

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

**MÉDICO CIRUJANO**

**RELACIÓN DE AINES CON SINTOMATOLOGÍA DIGESTIVA ALTA EN  
PACIENTES DE CONSULTORIO GASTROENTEROLOGÍA, HOSPITAL**

**II JORGE REÁTEGUI. JULIO- DICIEMBRE 2018 PIURA.**

**AUTORA: LÓPEZ ALAMA, OLIVIA MAGDALENA**

**ASESORA: LEÓN CHÁVEZ, MARÍA DEL CARMEN**

**PIURA – PERU**

**2020**

**RELACIÓN DE AINES CON SINTOMATOLOGÍA DIGESTIVA ALTA EN  
PACIENTES DE CONSULTORIO GASTROENTEROLOGÍA, HOSPITAL  
II JORGE REÁTEGUI. JULIO- DICIEMBRE 2018 PIURA.**

**MIEMBROS DEL JURADO**

---

**Dr. ANNYS PURIZACA NAVARRO**

**PRESIDENTE**

---

**Dr. EUGENIO POZO BRICEÑO**

**SECRETARIO**

---

**Dr. CIRO GARCÍA VILELA**

**VOCAL**

## **DEDICATORIA**

A la Santísima Trinidad, por acompañarme en este largo recorrido de mi vida pre profesional por nunca hacerme perder la fe y la esperanza.

A mis padres, pero sobre todo a mi hermana mayor por apostar y siempre creer en mí, que lo podía lograr.

Tus esfuerzos fueron para mí, mi motivación

y a ti mi persona favorita, gracias

por estar a mi lado exigiéndome cada día más.

## **AGRADECIMIENTOS**

A los médicos asistentes de los Hospitales Jorge Reátegui Delgado, José Cayetano Heredia, Santa Rosa y Chulucanas quienes afianzaron los conocimientos que obtuve en mi etapa de pregrado, gracias a ellos aprendí nuevas destrezas que serán de suma importancia en mi futuro profesional.

Al servicio de Gastroenterología del Hospital Jorge Reátegui Delgado, a su personal de investigación y estadística, gracias a ellos, por brindarme su apoyo y hacer posible esta tesis.

A mi maestra, Dra. León Chávez María del Carmen (asesora de mi tesis), gracias por sus enseñanzas académicas de su paciencia y orientación, gracias a ella pude llevar a cabo el desarrollo de mi tesis.

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar la relación de AINEs (antiinflamatorios no esteroideos) con la sintomatología digestiva alta en pacientes de consultorio de gastroenterología del Hospital II Jorge Reátegui, julio-diciembre 2018 Piura.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico, transversal, retrospectivo y descriptivo. Se evaluó a pacientes que consumieron AINES con sintomatología digestiva alta del Hospital Jorge Reátegui (HJRD). Se excluyeron pacientes menores de 14 años, con *Helicobacter pylori*, enfermedad ulcerosa péptica, e inmunosuprimidos y alcohólicos. El análisis del estudio se hizo en el programa estadístico SPSS-22.

**RESULTADOS:** Se evaluó en 6 meses un total de 247 pacientes, teniendo la muestra de 112 pacientes, siendo el 27.7% hombres y 72.3% mujeres; el 50.0% son adulto mayor. La edad promedio es de 57.2 años teniendo como rango 17 y 95 años. Los pacientes que consumieron derivados de ácido acético son el 51.6% de los que presentaron eructos, el 40.2% consumieron Naproxeno sódico; 30.4% consumieron naproxeno sódico combinado con otros AINES, el 15.2% consumieron ácido acetilsalicílico. Los pacientes con enfermedades reumatológicas (artritis reumatoide, artrosis, radiculopatias, gonartrosis, coxartrosis, gota, entre otras) representan 45.5%. y con enfermedades cardiovasculares (HTA, aterosclerosis, enfermedad de aorta, IAM) representan 24.1%. El dolor en epigastrio, las náuseas y vómitos predominan más por el uso de AINES. **CONCLUSIONES:** Los síntomas digestivos altos (dolor en epigastrio, náuseas y vómitos) se asocian al uso frecuente de AINES (Naproxeno Sódico) en el HJRD, teniendo mayor incidencia los pacientes adultos mayores con enfermedades reumatológicas.

**Palabras claves:** *Antiinflamatorios no esteroideos, Hospital Jorge Reátegui, enfermedades reumatológicas.*

## **ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** To determine the relationship between NSAIDs (non-steroidal anti-inflammatory drugs) and upper gastrointestinal symptoms in gastroenterology patients of the Hospital Jorge Reátegui II, July December 2018 Piura.

**MATERIAL AND METHODS:** An observational, analytical, cross-sectional, retrospective and descriptive study was carried out. Patients who consumed NSAIDs with upper digestive symptoms of the Jorge Reátegui Hospital (HJRD) were evaluated. Patients under 14 years of age, with *Helicobacter pylori*, peptic ulcer disease, and immunosuppressed and alcoholics were excluded. The analysis of the study was done in the statistical program SPSS-22.

