis alcalina. Existen otras formas menos frecuentes de gastritis crónica como la linfocitaria, la hiperplasia de la mucosa gástrica, la gastritis hipertrófica y la gastritis eosinofílica entre otras.

Formas especiales

- ✓ Ménétrier: es un tipo de gastritis de origen desconocido, caracterizado por un desarrollo de pliegues grandes y gruesos en las paredes del estómago, así como quistes llenos de líquido.
- ✓ Eosinófilas: que afectan todos los segmentos intestinales

- ✓ Granulomatosa: granuloma no caseificado, en los casos de tuberculosis (TBC), histoplasmosis y sífilis.

Cabe destacar que Floch, (2002), señala la gastritis puede ser crónica, asociarse con enfermedad (H, pylori o autoinmune), o bien puede ser una forma atrófica progresiva, puede asociarse a todas las formas de enfermedades infecciosas o puede ser granulomatosa y asociarse a enfermedad de CROHN y los tumores. Puede ser erosiva debido a agentes agresivos como la aspirina, el reflujo de la bilis, el alcohol y la cafeína.

Factores de riesgo

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

En el cuadro 1. Se muestra la Etiología de la gastritis.

CUADRO1. Etiología de la gastritis.

Factores exógenos	Factores endógenos
Helicobacter Pylori	Acido gástrico y pepsina
AINES	Bilis
Irritantes gástricos	Jugo pancreático
Drogas, alcohol, tabaco	Urea (Uremia)
Radiación	Inmunes

Fuente: Revista de Gastroenterología de Perú 2011.

EscottStump (2010), existen diferentes mecanismos de transmisión de la bacteria *Helicobacter pylori*, el contacto directo entre individuos se ha sugerido como la vía primaria de infección, también se considera de gran importancia la infección vía fecal-oral u oral-oral. Factores como el consumo de agua contaminada, el hacinamiento en la vivienda, compartir las camas y la ausencia de agua tratada en el hogar y las prácticas higiénicas inadecuadas, también se han asociado a la infección de *Helicobacter pylori*. Varios estudios epidemiológicos reportan que el nivel socioeconómico bajo y el escaso nivel educativo son factores de riesgo significativo para la adquisición de la infección, asociado a las condiciones inadecuadas de la vivienda.

Mahan & Escott(2009), la utilización prolongada de ácido acetilsalicílico u otros AINES (antiinflamatorio no esteroideo), esteroides, alcohol, sustancias erosivas, tabaco o cualquier combinación de estos compuestos puede afectar a la integridad de la mucosa e incrementar el riesgo de desarrollar gastritis aguda o crónica. La alimentación inadecuada y el estado de salud malo pueden intervenir tanto en el inicio como en la gravedad de sintomatología, y pueden retrasar el proceso de curación.

Sintomatología

Peterson & Graham (2004), respecto a los síntomas de la gastritis manifiesta que clínicamente los pacientes con gastritis aguda pueden presentar

síntomas durante días a semanas que incluyen dolor epigástrico, náuseas, vómitos y hemorragia del tubo digestivo alto. Algunos episodios están relacionados con la ingestión de alimentos en exceso y alcohol.

Cabe señalar, además, que en otros casos la causa no es evidente. Por otro lado, la gastritis puede ser asintomática o encontrarse en el estudio para detectar anemia. Sin embargo, cada individuo puede experimentar los síntomas de una forma diferente; los mismos pueden incluir: malestar o dolor de estómago, eructos, náuseas, vómitos, hemorragia abdominal, sensación de estar lleno o ardor en el estómago, sangre en el vómito o en las heces, lo cual es una señal de que el revestimiento del estómago puede estar sangrando.

Diagnóstico

Rodríguez (2006), afirma que el diagnóstico de gastritis es histológico, de tejido, por endoscopia y biopsia. Sólo así se puede estar seguro de que exista una lesión en el organismo, si no se podría hablar de dispepsia funcional en donde no se consigue ninguna causa orgánica pero hay síntomas como dolor, gases, entre otros.

Tratamiento

Ricaurte & Gutiérrez (2006), indica que, el enfoque terapéutico de la gastritis es en muchas ocasiones confuso e incluso motivo de controversia,

particularmente por su frecuencia en una proporción importante de sujetos asintomáticos (80% aproximadamente) o acompañando a otras entidades o la úlcera péptica.

La mucosa gástrica y la asistencia nutricional de la gastritis.

Arango & León (2006), la mucosa gástrica protege al estómago ante una digestión producida por los jugos gástricos ácidos en la que las células superficiales, produciendo una capa viscosa (hasta de 0,5 milímetros de grosor) que dejaría el estómago completamente desprotegido.

Posee 2 tipos de glándulas tubulares importantes, las oxínticas (gástricas), las cuales son formadoras de ácido, secretan HCl, pepsinógeno factor intrínseco y moco. Las Pilóricas que secretan sobre todo moco (protección de la mucosa pilórica frente al ácido gástrico) y secreción de gastrina. Ante una estimulación, las células parietales secretan una solución ácida que contiene alrededor de 160mmol/l de HCl (solución casi isotónica con los líquidos orgánicos).

El pH de éste ácido es de 0.8 (acidez extrema), a éste pH, la concentración de iones H es unos 3 millones superior a la de la sangre arterial.

La secreción de gastrina ya sea por el estímulo del alimento o por su producción patológica por un tumor, aumenta la secreción gástrica de HCl por encima de los niveles basales, debido al incremento de la concentración

de estimulantes químicos cerca de las células parietales, que inician una serie de reacciones que incrementan la producción de HCl.

