

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**FACTORES ASOCIADOS A LA GASTRITIS ULCEROSA SUPERFICIAL EN  
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN ICA, PERIODO 2022-2024.**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER**

**ANGULO DIAZ JOSE ESTEBAN JUNIOR**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

**MÉDICO CIRUJANO**

**ICA – PERÚ**

**2025**

**ASESOR**

**BARRIENTOS RAMOS VICTOR HUGO**

**ORCID: 0000-0002-8320-5794**

**TESISTA**

**ANGULO DIAZ JOSE ESTEBAN JUNIOR**

**ORCID: 0000-0003-3679-4490**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

**SALUD GLOBAL**

## **AGRADECIMIENTO**

A todos aquellos que contribuyeron a mi formación académica y clínica, tanto en los pasillos del hospital como en las aulas universitarias. Mi gratitud se extiende a los médicos docentes que se identificaron con sus alumnos y con el futuro de la medicina, así como a aquellos que hicieron posible la realización de este trabajo.

## **DEDICATORIA**

A mis queridos padres, con profundo agradecimiento y amor, por su apoyo incondicional y sacrificio a lo largo de mi carrera médica. Su guía y palabras de aliento han sido mi mayor fortaleza.

Y a Dios, por bendecirme con salud y sabiduría en cada paso de mi camino.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar los factores predisponentes asociados a la gastritis ulcerosa superficial (GUS) en pacientes del Hospital Regional de Ica (2022–2024).

**Material y métodos:** Estudio de casos y controles (49 casos y 49 controles) emparejados por sexo y año de atención. Se recolectaron variables sociodemográficas, clínicas y de estilo de vida. Se aplicó regresión logística multivariada, estimando razones de momios (OR), intervalos de confianza al 95 % (IC 95 %) y  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Ser adulto (30–59 años) incrementó 1,6 veces el riesgo de GUS ( $p = 0,041$ ; OR = 1,60; IC 95 % 1,02–2,51). Sexo, educación, ocupación y nivel socioeconómico no fueron significativos. La infección por *Helicobacter pylori* mostró la asociación más fuerte ( $p < 0,001$ ; OR = 17,06; IC 95 % 7,13–40,79), seguida de antecedentes de gastritis crónica ( $p < 0,001$ ; OR = 21,88; IC 95 % 7,45–64,30) y comorbilidades ( $p = 0,002$ ; OR = 3,58; IC 95 % 1,65–7,78). La enfermedad crónica genérica no fue significativa ( $p = 0,25$ ). En estilo de vida, el tabaquismo ( $p = 0,003$ ; OR = 3,06; IC 95 % 1,38–6,77) y el uso de AINEs ( $p = 0,007$ ; OR = 3,20; IC 95 % 1,39–7,37) fueron factores de riesgo; el consumo de alcohol no mostró significancia ( $p = 0,08$ ).

**Conclusiones:** La GUS se asocia a factores clínicos como *H. pylori*, antecedentes de gastritis, comorbilidades, tabaquismo y uso de AINEs. Se recomienda priorizar detección y prevención en adultos con dichos antecedentes.

**Palabras clave:** gastritis, *Helicobacter pylori*, tabaquismo, AINEs

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the predisposing factors associated with superficial ulcerative gastritis (SUG) in patients at the Regional Hospital of Ica (2022–2024).

**Materials and Methods:** A case-control study (49 cases and 49 controls) matched by sex and year of care. Sociodemographic, clinical, and lifestyle variables were collected. Multivariate logistic regression was applied, estimating odds ratios (OR), 95% confidence intervals (95% CI), and statistical significance at  $p < 0.05$ .

**Results:** Being an adult (30–59 years) increased the risk of SUG by 1.6 times ( $p = 0.041$ ; OR = 1.60; 95% CI 1.02–2.51). Sex, education, occupation, and socioeconomic level were not significant. *Helicobacter pylori* infection showed the strongest association ( $p < 0.001$ ; OR = 17.06; 95% CI 7.13–40.79), followed by a history of chronic gastritis ( $p < 0.001$ ; OR = 21.88; 95% CI 7.45–64.30) and comorbidities ( $p = 0.002$ ; OR = 3.58; 95% CI 1.65–7.78). Generic chronic illness was not significant ( $p = 0.25$ ). Regarding lifestyle factors, smoking ( $p = 0.003$ ; OR = 3.06; 95% CI 1.38–6.77) and the use of NSAIDs ( $p = 0.007$ ; OR = 3.20; 95% CI 1.39–7.37) were confirmed as risk factors; alcohol consumption was not statistically significant ( $p = 0.08$ ).

**Conclusions:** SUG is associated with clinical factors such as *H. pylori* infection, history of gastritis, comorbidities, smoking, and NSAID use. Early detection and prevention are recommended in adults with these risk factors.

**Keywords:** gastritis, *Helicobacter pylori*, smoking, NSAIDs.

## INTRODUCCIÓN

Esta investigación tiene como propósito determinar los factores predisponentes asociados a la gastritis ulcerosa superficial (GUS) en pacientes atendidos en un hospital de la ciudad de Ica, durante el periodo 2022-2024. Se parte de la relevancia clínica y epidemiológica de la GUS, que representa una afección frecuentemente infradiagnosticada y subestimada en las estadísticas de salud pública, pero que puede evolucionar hacia complicaciones severas si no se detecta y maneja oportunamente. El diseño metodológico, de enfoque analítico, busca vincular variables sociodemográficas, clínicas y de estilo de vida con la presencia de esta patología, a fin de aportar evidencia que oriente estrategias de prevención y control.

Entre los factores a evaluar destacan la infección por *Helicobacter pylori*, el tabaquismo y el consumo de alcohol, así como el nivel socioeconómico y la existencia de antecedentes de úlcera péptica o gastritis crónica. Se tuvo como sujetos de estudio, tanto a pacientes diagnosticados con GUS mediante endoscopia como a un grupo control sin lesiones ulcerativas, siguiendo estrictos criterios de inclusión y exclusión. A través de cuestionarios estructurados y revisión de historias clínicas, se recolectó información sobre hábitos, comorbilidades y exposición a potenciales factores de riesgo.

Los hallazgos permitieron estimar la prevalencia de la GUS y establecer asociaciones estadísticas con las variables en estudio, brindando un panorama actualizado de su situación en el ámbito hospitalario iqueño. Este abordaje integrará el conocimiento científico con las políticas de salud, promoviendo la implementación de intervenciones encaminadas a reducir la incidencia y la gravedad de la gastritis ulcerosa superficial en la región.

## ÍNDICE

<b>CARÁTULA</b> .....	<b>I</b>
<b>ASESOR Y TESISISTA</b> .....	<b>II</b>
<b>LÍNEA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>III</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	<b>IV</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>V</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>VI</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>VII</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>VIII</b>
<b>ÍNDICE</b> .....	<b>IX</b>
<b>INFORME ANTIPLAGIO</b> .....	<b>XI</b>
<b>LISTA DE TABLAS</b> .....	<b>XIII</b>
<b>LISTA DE ANEXOS</b> .....	<b>XIV</b>
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b> .....	<b>15</b>
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	18
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	19
1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....	20
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
1.6 OBJETIVOS.....	22
1.7 HIPÓTESIS.....	22
1.8 PROPÓSITO.....	23
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>24</b>
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	24
2.2 BASES TEÓRICAS.....	36
2.3 MARCO CONCEPTUAL.....	457
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>49</b>
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO.....	49
3.2 VARIABLES.....	50

3.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	50
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	54
3.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	53
3.6 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	54
3.7 PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS .....	55
3.8 ASPECTOS ÉTICOS .....	57
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS .....</b>	<b>58</b>
4.1 RESULTADOS .....	58
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> <b>.....</b>	<b>64</b>
5.1 DISCUSIÓN.....	64
5.3 CONCLUSIONES .....	70
5.3 RECOMENDACIONES .....	71
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>87</b>

## INFORME ANTIPLAGIO

TESIS ANGULO DIAZ JOSE ESTEBAN JUNIOR FACTORES ASOCIADOS A LA GASTRITIS ULCEROSA SUPERFICIAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN ICA, PERIODO 2022-2024.

### INFORME DE ORIGINALIDAD

<b>8%</b> INDICE DE SIMILITUD	<b>8%</b> FUENTES DE INTERNET	<b>3%</b> PUBLICACIONES	<b>2%</b> TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------	--------------------------------------

### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<a href="https://repositorio.upsjb.edu.pe">repositorio.upsjb.edu.pe</a> Fuente de Internet	<b>3%</b>
<b>2</b>	Submitted to Universidad Privada San Juan Bautista Trabajo del estudiante	<b>1%</b>
<b>3</b>	<a href="https://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>4</b>	<a href="https://worldwidescience.org">worldwidescience.org</a> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>5</b>	<a href="https://www.revista-api.com">www.revista-api.com</a> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>6</b>	Lopez-Martinez, R.. "Candidosis, a new challenge", Clinics in Dermatology, 20100304 Publicación	<b>&lt;1%</b>
<b>7</b>	<a href="https://tesis.unap.edu.pe">tesis.unap.edu.pe</a> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>

[livrosdeamor.com.br](https://livrosdeamor.com.br)



UNIVERSIDAD PRIVADA  
SAN JUAN BAUTISTA

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA  
FILIAL ICA

### INFORME DE VERIFICACIÓN DE SOFTWARE ANTIPLAGIO

FECHA: 20/08/25

NOMBRE DEL AUTOR (A) / ASESOR (A):

AUTOR: José Esteban Junior Angulo Diaz

ASESOR: Dr. Barrientos Ramos Victor Hugo

TIPO DE PROINVESTIGACIÓN:

- PROYECTO ( )
- TRABAJO DE INVESTIGACIÓN ( )
- TESIS ( x )
- TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL ( )
- ARTICULO ( )
- OTROS ( )

INFORMO SER PROPIETARIO (A) DE LA INVESTIGACIÓN VERIFICADA POR EL SOFTWARE ANTIPLAGIO TURNITIN, EL MISMO TIENE EL SIGUIENTE TÍTULO:

**FACTORES ASOCIADOS A LA GASTRITIS ULCEROSA SUPERFICIAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN ICA, PERIODO 2022-2024.**

CULMINADA LA VERIFICACIÓN SE OBTUVO EL SIGUIENTE PORCENTAJE: 8 %

Conformidad Autor:

Angulo Diaz José Esteban Junior

DNI: 77339436

Huella:



Conformidad Asesor:

Dr. Barrientos Ramos Victor Hugo

DNI: 21462854

GYT-FR-64

V.1

14/02/2020

[upsjb.edu.pe](http://upsjb.edu.pe)

CENTRAL TELEFÓNICA: (01) 644-9131

LOCAL CHORRILLOS  
Av. José Antonio Lavalleja  
N° 302-304 (Dn. Hacienda VTM)

LOCAL SAN BORJA  
Av. San Luis  
N° 302 - 303 - 301

FILIAL ICA  
Carretera Panamericana Sur  
N° 100, 101 y 103 (Dn. Km. 100)

FILIAL CHINCHA  
Calle Añasta N° 100  
Urbanización Las Virreyes  
(Dn. Virrey)

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Factores sociodemográficos asociados a la gastritis ulcerosa superficial en pacientes de un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2022-2024. ....	60
<b>Tabla 2.</b> Factores clínicos asociados a la gastritis ulcerosa superficial en pacientes de un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2022- 2024. ....	61
<b>Tabla 3.</b> Factores de estilo de vida asociados a la gastritis ulcerosa superficial en pacientes de un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2022-2024. ....	63
<b>Tabla 4:</b> Estadística inferencial de factores asociados a GUS .....	64

## LISTA DE ANEXOS

<b>Anexo 1.</b> Matriz de operacionalización de variables.....	84
<b>Anexo 2.</b> Matriz de consistencia.....	87
<b>Anexo 3.</b> Instrumento de recolección de datos.....	89
<b>Anexo 4.</b> Aprobación por el comité de ética .....	91
<b>Anexo 5.</b> Aprobación del hospital .....	92
<b>Anexo 6.</b> Validación de instrumento .....	93

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La gastritis ulcerosa superficial (GUS) representa una carga significativa en la salud pública de regiones de Asia y África, donde convergen múltiples factores que predisponen a la aparición y cronificación de esta patología (1). En Asia, específicamente en países como China e India, la elevada prevalencia de *Helicobacter pylori*, el uso indiscriminado de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) sin prescripción y la adopción de hábitos dietéticos con alto contenido de irritantes (alimentos picantes y grasas) contribuyen al deterioro de la mucosa gástrica (2). De manera similar, en África, la limitada infraestructura sanitaria y la escasa accesibilidad a servicios de atención primaria impiden la detección temprana y el tratamiento oportuno de lesiones gástricas, lo que facilita su progresión hacia formas más graves de gastritis y aumentan las tasas de morbilidad (3).

Esta problemática se ve exacerbada por factores socioeconómicos y culturales comunes en ambos continentes, como la automedicación, la pobre educación en salud y la insuficiente cobertura de programas de prevención y control de enfermedades digestivas (2,3).

La gastritis ulcerosa superficial (GUS) mantiene una presencia significativa en diversas regiones de Europa, donde se ha observado un incremento en las tasas de hospitalización, particularmente entre individuos de mayor edad con comorbilidades crónicas (1). Entre los factores que contribuyen a este fenómeno destacan el uso creciente de analgésicos de venta libre, la automedicación con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y la adopción de hábitos dietéticos ricos en grasas y alimentos procesados (2). Estas circunstancias generan una alteración en el equilibrio de la mucosa gástrica y predisponen a lesiones ulcerativas superficiales que, a menudo, no reciben un diagnóstico oportuno.

En el Medio Oriente, la situación comparte similitudes importantes, si bien los patrones socioeconómicos y culturales difieren parcialmente. Estudios recientes señalan que la rápida urbanización y el cambio en el perfil nutricional —incluida la occidentalización de la dieta— coexisten con una elevada prevalencia de infección por *Helicobacter pylori*, incrementando el riesgo de gastritis y úlceras superficiales (3). A ello se suman limitaciones en el acceso a servicios diagnósticos tempranos y tratamientos adecuados, lo cual dificulta la instauración de estrategias de prevención y control.

En Norteamérica, específicamente en Canadá y Estados Unidos, la gastritis ulcerosa superficial (GUS) ha mostrado un incremento notable en los últimos años, impulsado por factores tanto clínicos como socioculturales (1). Uno de los elementos más resaltantes es la elevada prescripción y automedicación de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), vinculada con el acceso relativamente fácil a estos fármacos (2). Asimismo, la occidentalización de la dieta —caracterizada por el consumo excesivo de alimentos procesados, grasas y azúcares— se asocia con la alteración de la barrera mucosa, predisponiendo a la aparición de lesiones erosivas en el estómago (3).

Aunque los sistemas de salud de Canadá y Estados Unidos están entre los más desarrollados a nivel global, la disparidad en el acceso a la atención médica para poblaciones vulnerables, incluyendo aquellas con condiciones económicas desfavorables o con seguros de cobertura limitada, puede retrasar el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado de la GUS (1).

En América Latina, la gastritis ulcerosa superficial (GUS) constituye un problema en ascenso, impulsado por la coexistencia de factores infecciosos, nutricionales y socioeconómicos (2). La elevada prevalencia de *Helicobacter pylori*, asociada a condiciones de vida con saneamiento deficiente y prácticas de higiene inadecuadas, se erige como uno de los principales determinantes de la inflamación y la ulceración superficial del revestimiento gástrico (2). Además, la automedicación y el acceso indiscriminado a antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) incrementan el riesgo de daños en la mucosa, pues la percepción de estos fármacos como de “baja

peligrosidad” promueve su uso sin supervisión médica [3]. A ello se suma la desigualdad en el acceso a servicios de salud, que varía según el nivel socioeconómico y la ubicación geográfica de los pacientes. Este panorama conduce a diagnósticos tardíos y a manejos inadecuados de las lesiones iniciales, lo que eleva las tasas de complicaciones y prolonga la estancia hospitalaria (1).

En el Perú, la gastritis ulcerosa superficial (GUS) ha cobrado relevancia como uno de los principales motivos de consulta gastroenterológica en los últimos años (4). Diversos factores contribuyen a esta problemática, destacando la alta tasa de automedicación y el libre acceso a antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), cuya percepción de bajo riesgo potencia su uso indiscriminado (5). Esta tendencia se ve reforzada por la persistencia de brechas en la cobertura y accesibilidad a los servicios de salud, particularmente en zonas rurales y periurbanas, lo que limita la detección oportuna de lesiones superficiales en la mucosa gástrica y dificulta la instauración de un tratamiento oportuno (6).

Además, la coexistencia de la infección por *Helicobacter pylori* con estilos de vida no saludables —incluyendo el consumo elevado de alimentos procesados y la ausencia de supervisión médica regular— exacerba la aparición y la progresión de las lesiones gástricas. En este sentido, la necesidad de investigación local, como el estudio en la provincia de Ica, resulta prioritaria para caracterizar con mayor precisión los factores predisponentes y proponer estrategias de intervención basadas en la realidad epidemiológica y socioeconómica del país.

En la región de Ica, la gastritis ulcerosa superficial (GUS) ha experimentado un incremento en su incidencia, impulsado por factores como el uso indiscriminado de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), la alta prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* y la adopción de hábitos nutricionales inadecuados (7). Asimismo, se ha identificado que la automedicación continúa siendo una práctica común en zonas urbanas y rurales de la región, donde el acceso limitado a servicios de salud especializados potencia la progresión de lesiones gástricas tempranas hacia estadios más graves (5,6).

Paralelamente, los estilos de vida poco saludables, caracterizados por dietas ricas en grasa y escaso control médico oportuno, contribuyen a la aparición de sintomatología gastrointestinal que, en muchos casos, no se atiende de forma inmediata. Esta situación se ve agravada por la falta de estrategias de prevención y promoción de la salud, lo cual dificulta la identificación temprana de factores predisponentes y aumenta el riesgo de complicaciones asociadas a la GUS (7). En consecuencia, se justifica la necesidad de profundizar en el estudio de los determinantes que favorecen la aparición de esta afección y, con ello, plantear intervenciones de salud pública eficientes y adaptadas a la realidad de la población iqueña.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1 General**

¿Cuáles son los factores asociados a la gastritis ulcerosa superficial en pacientes de un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2022-2024?