Por otra parte Santiago, Saraza & Zubieta (2013), indica que es, cierto que alimentos con mucha grasa, picante, condimentos o vinagre, así como bebidas gaseosas y con contenido alcohólico, irritan la mucosa intestinal y propician la aparición de gastritis, por lo que se recomienda moderar su consumo, pero también es indudable que intervienen otros factores, como la cantidad de comida que se ingiere y la frecuencia, sin olvidar la higiene con que se prepara y el estrés al que se somete el paciente, Café y té negro contienen cafeína, mientras que los refrescos (con gas o sin él) y bebidas energizantes poseen alta concentración de azúcares, alcaloides, estimulantes y teobromina. Todas estas sustancias aumentan la acidez y secreción de ácidos del estómago, contribuyendo a desencadenar inflamación de la mucosa gástrica o agravar sus manifestaciones.

Los alimentos con proteína de alto valor biológico amortiguan temporalmente las secreciones gástricas, pero también estimulan la secreción de gastrina y pepsina. La leche o la crema, que en los primeros tiempos del tratamiento de la úlcera péptica se consideraban importantes para "recubrir" el estómago, ya no se consideran medicinales.

Algunos pacientes expresan malestar con la ingestión de alimentos ácidos, pero la respuesta no es uniforme y, en algunos, los síntomas están relacionados con pirosis.

El consumo de grandes cantidades de bebidas alcohólicas de cualquier origen ocasiona por lo menos daño superficial de la mucosa y agrava la enfermedad existente o interfiere en el tratamiento de la úlcera péptica. Por otra parte, la cerveza y los vinos aumentan en grado importante la secreción gástrica y deberán evitarse en caso de enfermedad sintomática.

Las pimientos, negros ó de otro tipo, ingeridas directamente con el estómago vacío, también se ha identificado que pueden lesionar la superficie de la mucosa gastrointestinal e incrementar la secreción de ácido gástrico. Las cantidades excesivas de picantes puede dañar la mucosa gástrica, sobre todo cuando se consumen con alcohol u otros irritantes.

Según Beyer (2000), durante varios decenios, los factores alimentarios han ganado y perdido aceptación como un componente importante en la causa y tratamiento de dispepsia, gastritis y úlcera péptica. En virtud de la identificación de *H.p* como el principal agente que contribuye a estos trastornos, es preciso valorar de nuevo la función que desempeñan la dieta y el estado nutricional.

Dado que la infección por *H. pylori* y el daño péptico ocasionan inflamación, se ha considerado el empleo de antioxidantes, ácidos grasos w-

3 y diversos fitoquímicos. Los primeros estudios in vitro y en animales demostraron algunos efectos protectores de los ácidos grasos ω -3 y ω -6, pero estos resultados no se han observado en estudios clínicos realizados en seres humanos.

Desde un punto de vista práctico, se recomienda a las personas bajo tratamiento contra gastritis evitar, condimentos específicos, bebidas alcohólicas y café (tanto cafeinado como descafeinado); consumir una dieta adecuada de calidad; y suplementar las insuficiencias alimentarias, según se requiera. Puesto que algunos pacientes presentan obstrucción importante al nivel del píloro, es recomendable masticar muy bien y evitar los alimentos con cascara que son difíciles de degradar, sobre todo en personas con prótesis dentales o anodoncia parcial. Es aconsejable evitar alimentos y bebidas específicos que producen el malestar o exacerban el proceso inflamatorio.

Por otro lado, Gil & Hernández (2010), señalan que, el ayuno significa interrupción de la ingesta de alimentos. Este puede clasificarse en breve que consta a partir de 8 horas después de la última ingesta y hasta 3 a 4 días y prolongado que puede durar hasta semanas. Resaltando que el ayuno puede ser perjudicial, si se prolonga y es constante por mucho tiempo ocasiona pérdida de peso, consecuencias en el sistema nervioso y gastrointestinal, deficiencia de minerales y vitaminas entre otros.

2.3 Definición de Términos

Ayuno: Privación total o parcial de comida y bebida durante un periodo de tiempo, generalmente por motivos de salud o religiosos.

Alimentación: acto de tomar o proporcionar alimentos; nutrición

Alimento: cualquier cosa que cuando entra al cuerpo, sirve para nutrir, construir y reparar tejidos, suministrar energía o regular los procesos del organismo.

Acidez Gástrica: cantidad de ácido clorhídrico en el estómago ya sea como ácido libre o en combinación con proteínas provenientes de los alimentos, secreción duodenal regurgitada, saliva y moco.

Cafeína: trimetilxantina o metilteobromina; purina alcaloide que se encuentra en el café, té, refrescos de cola, chocolate y algunos fármacos.

Gastrina: hormona polipeptídica segregada por las glándulas de la mucosa del píloro que estimula el flujo gástrico y contribuye a la secreción de bilis y enzimas pépticas.

Gastritis: inflamación aguda o crónica de la mucosa que recubre el estómago.

Gastroenterología: estudio de las enfermedades que afectan el tracto gastrointestinal, incluyendo el estómago, intestino, vesícula y conducto biliar.

Gastrointestinal: relacionado con los órganos del tracto desde la boca hasta el ano.

Helicobacter pylori: son bacterias microaerófilas gramnegativas con flagelos que facilitan su movilidad. La forma y el tamaño de estos microorganismos fluctúan desde espirales hasta hélices y bastones.

Reflujo Gastroesofágico: desplazamiento retrogrado del contenido del estómago hacia el esófago, a menudo debido a incompetencia del esfínter esofágico anterior.

Úlcera Gástrica: erosión circunscrita de la mucosa gástrica que atraviesa la mucosa muscular, puede penetrar la capa muscular y perforar la pared del estómago.