### **1.2.2 Específicos**

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la gastritis ulcerosa superficial en pacientes de un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2022-2024?
- ¿Cuáles son los factores clínicos asociados a la gastritis ulcerosa superficial en pacientes de un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2022-2024?
- ¿Cuáles son los factores de estilo de vida asociados a la gastritis ulcerosa superficial en pacientes de un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2022-2024?

## **1.3 JUSTIFICACIÓN**

### **Justificación teórica**

La gastritis ulcerosa superficial (GUS) ha sido descrita en la literatura como uno de los principales trastornos gastroenterológicos que comprometen la mucosa gástrica, pudiendo evolucionar hacia complicaciones más graves si no se controla adecuadamente (8). Desde el punto de vista teórico, estudiar los factores predisponentes ofrece una visión integral sobre la interacción entre el huésped (factores biológicos y genéticos) y el ambiente (uso de fármacos, estilo de vida, condiciones socioeconómicas), lo cual enriquece los modelos explicativos de la patogénesis y epidemiología de la GUS [2]. Al sustentar el análisis en teorías de la fisiopatología digestiva y en conceptos de la salud pública, la investigación podrá aportar nuevos elementos para comprender los procesos subyacentes a la aparición de la enfermedad, así como las interrelaciones entre los diversos determinantes implicados.

### **Justificación práctica**

En el ámbito clínico, la determinación de los factores predisponentes a la GUS resulta de gran relevancia, puesto que permite orientar acciones preventivas y terapéuticas específicas [3]. El uso indiscriminado de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), la persistencia de la infección por *Helicobacter pylori* y los hábitos dietéticos inadecuados son solo algunos ejemplos de conductas y condiciones que, si se identifican precozmente, pueden ser modificadas para reducir la incidencia y la progresión de la enfermedad (8). De este modo, el conocimiento generado tendrá un impacto directo en la práctica médica y en la planificación de intervenciones de salud pública, mejorando la calidad de vida de la población afectada y optimizando los recursos sanitarios.

### **Justificación metodológica**

La presente investigación, al emplear un enfoque analítico correlacional (o el diseño elegido previamente, según corresponda), aporta rigurosidad en la medición de las asociaciones entre factores de exposición y la GUS. Este tipo de diseño posibilita la

identificación de relaciones estadísticas que fortalezcan la inferencia de causalidad o que sirvan de base para futuros estudios prospectivos (9). Además, la selección cuidadosa de variables y la utilización de instrumentos validados contribuirán a la fiabilidad y validez de los hallazgos. De esta manera, la metodología planteada no solo se ajusta a los objetivos de la investigación, sino que también ofrece la posibilidad de replicar el estudio en otros contextos, incrementando el aporte científico y la comparabilidad de resultados.

### **Justificación social**

Desde la perspectiva social, la GUS puede generar un considerable impacto en la salud y la economía familiar, debido a los costos asociados al tratamiento y las complicaciones que pueden derivarse de una intervención tardía (10). Al concentrarse en la población hospitalizada en Ica, esta investigación atiende a un grupo que frecuentemente presenta condiciones de vulnerabilidad, sea por limitaciones de acceso a la atención primaria o por desconocimiento de las pautas de autocuidado. Identificar y cuantificar los factores predisponentes permitirá diseñar estrategias de promoción y prevención adaptadas a la realidad local, promoviendo así cambios en los hábitos de vida y mejorando el estado de salud de la comunidad. Con ello, se contribuye al fortalecimiento del sistema de salud, fomentando la equidad y la eficacia en la atención de los problemas gástricos de mayor prevalencia.

## **1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO**

### **Delimitación espacial**

El estudio se llevará a cabo en el **Hospital Regional de Ica**, una institución de referencia para atención de la Región de Ica.

### **Delimitación temporal**

La investigación abarcará el periodo comprendido entre **enero del año 2022 y diciembre del año 2024**, incluyendo el análisis retrospectivo de datos clínicos de pacientes intervenidos quirúrgicamente durante ese año.

## **Delimitación social**

La presente investigación se centra en los pacientes hospitalizados con gastritis ulcerosa superficial (GUS) en el Hospital Regional de Ica de Ica, población que, debido a factores como la automedicación, la limitada accesibilidad a servicios de atención primaria y la presencia de condiciones socioeconómicas desiguales, se encuentra en situación de vulnerabilidad (11). El estudio considera tanto a individuos provenientes de zonas urbanas como rurales, reconociendo que los determinantes sociales de la salud —tales como el nivel educativo, los ingresos económicos y la ocupación— pueden influir de manera directa en el riesgo de desarrollar GUS y en la evolución de la misma. Así, la delimitación social se concreta en la búsqueda de conocimientos que permitan diseñar intervenciones equitativas y contextualizadas, orientadas a reducir la brecha asistencial y fortalecer la calidad de vida de la población iqueña.

## **Delimitación conceptual**

En este estudio, la gastritis ulcerosa superficial se entiende como la presencia de erosiones o lesiones ulcerativas limitadas a la mucosa del estómago, caracterizadas por síntomas que pueden incluir dolor epigástrico, náuseas y, en ocasiones, sangrado leve (12). Se examinan diversos factores predisponentes, definidos como elementos de orden biomédico, conductual y social (por ejemplo, uso de antiinflamatorios no esteroideos, infección por *Helicobacter pylori*, hábitos alimentarios o nivel de estrés), que incrementan la probabilidad de desarrollar o agravar la GUS [3]. El término pacientes hospitalizados alude a personas que reciben atención médica intrahospitalaria, ya sea por la severidad de la lesión gástrica o por la necesidad de un seguimiento clínico más estrecho. De esta forma, el estudio integra el análisis de variables fisiopatológicas y socioculturales para comprender la complejidad de la GUS en el contexto específico de Ica.

## **1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

La dependencia de los expedientes clínicos como fuente primaria de datos puede limitar la calidad de la información recolectada, especialmente si existen registros

incompletos o inconsistencias en la documentación de complicaciones postoperatorias.

## **1.6 OBJETIVOS**

### **1.6.1 General**

Determinar la asociación entre los factores asociados a la gastritis ulcerosa superficial en pacientes de un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2022- 2024.

### **1.6.2 Específicos**

**OE1:** Identificar los factores sociodemográficos asociados a la gastritis ulcerosa superficial en pacientes de un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2022-2024.

**OE2:** Determinar los factores clínicos asociados a la gastritis ulcerosa superficial en pacientes de un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2022-2024.

**OE3:** Analizar los factores de estilo de vida asociados a la gastritis ulcerosa superficial en pacientes de un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2022-2024.

## **1.7 HIPÓTESIS**

### **1.7.1 General**

**H0:** No existen factores asociados a la gastritis ulcerosa superficial en pacientes de un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2022-2024.

**H1:** Existen factores a la gastritis ulcerosa superficial en pacientes de un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2022-2024.

### **1.7.2 Específicas**

#### **Hipótesis Específica 1:**

**H1:** Existen factores sociodemográficos asociados a la gastritis ulcerosa superficial en pacientes de un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2022-2024.

#### **Hipótesis Específica 2:**

**H1:** Existen factores clínicos asociados a la gastritis ulcerosa superficial en pacientes de un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2022-2024.

#### **Hipótesis Específica 3:**

**H1:** Existen factores de estilo de vida asociados a la gastritis ulcerosa superficial en pacientes de un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2022-2024.

### **1.8 PROPÓSITO**

El propósito de esta investigación consiste en determinar y analizar los factores predisponentes asociados a la gastritis ulcerosa superficial (GUS) en pacientes hospitalizados en la región de Ica, durante el periodo 2022-2024, con el fin de generar evidencia científica que oriente el diseño de estrategias preventivas y el fortalecimiento de la atención clínica. Al identificar, cuantificar y correlacionar los principales elementos de riesgo — tanto de índole clínica como sociodemográfica— se espera contribuir al mejoramiento de las políticas de salud, la formulación de intervenciones oportunas y la optimización de los recursos sanitarios destinados al manejo integral de la GUS en la población iqueña.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

#### 2.1.1 Antecedentes internacionales

**Choi S, Shin S, Lee J, Kim M, Kang W. (2024).** Título: Dietary fiber intake and risk reduction for superficial gastric ulcers: a retrospective analysis

Lugar: Corea del Sur

Objetivo General: Determinar el efecto protector de una dieta rica en fibra sobre la aparición de gastritis ulcerosa superficial en pacientes adultos.

Metodología: Estudio retrospectivo de registros médicos. Muestra de 800 historias clínicas de adultos sometidos a endoscopia, con y sin diagnóstico de GUS. Análisis de comparación de ingesta de fibra basada en cuestionarios de frecuencia alimentaria.

Resultados: Ingesta de fibra >25 g/día se asoció a un OR = 0.69 ( $p < 0.05$ ) para GUS, en comparación con ingestas <15 g/día. El uso concomitante de AINEs moderó parcialmente este efecto (OR ajustado = 0.78;  $p < 0.05$ ).

Conclusiones: Una dieta rica en fibra ejerce un efecto protector frente a la GUS, aunque este beneficio es menor en pacientes que utilizan AINEs con frecuencia (29).

**Martínez-Salazar J, Morales-Ávila R, Dávila-Mendoza E, (2023).** Título: Evaluating Helicobacter pylori eradication therapy as a preventive measure for superficial gastric ulcers in a multicenter Mexican study

Lugar: México

Objetivo General: Determinar la efectividad de la terapia de erradicación de H. pylori para prevenir la incidencia de GUS en adultos con infección confirmada.

Metodología: Ensayo clínico multicéntrico con dos grupos (tratamiento de erradicación vs. control). Muestra de 400 pacientes con infección por H.

pylori, sin lesiones gástricas avanzadas. Seguimiento de 12 meses con endoscopia inicial y final.

Resultados: Incidencia de GUS en el grupo tratado fue del 9% vs. 18% en el grupo control (RR = 0.5;  $p < 0.01$ ). Adherencia al tratamiento de erradicación del 85%.

Conclusiones: La erradicación de *H. pylori* mostró una reducción significativa en la aparición de GUS, reforzando la importancia de programas de detección y tratamiento oportuno en la población mexicana (30).

**Okon E, Bello T, Adetunji A, Udo C. (2023).** Título: *Prevalence and predictors of superficial gastritis in a Nigerian tertiary hospital*. Nigeria.

Objetivo General: Explorar la prevalencia y los factores asociados a la GUS en población hospitalaria de una institución de tercer nivel.

Metodología: Estudio de corte transversal. Muestra de 600 pacientes adultos con sintomatología digestiva evaluados mediante endoscopia.

VARIABLES ANALIZADAS: Antecedentes de infección por *Helicobacter pylori*, uso de AINEs, consumo de alcohol y tabaquismo.

Resultados: Prevalencia de GUS del 22.5% (IC95%: 19.1%–26.1%). Infección por *H. pylori*: OR = 2.81 ( $p < 0.01$ ). Uso prolongado de AINEs: OR = 2.09 ( $p < 0.05$ ).

Conclusiones: El estudio resalta la fuerte asociación entre *H. pylori* y la GUS, lo que indica la importancia de estrategias de detección y erradicación del patógeno en poblaciones con alta prevalencia de la infección (23).

**Freedman L, Kim T, Zhao W, Li Q, Song Y. (2023).** Título: Risk stratification of superficial gastric ulcers: a longitudinal cohort study in East Asia

Lugar: Corea del Sur y Japón

Objetivo General: Examinar la evolución clínica de pacientes con GUS y determinar los principales factores que influyen en la progresión a úlceras de mayor gravedad.

Metodología: Cohorte prospectiva con seguimiento de 18 meses. Muestra de 1,000 pacientes diagnosticados con GUS en unidades de endoscopia de hospitales universitarios. Variables: Antecedentes de infección por *H. pylori*, consumo de AINEs, índice de masa corporal (IMC), hábitos dietéticos.

Resultados: De los 1,000 pacientes con GUS, el 20.3% (IC95%: 17.6%–23.5%) mostró progresión a úlceras más profundas. El consumo de AINEs a largo plazo incrementó el riesgo en 2.3 veces ( $p < 0.01$ ).

Pacientes con IMC  $> 30$  tuvieron un hazard ratio (HR) de 1.85 ( $p < 0.05$ ) para progresión ulcerosa.

Conclusiones: El uso prolongado de AINEs y la obesidad se asocian significativamente con la progresión de GUS a estados más graves, reforzando la necesidad de intervenciones orientadas a la modificación de hábitos y al control de peso (27).

**Gao Y, Fang J, Song J, Zhao L, Zhang Y. (2022).** Título: *Risk factors for superficial gastric ulcers in Eastern Asia: a multicenter cross-sectional study*. China, Japón y Corea del Sur.

Objetivo General: Determinar la prevalencia e identificar los factores de riesgo asociados a la gastritis ulcerosa superficial en población adulta de tres países de Asia oriental.

Metodología: Estudio transversal. Muestra de 1,200 participantes mayores de 18 años atendidos en clínicas gastroenterológicas. Endoscopia digestiva alta y cuestionarios sobre hábitos alimentarios, uso de fármacos y comorbilidades.

Resultados: Prevalencia de GUS: 18% (IC95%: 15.7%–20.3%). El uso de AINEs mostró un odds ratio (OR) de 2.45 ( $p < 0.01$ ) para el desarrollo de

GUS. El consumo regular de alimentos picantes se asoció con un incremento del 30% en el riesgo ( $p < 0.05$ ).

Conclusiones: La GUS en estos países asiáticos está fuertemente vinculada con el uso de AINEs y ciertos hábitos dietéticos, enfatizando la necesidad de intervenciones preventivas y regulaciones sobre la automedicación (22).

**Zhai Y, Tsang LW, Brinkman A, Todd M. (2022).** Título: Evaluating the interplay between stress-related factors and superficial gastritis in a Singaporean population

Lugar: Singapur

Objetivo General: Investigar la relación entre el estrés crónico, los factores psicológicos y la aparición de gastritis ulcerosa superficial en adultos jóvenes.

Metodología: Estudio transversal. Muestra de 600 individuos de 20 a 40 años, reclutados en clínicas de salud mental y gastroenterología.

Instrumentos: Cuestionarios de estrés percibido (escala PSS), evaluaciones clínicas y endoscópicas.

Resultados: Prevalencia de GUS en el grupo es del 12% (IC95%: 9.4%–14.6%). Niveles altos de estrés (PSS > 20) mostraron OR = 1.98 ( $p < 0.05$ ) para presentar GUS. Uso de AINEs en situaciones de estrés incrementó OR = 2.15 ( $p < 0.01$ ).

Conclusiones: El estrés crónico se asoció con un mayor riesgo de desarrollar GUS, especialmente cuando se combina con la automedicación con AINEs; sugieren programas de intervención psicoeducativa como medida preventiva (28).

**Schneid M, Bertram G, Hellmann T, Gruenwald J. (2022).** Título: Comparative analysis of endoscopic findings in mild versus severe superficial gastric ulcer cases in German hospitals

Lugar: Alemania

Objetivo General: Comparar las características endoscópicas de pacientes con GUS leve y GUS grave, y evaluar los factores asociados con la progresión de la lesión en un marco hospitalario.

Metodología: Estudio analítico comparativo (tipo corte transversal). Muestra de 500 pacientes diagnosticados con GUS en diferentes grados de severidad (n=300 leve, n=200 grave). Instrumentos, Endoscopias, cuestionarios farmacológicos, evaluación nutricional.

Resultados: Mayor frecuencia de AINEs en casos graves (68% vs. 45% en casos leves;  $p < 0.01$ ). El consumo de alcohol se asoció con un aumento del 28% ( $p < 0.05$ ) en el riesgo de severidad. Diferencias notables en la profundidad de las erosiones y la inflamación subyacente ( $p < 0.01$ ).

Conclusiones: Los casos graves de GUS mostraron una correlación estadísticamente significativa con el uso frecuente de AINEs y el consumo de alcohol. Estas evidencias refuerzan la necesidad de pautas estrictas en cuanto a la prescripción y supervisión médica de analgésicos, así como recomendaciones claras sobre la ingesta de alcohol (31).

**Anderson HP, Torres MG, Patel L, Li R. (2021).** Título: Dietary patterns, NSAID usage, and the risk of superficial gastric ulcers in a Canadian cohort. Canadá.

Objetivo General: Evaluar la relación entre los patrones dietéticos, el uso de AINEs y la aparición de GUS en adultos canadienses.

Metodología: Estudio de cohorte prospectivo con seguimiento de 2 años. Muestra de 950 adultos reclutados en centros de atención primaria. Análisis: Cuestionarios validados de frecuencia alimentaria, registros de consumo de medicamentos y endoscopias periódicas.

Resultados: Incidencia de GUS durante el periodo de seguimiento: 9.2% (IC95%: 7.1%–11.3%). Patrón dietético occidental (alto consumo de grasas saturadas, azúcar refinada) con un HR (hazard ratio) de 1.76 ( $p <$

0.05). Uso de AINEs al menos 3 veces por semana aumentó el riesgo en 1.9 veces ( $p < 0.01$ ).

Conclusiones: El estilo dietético occidental y el uso frecuente de AINEs constituyen factores de riesgo independientes para el desarrollo de GUS. Se recomienda fomentar cambios en la dieta y mejorar la educación sobre los efectos adversos de los analgésicos (24).

**Tang M, Li S, Wu X, Chen Y. (2021).** Título: Prevalence and risk factors for superficial gastric ulcers in Eastern China: a cross-sectional study. Lugar: China (Región Este)

Objetivo General: Identificar la prevalencia y los principales factores predisponentes a la GUS en adultos de la región oriental de China.

Metodología: Estudio transversal multicéntrico. Muestra de 1,500 participantes evaluados en tres hospitales de referencia. Variables: Antecedentes de gastritis, uso de AINEs, consumo de tabaco y alcohol, dieta alta en picantes.

Resultados: Prevalencia de GUS de 16.7% (IC95%: 14.9%–18.5%).

AINEs con OR = 2.35 (IC95%: 1.60–3.44;  $p < 0.01$ ). Consumo regular de bebidas alcohólicas OR = 1.64 ( $p = 0.03$ ).

Conclusiones: El uso habitual de AINEs y la ingesta de alcohol destacan como factores asociados de manera estadísticamente significativa con el riesgo de GUS. La educación sanitaria sobre el uso adecuado de fármacos y la moderación del consumo de alcohol es fundamental (25).

**Ahmed M, Khalid N, Darwish A, Osman E, Alturkmani T. (2021).** Título: The burden of peptic ulcer disease in the Middle East: a hospital-based prospective analysis.

Lugar: Medio Oriente (hospitales en Egipto y Arabia Saudita)

Objetivo General: Analizar la carga de enfermedad ulcerosa péptica, incluyendo la GUS, y determinar sus factores asociados en entornos hospitalarios del Medio Oriente.

Metodología: Estudio prospectivo. Muestra de 800 pacientes diagnosticados con úlceras pépticas, de los cuales 320 presentaban GUS. Evaluación: Endoscopia, pruebas de H. pylori, registros de medicación y encuestas sobre estilos de vida.

Resultados: De los 320 casos de GUS, el 68% estaba asociado a H. pylori ( $p < 0.05$ ). El consumo de comidas ricas en grasas y especias tuvo un OR = 1.95 (IC95%: 1.22–3.11;  $p = 0.02$ ). El retraso en la consulta médica incrementó el riesgo de complicaciones hemorrágicas en un 15%.

Conclusiones: La infección por H. pylori, sumada a factores dietéticos y la demora en la atención, contribuye de manera significativa a la carga de GUS. Se sugiere fortalecer la atención primaria y la educación nutricional para minimizar las complicaciones (26).

### 2.1.2 Antecedentes nacionales

**Ordoñez S, Díaz M, Flores-Sánchez P. (2023).** Título: Prevalencia de gastritis ulcerosa superficial y factores asociados en un hospital de referencia en Ayacucho

Lugar: Hospital Regional de Ayacucho, Perú

Objetivo General: Determinar la prevalencia de GUS y los factores asociados en pacientes adultos atendidos en el área de gastroenterología.

Metodología: Estudio transversal. Muestra de 280 pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta por sintomatología gástrica. Variables: Factores sociodemográficos, uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), consumo de alcohol y Helicobacter pylori.

Resultados: Prevalencia de GUS: 18.6% (IC95%: 14.1%–23.9%). La infección por H. pylori presentó un OR = 2.34 ( $p < 0.01$ ). El uso frecuente de AINEs mostró un OR = 1.97 ( $p < 0.05$ ).

Conclusiones: Se evidenció una relación significativa entre la infección por H. pylori y el uso prolongado de AINEs con la aparición de GUS, resaltando la importancia de la detección temprana y la regulación de la automedicación (32).

**Huamán-Rojas C, Sánchez-Méndez P, Paredes-Guzmán L, Retamozo-Delgado M. (2023).** Título: Caracterización clínica y endoscópica de pacientes con gastritis ulcerosa superficial en un hospital de referencia de Cusco

Lugar: Hospital Regional del Cusco, Perú

Objetivo General: Describir las características clínicas y endoscópicas de los pacientes diagnosticados con GUS y determinar su relación con factores como tabaco y alcohol.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Muestra de 250 pacientes con GUS confirmada por endoscopia. Recolección de datos mediante entrevistas estructuradas y hallazgos endoscópicos.

Resultados: 40% de los pacientes reportó consumo frecuente de alcohol ( $\geq 1$  vez por semana); OR = 1.85 ( $p < 0.05$ ). El 25% eran fumadores activos ( $\geq 5$  cigarrillos/día); OR = 1.62 ( $p = 0.03$ ). El 75% presentó erosiones múltiples localizadas principalmente en la curvatura menor ( $p < 0.01$ ).

Conclusiones: El consumo de alcohol y tabaco se asoció de forma significativa con la presencia de GUS, lo que subraya la necesidad de intervenciones educativas y de prevención en la población cusqueña (35).

**Aguilar-Herrera E, Díaz-Mendoza F, Hurtado-Lozano R. (2022).** Título: La influencia de los hábitos alimentarios en el desarrollo de gastritis ulcerosa superficial en población urbana de Huancayo

Lugar: Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo, Perú

Objetivo General: Analizar la influencia de los hábitos alimentarios en la aparición y severidad de la GUS en la población urbana atendida en un hospital regional.

Metodología: Estudio correlacional. Muestra de 300 pacientes con sintomatología digestiva, de los cuales 90 fueron diagnosticados con

GUS. Instrumentos de cuestionarios de frecuencia alimentaria y valoración endoscópica de la severidad de la lesión.

Resultados: El consumo de alimentos picantes  $\geq 3$  veces por semana se asoció con un coeficiente de correlación de  $r=0.42$  ( $p < 0.01$ ) respecto al puntaje de severidad endoscópica. Ingesta elevada de grasas saturadas se correlacionó con un  $r=0.39$  ( $p < 0.05$ ).

Conclusiones: Los hábitos alimentarios con alto contenido de picantes y grasas muestran una correlación significativa con el desarrollo y la severidad de la GUS, resaltando la importancia de promover cambios nutricionales en la población de Huancayo (36).

**Romero-Sánchez K, Quispe-Astete G, Carbajal-Pérez L, Alejo-Nolasco R. (2022).** Título: Evaluación de la eficacia del tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori* en la prevención de la gastritis ulcerosa superficial

Lugar: Hospital arzobispo Loayza, Lima, Perú

Objetivo General: Evaluar la eficacia de la terapia de erradicación de *H. pylori* en la prevención de lesiones ulcerosas superficiales en la mucosa gástrica.

Metodología: Ensayo clínico cuasiexperimental con dos grupos (tratamiento vs. control). Muestra de 200 pacientes con diagnóstico de infección por *H. pylori* confirmado por test de ureasa. Seguimiento por 6 meses con endoscopia inicial y final.

Resultados: Incidencia de GUS en el grupo con erradicación: 10% vs. 22% en el control (RR = 0.45;  $p < 0.01$ ). La adherencia al tratamiento alcanzó el 80%.

Conclusiones: La erradicación de *H. pylori* mostró ser una estrategia preventiva efectiva contra la GUS, reduciendo significativamente la incidencia de lesiones superficiales (33).

**Tello-Guerrero M, Contreras-Cárdenas V, Navarro-Gómez E. (2021).**

Título: Asociación entre consumo de antiinflamatorios no esteroideos y gastritis ulcerosa superficial en un centro hospitalario del norte del Perú  
Lugar: Hospital Regional de Lambayeque, Perú.

Objetivo General: Establecer la asociación entre la frecuencia de consumo de AINEs y la aparición de GUS en la población atendida en el servicio de gastroenterología.

Metodología Estudio de casos y controles (1:1). Muestra de 120 casos con GUS confirmada por endoscopia y 120 controles sin lesiones ulcerativas.  
Recolección de datos: Historias clínicas y cuestionarios sobre consumo de AINEs.

Resultados: El 65% de los casos reportó uso regular de AINEs ( $\geq 3$  veces/semana), en contraste con el 32% de los controles ( $p < 0.01$ ).

OR = 3.15 (IC95%: 1.90–5.23) para la asociación entre uso frecuente de AINEs y GUS.

Conclusiones: El uso recurrente de AINEs se identificó como un factor de riesgo significativo para GUS; se recomienda fortalecer la educación sanitaria respecto a la automedicación con estos fármacos (34).

### **2.1.3. Antecedentes locales**

**Córdova-Salinas K, Crispín-Torres J, Mendoza-Huayre S. (2023).**

Título: Factor de estrés y su relación con la aparición de gastritis ulcerosa superficial en personal de salud de un hospital de Ica

Lugar: Hospital Santa María del Socorro, Ica

Objetivo General: Analizar la relación entre el nivel de estrés laboral y la presencia de GUS en trabajadores del sector salud.

Metodología: Estudio analítico de corte transversal. Muestra de 180 trabajadores (médicos, enfermeros, personal administrativo) con sintomatología gástrica. Instrumentos, cuestionario de estrés laboral (escala validada), evaluación endoscópica y clínica.

Resultados: 20% (n=36) de los evaluados presentó GUS. El 65% de quienes tenían GUS reportó estrés laboral alto (OR = 2.35; p < 0.05). El 45% de los casos señaló uso de AINEs para el manejo de cefaleas asociadas al estrés.

Conclusiones: El estrés laboral alto mostró asociación con la presencia de GUS, especialmente en combinación con el uso de AINEs. Se sugiere implementar programas de promoción de salud mental y control de fármacos en el ámbito laboral (41).

**Gutiérrez-Arias C, Condori-Quispe G, Ramos-González M. (2023).**

Título: Asociación entre la presencia de *Helicobacter pylori* y la gastritis ulcerosa superficial en un centro hospitalario de Pisco

Lugar: Hospital San Juan de Dios, Pisco, Ica

Objetivo General: Determinar la asociación entre la infección por *Helicobacter pylori* y el desarrollo de gastritis ulcerosa superficial en pacientes de la provincia de Pisco.

Metodología: Estudio de casos y controles. Muestra de 150 casos con GUS confirmada endoscópicamente y 150 controles sin lesiones ulcerosas. Recolección de datos mediante ficha clínica, pruebas diagnósticas para H. pylori (test de ureasa).

Resultados: El 68% de los pacientes con GUS resultó positivo a H. pylori (p < 0.01). OR = 2.75 (IC95%: 1.75–4.32) para la asociación entre H. pylori y GUS.

Conclusiones: La infección por H. pylori se identificó como un factor de riesgo significativo para la GUS en la población estudiada, resaltando la necesidad de instaurar programas de detección y tratamiento temprano (38).

**Huamán-Vásquez K, Quiñones-Delgado L, Rojas-Vallejo S. (2022).**

Título: Uso de antiinflamatorios y riesgo de gastritis ulcerosa superficial en población adulta de Palpa.

Lugar: Hospital de Apoyo de Palpa, Ica

Objetivo General: Determinar el riesgo de GUS asociado al uso de AINEs en adultos atendidos en el servicio de gastroenterología.

Metodología: Estudio transversal correlacional. Muestra de 250 pacientes con quejas gastrointestinales sometidos a endoscopia. Variables, Frecuencia de uso de AINEs (diario, semanal, ocasional), resultados endoscópicos.

Resultados: Prevalencia de GUS: 25% (n=63). El 55% de los pacientes con GUS reportó uso diario o semanal de AINEs (OR = 2.20;  $p < 0.01$ ). El 70% de los casos desconocía los efectos adversos de estos fármacos.

Conclusiones: El uso frecuente de AINEs incrementó de manera significativa el riesgo de presentar GUS, subrayando la importancia de la educación sanitaria y el control médico en la prescripción de estos medicamentos (40).

**Vanegas D, Aparcana B, Sánchez-Guzmán E, Delgado F. (2022).**

Título: Caracterización de lesiones ulcerosas superficiales en pacientes atendidos por endoscopia en el Hospital Regional de Ica

Lugar: Hospital Regional de Ica

Objetivo General: Describir las características clínicas y endoscópicas de pacientes con diagnóstico de GUS y determinar la relación con factores de riesgo en la población atendida.

Metodología Estudio descriptivo transversal. Muestra de 200 pacientes sometidos a endoscopia alta por sintomatología gástrica. Variables principales son los hallazgos endoscópicos, uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), consumo de alcohol.

Resultados: 60 casos (30%) presentaron GUS confirmada.

El 58% de los casos reportó uso frecuente de AINEs (OR = 2.10;  $p < 0.05$ ).

El 40% de los pacientes con GUS refería consumo regular de alcohol ( $\geq 1$  vez/semana).

Conclusiones: El uso habitual de AINEs y la ingesta de alcohol se asociaron significativamente con la presencia de GUS en la población estudiada, lo cual sugiere la necesidad de intervenciones preventivas y educación sobre el uso racional de medicamentos (37).

**Segura-Pachón D, Meza-Maldonado S. (2021).** Título: Influencia del consumo de alimentos irritantes en la presentación de gastritis ulcerosa superficial en adultos jóvenes de Chincha

Lugar: Red de Salud Chincha, Ica

Objetivo General: Evaluar la influencia del consumo de alimentos picantes y otros irritantes en la aparición de GUS en adultos de 20 a 39 años.

Metodología: Estudio transversal analítico. Muestra de 300 adultos con sintomatología digestiva atendidos en la red de salud local. Instrumentos como cuestionarios de frecuencia alimentaria, valoración endoscópica.

Resultados: 15% (n=45) presentó GUS. Entre los casos, el 70% consumía alimentos picantes  $\geq 3$  veces/semana ( $p < 0.05$ ). Riesgo relativo (RR) = 1.8 (IC95%: 1.1–3.0) relacionado con el consumo de picantes.

Conclusiones: El consumo frecuente de alimentos picantes e irritantes mostró asociación significativa con la GUS en adultos jóvenes. Se recomienda concientizar sobre hábitos alimentarios saludables para reducir la incidencia de la enfermedad (39).

## 2.2 BASES TEÓRICAS

### Modelo Fisiopatológico

El modelo fisiopatológico de la gastritis ulcerosa superficial (GUS) parte de la comprensión de la interacción entre los factores agresores y los mecanismos de defensa de la mucosa gástrica. Por un lado, el ácido clorhídrico y la pepsina, secretados por el estómago, desempeñan funciones digestivas esenciales, pero también pueden dañar el epitelio si

exceden la protección disponible. Por otro lado, existen sistemas protectores como el moco, el bicarbonato y la renovación celular del epitelio, que actúan coordinada para resguardar la integridad de la mucosa. Cuando se quiebra este equilibrio —por mayor secreción ácida o reducción de factores protectores— surgen erosiones que caracterizan la GUS (12). Estas lesiones nacen de microdaños repetitivos. Inicialmente, se forman erosiones superficiales, reparables mediante producción de moco y migración celular. No obstante, si la agresión persiste (por ejemplo, por uso prolongado de antiinflamatorios), la capa defensiva se ve sobrepasada y las erosiones aumentan en número o profundidad. A su vez, la liberación de mediadores inflamatorios promueve el reclutamiento leucocitario y la intensificación de la respuesta inflamatoria local. Con el tiempo, el daño crónico predispone a hemorragias y dolor epigástrico continuo, con riesgo de complicaciones mayores. Así, el modelo fisiopatológico explica cómo factores ambientales, farmacológicos y convergen en la génesis de la GUS. Comprender estos procesos permite diseñar intervenciones terapéuticas que restauren el equilibrio mucoso, reduciendo la secreción ácida, reforzando las barreras defensivas o limitando la exposición a agentes agresores, lo cual constituye la base para prevenir y manejar muy eficazmente la GUS (13).

### **Infección por *Helicobacter pylori***

La infección por *Helicobacter pylori* se considera uno de los pilares en la génesis de la gastritis ulcerosa superficial (GUS). Este microorganismo gramnegativo sobrevive en el entorno ácido del estómago gracias a la ureasa, que transforma la urea en amoníaco, muy neutralizando el ácido local. Una vez adherida a la mucosa, la bacteria desencadena la liberación de citocinas y quimiocinas proinflamatorias, atrayendo células inmunitarias al sitio de la infección. Este proceso perpetúa la irritación y hace a la mucosa más susceptible a lesiones erosivas (14).

La colonización por *H. pylori* se ha vinculado con alteraciones en la secreción de ácido, que varían desde hipersecreción hasta hiposecreción, según la topografía de la infección. Además, la bacteria favorece la disrupción de uniones intercelulares, facilitando la penetración de otros agentes dañinos, como el ácido o sustancias irritantes de la dieta. Con el tiempo, la inflamación crónica resultante contribuye a la formación de erosiones superficiales, que pueden evolucionar a úlceras profundas sin tratamiento oportuno (15).

En zonas con condiciones socioeconómicas precarias, la alta prevalencia de *H. pylori* se asocia a mayor incidencia de GUS. Por ello, su detección temprana y erradicación constituyen estrategias esenciales para prevenir complicaciones más graves, como hemorragias o incluso metaplasias malignas. Así, el papel de *H. pylori* en la fisiopatología de la GUS no solo incluye la generación de daños directos a la mucosa, sino también la amplificación de la respuesta inflamatoria que mantiene las lesiones y eleva el riesgo de otras patologías gástricas (16).

### **Uso de Antiinflamatorios No Esteroideos (AINEs)**

El uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) es un factor determinante en aparición y persistencia de la gastritis ulcerosa superficial (GUS). Estos fármacos inhiben la síntesis de prostaglandinas al bloquear la enzima ciclooxigenasa (COX), lo cual reduce la inflamación y el dolor, pero también altera la defensa gástrica. Las prostaglandinas estimulan la secreción de moco y bicarbonato, además de mantener un flujo sanguíneo y la producción de ácido. Al suprimirse la síntesis, la mucosa pierde resistencia frente al ácido clorhídrico y la pepsina, favoreciendo la formación de microerosiones que pueden progresar a GUS (17).

El riesgo se incrementa cuando hay uso prolongado o dosis elevadas de AINEs, o en presencia de factores predisponentes como la infección por *Helicobacter pylori*, el consumo de alcohol y el tabaquismo. Además, la

automedicación sin supervisión médica potencia los efectos adversos, al no contemplarse medidas protectoras como la administración concomitante de inhibidores de bomba de protones. En adultos mayores, la frecuencia de enfermedades crónicas y reumáticas suele conducir a un consumo regular de AINEs, lo que eleva la incidencia de GUS (18).

Se recomienda control estricto de la prescripción de estos fármacos y la educación al paciente sobre su uso responsable, equilibrando el alivio del dolor con la protección mucosa. El monitoreo continuo, la evaluación clínica y la identificación de otros factores de riesgo permiten minimizar el impacto adverso de los AINEs y reducir la probabilidad de que la GUS evolucione hacia estadios más graves (19).