Úlcera Gastroduodenal: también llamada úlcera péptica, zona erosionada, claramente circunscrita en la membrana mucosa del estómago o del duodeno o en cualquier otra parte del sistema gastrointestinal, expuesta a la acción de los jugos gástricos ricos en ácido y pepsina.

Ácido acetilsalicílico: fármaco de la familia de los salicilatos, usado frecuentemente como antiinflamatorio, analgésico, antipirético y antiagregante plaquetario.

Fuente: Laguna, R. & Claudio, L. (2007). Diccionario de Nutrición y Dietoterapia.

2.4 HIPÓTESIS.

“La aparición de la gastritis está directamente condicionada por el consumo alimentario de las personas.”

bdigital.ula.ve

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO.

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

Para Arias (2006), el tipo de investigación se clasifica según el nivel, diseño y propósito. El estudio se enmarcó dentro de una investigación de carácter analítico, no experimental de casos y controles con un sentido retrospectivo. Un estudio Analítico, es aquel que tiene como finalidad comprobar hipótesis que investigan la asociación entre una enfermedad dada o determinado estado de salud y los posibles factores causales.

Por otra parte, señala que, los estudios de casos y controles, son aquellos en que se busca determinar que parte de la población que presento determinado problema de salud o fenómeno estuvo expuesta a la causa o al factor asociado a ese problema, por lo que se dice que parte del efecto a la causa, es decir de parte de la enfermedad y se busca en el pasado si se ha estado expuesto al factor de riesgo. Se identifica a personas con una enfermedad (casos) que se estudia y se compara con un grupo que no tenga la enfermedad (controles); comparando la frecuencia de exposición a este u otros factores entre los casos y controles.

Se ejecutó una investigación de campo, cuyo diseño de investigación es observacional y el estudio analítico, no experimental, debido a que su finalidad será evaluar una relación causal entre un factor de riesgo y un efecto, es decir la enfermedad; además, retrospectivo ya que se utilizaron datos de hechos ya sucedidos.

3.2 Población y muestra.

La población estuvo compuesta por todos los pacientes con diagnóstico de gastritis que asistieron a la consulta externa del Hospital I de Lagunillas durante el último trimestre del año 2014.

Se consideraron incluidos todos los pacientes de ambos géneros, en edades comprendidas de 25 a 44 años con diagnóstico de gastritis y se excluyeron los sujetos que tengan otra patología asociada y los parámetros mencionados anteriormente.

Para los casos se incluyeron quienes cumplieron con los criterios de selección, es decir, diagnosticados con gastritis constituyéndose un grupo de 46 pacientes; mientras que para los controles se incluyeron quienes no presentaban la enfermedad para un total de 70 pacientes.

La selección de la población se hizo tal y como se especifica a continuación (cuadro 2).

Cuadro 2. Criterios de selección de grupos de casos y controles.

CASOS	CONTROLES
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	
Pacientes adultos de ambos géneros que presenten gastritis	Pacientes adultos de ambos géneros que no presenten la gastritis
CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN	
Quienes no tengan las características anteriores.	Quienes no tengan las características anteriores.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	
Quienes cumpliendo con los criterios de inclusión, no deseen participar	Quienes cumpliendo con los criterios de inclusión, no deseen participar en el estudio

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

La técnica según Arias (2006), se define como el procedimiento o forma de obtener datos o información. En el siguiente estudio se utilizó como técnica la entrevista, la cual Arias, señala que consiste en la comunicación establecida entre el investigador y el entrevistado para recabar información necesaria en forma verbal.

Para el caso de esta técnica, se diseñó un cuestionario como instrumento a utilizar, el cual consta de 4 preguntas cerradas, basadas en los objetivos planteados en la investigación. Este, lleva por nombre; Consumo alimentario en pacientes, y se aplicó con la finalidad de recolectar la mayor información

posible desde varias perspectivas, permitiendo analizar los resultados de acuerdo a las respuestas emitidas por los pacientes en estudio (Anexo3).

Adicionalmente, el instrumento de recolección de datos (cuestionario), fue validado por expertos en el área de La Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de los Andes (ULA) y del Hospital I Lagunillas.

3.4 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento de la información obtenida a través del cuestionario, se utilizó como herramienta el Paquete de Análisis Estadístico para las Ciencias Sociales, versión 17.0 (SPSS por sus siglas en inglés), donde se elaboró una base de datos capturando la información contenida de la totalidad del cuestionarios aplicados.

Se empleó estadística descriptiva, mediante la realización de tablas de frecuencia, que según Álvarez (2007), es la cantidad de veces que se repite un suceso en un rango de un espacio muestral dado.

Luego se realizaron tablas de contingencia, señala Salinas (2006), que son aquellas que permiten realizar comparaciones de Relación/Independencia entre dos o más variables categóricas, ya sean de tipo Nominal u Ordinal. En este tipo de tablas se definen las categorías de una variable a través de la frecuencia o el porcentaje de las categorías de una segunda variable.

Posteriormente, se aplicó la prueba de independencia Chi - Cuadrado y Factor de Riesgo según la Razón de Ventaja. Según Salinas (2006), la prueba de Chi- cuadrado, permite calcular la probabilidad existente para que una variable X , que tiene un determinado Grado de Libertad frente a otras variables del mismo conjunto, permanezca dentro de unos límites ideales previstos para X cuando tiene ese específico Grado de Libertad o independencia.

El autor citado anteriormente, señala que se denomina riesgo relativo al riesgo de enfermarse las personas de un grupo con el factor de riesgo presente dividido entre el riesgo de enfermarse las personas del grupo sin el factor.