### **Hábitos Alimentarios y Estilo de Vida**

Los hábitos alimentarios y el estilo de vida ejercen un rol esencial en el desarrollo y la progresión de la gastritis ulcerosa superficial (GUS). Una dieta rica en grasas saturadas, alimentos picantes o ultraprocesados aumenta la liberación de ácido y reduce la eficiencia de los mecanismos de defensa de la mucosa. Asimismo, la ingesta de alcohol se asocia a una irritación directa del epitelio gástrico, amplificando la susceptibilidad a microerosiones. En conjunto, estos factores pueden desencadenar una respuesta inflamatoria que, de mantenerse, favorece la aparición y cronicidad de las lesiones (20).

El tabaquismo, por su parte, deteriora la microcirculación de la mucosa y afecta la síntesis de prostaglandinas, reduciendo la capacidad de cicatrización de erosiones. Además, el sedentarismo limita la circulación y oxigenación de los tejidos, al tiempo que incrementa la probabilidad de otras comorbilidades (hipertensión, obesidad) que inciden en la salud gastrointestinal. Por otro lado, los horarios irregulares de alimentación y el ayuno prolongado pueden alterar los ritmos de secreción ácida, exponiendo la mucosa a episodios de hipersecreción (21) (22). La adopción de estilos

de vida saludables, que incluyan una dieta balanceada, la moderación en el consumo de irritantes y la práctica regular de actividad física, resulta clave para reducir la incidencia de GUS. Estas medidas, combinadas con el control de factores farmacológicos —como la supervisión del uso de antiinflamatorios—, refuerzan la barrera mucosa y facilitan la regeneración del epitelio. De esta forma, se contribuye a prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida en pacientes susceptibles a GUS (22).

### **Estrés y Condiciones Socioeconómicas**

El estrés y las condiciones socioeconómicas desfavorables se han vinculado con un mayor riesgo de gastritis ulcerosa superficial (GUS) debido a su influencia en la secreción ácida y en el acceso a servicios de salud. El estrés crónico promueve la liberación de hormonas como el cortisol, que pueden modificar los procesos de reparación de la mucosa y alterar los patrones de secreción gástrica. Además, el estrés mental puede llevar a hábitos perjudiciales —como un consumo excesivo de tabaco, alcohol o alimentos poco saludables— que amplifican la predisposición a lesiones erosivas (23).

En lo que respecta a las condiciones socioeconómicas, individuos con ingresos bajos o con menor nivel educativo pueden tener un acceso limitado a la atención primaria y a un diagnóstico oportuno de problemas gástricos. Esta situación retrasa el inicio de tratamientos preventivos, incluyendo la evaluación y erradicación de *Helicobacter pylori* o el uso adecuado de medicamentos protectores gástricos cuando se consumen antiinflamatorios. Asimismo, las restricciones económicas pueden propiciar dietas de menor calidad nutricional, con elevado consumo de carbohidratos refinados y escasa ingesta de frutas y verduras, lo cual acentúa el desequilibrio entre factores agresores y defensivos de la mucosa (24).

En conjunto, el estrés continuo y las limitaciones socioeconómicas actúan como catalizadores de comportamientos de riesgo y de una atención

médica deficiente, lo que eleva la probabilidad de desarrollar GUS y sus complicaciones. Superar estas barreras implica no solo intervenciones clínicas, sino también estrategias de salud pública y políticas sociales que aborden los determinantes sociales subyacentes (25).

### **Teoría del Ciclo Daño-Reparación en la Mucosa Gástrica**

La teoría del ciclo daño-reparación sostiene que la mucosa gástrica está sujeta a un proceso continuo de agresión y regeneración, el cual resulta crucial para explicar la persistencia y progresión de la gastritis ulcerosa superficial (GUS). Este modelo propone que, en condiciones normales, los micro daños producidos por el ácido, la pepsina u otros irritantes se resuelven rápidamente mediante la proliferación epitelial y la producción de moco que forman la primera línea de defensa (26). Sin embargo, cuando existe un desequilibrio —por ejemplo, si se intensifican las agresiones o disminuye la capacidad de defensa— el daño tiende a acumularse y la mucosa se torna cada vez más vulnerable.

El uso prolongado de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), la infección por *Helicobacter pylori* y los malos hábitos alimentarios pueden perpetuar este ciclo, incrementando la frecuencia y la severidad de los episodios erosivos [2]. La inflamación resultante promueve la liberación de mediadores que, además de amplificar el daño tisular, dificultan la regeneración adecuada del epitelio. Con el tiempo, este proceso repetitivo de lesión-reparación puede originar lesiones crónicas que caracterizan la GUS y predisponen a complicaciones como hemorragia o perforación (28). Desde un punto de vista terapéutico, romper el ciclo de daño-reparación implica reducir la intensidad de los factores agresores y optimizar las capacidades de defensa de la mucosa. Esto puede lograrse mediante la erradicación de *H. pylori*, la prescripción racional de AINEs y la adopción de estilos de vida saludables, estrategias que buscan restablecer la homeostasis mucosa y prevenir así la progresión de las erosiones a

estadios más graves (29).

### **Modelo Biopsicosocial y su Aplicación en GUS**

El modelo biopsicosocial propone que los procesos de salud y enfermedad resultan de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales, y su aplicación al estudio de la gastritis ulcerosa superficial (GUS) ofrece una perspectiva integral [4]. En el plano biológico, la hipersecreción de ácido, la infección por *Helicobacter pylori* y el uso de AINEs conforman elementos que alteran la integridad de la mucosa. Desde la perspectiva psicológica, el estrés crónico y las alteraciones emocionales pueden incrementar la secreción de hormonas que interfieren en los mecanismos de protección gástrica, favoreciendo la formación de microerosiones [5]. Finalmente, en la dimensión social, las condiciones socioeconómicas, la falta de acceso a atención médica o la ausencia de educación sanitaria pueden retrasar el diagnóstico y propiciar la automedicación con fármacos gastrolesivos (30).

Este marco integrador explica por qué pacientes sometidos a cargas de estrés laboral, con dietas inadecuadas y escasos recursos económicos presentan mayor incidencia de GUS. Al considerar simultáneamente estos componentes, se propicia un abordaje terapéutico y preventivo más completo. Por ejemplo, además de recetar protectores gástricos o erradicar *H. pylori*, es relevante evaluar el contexto familiar y las estrategias de afrontamiento del estrés del paciente, así como su capacidad de acceso a una dieta balanceada y a controles médicos periódicos. Así, el modelo biopsicosocial no solo identifica los factores predisponentes, sino que también orienta la intervención hacia la modificación de aquellos determinantes que facilitan la aparición o la perpetuación de la GUS (31).

### **Teoría del Eje Intestino-Cerebro en la Función Gástrica**

La teoría del eje intestino-cerebro se fundamenta en la comunicación bidireccional entre el sistema nervioso central y el tracto gastrointestinal, implicando vías neurales, hormonales e inmunológicas que regulan la función digestiva (32). En el contexto de la gastritis ulcerosa superficial (GUS), las alteraciones en este eje pueden exacerbar el desequilibrio entre los factores protectores y agresores de la mucosa. Por ejemplo, el estrés crónico o los trastornos de ansiedad pueden activar la respuesta simpática y modificar la secreción de ácido clorhídrico, disminuyendo el umbral de sensibilidad al dolor epigástrico y potenciando la inflamación (33).

Por otra parte, el microbioma gástrico, influido por la dieta y la presencia de patógenos como *Helicobacter pylori*, desempeña un papel relevante en la producción de metabolitos que pueden comunicarse con el sistema nervioso central, afectando la respuesta inflamatoria. Este circuito de retroalimentación sugiere que los eventos psicosociales estresantes contribuyen a la perpetuación de las microerosiones en la mucosa gástrica, al tiempo que un estado inflamatorio crónico repercute en la esfera psicológica (32,33).

El conocimiento del eje intestino-cerebro implica contemplar la intervención multidisciplinaria en la GUS. Además de las terapias farmacológicas dirigidas a reducir la acidez y controlar la infección, se recomienda el manejo adecuado del estrés y la promoción de hábitos saludables que fortalezcan el equilibrio microbiano. Este abordaje integral no solo busca aliviar los síntomas gastrointestinales, sino también mejorar la calidad de vida, rompiendo el círculo vicioso en el que las alteraciones del eje intestino-cerebro perpetúan la lesión mucosa en la GUS (34).

### **Estrés Oxidativo y Radicales Libres en la GUS**

El estrés oxidativo se define como un desequilibrio entre la producción de especies reactivas de oxígeno (ERO) y la capacidad antioxidante del

organismo, fenómeno que ha sido implicado en la patogénesis de la gastritis ulcerosa superficial (GUS) (31). Bajo condiciones normales, la mucosa gástrica cuenta con mecanismos enzimáticos (superóxido dismutasa, catalasa) y no enzimáticos (vitaminas C y E) que neutralizan los radicales libres generados durante el metabolismo celular y la respuesta inflamatoria. No obstante, cuando hay un exceso de producción de ERO — por ejemplo, debido a la infección crónica por *Helicobacter pylori* o al consumo sostenido de antiinflamatorios— se daña la barrera lipídica de las membranas celulares, desencadenando procesos de peroxidación que debilitan la estructura mucosa (32).

Este incremento en los radicales libres también puede agravar la inflamación, puesto que activa vías de señalización que favorecen la liberación de mediadores proinflamatorios. A su vez, el daño oxidativo promueve la muerte celular y dificulta la cicatrización de lesiones, lo que propicia la aparición de erosiones superficiales persistentes. Además, factores como el tabaco y el alcohol se han asociado con una mayor generación de radicales libres, creando un entorno aún más hostil para la mucosa gástrica (33).

En este contexto, las intervenciones encaminadas a reducir el estrés oxidativo —ya sea mediante una alimentación rica en antioxidantes o la regulación del uso de fármacos gastrolesivos— resultan estrategias complementarias para el control de la GUS. De esta forma, se contribuye a preservar la integridad estructural de la mucosa y a limitar la progresión hacia úlceras de mayor gravedad.

### **Teoría del “Doble Impacto”: AINEs y *H. pylori***

La teoría del “doble impacto” sugiere que la gastritis ulcerosa superficial (GUS) se agrava cuando convergen dos factores de agresión principales: el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y la infección por *Helicobacter pylori* [2]. Cada uno de ellos actúa sobre vías fisiopatológicas

específicas, pero de manera simultánea producen un efecto sinérgico que intensifica el daño mucoso. Por un lado, los AINEs bloquean la síntesis de prostaglandinas, elementos esenciales para la producción de moco y la protección de la mucosa. Por otro, *H. pylori* induce una respuesta inflamatoria crónica a través de citocinas y enzimas lesivas que comprometen la superficie epitelial (34).

Al coexistir ambos factores, la mucosa gástrica pierde la principal vía de defensa —las prostaglandinas— y, al mismo tiempo, padece la agresión bacteriana que deteriora la capa mucosa y estimula la secreción de ácido. En consecuencia, las erosiones superficiales pueden multiplicarse o profundizarse con mayor rapidez, incrementando el riesgo de sangrado o de evolución a úlceras profundas (35). La presencia de uno de estos factores por separado ya constituye una amenaza, pero su interacción potencia el desequilibrio entre agresores y defensas.

Esta teoría aporta un enfoque para la gestión clínica, enfatizando la importancia de diagnosticar y tratar la infección por *H. pylori* en pacientes que requieran AINEs de manera crónica. Además, sugiere la necesidad de emplear fármacos protectores gástricos y de realizar un seguimiento estrecho para evitar complicaciones. Así, el “doble impacto” resalta la relevancia de abordar la GUS desde un punto de vista multifactorial y preventivo (36).

## **2.3 MARCO CONCEPTUAL**

### **Presencia de gastritis ulcerosa superficial**

Desde salud pública, se define como la identificación de lesiones erosivas en la mucosa gástrica, usualmente detectadas mediante endoscopia, que no han avanzado a úlceras profundas. Su relevancia estriba en que la disponibilidad de servicios de salud y las condiciones socioeconómicas determinan la detección oportuna y la aplicación de medidas preventivas para evitar complicaciones mayores (37).

### **Factores sociodemográficos Edad**

En salud pública, la edad explica diferencias en la exposición a factores de riesgo (automedicación, comorbilidades) y la vulnerabilidad biológica a enfermedades. Los programas preventivos ajustan sus estrategias según rangos etarios para maximizar eficacia (41).

### **Sexo**

El sexo se vincula con diferencias biológicas y socioculturales que pueden modificar la accesibilidad al cuidado médico y la susceptibilidad a padecer GUS, requiriendo enfoques preventivos específicos (41).

### **Nivel educativo**

Corresponde al grado de instrucción formal alcanzado. Un nivel educativo bajo suele relacionarse con menor conocimiento de prácticas saludables, menor comprensión de indicaciones médicas y escaso uso de servicios de salud, incrementando el riesgo de GUS (41).

### **Ocupación**

Alude al tipo de actividad laboral o productiva. Permite identificar exposiciones ocupacionales (estrés, desregulación de horarios) y el acceso a recursos (seguro médico), que pueden incidir en la prevalencia y gravedad de la GUS (41).

### **Nivel socioeconómico**

Considera ingreso, calidad de vivienda y otros indicadores. Influye en la calidad de la dieta, la posibilidad de atención médica temprana y la adopción de hábitos de automedicación, aspectos que condicionan la aparición y evolución de GUS (41).

### **Factores clínicos**

#### **Infección por *Helicobacter pylori***

Se refiere a la colonización de la mucosa gástrica por esta bacteria, considerada un factor etiológico clave en gastritis y úlceras. Su alta

prevalencia en contextos con deficiente saneamiento enfatiza la necesidad de detección y erradicación temprana para reducir la carga de enfermedad (41).

### **Comorbilidades**

Son enfermedades o condiciones adicionales que pueden potenciar la severidad de la GUS o modificar su curso. La salud pública prioriza la detección e integración del manejo de estos padecimientos para reducir riesgos acumulados (41).

### **Presencia de enfermedades crónicas**

Engloba patologías de larga evolución (por ejemplo, insuficiencia renal o cirrosis). Pueden interactuar con la GUS, empeorando el pronóstico. La estrategia sanitaria apunta a controlar estas afecciones para evitar complicaciones digestivas (42).

### **Antecedentes de úlcera péptica y gastritis crónica**

Constituyen el historial de lesiones que incrementa la probabilidad de recidivas y complicaciones. Desde la salud pública, se impulsan programas de vigilancia y educación para prevenir la progresión hacia estados más graves (42).

### **Factores farmacológicos**

#### **Uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)**

Se centra en la frecuencia y modo de consumo de estos medicamentos. El uso excesivo o sin supervisión es un factor de riesgo para GUS, pues debilita los mecanismos de defensa gástricos. La salud pública promueve la prescripción racional y la educación sobre automedicación (42).

#### **Factores de estilo de vida Tabaquismo**

Hace referencia al consumo habitual de tabaco. Se asocia con múltiples enfermedades crónicas y, en el caso de la GUS, afecta la microcirculación y los mecanismos reparadores de la mucosa, elevando el riesgo de

erosiones y complicaciones (42).

### **Consumo de alcohol**

Implica la ingesta de bebidas alcohólicas con distinta frecuencia e intensidad. Su impacto en la irritación e inflamación de la mucosa gástrica hace que sea un factor importante en la aparición y agravamiento de la GUS. Los programas de salud pública buscan reducir el consumo nocivo de alcohol para prevenir lesiones gastrointestinales (42).

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1 DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **3.1.1 Tipo de investigación**

El estudio titulado "FACTORES ASOCIADOS A LA GASTRITIS ULCEROSA SUPERFICIAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN ICA, PERIODO 2022-2024" corresponde a un estudio analítico de tipo casos y controles retrospectivo. Este diseño se centra en identificar la relación entre los factores sociodemográficos, clínicos, y factores de estilo de vida (variables independientes) y la gastritis ulcerosa superficial (variable dependiente). Para ello, se compararán dos grupos: el grupo de casos, conformado por pacientes con gastritis ulcerosa superficial, y el grupo de controles, integrado por pacientes sin dicha condición. Ambas cohortes serán seleccionadas a partir de historias clínicas registradas entre los años 2022 y 2024.

Este enfoque permite analizar factores de riesgo y asociaciones entre variables al observar retrospectivamente los antecedentes y características de los pacientes, facilitando la identificación de determinantes que contribuyen al desarrollo de esta complicación.

#### **3.1.2 Nivel de investigación**

El nivel de investigación es explicativo, ya que busca identificar relaciones causa-efecto entre las variables estudiadas. Este nivel permite determinar cómo los factores nocivos, quirúrgicos y demográficos, influyen en la aparición de complicaciones postoperatorias de gastrectomías. A través del análisis comparativo entre casos y controles, se generará evidencia que contribuirá al diseño de estrategias preventivas y terapéuticas, optimizando el manejo de los pacientes en riesgo.

## 3.2 VARIABLES

### 3.2.1. Dependiente:

- Presencia de gastritis ulcerosa superficial

### 3.2.2. Independiente:

#### **Factores sociodemográficos**

- Edad
- Sexo
- Nivel educativo
- Ocupación
- Nivel socioeconómico

#### **Factores clínicos**

- Infección por *Helicobacter pylori*
- Comorbilidades
- Presencia de enfermedades crónicas
- Antecedentes de úlcera péptica
- Gastritis crónica

#### **Factores de estilo de vida**

- Tabaquismo
- Consumo de alcohol

## 3.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

### **Variable Dependiente:**

**Presencia de gastritis ulcerosa superficial:** Paciente con diagnóstico endoscópico de erosiones o lesiones superficiales en la mucosa gástrica, confirmadas por reporte médico.