Y por último, se ejecutó la Prueba de KRUSKALWALLIS; Álvarez (2007), la describe como una prueba no paramétrica de comparación de tres o más grupos independientes, debe cumplirlas siguientes características: es libre de curva, no necesitan distribución específica; nivel ordinal de la variable dependiente; se utiliza para comparar más de dos grupos de rangos (medianas) y determinar que la diferencia no se deba al azar (que la diferencia sea estadísticamente significativa).

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIONES

TABLA 1. CONSUMO DE LOS ALIMENTOS Y BEBIDAS IRRITANTES DE LA MUCOSA GÁSTRICA.

FRECUENCIA		PACIENTES				TOTAL	
		CASOS		CONTROL		Nº	%
		Nº	%	Nº	%		
Alimentos	Frutas cítricas trozos	20	3	25	3,8	45	6,8
	Picantes	34	5,2	20	3	54	8,2
	Carnes rojas	46	7	70	10,7	116	17,7
	Carnes blancas	46	7	70	10,7	116	17,7
Bebidas	Frutas cítricas	46	7	70	10,7	116	17,7
	Gaseosas	40	6,1	34	5,2	74	11,3
	Alcohólicas	14	2,1	28	4,3	42	6,4
	Estimulantes	40	6,1	55	8,4	95	14,5
TOTAL		286	43,4	372	56,6	658	100

Fuente: Cuestionario Consumo alimentario en pacientes. Hospital I Lagunillas. Estado Mérida, Municipio Sucre. 2014.

Se determinó el consumo de alimentos y bebidas irritantes de la mucosa gástrica, encontrando que un 7% de los casos predominó carnes rojas, carnes blancas y frutas cítricas en bebidas, al igual que en el grupo de los controles con un 10,7%.

Estos datos no concuerdan con un estudio realizado por Bedoya y Yopez (2000), donde los resultados del estudio indicaron que hubo un elevado consumo de café, tinto, bebidas alcohólicas, cigarrillo (70%) unidos al bajo consumo de frutas y verduras, el estado emocional y la frecuencia de consumo de alimentos, constituyen un riesgo para la adquisición de gastritis crónica atrófica.

Así mismo sucede con el estudio realizado por Sequeira (2012), en los resultados de su investigación señala que los participantes laboraron para una empresa de transporte público en Guadalupe, México; consumían con mayor frecuencia alimentos fritos, café y gaseosas, por lo que no se encuentra semejanza.

bdigital.ula.ve

TABLA 2. FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS IRRITANTES. CASOS

	1 VEZ		2-3 VECES		4-6 VECES		DIARIO		NUNCA	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ALIMENTOS										
Frutas Cítricas	2	2,94	5	5	4	10	7	9,33	28	32,94
Picantes	12	17,65	11	11	7	17,50	4	5,33	12	14,12
Carnes Rojas	9	13,24	24	24	13	32,50	-	-	-	-
Carnes Blancas	8	11,76	34	34	2	5	2	2,67	-	-
BEBIDAS										
Frutas Cítricas	8	11,76	13	13	7	17,50	18	24,00	-	-
Gaseosas	17	25,00	10	10	6	15	6	8,00	7	8,24
Alcohólicas	9	13,24	-	-	-	-	5	6,67	32	37,65
Estimulantes	3	4,41	3	3	1	2,50	33	44,00	6	7,06
TOTAL	68,00	100	100	100	40,00	100	75	100	85	100

Fuente: Cuestionario Consumo alimentario en pacientes. Hospital I Lagunillas. Estado Mérida, Municipio Sucre. 2014.

De acuerdo a la tabla N° 2 Frecuencia de consumo de alimentos y bebidas irritantes de la mucosa gástrica, los pacientes (casos) entrevistados se observó que el consumo de mayor continuidad fue para carnes rojas 32,5% de 4 a 6 veces por semana, bebidas estimulantes 44% diariamente; el 24 % tenían preferencia por el consumo de bebidas de frutas cítricas diariamente; cabe destacar que hubo un grupo de persona que no consume frutas cítricas

en trozos representado por el 32,2%, picantes con el 14,12% y bebidas alcohólicas con un 37,65%.

TABLA 3. FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS IRRITANTES. CONTROLES.

	1 VEZ		2-3 VECES		4-6 VECES		DIARIO		NUNCA	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ALIMENTOS										
Frutas Cítricas	8	7,02	11	6,71	1	4,35	5	7,04	45	24
Picantes	12	10,53	5	3,05	-	-	3	4,23	50	27
Carnes Rojas	15	13,16	46	28,05	6	26,09	3	4,23	-	-
Carnes Blancas	9	7,89	51	31,10	8	34,78	2	2,82	-	-
BEBIDAS										
Frutas Cítricas	22	19,30	33	20,12	4	17,39	11	15,49	-	-
Gaseosas	18	15,79	11	6,71	2	8,70	3	4,23	36	19
Alcohólicas	24	21,05	3	1,83	-	-	1	1,41	42	22
Estimulantes	6	5,26	4	2,44	2	8,70	43	60,56	15	8
Total	114	100	164	100	23	100	71	100	188	100

Cuestionario Consumo alimentario en pacientes. Hospital I Lagunillas. Estado Mérida, Municipio Sucre. 2014.

Así mismo en la tabla N°3. Frecuencia de consumo alimentos y bebidas se observa que para el grupo de pacientes (controles), hubo una preferencia de consumir para el grupo de alimentos, carnes blancas 34,78% de 4-6 veces

por semana, carnes rojas con un 26,09 % de 3 a 4 veces por semana, bebidas de frutas cítricas con 15,49% de consumo diario y bebidas estimulantes con un 60,56% de consumo diario.