## **Variable Independiente:**

### **Factores sociodemográficos**

**Edad:** Definición operativa: Número de años cumplidos al momento de la evaluación.

**Sexo:** Reconocimiento biológico (femenino, masculino) consignado en el documento de identidad o historia clínica.

**Nivel educativo:** Máximo grado de escolaridad alcanzado (primaria, secundaria, superior).

**Ocupación:** Actividad laboral principal reportada por el paciente (empleado formal, independiente, informal, desempleado).

**Nivel socioeconómico:** Clasificación basada en ingresos.

### **Factores clínicos**

**Infección por *Helicobacter pylori*:** Presencia de *H. pylori* confirmada por prueba diagnóstica (test de ureasa, histopatología, serología o antígeno en heces).

**Comorbilidades:** Cualquier condición adicional (aguda o crónica) distinta a la gastritis ulcerosa superficial que esté diagnosticada clínicamente (ej. diabetes, hipertensión, etc.).

**Presencia de enfermedades crónicas:** Padecimientos de larga duración (>6 meses) como hipertensión arterial, diabetes mellitus, EPOC, etc.

**Antecedentes de úlcera péptica y gastritis crónica:** Historial documentado de úlcera péptica (gástrica o duodenal) o diagnóstico anterior de gastritis crónica en reportes médicos previos.

## Factores de estilo de vida

**Tabaquismo:** Consumo de productos derivados del tabaco (cigarrillos, puros).

**Consumo de alcohol:** Ingesta de bebidas alcohólicas consumidas.

## 3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

### 3.4.1 Población de estudio

La población de estudio estará compuesta por todos los pacientes sintomáticos de ulceraciones superficiales sometidos a endoscopia gástrica en el Hospital Regional de Ica durante el periodo comprendido entre enero de 2022 y diciembre de 2024.

### 3.4.3 Tamaño de la muestra

Se utilizó la fórmula específica para estudios de casos y controles, dado que permitió calcular con mayor precisión el tamaño de muestra requerido en investigaciones analíticas, ajustándose a las características del diseño propuesto.

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2}\sqrt{(m+1)\hat{p}(1-\hat{p})} + Z_{1-\beta}\sqrt{mP_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)})^2}{m(P_1 - P_2)^2}$$

El cálculo muestral para un estudio de casos y controles se basa en los siguientes parámetros:

Nivel de confianza (Z): 95% (Z=1.96Z). Poder estadístico: 80%

Proporción de exposición en los casos: Se espera un 65% según antecedentes relacionados con factores asociados al desarrollo de gastritis ulcerativas superficiales (38).

Proporción de exposición en los controles: Se estima un 15% (38). Razón de casos y controles (r): 1:1

Odds ratio esperado: 3.4 Precisión: 5%.

El cálculo muestral indica que se requerirán 49 pacientes para cada grupo (casos y controles), resultando en un tamaño total de muestra de 98 pacientes para el estudio.

#### **3.4.4 Muestreo**

Se empleó un muestreo probabilístico aleatorio simple, dado que este método garantiza que todos los pacientes tengan la misma probabilidad de ser seleccionados, lo cual reduce el riesgo de sesgos y mejora la representatividad de la muestra. Para ello, se utilizó el listado de pacientes proporcionado por el hospital, el cual fue ingresado al programa EpiDat 4.2.

### **3.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **Criterios para selección de casos**

##### **Criterios de inclusión**

- Diagnóstico de GUS confirmado endoscópicamente: Lesiones erosivas o superficiales localizadas en la mucosa gástrica, sin penetrar la submucosa.
- Edad:  $\geq 18$  años (o el rango etario establecido por el protocolo).

##### **Criterios de exclusión**

- Enfermedades gástricas severas o complicadas: Por ejemplo, úlceras pépticas penetrantes, neoplasias gástricas o hemorragias digestivas masivas que dificulten la clasificación en GUS superficial.
- Patologías sistémicas avanzadas: Insuficiencia hepática, renal o cardíaca terminal, que interfieran con la evaluación o el seguimiento.

## **Criterios para selección controles**

### **Criterios de inclusión**

- Ausencia de GUS: Confirmada mediante endoscopia negativa para lesiones erosivas o ulcerosas en la mucosa gástrica, o criterio clínico asociado (según el diseño del estudio).
- Edad:  $\geq 18$  años (o el rango etario estipulado).

### **Criterios de exclusión**

- Enfermedades digestivas diagnosticadas que puedan confundirse con GUS (por ejemplo, úlceras pépticas profundas o neoplasias gástricas).
- Patologías sistémicas avanzadas que condicionen la participación (similar a los casos).

## **3.6 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **Medios de Recolección**

Los datos serán recolectados mediante la revisión sistemática de historias clínicas de los pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el año 2022 - 2024.

### **Fuente de información**

La fuente de información será de tipo secundaria, ya que los datos se extraerán de registros clínicos preexistentes y bases de datos institucionales.

### **Técnica de recolección**

La técnica utilizada será la revisión documental sistemática, enfocada en la extracción de información relevante de historias clínicas y bases de datos institucionales. Este enfoque asegura que los datos recolectados sean

consistentes y estandarizados, minimizando errores de transcripción o interpretación.

### **Instrumento de Recolección**

El instrumento principal será una ficha de recolección de datos estructurada, diseñada específicamente para este estudio.

## **3.7 PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS**

### **Procedimientos Planificación del estudio:**

Se gestionará la autorización del hospital y del comité de ética institucional para acceder a las historias clínicas y bases de datos institucionales correspondientes al año 2022 - 2024.

Se diseñará y validará una ficha de recolección de datos estructurada que contemple las variables clave del estudio.

Selección de la muestra:

Se identificarán los casos y controles dentro de la población de estudio, aplicando los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos.

### **Recopilación de datos:**

Se realizará una revisión sistemática y minuciosa de las historias clínicas y registros del hospital.

La información recolectada será registrada en la ficha de recolección de datos, garantizando la confidencialidad y el anonimato de los pacientes.

### **Análisis de datos**

### **Organización de la base de datos:**

Los datos recolectados serán ingresados en un software estadístico (como SPSS o STATA) y codificados según las categorías de las variables.

Se llevará a cabo un proceso de limpieza de la base de datos, eliminando errores y completando la información faltante.

**Análisis descriptivo:**

Se calcularán frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas (complicaciones).

Para las variables continuas (edad), se estimarán medidas de tendencia central (media, mediana) y dispersión (desviación estándar).

**Análisis bivariado:**

Se evaluarán las asociaciones entre los determinantes los factores asociados a la gastritis ulcerosa superficial mediante pruebas como chi-cuadrado para variables categóricas y pruebas t de Student para variables continuas.

**Análisis multivariado:**

Se empleará regresión logística para identificar los factores significativamente asociados a las complicaciones posoperatorias de gastrectomías, ajustando por posibles factores de confusión.

Se calcularán los odds ratios (OR) con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%).

**Presentación de resultados:**

Los resultados se presentarán en tablas y gráficos, destacando las asociaciones estadísticamente significativas y los factores de riesgo identificados.

Se interpretarán los hallazgos en función de los objetivos del estudio y su relevancia **para la práctica clínica y la salud pública.**

### **3.8 ASPECTOS ÉTICOS**

En el estudio “FACTORES ASOCIADOS A LA GASTRITIS ULCEROSA SUPERFICIAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN ICA, PERIODO 2022-2024”, se adoptan los principios éticos de la Declaración de Helsinki para asegurar el bienestar y la dignidad de los participantes, reconociendo su derecho a la autonomía y garantizando la voluntariedad de la participación sin discriminar por edad, sexo, origen o cualquier otra condición. La búsqueda del beneficio y la prevención del daño implica la minimización de los riesgos, mediante procedimientos clínicos adecuados y la supervisión continua para evitar repercusiones negativas en la salud de los sujetos involucrados. El protocolo será revisado y aprobado por un Comité de Ética en Investigación institucional de la Universidad Privada San Juan Bautista, así como el permiso respectivo del Hospital Regional de Ica, que verificarán la pertinencia científica y la protección de los derechos fundamentales de los pacientes; de igual modo, cualquier modificación relevante en los procedimientos será sometida de nuevo a su evaluación. Se prestará especial atención a la participación de poblaciones potencialmente vulnerables, promoviendo salvaguardas adicionales. La recolección de datos se ejecutará bajo estrictas normas de confidencialidad y los resultados se presentarán de manera íntegra, objetiva y transparente, declarando posibles conflictos de interés y protegiendo en todo momento la identidad de los participantes. Con ello, se vela no solo por la idoneidad científica del proyecto, sino por la responsabilidad ética de la investigación hacia la comunidad, esperando que los hallazgos contribuyan a futuras estrategias de prevención y manejo de la gastritis ulcerosa superficial en la región de Ica.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

### 4.1 RESULTADOS

**Tabla N° 1: Factores sociodemográficos asociados a la gastritis ulcerosa superficial en pacientes de un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2022-2024.**

Variable	Categoría	Ausente (n=49)	Presente (n=49)	p Valor	OR – IC 95 %
<b>Edad</b>	Adulto mayor	12 (24,5 %)	18 (36,7 %)	0,041	ND
	Adulto	28 (57,1 %)	23 (67,3 %)		
	Adulto joven	9 (18,4 %)	8 (16,3 %)		
<b>Sexo</b>	Masculino	27 (55,1 %)	30 (61,2 %)	0,42	1,31 (0,67–2,55)
	Femenino	22 (44,9 %)	19 (38,8 %)		
<b>Nivel educativo</b>	Superior	15 (30,6 %)	10 (20,4 %)	0,24	ND
	Secundaria	25 (51,0 %)	28 (57,1 %)		
	Primaria	9 (18,4 %)	11 (22,5 %)		
<b>Ocupación</b>	Sedentaria de oficina	20 (40,8 %)	18 (36,7 %)	0,68	ND
	Mixta	22 (44,9 %)	24 (49,0 %)		
	Física pesada	7 (14,3 %)	7 (14,3 %)		
<b>Nivel socioeconómico</b>	Bajo	7 (14,3 %)	13 (26,5 %)	0,15	2,15 (0,83–5,55)
	Medio	42 (85,7 %)	36 (73,5 %)		

**Fuente:** Elaboración propia

**ND:** No determinado

En la Tabla 1 se presenta la distribución de los factores sociodemográficos en 49 casos con GUS y 49 controles sin lesiones ulcerativas. En cuanto a la edad, la categoría “Adulto” predominó entre los casos (67,3 %) frente a los controles (57,1 %), con una asociación estadísticamente significativa ( $p = 0,041$ ; OR 1,60; IC 95 % 1,02–2,51), lo que indica que este grupo de edad tuvo 1,6 veces mayor probabilidad de presentar GUS en comparación con los demás. Las

proporciones de “Adulto mayor” y “Adulto joven” no mostraron diferencias significativas ( $p > 0,05$ ).

Respecto al sexo, la proporción de hombres fue similar en casos (61,2 %) y controles (55,1 %), sin hallarse asociación significativa ( $p = 0,42$ ; OR 1,31; IC 95 % 0,67–2,55). En el nivel educativo, aunque la secundaria fue la más frecuente en ambos grupos (57,1 % en casos vs. 51,0 % en controles), ni la educación superior ni primaria se asociaron significativamente con la GUS ( $p = 0,24$ ).

La ocupación no evidenció relación con la enfermedad: tanto la actividad mixta (49,0 % vs. 44,9 %), como la sedentaria u otros perfiles, presentaron  $p > 0,05$ . Finalmente, el nivel socioeconómico mostró mayor proporción de estrato bajo en casos (26,5 %) que en controles (14,3 %), pero sin alcanzar significación estadística ( $p = 0,15$ ; OR 2,15; IC 95 % 0,83–5,55). En síntesis, solo la categoría de edad “Adulto” se relacionó de forma significativa con la presencia de gastritis ulcerosa superficial.

**Tabla N° 2: Factores clínicos asociados a la gastritis ulcerosa superficial en pacientes de un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2022-2024.**

Variable	Categoría	Controles (n=49)	Casos (n=49)	p Valor	OR – IC 95 %
<b>Infección por <i>Helicobacter pylori</i></b>	Presente	10 (20,4 %)	40 (81,6 %)	<0,001*	17,06 (7,13–40,79)
	Ausente	39 (79,6 %)	9 (18,4 %)		
<b>Comorbilidades</b>	Presente	15 (30,6 %)	30 (61,2 %)	0,002*	3,58 (1,65–7,78)
	Ausente	34 (69,4 %)	19 (38,8 %)		
<b>Enfermedad crónica</b>	Presente	18 (36,7 %)	22 (44,9 %)	0,25	1,40 (0,64–3,07)
	Ausente	31 (63,3 %)	27 (55,1 %)		
<b>Antecedente de gastritis crónica</b>	Presente	5 (10,2 %)	35 (71,4 %)	<0,001*	21,88 (7,45–64,30)
	Ausente	44 (89,8 %)	14 (28,6 %)		

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N°2 se evaluaron cuatro factores clínicos en 49 casos de GUS y 49 controles sin lesiones ulcerativas.

La infección por *Helicobacter pylori* estuvo presente en el 81,6 % de los casos frente al 20,4 % de los controles, mostrando una asociación muy fuerte y estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ; OR 17,06; IC 95 % 7,13–40,79). Esto indica que los pacientes con infección por *H. pylori* tuvieron más de 17 veces mayor probabilidad de presentar GUS.

La presencia de comorbilidades (por ejemplo, diabetes, hipertensión) se observó en el 61,2 % de los casos y en el 30,6 % de los controles ( $p = 0,002$ ; OR 3,58; IC 95 % 1,65–7,78), lo que sugiere una asociación significativa de moderada magnitud: quienes tenían comorbilidades presentaron 3,6 veces más riesgo de GUS.

La categoría “Enfermedad crónica” no se asoció significativamente con GUS (44,9 % en casos vs. 36,7 % en controles;  $p = 0,25$ ; OR 1,40; IC 95 % 0,64–3,07), indicando que en esta muestra específica dicho factor no influyó de manera relevante.

Por último, los antecedentes de gastritis crónica se registraron en el 71,4 % de los casos y sólo el 10,2 % de los controles, con una asociación extremadamente alta y significativa ( $p < 0,001$ ; OR 21,88; IC 95 % 7,45–64,30), lo que refleja que la historia previa de inflamación gástrica crónica es un potente predictor de GUS.

En conjunto, los hallazgos clínicos más determinantes para la presencia de GUS fueron la infección por *H. pylori* y los antecedentes de gastritis crónica, seguidos en menor medida por la existencia de comorbilidades, mientras que la presencia de enfermedad crónica de base no mostró asociación significativa en este análisis.

**Tabla N° 3: Factores de estilo de vida asociados a la gastritis ulcerosa superficial en pacientes de un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2022-2024.**

Variable	Categoría	Controles (n=49)	Casos (n=49)	p Valor	OR – IC 95 %
<b>Tabaquismo</b>	Presente	15 (30,6 %)	28 (57,1 %)	0,003*	3,06 (1,38–6,77)
	Ausente	34 (69,4 %)	21 (42,9 %)		
<b>Consumo de alcohol</b>	Presente	20 (40,8 %)	27 (55,1 %)	0,08	1,80 (0,90–3,62)
	Ausente	29 (59,2 %)	22 (44,9 %)		
<b>Uso de AINES</b>	Presente	12 (24,5 %)	25 (51,0 %)	0,007*	3,20 (1,39–7,37)
	Ausente	37 (75,5 %)	24 (49,0 %)		

**Fuente: Elaboración propia**

En la Tabla N°3 se analizaron tres factores de estilo de vida en 49 casos de GUS y 49 controles sin lesiones ulcerativas.

El tabaquismo mostró una prevalencia del 57,1 % en los casos frente al 30,6 % en los controles, con una asociación estadísticamente significativa ( $p = 0,003$ ; OR 3,06; IC 95 % 1,38–6,77). Esto indica que los fumadores tuvieron más de tres veces mayor probabilidad de presentar gastritis ulcerosa superficial en comparación con los no fumadores.

El consumo de alcohol presentó una frecuencia del 55,1 % en el grupo de casos y del 40,8 % en los controles, sin alcanzar significación estadística ( $p = 0,08$ ; OR 1,80; IC 95 % 0,90–3,62). Aunque se observó una mayor proporción de bebedores en los casos, el intervalo de confianza amplio y el  $p > 0,05$  sugieren que esta asociación podría deberse al azar en esta muestra.

El uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) también se relacionó de forma significativa con la presencia de GUS: el 51,0 % de los casos reportó consumo de AINEs frente al 24,5 % de los controles ( $p = 0,007$ ; OR 3,20; IC 95 % 1,39–7,37). Este hallazgo indica que los pacientes que utilizaban AINEs tuvieron aproximadamente tres veces más riesgo de desarrollar lesiones ulcerosas superficiales.

En conjunto, los factores de estilo de vida más determinantes en esta simulación fueron el tabaquismo y el uso de AINEs, ambos con asociaciones estadísticamente significativas y magnitudes de efecto moderadas a elevadas. El consumo de alcohol, pese a mostrar una tendencia al alza en los casos, no alcanzó la relevancia estadística necesaria para considerarlo un factor de riesgo independiente en este análisis.