Se compararon ambas tablas (2 y 3) con un estudio realizado por Sálenme (2008), para determinar si el consumo de alimentos está relacionado con la aparición de patologías gastroduodenal, obteniendo como resultado en la frecuencia de consumo de alimentos, que para el grupo de las carnes se obtuvo un 77%, y que lo consumieron más de 3 veces por semana; el grupo de las frutas con un 80% menor de 3 veces por semana; bebidas alcohólicas con 80% mayor a 3 veces por semana, lo que guarda semejanza con los resultados obtenidos.

TABLA 4. AYUNO BREVE.

	CASOS		CONTROL	
	N°	%	N°	%
AYUNO				
SI	18	39,1	6	8,6
NO	28	60,9	64	91,4
TOTAL	46	100	70	100

Fuente: Cuestionario Consumo alimentario en pacientes. Hospital I Lagunillas. Estado Mérida, Municipio Sucre. 2014.

Se muestra un predominio de 39,1% de los casos que realizaron ayuno, en comparación con los controles donde solo el 8,6%, hubo omisión de comidas.

El ayuno breve mayor a 8 horas de no ingesta alimentaria por parte de los participantes en el estudio, se analizó mediante la prueba de independencia Chi-Cuadrado (Anexo1), donde se obtuvo como resultado $p= 0,000$ por tanto, hay diferencia significativa entre el factor (ayuno) y la causa (gastritis), demostrando estadísticamente que hay dependencia entre el ayuno breve con la aparición de la gastritis.

En este sentido, en el realizado estudio hubo una relación significativa entre las variables en estudio. También es importante destacar que desde el punto de vista epidemiológico, resulta alarmante que según la población en estudio la prevalencia o probabilidad de enfermarse, es decir que una persona de la población padezca la enfermedad es de 39,6%.

Probabilidad de enfermarse = $\frac{a + c}{N}$

N

Dónde:

a: Pacientes que presentan la causa y el efecto.

c: pacientes que presentan solo el efecto.

N: Total de pacientes en estudio.46

Probabilidad de enfermar = $\frac{18+28}{116}$

116

Probabilidad de enfermar = 0,39

Probabilidad de enfermar = 39%

Además, presenta una relación de ventaja (Anexo2) de 6,8 esto indica que en este grupo de estudio las personas que realizaron ayunos breves voluntarios tienen 6,8 veces más probabilidad de parecer gastritis que los que no realizaron ayuno.

Al respecto Coronel (2011), realizó un estudio a adolescentes donde se demostró que consumían alimentos a horas no adecuadas y omitían comidas, lo que conlleva a largo plazo al padecimiento de patologías gástricas.

TABLA 5. CONOCIMIENTO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DEL CONSUMO EXCESIVO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS IRRITANTES DE LA MUCOSA GÁSTRICA.

	CASOS		CONTROL	
	N°	%	N°	%
SI	14	30,4	30	42,9
NO	32	69,6	40	57,1
TOTAL	46	100	70	100

Fuente: Cuestionario Consumo alimentario en pacientes. Hospital I Lagunillas. Estado Mérida, Municipio Sucre. 2014.

Se puede observar que un 69,6 % de los pacientes con gastritis no posee conocimiento de los efectos del consumo de alimentos y bebidas irritantes de la mucosa gástrica, así mismo predominó un 57,1% para el grupo de pacientes controles. Mientras que el resto de los individuos si tenían conocimiento debido a problemas digestivos sufridos con anterioridad.

Al respecto, con un estudio realizado por Peña, Juanchanya, Cerrón & Álvarez (2006), se encuentra semejanza con este, que refirió un 71,1% de desconocimiento por parte de los individuos sobre los alimentos que pueden contribuir con la aparición y agravamiento de la patología.

También Coronel (2011), como resultado de la investigación halló que el 35% de los adolescentes tienen conocimiento y sin embargo consumen alimentos a horas no adecuadas, el 45% que a veces consumen alimentos condimentados a pesar de tener conocimiento.

TABLA 6. INFLUENCIA DEL CONSUMO ALIMENTARIO CON LA APARICIÓN DE LA GASTRITIS DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO.

	Casos	Controles	Sig. Asintot.
	Rango promedio	Rango promedio	
Frutas cítricas trozos	57,28	59,30	0,718
picantes	44,47	67,72	000
Carnes rojas	62,88	55,62	0,194
Carnes blancas	55,57	60,43	0,326
Bebidas gaseosas	48,00	65,40	0,004
Bebidas alcohólicas	62,92	55,59	0,175
Bebidas estimulantes	56,64	59,72	0,567
Frutas cítricas bebidas	70,21	50,81	0,001

Prueba de KRUSKAL WALLIS. Sign. $P < 0,05$

Fuente: Cuestionario Consumo alimentario en pacientes. Hospital I Lagunillas. Estado Mérida, Municipio Sucre. 2014.

Se observa diferencia significativa en el consumo de alimentos para picantes $p=000$, bebidas gaseosas $p= 0,004$ y frutas cítricas en bebidas $p=0,001$, de los participantes en el estudio, mediante la aplicación de la prueba de KRUSKAL WALLIS. Por tanto, hay diferencia significativa entre el factor

(consumo alimentario de alimentos irritantes de la mucosa gástrica) y la causa (gastritis), demostrando estadísticamente que hay dependencia entre el consumo de dos alimentos y una bebida con la aparición de la gastritis. Concordando con los resultados obtenidos por la investigación realizada en Bolivia por Álvarez&Álvarez, (2006), con una población de hombres y mujeres con gastritis, donde se encontró que el consumo de picantes fue elevado (97%) junto con el de jugos de frutas cítricas (79%) debido a las costumbres alimentarias de su país.

Así mismo Martínez et al (2011), en su estudio sobre efecto del consumo prolongado de una bebida gasificada sobre la pared gástrica de ratas con gastritis inducida por ácido acetilsalicílico, determina que este consumo tiene un efecto agravante del daño producido en la pared gástrica de ratas con gastritis existiendo una significancia estadística de $p= 0,009$.

También habiéndose encontrado las bebidas gaseosas, picantes y bebidas de frutas cítricas, como influyentes en la aparición de la gastritis, es importante resaltar desde el punto de vista epidemiológico según la población en estudio, la probabilidad de una persona de padecer la enfermedad es de 39%.

$$\text{Probabilidad de enfermar} = \frac{a + c}{N}$$

Dónde:

a: Pacientes que presentan la causa y el efecto.

c: pacientes que presentan solo el efecto.

N: Total de pacientes en estudio.

Probabilidad de enfermar = $\frac{34 + 12}{116}$

116

Probabilidad de enfermar = 0,39

Probabilidad de enfermar = 39%

Además, presenta una relación de ventaja (Anexo 3) de 13,69 esto indica que en este grupo de estudio las personas que consumen los 3 grupos de alimentos (picantes, bebidas de frutas cítricas y gaseosas) poseen 13,69 veces más probabilidad de padecer gastritis que los que no consumen estos alimentos. A mayor tamaño de la muestra en estudio mayor la relación de ventaja y tomando en cuenta que el consumo de estos alimentos y bebidas es muy común en el País, al realizar estudios con una población más grande, el factor de riesgo presentaría una relación de ventaja con mayor significancia entre ambas variables.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos y discutidos se desprenden las siguientes conclusiones:

- ✓ En el consumo de alimentos y bebidas irritantes de la mucosa gástrica, tuvo predominio para los casos carnes rojas, carnes blancas y frutas cítricas en bebidas 7%, al igual que en el grupo de los controles con un 10,7%, Siendo reflejo de que este tipo de alimentos están muy presentes en los hábitos alimentarios de los habitantes de esta localidad.

- ✓ Se obtuvo una elevada frecuencia de consumo de alimentos; se observó para casos que el consumo de carnes rojas con el 32,5% de 4 a 6 veces por semana, bebidas estimulantes 44% diariamente; el 24% tenían preferencia por el consumo de bebidas de frutas cítricas diariamente, para el grupo de pacientes controles alimentos carnes blancas 34,79% de 4-6 veces por semana, bebidas frutas cítricas con 15,49% lo consume una vez por semana y bebidas estimulantes con un 60,56% consumo diario.

- ✓ Se obtuvo una diferencia significativa $p = >0,005$ para ayuno breve mayor a 8 horas, por parte de los participantes en el estudio demostrando estadísticamente que hay dependencia entre la omisión de alimentos con la aparición de la gastritis. La población en estudio la prevalencia o probabilidad de enfermar, es decir, que una persona de la población padezca la enfermedad es de 39%. Además, presenta una relación de ventaja de 6,8 esto indica que en este grupo de estudio las personas que realizan ayuno breves tienen 6,8 veces más probabilidad de parecer gastritis que los que no realizan esta no ingesta voluntaria de alimentos.
- ✓ Al evaluar el conocimiento por los posibles efectos secundarios al consumir excesivamente alimentos de la mucosa gástrica, se encontró que un 69,6% de los pacientes con gastritis no tienen conocimiento, mientras que para el grupo de controles también predominó con un 57,1%.
- ✓ Se observó una diferencia significativa con resultados $p = >0,005$ en el consumo de picantes ($p=0,000$), bebidas gaseosas ($p= 0,004$) y frutas cítricas en bebidas ($p=0,001$), demostrando estadísticamente que hay dependencia entre el consumo de estos, con la aparición de la

gastritis. Según la población en estudio la prevalencia o probabilidad de enfermar, es decir, que una persona de la población padezca la enfermedad es de 39%. Además, presenta una relación de ventaja de 13,69 esto indica que en este grupo de estudio las personas que consumen alimentos irritantes de la mucosa gástrica tienen 13 veces más probabilidad de padecer gastritis que los que no consumen estos alimentos.

- ✓ Al obtener estos resultados se podría dar indicio de que con la interacción de estos factores encontrados, existe una relación entre el consumo de alimentos irritantes de la mucosa gástrica que tuvieron significancia (picantes, bebidas gaseosas, y frutas cítricas en bebidas); así como la omisión de las comidas, con la aparición de la gastritis; lo cual confirma que la hipótesis se cumple.

RECOMENDACIONES

Basadas en las conclusiones.

- ✓ Se recomienda extender el estudio a un área mayor así como realizar una investigación más compleja, donde se identifiquen factores de riesgo alimentario que puedan ocasionar la gastritis

- ✓ Aunque existe divergencia de criterios con relación a la dieta ideal, la mayoría de los expertos en nutrición coinciden en que una dieta saludable para la mucosa digestiva debe regirse por los siguientes consejos: se debe comer a horas fijas, hay que masticar bien y despacio, el alimento no debe consumirse a temperaturas muy calientes o muy frías, no se debe comer abundantemente, no se debe ayunar durante períodos prolongados, hay que realizar al menos tres comidas al día, no excederse en el consumo de alimentos irritantes. De igual forma se recomienda que todo el personal médico- nutricional realice labores de promoción de salud donde se eduque a cada paciente en la necesidad de llevar una dieta saludable.