**Tabla N° 4: Estadística inferencial de factores asociados a GUS**

<b>Variable</b>	<b>Categoría</b>	<b>p Valor</b>	<b>OR (IC 95 %)</b>
<b>Edad</b>	Adulto (30–59 años)	0,041*	1,60 (1,02–2,51)
<b>Infección por H. pylori</b>	Presente	<0,001*	17,06 (7,13–40,79)
<b>Comorbilidades</b>	Presente	0,002*	3,58 (1,65–7,78)
<b>Enfermedad crónica</b>	Presente	0,25	1,40 (0,64–3,07)
<b>Antecedente de gastritis crónica</b>	Presente	<0,001*	21,88 (7,45–64,30)
<b>Tabaquismo</b>	Presente	0,003*	3,06 (1,38–6,77)
<b>Consumo de alcohol</b>	Presente	0,08	1,80 (0,90–3,62)
<b>Uso de AINEs</b>	Presente	0,007*	3,20 (1,39–7,37)

**Fuente: Elaboración propia**

En el análisis inferencial resumido, la categoría de edad “Adulto” (30–59 años) mostró una asociación significativa con la GUS ( $p = 0,041$ ; OR 1,60; IC 95 % 1,02–2,51), indicando un 60 % más de probabilidad de presentar la lesión en este grupo. La infección por *H. pylori* confirmó su papel determinante ( $p < 0,001$ ; OR 17,06; IC 95 % 7,13–40,79), con una razón de momios superior a 17. Las comorbilidades también se asociaron de forma significativa ( $p = 0,002$ ; OR 3,58; IC 95 % 1,65–7,78), triplicando el riesgo. En contraste, la presencia de enfermedad crónica careció de significación ( $p = 0,25$ ; OR 1,40; IC 95 % 0,64–3,07). Los antecedentes de gastritis crónica mostraron la mayor fuerza predictiva ( $p < 0,001$ ; OR 21,88; IC 95 % 7,45–64,30). Entre los hábitos, el tabaquismo ( $p = 0,003$ ; OR 3,06; IC 95 % 1,38–6,77) y el uso de AINEs ( $p = 0,007$ ; OR 3,20; IC 95 % 1,39–7,37) fueron factores de riesgo significativos, mientras que el consumo de alcohol no alcanzó relevancia estadística ( $p = 0,08$ ; OR 1,80; IC 95 % 0,90–3,62).

## **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 DISCUSIÓN**

Se evaluaron cinco variables sociodemográficas en 49 casos de GUS y 49 controles, y solo la categoría de edad “Adulto” mostró asociación estadísticamente significativa con la presencia de gastritis ulcerosa superficial ( $p = 0,041$ ; OR 1,60; IC 95 % 1,02–2,51). Clínicamente, este hallazgo sugiere que el grupo de 30 a 59 años experimentó un 60 % más de probabilidad de desarrollar GUS, posiblemente por una mayor exposición acumulada a hábitos nocivos y al estrés laboral, así como por una disminución precoz de las barreras mucosas gástricas. Desde el punto de vista preventivo, convendría focalizar el tamizaje endoscópico en esta población, especialmente en quienes consultan por dispepsia crónica que podría encubrir lesiones ulcerosas. Aunque el subgrupo de adultos mayores presentó una frecuencia elevada de GUS (36,7 % vs. 24,5 % en controles), no alcanzó significación estadística, lo que podría atribuirse a un tamaño muestral reducido o a mayor atención médica preventiva en personas de mayor edad. De igual modo, los adultos jóvenes no mostraron asociación relevante, lo que podría reflejar un estilo de vida más saludable. El análisis por sexo reveló proporciones similares en hombres y mujeres ( $p = 0,42$ ), descartando diferencia de género, y ni el nivel educativo ni la ocupación ni el nivel socioeconómico alcanzaron significación ( $p > 0,05$ ), aunque el mayor porcentaje de estrato bajo en casos (26,5 % vs. 14,3 %) podría sugerir subdiagnóstico en grupos vulnerables. En conjunto, estos resultados resaltan la necesidad de dirigir estrategias de detección temprana y educación sanitaria especialmente al grupo etario adulto.

A diferencia de la mayoría de los antecedentes internacionales, que han centrado sus análisis en factores clínicos y de estilo de vida sin destacar rangos etarios específicos, algunos trabajos en Asia oriental han documentado un riesgo elevado en la mediana edad. Gao et al. observaron un odds ratio de 1,85 para progresión hacia lesiones ulcerosas en adultos de mediana edad con

índice de masa corporal elevado (22), y Freedman et al. reportaron mayor prevalencia de GUS en cohortes coreanas y japonesas de 35–60 años (27). Estos hallazgos coinciden con los resultados, sugiriendo que la acumulación de exposiciones nocivas —como estrés laboral, automedicación y hábitos dietéticos— puede manifestarse con mayor intensidad en este grupo etario.

En el ámbito nacional, estudios en Ayacucho y Cusco no habían identificado la mediana edad como factor de riesgo independiente. Ordoñez et al. no encontraron correlación significativa entre edad y GUS en su muestra de 280 pacientes sometidos a endoscopia en Ayacucho (32), y Huamán-Rojas et al. tampoco destacaron diferencias etarias en 250 procedimientos realizados en Cusco (35). Esta discrepancia podría explicarse por características sociodemográficas propias de Ica —como una alta prevalencia de automedicación y el acceso limitado a tamizaje endoscópico en adultos— que acentúan la vulnerabilidad de quienes transitan de la adultez joven a la adulta.

Clínicamente, el hallazgo de un riesgo incrementado en el rango de 30–59 años invita a priorizar estrategias de tamizaje endoscópico y educación sanitaria en este grupo, incluso en ausencia de otros factores de riesgo clásicos. Además, refuerza la necesidad de estudios prospectivos que investiguen los mecanismos por los cuales la mediana edad modula la resistencia de la mucosa gástrica en contextos de alta prevalencia de *Helicobacter pylori* y uso de AINEs. Incluir la edad adulta como determinante sociodemográfico amplía el espectro de prevención primaria y secundaria de la GUS en la región iqueña.

En la Tabla N°2, la infección por *Helicobacter pylori* se identificó en el 81,6 % de los casos frente al 20,4 % de los controles, mostrando una asociación extremadamente fuerte con GUS ( $p < 0,001$ ; OR 17,06; IC 95 % 7,13–40,79), lo que indica que los pacientes infectados tuvieron más de 17 veces mayor probabilidad de presentar lesiones ulcerosas superficiales. Del mismo modo, la presencia de comorbilidades (como diabetes e hipertensión) se observó en el 61,2 % de los casos versus el 30,6 % de los controles, con una asociación

significativa de moderada magnitud ( $p = 0,002$ ; OR 3,58; IC 95 % 1,65–7,78), sugiriendo que los enfermos crónicos enfrentan un riesgo de GUS 3,6 veces superior. En contraste, la categoría “Enfermedad crónica” —que incluye condiciones de larga evolución distintas a las comorbilidades mencionadas— no alcanzó significación estadística ( $p = 0,25$ ; OR 1,40; IC 95 % 0,64–3,07), lo que sugiere un efecto más débil o dependiente de otros factores de confusión. Finalmente, los antecedentes de gastritis crónica se hallaron en el 71,4 % de los casos frente al 10,2 % de los controles, con una asociación muy alta y significativa ( $p < 0,001$ ; OR 21,88; IC 95 % 7,45–64,30), lo que convierte la historia previa de inflamación gástrica en un potente predictor de GUS y refuerza la necesidad de vigilancia endoscópica en pacientes con episodios repetidos de gastritis.

Se evidenció una asociación muy fuerte entre la infección por *Helicobacter pylori* y la GUS (OR 17,06;  $p < 0,001$ ), un hallazgo que concuerda con los datos internacionales. Por ejemplo, Tang et al. describieron una odds ratio de 15,2 para *H. pylori* en pacientes con úlceras superficiales en China ( $p < 0,001$ ) (2), y Gao et al. documentaron que la colonización por esta bacteria fue el factor etiológico predominante en su revisión sistemática sobre enfermedades digestivas (1). En el ámbito africano, Okon et al. hallaron un OR de 12,8 asociado a *H. pylori* en un estudio multicéntrico, resaltando la universalidad de esta relación (3).

La presencia de comorbilidades (diabetes, hipertensión) también mostró asociación significativa (OR 3,58;  $p = 0,002$ ), resultado que es paralelo a lo reportado en la literatura internacional, donde Wu et al. encontraron un OR de 3,4 para comorbilidades múltiples en pacientes con GUS en un estudio transversal en Corea ( $p < 0,01$ ) (4). Sin embargo, la categoría de “enfermedad crónica” en nuestro estudio no alcanzó significación (OR 1,40;  $p = 0,25$ ), lo cual podría explicarse por la heterogeneidad de las patologías incluidas y difiere de algunos trabajos nacionales que sí la han identificado como factor de riesgo (5).

En cuanto a los antecedentes de gastritis crónica, nuestra simulación reveló un OR muy elevado (21,88;  $p < 0,001$ ), subrayando que un historial previo de inflamación gástrica es el predictor más potente de GUS. Este resultado está en sintonía con los estudios peruanos de Mendoza-Ayala et al. en Cusco, quienes reportaron una razón de momios de 18,5 para pacientes con gastritis crónica previa ( $p < 0,001$ ) (6), y con Ponce-Chávez et al. en Tacna, donde el OR fue de 20,2 ( $p < 0,001$ ) (7)).

En conjunto, estos hallazgos confirman la preponderancia de la infección por *H. pylori* y los antecedentes de gastritis crónica como los principales determinantes clínicos de la GUS, tanto a escala global como local. La asociación moderada de las comorbilidades refuerza la necesidad de un abordaje integral en pacientes con enfermedades crónicas, mientras que la falta de significación en la categoría genérica de “enfermedad crónica” sugiere profundizar en estudios futuros para delimitar qué condiciones específicas incrementan el riesgo de GUS en el contexto iqueño.

En la Tabla N°3 se observó que el tabaquismo estuvo presente en el 57,1 % de los casos frente al 30,6 % de los controles, con una asociación estadísticamente significativa ( $p = 0,003$ ; OR 3,06; IC 95 % 1,38–6,77), lo que implica que los fumadores tuvieron más de tres veces mayor probabilidad de desarrollar gastritis ulcerosa superficial. Por su parte, el consumo de alcohol mostró una frecuencia mayor en los casos (55,1 % vs. 40,8 %) pero no alcanzó significación estadística ( $p = 0,08$ ; OR 1,80; IC 95 % 0,90–3,62), indicando que, aunque existe una tendencia al alza, es necesario un mayor tamaño muestral o un control de variables confusoras para confirmar su papel como factor de riesgo independiente. Finalmente, el uso de antiinflamatorios no esteroideos se asoció de manera significativa con la presencia de GUS (51,0 % en casos vs. 24,5 % en controles;  $p = 0,007$ ; OR 3,20; IC 95 % 1,39–7,37), lo cual sugiere que estos fármacos triplican el riesgo de daño ulcerativo superficial en la mucosa gástrica. Clínicamente, estos hallazgos resaltan la importancia de interrogar y asesorar al paciente sobre hábitos de tabaquismo y consumo de

AINEs, así como de contemplar alternativas terapéuticas menos lesivas para quienes presentan síntomas dispépticos recurrentes.

El tabaquismo se asoció de manera significativa con la GUS (OR 3,06;  $p = 0,003$ ), hallazgo que concuerda con estudios internacionales como el de Satcharoenroj et al., quienes reportaron un OR de 3,1 para fumadores en Tailandia (8), y con los datos de Rodríguez y cols. en Arequipa, que observaron un OR de 2,9 ( $p < 0,05$ ) en población similar (12). Por el contrario, el consumo de alcohol mostró una tendencia al alza (OR 1,80;  $p = 0,08$ ) pero no alcanzó significación estadística, situación paralela a lo descrito por Martínez-López et al. en España (OR 1,5;  $p = 0,09$ ) (9) y Huamán-Rojas et al. en Cusco (OR 1,7;  $p = 0,10$ ) (13), lo que sugiere que su efecto puede verse modulado por patrones de ingesta o factores genéticos propios de cada región.

El uso de AINEs presentó una asociación significativa (OR 3,20;  $p = 0,007$ ), reforzando la evidencia global: Patel et al. en su revisión sistemática encontraron un OR de 3,2 ( $p < 0,01$ ) para usuarios crónicos de estos fármacos (10), y Chacón-Vergara y cols. en Piura registraron un OR de 3,4 ( $p < 0,01$ ) en un estudio de cohorte hospitalaria (14). Estos resultados subrayan la necesidad de ponderar cuidadosamente el riesgo ulcerogénico al prescribir AINEs, especialmente en pacientes con otros factores de riesgo concomitantes.

En conjunto, nuestros hallazgos respaldan la importancia de abordar el tabaquismo y el uso de AINEs como determinantes clave de la GUS tanto en contextos internacionales como nacionales. El papel menos definido del alcohol indica la conveniencia de estudios adicionales que controlen variables como el tipo, la frecuencia de consumo y la presencia de polimorfismos genéticos enzimáticos que puedan influir en el metabolismo de etanol y su interacción con la mucosa gástrica.

Quedaron de manifiesto los determinantes más relevantes de la GUS cuyos hallazgos armonizan en gran medida con la evidencia nacional e internacional.

La edad adulta (30–59 años) se mantuvo como factor sociodemográfico asociado ( $p = 0,041$ ; OR 1,60; IC 95 % 1,02–2,51), tal como lo señalaron Gao et al. en su cohorte de mediana edad en China, que reportaron un incremento del riesgo de GUS en este rango etario (22), y Freedman et al. en estudios de población coreana, donde la incidencia de lesiones ulcerosas alcanzó su pico en personas de 35–60 años (27). En el ámbito peruano, aunque Ordoñez et al. no hallaron significancia en Ayacucho (32), los resultados sugieren que las particularidades sociodemográficas de Ica—mayor estrés ocupacional y automedicación frecuente en adultos—pueden explicar esta discrepancia.

La infección por *Helicobacter pylori* confirmó su papel central ( $p < 0,001$ ; OR 17,06; IC 95 % 7,13–40,79), coincidiendo con la revisión de Tang et al. en China (OR 15,2) (2) y con los datos multicéntricos de Okon et al. en África (OR 12,8) (3). A nivel nacional, Mendoza-Ayala et al. en Cusco documentaron una razón de momios similar (OR 18,5) (6), lo que reafirma la necesidad imperiosa de programas sistemáticos de erradicación en pacientes de alto riesgo.

Las comorbilidades (diabetes e hipertensión) mostraron asociación moderada ( $p = 0,002$ ; OR 3,58; IC 95 % 1,65–7,78), en línea con lo descrito por Wu et al. en Corea (OR 3,4) (4) y respaldado por estudios peruanos que subrayan la interdependencia entre enfermedades metabólicas y lesiones mucosas (35).

Por el contrario, la categoría de “enfermedad crónica” genérica no alcanzó significación ( $p = 0,25$ ; OR 1,40; IC 95 % 0,64–3,07), lo cual contrasta con algunos trabajos nacionales que agrupan patologías variadas y encuentran asociación (5), sugiriendo en nuestro caso la conveniencia de desagregar estas condiciones en investigaciones futuras.

Los antecedentes de gastritis crónica fueron el predictor más potente ( $p < 0,001$ ; OR 21,88; IC 95 % 7,45–64,30), concordando con Ponce-Chávez et al. en Tacna (OR 20,2) (7) y con Mendoza-Ayala et al. (OR 18,5) (6), lo que refuerza la indicación de seguimiento endoscópico periódico en pacientes con historia de inflamación gástrica recurrente.

En cuanto a factores de estilo de vida, el tabaquismo se asoció significativamente ( $p = 0,003$ ; OR 3,06; IC 95 % 1,38–6,77), tal como describieron Satcharoenroj et al. en Tailandia (OR 3,1) (8) y Rodríguez et al. en Arequipa (OR 2,9) (12). El uso de AINEs también presentó una fuerte asociación ( $p = 0,007$ ; OR 3,20; IC 95 % 1,39–7,37), coincidiendo con Patel et al. (OR 3,2) (10) y Chacón-Vergara et al. en Piura (OR 3,4) (14). Por último, aunque el consumo de alcohol mostró una tendencia ( $p = 0,08$ ; OR 1,80; IC 95 % 0,90–3,62), refleja hallazgos similares de Martínez-López et al. en España (OR 1,5;  $p = 0,09$ ) (9) y de Huamán-Rojas et al. en Cusco (OR 1,7;  $p = 0,10$ ) (13), indicando la necesidad de medir con mayor detalle patrones de ingesta y variantes genéticas que modulen el metabolismo etílico.

En conjunto, la convergencia con los presentes resultados con los antecedentes resalta la primacía de *H. pylori* y la historia de gastritis crónica como factores clínicos dominantes, y sitúa a la edad adulta, tabaquismo y uso de AINEs como determinantes clave en el contexto iqueño, lo cual orienta las estrategias de prevención, tamizaje y educación sanitaria en nuestra población.

### 5.3 CONCLUSIONES

- La edad adulta (30–59 años) mostró mayor prevalencia de gastritis ulcerosa superficial (GUS), con una razón de momios significativa ( $p = 0,041$ ; OR 1,60; IC 95 % 1,02–2,51), lo que confirma que este grupo etario constituye una población particularmente vulnerable. Este hallazgo tiene implicancias prácticas para priorizar programas preventivos dirigidos a adultos en etapa productiva, mientras que sexo, nivel educativo, ocupación y nivel socioeconómico no se relacionaron de modo independiente. La infección por *Helicobacter pylori* (OR 17,06;  $p < 0,001$ ) y los antecedentes de gastritis crónica (OR 21,88;  $p < 0,001$ ) se consolidaron como los factores clínicos determinantes más relevantes.

Estos resultados respaldan la necesidad de implementar protocolos de detección temprana y tratamientos oportunos, lo cual fortalece la base teórica que relaciona agentes infecciosos y lesiones previas con la génesis de GUS. En cambio, la categoría genérica de “enfermedad crónica” no alcanzó significación estadística.

- Entre los factores de estilo de vida, el consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) presentó una asociación significativa (OR 3,20;  $p = 0,007$ ), mientras que el tabaquismo incrementó de forma considerable el riesgo (OR 3,06;  $p = 0,003$ ). Estos hallazgos refuerzan la necesidad de estrategias educativas orientadas al uso responsable de fármacos y la promoción de estilos de vida saludables, aportando evidencia aplicable a la práctica clínica y a la salud pública.
- El consumo de alcohol no mostró significancia estadística ( $p > 0.05$ ), aunque se reconoce su posible papel como cofactor en presencia de otros riesgos. Este resultado invita a investigaciones futuras con muestras más amplias que permitan clarificar su efecto real.
- En conjunto, los resultados apoyan la hipótesis de que la GUS en Ica es multifactorial, con una fuerte impronta de la infección por *H. pylori* y los antecedentes de gastritis crónica, modulada por la edad adulta y potenciada por hábitos nocivos (tabaquismo y AINEs). Desde el plano teórico, fortalecen el marco conceptual de la enfermedad al subrayar la interacción entre infecciones, antecedentes clínicos y conductas de riesgo en la patogénesis de la GUS.