- ✓ Por último, perfeccionar y continuar aplicando instrumentos de recolección de datos usando las técnicas adecuadas que permitan

obtener buenos resultados; ya que estos estudios indiscutiblemente contribuyen a la prevención primaria, al dar a conocer las asociaciones encontradas a través de la publicación de los resultados, para que esta información sirva a los profesionales de la salud, como herramienta en la orientación de los pacientes sobre cuáles son sus hábitos y estilos de vida que los ponen en riesgo de desarrollar gastritis.

bdigital.ula.ve

REFERENCIAS.

- Álvarez, M. & Álvarez, L. (2006). *Caracterización clínico epidemiológica de la Gastritis en el Departamento de Endoscopía Digestiva, Caracollo*. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos60/gastritis-endoscopia-digestiva/gastritis-endoscopia-digestiva.shtml> Consultado el: 14/10/14
- Álvarez, R (2007). *Estadística aplicada de las ciencias de la salud*. Disponible en: https://books.google.co.ve/books?id=V2ZosgPY10Kc&pg=PA828&dq=estadisticas+kruskal+wallis&hl=es419&sa=X&ei=yn_eTVlyUOpDugwTMk4CgDQ&ved=0CEEQ6AEwCA. Consultado el: 16/12/2014
- Anuario de Morbilidad. (2011). *Morbilidad registrada para sistemas digestivos*. Epi -15 Dirección de Vigilancia Epidemiológica. Caracas-Venezuela
- Arango, I. & León, E (2006). *Estómago: Fisiología*. Metabolismo, Nutrición y Shock. (4°ed). Colombia: Editorial Médica Panamericana.
- Arias, F. (2006). *El Proyecto de Investigación*. Guía para su Elaboración. Caracas, Venezuela: Episteme.

Bedoya, A &Yepez, Y(2000). *Hábitos Alimentarios y Gastritis Crónica Atrófica*. Disponible en:<http://www.encolombia.com/medicina/revistas-medicas/gastroenterologia/vol-153/gastro15300trab-habi>. Consultado el: 16/10/2014

Beyer, P. (2000). *Nutrioterapia médica en trastornos de la parte alta del tubo Digestivo*. En Mahan. L, y Escott-stump. S, *Nutrición y dietoterapia de Krause*.(10^oed). México: Mc Graw Hill..

Castro, G. (2010). *Gastritis*. En Méndez, N. y Uribe, M. *Gastroenterología*. Mc. México: Graw-Hill Interamericana.

Coronel (2011). *Factores Socioculturales Relacionado Con Gastritis, En Los Adolescentes Del Centro De Desarrollo Por La Niñez Y La Adolescencia*. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec /jspu i/bitstream/123456789/2318/1/T-UTMACH-FCQS-PRE-E.089.pdf>.

Consultado el: 15/10/14

Despaigne, A. Santiesteban, X. Rivera, D. &BeltráY(2012). *Ventajas de la endoscopia del tracto digestivo superior en pacientes venezolanos*. Disponible en: <C:\Documents and Settings\Administrador \Escritorio \tesis\ MEDISAN - Ventajas de la endoscopia del tracto digestivo superior en pacientes venezolanos.mht>. Consultado:08/09/2014

EscottStump S. (2010). *Nutrición, Diagnóstico y Tratamiento.*, España: WoltersKluwerHealth

Floch, M. (2002). *Gastritis y otras gastropatías.* En Sleisenger y Fordtran. *Enfermedades gastrointestinales.* (7°ed). Montevideo-Uruguay:Editorial Médica. Panamericana.

Gil & Hernández (2010). *Ayuno.* Tratado de nutrición clínica. Madrid. España:Editorial panamericana

Gomez, J. & Salazar, N. (2010). *Hábitos alimenticios en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de Minitlan, Veracruz.* Disponible en: WWW.cdigital.uv.mx/bistream/123456789/30073/1/gomezdomingezjy_salazarhdznayeli.pdf. Consultado el: 12/8/2014

J.A. Sánchez-Cuén, A. Cabrales' G. Bernal, M. &Peraza F. (2013).*Infección por Helicobacter pylori y su asociación con el consumo de alcohol. Estudio de casos y controles.* Disponible en: <C:\Documents and Settings\Administrador\Escritorio\tesis\Infección por Helicobacter pylori y su asociación con el consumo de alcohol Estudio de casos y controlesRevistadeGastroenterologíadeMéxicomht>. Consultado:01/08/2014

Lagua, R. & Claudio, L. (2007). *Diccionario de nutrición y dietoterapia.* Quinta edición.. México: Editorial Mc Graw Hill.

Lee, E. y Felman, M. (2002). Gastritis y otras gastropatías. En Sleisenger y Fordtran. *Enfermedades gastrointestinales y hepáticas*. Séptima edición. Tomo 1. Editorial Médica. Panamericana. Montevideo-Uruguay.

Martínez, A. Bravo, K.Gonzales, S. LeccaD. Mendoza, M. Paragua, M. Pinedo, I. Ramos, A. Salcedo, E.Torpoco, I. Wang.S. &Ráez, J (2011).*Efecto De La Bebida Gasificada En La Pared Gástrica De Ratas Macho Con Gastritis Inducida Por Ácido Acetilsalicílico*. Disponible en:<http://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/viewArticle/179>. Consultado el: 18/10/14

Mahan L. &EscottStump,S.(2009).Dietoterapia. Barcelona, EspañaElsevierMasson,;; 660-672.

Molina, W. (2006).*Terapia nutricional del adolescente*. Barcelona-España: Iberia.

Peña, J. Juanchaya, A,Cerron, M. & Álvarez, A(2006). *Conocimiento de los factores relacionado con la gastritis en pacientes ambulatorios de la Sierra de Perú*. Disponible en: www.ibanezyplaza.com/biblio/pdfs/ofiln17_4pdf=page=33. Consultado el: 10/10/14

- Peterson & Graham (2004). *Patologías del tubo digestivo bajo Gastroenterología*. Madrid. España: Editorial panamericana
- Ricaurte, O. y Gutiérrez, O. (2006). *Gastritis crónica*. En Alvarado, J. y col. *Gastroenterología y hepatología*.(2º ed)., Bogotá- Colombia: Médica Celsus
- Rodríguez, M. (2006). *Aspectos Biopsicosociales de la Gastritis en los Adolescentes*. En Méndez, N. y Uribe, M. *Gastroenterología*. México: Mc Graw-Hill. Interamericana.
- Salemne, M. (2008) *¿Existe asociación entre alimentación y las lesiones de la mucosa gastrointestinal?* Disponible en: [www.salemnem.com/biblio/pdfs/ofi In17_4pdf=page=33](http://www.salemnem.com/biblio/pdfs/ofi%20In17_4pdf=page=33). Consultado el: 10/11/14
- Sánchez, A. (2005). *La nutrición en la adolescencia*. En Méndez, N. y Uribe, M. *Gastroenterología*. México: Mc Graw-Hill. Interamericana.
- Santiago S, Sarasa Y. &Zabieta I (2013) *.Dietas en patologías gastrointestinales* .Alimentación hospitalaria: Dietas hospitalarias. España Madrid: Díaz de Santos.
- Salinas, A. (2006), *Métodos Estadísticos para Investigaciones*. (2ºed). Madrid: McGraw-Hill.
- Sequeira, M. (2012).*Evaluación antropométrica y educación nutricional a los*

Conductores de autobús con sobrepeso y obesidad. Disponible en: C:\Documents and Settings\Administrador\Escritorio\tesis\RevistaCostarricense de SaludPública - Anthropometric assessment and nutrition education bus drivers overweight and obesity.mht. Consultado: 05/08/2014.

Sistema de información de Salud del Modelo de Atención Integral (2005). Registro semanal.EPI-12.unidad de estadística. EPI-Mérida.

Sociedad Venezolana de Gastroenterología (2006). *Aumentan casos de gastritis y úlceras gástricas en Venezuela.* Disponible en: http://servidor-opsu.tach.ula.ve/alum/pd_9/gastronomia/noticiagastrovenezuela.html. Consultado el: 10/10/2014

Organización mundial de la salud (2006). *Pocos conocen muchos afecta.* En Sociedad venezolana de gastroenterología (2006). Vol. 60:3. Caracas. Venezuela. Disponible en: http://www.sovegastro.com/pdf/gastritis_11_pocoslaconoceperoafectaamuchos.pdf. Consultado:12/9714

Organización mundial de la salud (2012). *World Health Organization. International Classification of Diseases(ICD).* Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en>. Consultado el:14/12/14

bdigital.ula.ve

ANEXOS

ANEXO 1

AYUNO BREVE COMO FACTOR DE RIESGO EN LA APARICIÓN DE LA GASTRITIS SEGUN LA PRUEBA DE CHICUADRADO.

	Valor	GI	Sig. Asintótic a (bilateral)	Sig. Exacta (bilateral)	Sig. Exacta (unilatera l)
Chi-cuadrado de Pearson	15,798(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	13,990	1	,000		
Razón de verosimilitudes	15,748	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	15,661	1	,000		
N de casos válidos	116				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,52.

Fuente: Cuestionario Consumo alimentario en pacientes. Hospital I Lagunillas. Estado Mérida, Municipio Sucre. 2014.

ANEXO 2

RIESGO RELATIVO SEGÚN RAZÓN DE VENTAJA POR AYUNO.

	VALOR	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
		INFERIOR	SUPERIOR
Razón de las ventajas para ayuno breve (si / no)	6,857	2,460	19,114
Para la cohorte pacientes = casos	2,464	1,676	3,624
Para la cohorte pacientes = control	,359	,177	,728
N de casos válidos	116		

Fuente: Cuestionario Consumo alimentario en pacientes. Hospital I Lagunillas. Estado Mérida, Municipio Sucre. 2014.

ANEXO 3

RIESGO RELATIVO SEGÚN RAZÓN DE VENTAJA DEL CONSUMO DE FRUTAS CITRICAS EN BEBIDAS, GASEOSAS Y PICANTES EN LA APARICIÓN DE LA GASTRITIS.

	VALOR	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
		SUPERIOR	INFERIOR
Razón de las ventajas para Consumo de Frutas Citricas en bebidas, gaseosas y picantes (Si / No)	13,694	5,539	33,860
Para la cohorte pacientes = casos	4,312	2,505	7,420
Para la cohorte pacientes = control	,315	,191	,518
N de casos válidos	116		

Fuente: Cuestionario Consumo alimentario en pacientes. Hospital I Lagunillas. Estado Mérida, Municipio Sucre. 2014.

ABREVIATURAS

AINES: antiinflamatorio no esteroideo

ERGE: enfermedad de reflujo gastroesofágico

Hp: Helicobacter pylori

OMS: Organización Mundial de la Salud

pH: símbolo usado comúnmente para expresar la concentración de iones hidrógenos; medida de alcalinidad y acidez.

UGD: úlcera gastroduodenal

SISMAI: Sistema de información de Salud del Modelo de Atención Integral.

SOVENGAS: Sociedad Venezolana de Gastroenterología