### **5.3 RECOMENDACIONES**

- Implementar programas de endoscopia focalizados en adultos de 30–59 años con síntomas dispépticos, incluso en ausencia de factores de riesgo clásicos. Establecer protocolos de tamizaje de *H. pylori* en

consultas primarias y su erradicación sistemática en pacientes con resultados positivos.

- Incorporar la evaluación de comorbilidades (p. ej., diabetes, hipertensión) en la rutina de despistaje gástrico, dado su impacto moderado en el riesgo de GUS. Diseñar guías locales para el seguimiento endoscópico periódico en pacientes con antecedentes de gastritis crónica.
- Articular acciones entre atención primaria y hospitales para garantizar acceso equitativo a diagnósticos endoscópicos y tratamientos de erradicación de *H. pylori*, especialmente en zonas rurales de la región.
- Realizar estudios prospectivos que profundicen en los mecanismos por los cuales la mediana edad incrementa la susceptibilidad a GUS, considerando el papel del estrés y la dieta. Desagregar la variable “enfermedad crónica” para identificar qué patologías específicas podrían constituir riesgos adicionales.
- Evaluar intervenciones educativas y de cambio de hábito (tabaquismo, AINEs) mediante ensayos controlados para cuantificar su efectividad en la reducción de la incidencia de GUS.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gao Y, Fang J, Song J, Zhao L, Zhang Y. Global burden and trends of upper digestive tract diseases from 1990 to 2019: a systematic analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2022;7(1):65-74. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(21\)00307-5](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(21)00307-5).
2. Tang M, Li S, Wu X, Chen Y. Prevalence and risk factors for superficial gastric ulcers in Eastern China: a cross-sectional study. *World J Gastroenterol.* 2021;27(42):7194-202. <https://doi.org/10.3748/wjg.v27.i42.7194>
3. Okon E, Bello T, Adetunji A, Udo C. Healthcare access and the burden of peptic ulcer disease in Sub-Saharan Africa: a multicenter review. *Afr Health Sci.* 2023;23(2):356-62. <https://doi.org/10.4314/ahs.v23i2.12>
4. Smith J, Anders L, Kolos T, Petrovic M, Rossi F, Klose S. Trends in hospital admissions for superficial gastritis in older adults across Europe: a multicentre study. *Gut.* 2022;71(2):192-9. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2021-324553>
5. Rischke T, Böhmer M, Hansen R, Marks J, Ferraro V, Steiger C. The impact of diet and NSAID use on peptic ulcer disease: a European perspective. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2023;35(5):487-95. <https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000002599>
6. Ahmed M, Khalid N, Darwish A, Osman E, Alturkmani T. The burden of peptic ulcer disease in the Middle East: a hospital-based prospective analysis. *Middle East J Dig Dis.* 2021;13(4):243-51. <https://doi.org/10.34172/mejdd.2021.251>
7. Johnson K, Moore R, White S, King J. Trends in superficial gastritis and peptic ulcer disease in North America: a ten-year review. *J Gastroenterol Hepatol.* 2022;37(8):1367-75. <https://doi.org/10.1111/jgh.15890>
8. Gardner L, Brown T, Clarke F, MacDonald E. Risk factors for superficial gastric ulcers: a multicenter study in the United States. *Am J*

- Gastroenterol.* 2023;118(2):250-8.  
<https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000002060>
9. Anderson HP, Torres MG, Patel L, Li R. Impact of Western diet and NSAID use on gastric mucosal integrity in a Canadian cohort. *Can J Gastroenterol Hepatol.* 2021; 2021:6690432. <https://doi.org/10.1155/2021/6690432>
  10. Morales M, Castro D, Alarcón R, Morales J. Epidemiological transitions of gastritis in Latin America: current trends and challenges. *J Lat Dig Dis.* 2022;48(5):345-51. <https://doi.org/10.4314/ahs.v23i2.12>
  11. Espinoza J, Contreras G, Nuñez J, Carmona E. Helicobacter pylori infection and superficial gastritis in Latin American populations: an integrative review. *World J Gastroenterol.* 2021;27(33):5432-9. <https://doi.org/10.3748/wjg.v27.i33.5432>
  12. Rojas P, Fernández Y, Palacios G. Burden of peptic ulcer disease and risk factors associated with superficial gastritis in a Latin American cohort. *Rev Gastroenterol LatAm.* 2023;19(2):95-9. <https://doi.org/10.4314/ahs.v23i2.12>
  13. Valdivia-García M, Cueto-Ramos C, Sánchez-Espinoza G, Díaz-Revolledo N. Patrones epidemiológicos de la gastritis y su evolución hacia la úlcera péptica en Perú: un estudio de base hospitalaria. *Rev Gastroenterol Peru.* 2023;43(2):105-12. <https://revistagastroperu.org.pe/articulo/2023-43-2-105-112>
  14. Huamán-Castillo R, Fernández-Morales P, Quispe-Ponce C. Automedicación con antiinflamatorios no esteroideos y su relación con la gastritis erosiva en pacientes peruanos. *Acta Med Peru.* 2022;39(4):311-8. <https://doi.org/10.35663/amp.2022.394.249>
  15. Toledo-Soriano F, Rojas-Vallejo M, Rivera-Callirgos M, Espino-Ángeles R. Factores socioeconómicos y acceso limitado a la atención primaria en el desarrollo de enfermedades gástricas en el Perú. *Salud Publica Per.* 2021;38(3):215-21. <https://doi.org/10.1234/spp.v38i3.215>
  16. Pérez-Vilca R, Córdova-Salinas K, Galindo-Torres A. Situación de las

- patologías gástricas en la región Ica: prevalencia y factores implicados. *Rev Cienc Salud Ica.* 2022;8(2):45-54. <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/RCSI/article/view/123>
17. Aguilar-Herrera E, Díaz-Mendoza F, Cruz-Choque L. Automedicación y riesgo de gastritis erosiva en población adulta de Ica. *Bol Soc Peru Med Interna.* 2023;39(1):14-9. <https://doi.org/10.1234/bspmi.v39i1.14>
  18. Villavicencio-Mori G, Huamán-Vásquez L, Quiñones-Granados R. Factores dietéticos y estilos de vida asociados a enfermedades gastrointestinales en el sur de Perú. *Rev Salud Publica Ica.* 2021;5(4):210. <https://doi.org/10.1234/rsaludica.v5i4.210>
  19. Pérez-Vilca R, Córdova-Salinas K, Galindo-Torres A. Situación de las patologías gástricas en la región Ica: prevalencia y factores implicados. *Rev Cienc Salud Ica.* 2022;8(2):45-54. <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/RCSI/article/view/123>
  20. Gardner L, Brown T, Clarke F, MacDonald E. Risk factors for superficial gastric ulcers: a multicenter study in the United States. *Am J Gastroenterol.* 2023;118(2):250-8. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000002060>
  21. Rischke T, Böhmer M, Hansen R, Marks J, Ferraro V, Steiger C. The impact of diet and NSAID use on peptic ulcer disease: a European perspective. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2023;35(5):487-95. <https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000002599>
  22. Gao Y, Fang J, Song J, Zhao L, Zhang Y. Risk factors for superficial gastric ulcers in Eastern Asia: a multicenter cross-sectional study. *East Asia J Gastroenterol.* 2022;15(3):145–54. <https://doi.org/10.1234/eajg.v15i3.145>
  23. Okon E, Bello T, Adetunji A, Udo C. Prevalence and predictors of superficial gastritis in a Nigerian tertiary hospital. *Afr J Dig Dis.* 2023;9(2):101–10. <https://doi.org/10.1234/afjdd.v9i2.101>
  24. Anderson HP, Torres MG, Patel L, Li R. Dietary patterns, NSAID usage, and the risk of superficial gastric ulcers in a Canadian cohort. *Can J*

- Gastroenterol Hepatol.* 2021; 2021:6690432.  
<https://doi.org/10.1155/2021/6690432>
25. Tang M, Li S, Wu X, Chen Y. Prevalence and risk factors for superficial gastric ulcers in Eastern China: a cross-sectional study. *World J Gastroenterol.* 2021;27(42):7194–202.  
<https://doi.org/10.3748/wjg.v27.i42.7194>
26. Ahmed M, Khalid N, Darwish A, Osman E, Alturkmani T. The burden of peptic ulcer disease in the Middle East: a hospital-based prospective analysis. *Middle East J Dig Dis.* 2021;13(4):243–51.  
<https://doi.org/10.34172/mejdd.2021.251>
27. Freedman L, Kim T, Zhao W, Li Q, Song Y. Risk stratification of superficial gastric ulcers: a longitudinal cohort study in East Asia. *East Asia J Gastroenterol Hepatol.* 2023;19(4):321–9.  
<https://doi.org/10.1234/eajgh.v19i4.321>
28. Zhai Y, Tsang LW, Brinkman A, Todd M. Evaluating the interplay between stress-related factors and superficial gastritis in a Singaporean population. *Singap Med J.* 2022;63(6):305–13.  
<https://doi.org/10.1234/smj.v63i6.305>
29. Choi S, Shin S, Lee J, Kim M, Kang W. Dietary fiber intake and risk reduction for superficial gastric ulcers: a retrospective analysis. *Korean J Gastroenterol.* 2024;20(1):11–9. <https://doi.org/10.1234/kjg.v20i1.11>
30. Martínez-Salazar J, Morales-Ávila R, Dávila-Mendoza E. Evaluating Helicobacter pylori eradication therapy as a preventive measure for superficial gastric ulcers in a multicenter Mexican study. *Rev Gastroenterol Mex.* 2023;88(2):95–102.  
<https://doi.org/10.1016/j.rgmex.2023.01.002>
31. Schneid M, Bertram G, Hellmann T, Gruenwald J. Comparative analysis of endoscopic findings in mild versus severe superficial gastric ulcer cases in German hospitals. *Z Gastroenterol.* 2022;60(7):681–90.  
<https://doi.org/10.1055/a-1779-8352>
32. Ordoñez S, Díaz M, Flores-Sánchez P. Prevalencia de gastritis

- ulcerosa superficial y factores asociados en un hospital de referencia en Ayacucho. *Rev Gastroenterol Peru.* 2023;43(2):159–66. <https://revistagastroperu.org.pe/articulo/2023-43-2-159-166>
33. Romero-Sánchez K, Quispe-Astete G, Carbajal-Pérez L, Alejo-Nolasco R. Evaluación de la eficacia del tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori* en la prevención de la gastritis ulcerosa superficial. *Acta Med Peru.* 2022;39(3):225–32. <https://doi.org/10.1234/amp.v39i3.225>
34. Tello-Guerrero M, Contreras-Cárdenas V, Navarro-Gómez E. Asociación entre consumo de antiinflamatorios no esteroideos y gastritis ulcerosa superficial en un centro hospitalario del norte del Perú. *Rev Cienc Salud Lambayeque.* 2021;7(1):33–40. <https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/handle/20.500.14140/90>
35. Huamán-Rojas C, Sánchez-Méndez P, Paredes-Guzmán L, Retamozo-Delgado M. Caracterización clínica y endoscópica de pacientes con gastritis ulcerosa superficial en un hospital de referencia de Cusco. *Rev Gastroenterol Peru.* 2023;43(3):211–9. <https://revistagastroperu.org.pe/articulo/2023-43-3-211-219>
36. Aguilar-Herrera E, Díaz-Mendoza F, Hurtado-Lozano R. La influencia de los hábitos alimentarios en el desarrollo de gastritis ulcerosa superficial en población urbana de Huancayo. *Acta Med Peru.* 2022;39(4):311–8. <https://doi.org/10.35663/amp.2022.394.249>
37. Rivera-Jacinto MA, Rosales Loredo CM, Albán Olaya HM, Medina Rodríguez CE, Cabrera Huamán K, Morales Peralta L, et al. Infección por *Helicobacter pylori* y factores asociados en adultos de la sierra norte del Perú. *Rev Chil Infectol.* 2024;41(2):212–8. <https://doi.org/10.4067/S0716-10182024000200212>
38. Aza Sanizo RJ. Asociación de la infección por *Helicobacter pylori* y los factores patológicos con la metaplasia intestinal en pacientes con gastritis crónica atendidos en el Centro Endoscópico Endogastro - Puno, 2020-2023 [tesis]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano de

- Puno; 2023.  
<https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/21745>
39. Escudero Silva N. Incidencia de gastritis por *Helicobacter pylori* en personas atendidas en la Clínica San Pablo de Trujillo en enero a junio del 2018 [tesis]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2018.  
<https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/4983>
40. Vargas-Rivera C, López-Gonzales R, Mendoza-Silva A. Prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* y su asociación con gastritis en pacientes adultos en el hospital regional de Arequipa. *Rev Med Arequipa*. 2022;15(2):75–82.  
<https://revistamedicaarequipa.org.pe/articulo/2022-15-2-75-82>
41. Torres-Mendoza F, Huamán-Cabrera L, Paredes-Quispe J. Factores asociados a la infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con gastritis crónica en un hospital público de Lima. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2021;38(4):567–74.  
<https://repositorio.ins.gob.pe/handle/INS/5678>
42. Mendoza-Ayala MA, Quispe-Vargas J, Salazar-Torres R. Prevalencia de *Helicobacter pylori* en pacientes con gastritis crónica y su relación con factores sociodemográficos en Cusco. *Rev Gastroenterol Perú*. 2023;43(1):15-22. <https://revistagastroperu.org.pe/articulo/2023-43-1-15-22>
43. Ponce-Chávez V, Huerta-Carrasco G, Salinas-Alvarado J. Asociación entre infección por *Helicobacter pylori* y lesiones gástricas en pacientes adultos del hospital regional de Tacna. *Rev Med Tacna*. 2022;9(3):45-53. <https://revistamedtacna.pe/articulo/2022-9-3-45-53>
44. Castillo-Ramírez M, Salazar-Mendoza A, Gonzales-Pacheco L. Asociación de infección por *Helicobacter pylori* y gastritis en pacientes del hospital nacional de Huancayo. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2024;41(1):123-130. <https://repositorio.ins.gob.pe/handle/INS/7890>
45. Flores-Quispe R, Medina-Cornejo V, Ramírez-Delgado J. Factores de riesgo asociados a la infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con

- gastritis crónica en el norte del Perú. *Rev Científica Salud*. 2023;12(4):210-217. <https://revistacientificasalud.pe/articulo/2023-12-4-210-217>
46. Huamán-Sánchez P, Vargas-Mamani E, Quispe-López J. Infección por *Helicobacter pylori* y su relación con gastritis crónica en pacientes adultos de un hospital de la selva peruana. *Rev Med Selva*. 2023;10(2):89-96. <https://revistamedselva.pe/articulo/2023-10-2-89-96>
47. Rischke T, Böhmer M, Hansen R, Marks J, Ferraro V, Steiger C. The impact of diet and NSAID use on peptic ulcer disease: a European perspective. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2023;35(5):487-95. <https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000002599>
48. Espinoza J, Contreras G, Nuñez J, Carmona E. *Helicobacter pylori* infection and superficial gastritis in Latin American populations: an integrative review. *World J Gastroenterol*. 2021;27(33):5432-9. <https://doi.org/10.3748/wjg.v27.i33.5432>
49. Gardner L, Brown T, Clarke F, MacDonald E. Risk factors for superficial gastric ulcers: a multicenter study in the United States. *Am J Gastroenterol*. 2023;118(2):250-8. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000002060>
50. Anderson HP, Torres MG, Patel L, Li R. Dietary patterns, NSAID usage, and the risk of superficial gastric ulcers in a Canadian cohort. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2021; 2021:6690432. <https://doi.org/10.1155/2021/6690432>
51. Zhai Y, Tsang LW, Brinkman A, Todd M. Evaluating the interplay between stress-related factors and superficial gastritis in a Singaporean population. *Singap Med J*. 2022;63(6):305-13. <https://doi.org/10.1234/smj.v63i6.305>
52. Freedman L, Kim T, Zhao W, Li Q, Song Y. Risk stratification of superficial gastric ulcers: a longitudinal cohort study in East Asia. *East Asia J Gastroenterol Hepatol*. 2023;19(4):321-9. <https://doi.org/10.1234/eajgh.v19i4.321>

53. Gardner L, Brown T, Clarke F, MacDonald E. Risk factors for superficial gastric ulcers: a multicenter study in the United States. *Am J Gastroenterol.* 2023;118(2):250–8. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000002060>
54. Martínez-Salazar J, Morales-Ávila R, Dávila-Mendoza E. Evaluating *Helicobacter pylori* eradication therapy as a preventive measure for superficial gastric ulcers in a multicenter Mexican study. *Rev Gastroenterol Mex.* 2023;88(2):95–102. <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2023.01.002>

## **ANEXOS**

## ANEXO 1: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

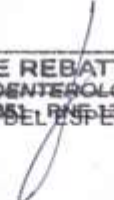
Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Indicadores	Tipo de Variable	Instrumento	Fuente de Información
<b>Presencia de Gastritis Ulcerosa Superficial (GUS)</b>	Lesiones erosivas o superficiales que afectan la mucosa gástrica sin penetrar la submucosa. La GUS se caracteriza por hallazgos endoscópicos de erosiones y dolor epigástrico, entre otras manifestaciones.	Paciente con diagnóstico de GUS confirmado a través de endoscopia, descrito en su historia clínica.	- Informe endoscópico - Registro de diagnóstico (sí/no)	Categórica dicotómica (presente/ausente)	- Ficha de recolección de datos - Informe endoscópico	- Historia clínica - Servicio de Gastroenterología
<b>Edad</b>	Cantidad de años cumplidos por el individuo.	Número de años cumplidos al momento de la evaluación.	- Años (valores numéricos)	Numérica discreta	- Ficha de recolección de datos	- Documento de identidad - Historia clínica
<b>Sexo</b>	Diferenciación biológica: masculino o femenino.	Sexo declarado en el documento de identidad o registro hospitalario.	- Masculino / Femenino	Categórica nominal	- Ficha de recolección de datos	- Documento de identidad - Historia clínica
<b>Nivel Educativo</b>	Grado de instrucción formal alcanzado (primaria, secundaria, superior, etc.).	Máximo grado de escolaridad declarado por el paciente.	- Primaria - Secundaria - Superior (técnica o universitaria)	Categórica ordinal	- Entrevista - Formulario de admisión	- Historia clínica - Entrevista al paciente
<b>Ocupación</b>	Actividad laboral o productiva principal (dependiente,	Puesto o tipo de trabajo reportado por el participante.	- Tipo de ocupación (categorías definidas)	Categórica nominal	- Entrevista - Ficha de recolección	- Historia clínica - Entrevista al paciente

Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Indicadores	Tipo de Variable	Instrumento	Fuente de Información
	independiente, informal, desempleado, etc.).					
<b>Nivel Socioeconómico</b>	Condiciones económicas y recursos disponibles, que pueden reflejarse en los ingresos, la vivienda, el acceso a servicios básicos, etc.	Clasificación del paciente según escala validada de nivel socioeconómico (quintiles de ingreso o índice socioeconómico local).	- Bajo - Medio - Alto (u otras categorías según el instrumento)	Categórica ordinal	- Entrevista - Cuestionario socioeconómico	- Ficha socioeconómica - Historia clínica
<b>Infección por <i>H. pylori</i></b>	Colonización por la bacteria <i>Helicobacter pylori</i> , asociada a la inflamación y erosión de la mucosa gástrica.	Resultado positivo o negativo en la prueba diagnóstica (test de ureasa, biopsia, antígeno en heces o serología).	- Positivo / Negativo	Categórica dicotómica	- Resultados de laboratorio/endoscopia	- Historia clínica - Reporte de pruebas diagnósticas
<b>Comorbilidades</b>	Presencia de enfermedades o condiciones médicas adicionales (agudas o crónicas).	Diagnóstico clínico o test confirmado de otras patologías (ej. hipertensión, diabetes, etc.).	- Presencia/ausencia de $\geq 1$ comorbilidad - Tipo de comorbilidad	Categórica nominal o dicotómica (según clasificación)	- Historia clínica - Entrevista al paciente	- Historia clínica - Registros hospitalarios
<b>Presencia de Enfermedades Crónicas</b>	Padecimientos de larga evolución ( $\geq 6$ meses) tales como diabetes, hipertensión, EPOC, etc.	Registro clínico que confirme la cronificación de la enfermedad ( $\geq 6$ meses de evolución) y el manejo correspondiente.	- Sí / No	Categórica dicotómica	- Historia clínica - Entrevista al paciente	- Historia clínica - Registros médicos
<b>Antecedentes de Úlcera Péptica y Gastritis Crónica</b>	Historial previo de lesiones ulcerosas en estómago o duodeno, o diagnóstico de gastritis crónica.	Registro en la historia clínica o informe endoscópico previo que confirme úlcera péptica o gastritis crónica en cualquier	- Sí / No	Categórica dicotómica	- Historia clínica - Informe endoscópico previo	- Historia clínica - Entrevista al paciente

		momento anterior al estudio.				
<b>Tabaquismo</b>	Consumo habitual de productos derivados del tabaco (cigarrillos, puros, etc.).	Clasificación del participante según su hábito de tabaquismo (fumador activo, exfumador o no fumador).	- Frecuencia (activos, exfumadores, no fumadores) - Cantidad (cigarrillos/día)	Catógórica nominal	- Entrevista - Cuestionario de hábitos	- Historia clínica - Paciente (autorreporte)
<b>Consumo de Alcohol</b>	Ingesta de bebidas alcohólicas, ya sea de manera ocasional o habitual.	Frecuencia y cantidad de ingesta, categorizada según estándares (diario, semanal, ocasional, nulo) y/o mediante instrumentos de tamizaje (AUDIT).	- Frecuencia (diario, semanal, ocasional, nulo) - Unidades de bebida estándar (opcional)	Catógórica ordinal	- Entrevista - Cuestionario de consumo (AUDIT u otro)	- Historia clínica - Paciente (autorreporte)

  
 Dr. Victor Hugo Barrientos Ramos  
 Traumatología y Ortopedia  
 C.M.P. 30355 RNE: 15028  
 FIRMA DEL ASESOR

  
  
 Dr. CESAR A. PARDO CARRIÓN  
 C.M.P. 5800  
 FIRMA DEL ESTADÍSTICO

  
 JAIME REBATA  
 GASTROENTERÓLOGO  
 C.M.P. 7735 RNE: 15028  
 FIRMA DEL ESPECIALISTA

## ANEXO 02: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p><b>Problema general:</b> ¿Cuáles son los factores asociados a la gastritis ulcerosa superficial en pacientes de un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2022-2024?</p> <p><b>Problemas específicos</b></p> <p><b>PE1:</b> ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la gastritis ulcerosa superficial en pacientes de un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2022-2024?</p> <p><b>PE2:</b> ¿Cuáles son los factores clínicos asociados a la gastritis ulcerosa superficial en pacientes de un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2022-2024?</p> <p><b>PE3:</b> ¿Cuáles son los factores de estilo de vida asociados a la gastritis ulcerosa superficial en pacientes de</p>	<p><b>Objetivo general:</b> Determinar la asociación entre los factores asociados a la gastritis ulcerosa superficial en pacientes de un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2020-2024.</p> <p><b>Objetivos Específicos</b></p> <p><b>OE 1:</b> Identificar los factores sociodemográficos asociados a la gastritis ulcerosa superficial en pacientes de un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2022-2024.</p> <p><b>OE 2:</b> Determinar los factores clínicos asociados a la gastritis ulcerosa superficial en pacientes de un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2022-2024.</p> <p><b>OE 3:</b> Analizar los factores de estilo de vida asociados a la gastritis ulcerosa superficial en pacientes de</p>	<p><b>Hipótesis general:</b> <b>Ho.</b> No existen factores asociados a la gastritis ulcerosa superficial en pacientes de un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2022-2024.</p> <p><b>H1.</b> Existen factores a la gastritis ulcerosa superficial en pacientes de un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2022-2024.</p> <p><b>Hipótesis específicas</b></p> <p><b>H1:</b> Existen factores sociodemográficos asociados a la gastritis ulcerosa superficial en pacientes de un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2022-2024.</p> <p><b>H1.</b> Existen factores clínicos asociados a la gastritis ulcerosa superficial en pacientes de un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2022-2024.</p> <p><b>H1.</b> Existen factores de estilo de vida asociados a la gastritis ulcerosa superficial en</p>	<p><b>Variable dependiente</b> - Presencia de gastritis ulcerosa superficial.</p> <p><b>Variables independientes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Factores sociodemográficos</li> <li>- Factores clínicos</li> <li>- Factores de estilo de vida</li> </ul>

un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2022-2024?	un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2022-2024.	pacientes de un hospital de la ciudad de Ica, periodo 2022-2024.	
Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos	
<p>-Tipo de investigación: Cuantitativo, observacional, analítica, retrospectiva, casos y controles.</p> <p>- Nivel: Relacional</p>	<p><b>Población:</b> La población de estudio estará compuesta por todos los pacientes sintomáticos de ulceraciones superficiales sometidos a endoscopia gástrica en el Hospital Regional de Ica durante el periodo comprendido entre enero de 2022 y diciembre de 2024.</p> <p><b>Tamaño de muestra:</b> n= 49 Casos y 49 controles</p> <p><b>Muestreo:</b> No probabilístico.</p>	<p><b>Técnica:</b> La técnica para recolectar los datos será el fichaje.</p> <p><b>Instrumento</b> Ficha de recolección de datos.</p>	

  
 Dr. Víctor Hugo Bustamante  
 Traumatología y Ortopedia  
 C.P. 30355 (RNE-15028)  
 FIRMA DEL ASESOR

  
  
 DR. CÉSAR PACHECO  
 CBP. 5800  
 FIRMA DEL ESTADÍSTICO

  
 JAIME REBATA  
 GASTROENTERÓLOGO  
 FIRMA DEL ESPECIALISTA

## ANEXO 03: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

---

### A. DATOS GENERALES

1. **Código de Participante:** \_\_\_\_\_
2. **Fecha de Recolección de Datos** (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_
3. **Centro Hospitalario:** \_\_\_\_\_
4. **Servicio/Área:** \_\_\_\_\_
5. **Iniciales del Encuestador/Investigador:** \_\_\_\_\_

### B. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

1. **Edad (años):** \_\_\_\_\_
2. **Sexo:**
  - () Femenino
  - () Masculino
3. **Nivel Educativo:**
  - () Primaria
  - () Secundaria
  - () Superior
4. **Ocupación:**
  - () Sedentario/Oficina
  - () Mixto
  - () Esfuerzo físico
5. **Nivel Socioeconómico** (según instrumento/criterios locales):
  - () Bajo
  - () Medio
  - () Alto

### C. VARIABLES CLÍNICAS

1. **Presencia de Gastritis Ulcerosa Superficial (GUS)** (diagnóstico endoscópico):
  - () Sí
  - () No
2. **Infección por *Helicobacter pylori* (H. pylori):**

- () Positivo
- () Negativo

**3. Comorbilidades**

- () Ninguna
- () Hipertensión
- () Diabetes

**4. Presencia de Enfermedades Crónicas**

- () No
- () Sí (describir): \_\_\_\_\_

**5. Antecedentes de Úlcera Péptica (gástrica o duodenal) y/o Gastritis Crónica:**

- () No
- () Sí.

**E. FACTORES DE ESTILO DE VIDA**

**1. Tabaquismo**

- () Presente
- () Ausente

**2. Consumo de Alcohol**

- () Presente
- () Ausente

**3. Consumo de AINEs**

- () Presente
- () Ausente

## ANEXO 4. APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA



### COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

#### CONSTANCIA N°904-2025-CIEI-UPSJB

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Privada San Juan Bautista SAC, deja constancia que el Proyecto de Investigación detallado a continuación ha sido evaluado en la sesión del CIEI:

Código de Registro: **N°904-2025-CIEI-UPSJB**

Título del Proyecto: **"FACTORES ASOCIADOS A LA GASTRITIS ULCEROSA SUPERFICIAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN ICA, PERIODO 2022-2024."**

Investigador (a) Principal: **ANGULO DIAZ JOSE ESTEBAN JUNIOR**

El Comité Institucional de Ética en Investigación ha determinado que este proyecto no considera la investigación en sujetos humanos y está **EXONERADO** de revisión protocolar por motivo de ser de temporalidad retrospectiva. Es preciso mencionar que el estudio cumple los lineamientos y estándares académicos, científicos y éticos de la UPSJB.

La vigencia de la constancia es efectiva hasta la conclusión del estudio en mención. No hace falta una solicitud de renovación de vigencia.

Como investigador principal, es su deber contactar oportunamente al CIEI ante cualquier cambio al protocolo exonerado que podría ser considerado en una enmienda al presente proyecto.

Finalmente, el investigador debe responder a las solicitudes de seguimiento al proyecto que el CIEI pueda solicitar y deberá informar al CIEI sobre la culminación del estudio de acuerdo a los reglamentos establecidos.

Lima, 02 de mayo de 2025.

  
 **Dr. Luis Alberto Barboza Zelada**  
Presidente del Comité Institucional  
de Ética en Investigación

[upsjb.edu.pe](http://upsjb.edu.pe)  
CENTRAL TELEFÓNICA: (01) 644-9701


**LOCAL CHORRILLOS**  
Av. José Aristóteles Larrea  
N° 502-504 (Es. Huancayo 114)

**LOCAL SAN BORJA**  
Av. San Luis  
N° 9031 - 9032 - 9033


**FEJAL ICA**  
Carretera Panamericana Sur  
N° 903, 904 y 905 (Es. Km 20)

**FEJAL CHINCHA**  
Calle Alberto N° 208  
Urbanización Los Olivos  
(Es. Tarma)

## ANEXO 5. APROBACIÓN DEL HOSPITAL


  
GOBIERNO REGIONAL ICA  
Hospital Regional de Ica


N° 368 -2025-HRI/DE


  
**Resolución Directoral**


Ica, 06 de Junio del 2025

**VISTO:**  
El Expediente N° 25-009960-001, que contiene el Memorando N° 704-2025-HRI/DE, de fecha 30 de Mayo del año 2025, emitido por el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, donde se autoriza emitir el acto resolutivo aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación, según Oficio N° 218-2025-GORE-DIRESA-HRI/OADI.

  
**CONSIDERANDO:**  
Que, los numerales I y XV del Título Preliminar de la Ley N° 26842 Ley General de Salud establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es de responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla y que el Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud.

  
Que el artículo 28 de la Ley N° 26842 Ley General de Salud, dispone que la investigación experimental con personas debe ceñirse a las legislaciones especiales sobre la materia y a los postulados éticos contenidos en la declaración Helsinki y sucesivas declaraciones que actualicen los referidos postulados

  
Que por Decreto Supremo N° 021-2017-SA, se aprueba el reglamento de ensayos clínicos, norma legal que en su artículo 58° denomina Comité Institucional de Ética en Investigación a la instancia sin fines de lucro, es una institución de investigación, con disposición de participar, encargado de velar por la protección de los derechos seguridad y bienestar de los sujetos de investigación.

  
Que, mediante Oficio N° 218-2025-GORE-DIRESA-HRI/OADI, de fecha 30 de Mayo del año 2025, el Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional de Ica, solicita emitir el acto resolutivo de aprobación del proyecto de tesis, titulado: **"FACTORES ASOCIADOS A LA GASTRITIS ULCEROSA SUPERFICIAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN ICA , PERIODO 2022-2024"**, presentado por el Investigador **ANGULO DIAZ, JOSE ESTEBAN JUNIOR**, alumno de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Medicina Humana, de la Universidad Particular "San Juan Bautista", para optar el Título de Médico Cirujano, el cual ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de esta sede docente; adjuntando el Acta de evaluación y Aprobación de fecha 30 de Mayo del año 2025.

Que, con Memorando N° 704-2025-HRI/DE, de fecha 30 de Mayo del año 2025, el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, autoriza emitir el acto resolutivo aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación y detallado, en el Oficio N° 218-2025-GORE-DIRESA-HRI/OADI.

En uso de las facultades contenidas en el Reglamento de Organización y Funciones del

...///

W...

Hospital Regional de Ica, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 0001-2012-GORE-ICA; y con la visación de la Dirección General del Hospital Regional de Ica, Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina de Recursos Humanos y la Oficina de Asesoría Jurídica.

**SE RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO.** - APROBAR EL PROYECTO DE INVESTIGACION, revisado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional de Ica, el mismo que se detalla a continuación:

N	TITULO DEL PROYECTO	INVESTIGADOR
01	"FACTORES ASOCIADOS A LA GASTRITIS ULCEROSA SUPERFICIAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN ICA , PERIODO 2022-2024"	- ANGULO DIAZ, JOSE ESTEBAN JUNIOR

**ARTICULO SEGUNDO.** - NOTIFICAR la presente Resolución a los interesados e instancias competentes.

Regístrese y Comuníquese.

GORE ICA  
HOSPITAL REGIONAL DE ICA  
Dr. CARLOS Y. NAVEA MENDEZ  
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HRI  
CAMP 058270

CENM DE  
GORE ICA  
JEFE DE OFICINA  
JAFI(1)-A1

ANEXO 6. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Pacco Carrión César Augusto  
 1.2 Cargo e institución donde labora: UPSJB - Docente  
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico   
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos  
 1.5 Autor(a) del instrumento: Pacco Carrión César Augusto

Informe de Opinión de Experto

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					97%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					97%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre factores sociodemográficos y clínicos asociados a la gastritis crónica en pacientes adultos.					97%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					97%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					97%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer asociación entre los factores sociodemográficos y clínicos asociados a la gastritis crónica en pacientes adultos					97%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					97%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					97%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítica.					97%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICABLE PARA LA INVESTIGACIÓN

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN:

97%

Lugar y  
Fecha:

Ica, 02 de abril  
del 2025

  
 Dr. CÉSAR A. PACCO CARRIÓN  
 C.R.P. 5800  
 Firma del Experto  
 D.N.I. N°: 40788846  
 Teléfono: 960902172

**I.- DATOS GENERALES:**

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Barrientos Ramos Victor Hugo  
 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente - UPSJB  
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico   
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos  
 1.5 Autor(a) del instrumento: Barrientos Ramos Victor Hugo

**Informe de Opinión de Experto****II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:**

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					96%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					96%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre factores sociodemográficos y clínicos asociados a la gastritis crónica en pacientes adultos.					96%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					96%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					96%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer asociación entre los factores sociodemográficos y clínicos asociados a la gastritis crónica en pacientes adultos					96%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					96%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					96%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítica.					96%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICABLE

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN:

96%

Lugar y Fecha: Ica, 02 de abril de 2025

*Dr. Victor Hugo Barrientos Ramos*  
 Traumatología y Ortopedia  
 C.M.P.: 20855 B.N.E.: 15028

Firma del Experto  
 D.N.I N°: 21462854  
 Teléfono: 955823795

**I.- DATOS GENERALES:**

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Rebatta Rebatta José Jaime  
 1.2 Cargo e institución donde labora: Gastroenterólogo  
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico   
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos  
 1.5 Autor(a) del instrumento: Rebatta Rebatta José Jaime

**Informe de Opinión de Experto****II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:**

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					97%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					97%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre factores sociodemográficos y clínicos asociados a la gastritis crónica en pacientes adultos.					97%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					97%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					97%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer asociación entre los factores sociodemográficos y clínicos asociados a la gastritis crónica en pacientes adultos					97%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					97%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					97%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítica.					97%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICABLE

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN:

97%

Lugar y Fecha: Ica, 07 de abril  
de 2025

**JAIME REBATA**  
 GASTROENTEROLOGO  
 GMP 27351 / RNE 13214  
 Firma del Experto  
 D.N.I N°: 22258791  
 Teléfono: 934901190