**RESULTS:** A total of 247 patients were evaluated in 6 months, taking the sample of 112 patients, 27.7% being men and 72.3% women; 50.0% are older adults. The average age is 57.2 years with a range of 17 and 95 years. The patients who consumed acetic acid derivatives are 51.6% of those who belched, 40.2% consumed sodium Naproxen; 30.4% consumed naproxen sodium combined with other NSAIDs, 15.2% consumed acetylsalicylic acid. Patients with rheumatologic diseases (rheumatoid arthritis, osteoarthritis, radiculopathy, gonarthrosis, coxarthrosis, gout, among others) represent 45.5%. and with cardiovascular diseases (AHT, atherosclerosis, aortic disease, AMI) represent 24.1%. The pain in epigastrium, nausea and vomiting predominate more by the use of NSAIDs.

**CONCLUSIONS:** High digestive symptoms (pain in epigastrium, nausea and vomiting) are associated with frequent use of NSAIDs (Naproxen Sodium) in the HJRD, with older adults with rheumatic diseases having a higher incidence.

**Keywords:** *Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, Jorge Reátegui Hospital, rheumatic diseases.*

## ÍNDICE

PORTADA	1
MIEMBROS DEL JURADO	2
DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTOS	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
ÍNDICE DE CONTENIDOS	7
ÍNDICE DE TABLAS	9
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	12
1.1. ANTECEDENTES	15
<b>II. PLAN DE INVESTIGACIÓN</b>	
2.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA	19
2.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	19
2.3. HIPÓTESIS	20
<b>III. MATERIAL Y METODOS</b>	
3.1. DISEÑO DE ESTUDIO	21
3.2. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	21
3.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN	23
3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	24
3.5. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS	27

3.6.	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	27
3.7.	ASPECTOS ÉTICOS	28
3.8.	LIMITACIONES	29
<b>IV.</b>	<b>CAPITULO V: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
4.1.	DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	30
4.2.	ANÁLISIS DE RESULTADOS	
<b>V.</b>	<b>DISCUSIÓN</b>	63
<b>VI.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	67
<b>VII.</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>	68
<b>VIII.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	69
<b>IX.</b>	<b>ANEXOS</b>	75
11.1.	INTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	75

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA N° 01:</b> Distribución de frecuencias de personas que consumen AINES y tienen sintomatología digestiva alta, según el género.....	30
<b>TABLA N° 02:</b> Distribución de frecuencias de personas que consumen AINES y tienen sintomatología digestiva alta, según grupos de edad.....	29
<b>TABLA N° 03:</b> Distribución de frecuencias de personas que consumen AINES y tienen sintomatología digestiva alta, según la media, rangos, desviación estándar entre otros.....	30
<b>TABLA N° 04:</b> Distribución de frecuencias de personas que consumen AINES y tienen sintomatología digestiva alta, según el grado de instrucción.....	31
<b>TABLA N° 05:</b> Distribución de frecuencias de personas que consumen AINES y tienen sintomatología digestiva alta, según el estado civil.....	32
<b>TABLA N° 06:</b> Distribución de frecuencias de personas que consumen AINES y tienen sintomatología digestiva alta, según las enfermedades personales .....	33
<b>TABLA N° 07:</b> Distribución de frecuencias de personas que consumen AINES y tienen sintomatología digestiva alta, según el tipo de AINE .....	34
<b>TABLA N° 08:</b> Distribución de frecuencias de personas que consumen AINES y tienen sintomatología digestiva alta, según la frecuencia de uso .....	34
<b>TABLA N° 09:</b> Distribución de frecuencias de personas que consumen AINES y tienen sintomatología digestiva alta, según el tiempo de consumo.....	35
<b>TABLA N° 10:</b> Distribución de frecuencias de personas que consumen AINES y tienen sintomatología digestiva alta.....	36
<b>TABLA N° 11:</b> Distribución de personas que consumen derivados de salicilatos y tienen pirosis.....	37
<b>TABLA N° 12:</b> Distribución de personas que consumen derivados de ácido propiónico y tienen pirosis.....	37
<b>TABLA N° 13:</b> Distribución de personas que consumen derivados de ácido acético y tienen pirosis.....	38
<b>TABLA N° 14:</b> Distribución de personas que consumen AINES combinados y tienen pirosis.....	38
<b>TABLA N° 15:</b> Distribución de personas que consumen salicilatos y tienen regurgitación ácida.....	39
<b>TABLA N° 16:</b> Distribución de personas que consumen derivados de ácido propiónico y tienen regurgitación ácida.....	39
<b>TABLA N° 17:</b> Distribución de personas que consumen derivados de ácido acético y tienen regurgitación ácida.....	40

<b>TABLA N° 18:</b> Distribución de personas que consumen AINES combinados y tienen regurgitación ácida.....	41
<b>TABLA N° 19:</b> Distribución de personas que consumen salicilatos y tienen dolor en epigastrio.....	41
<b>TABLA N° 20:</b> Distribución de personas que consumen derivados de ácido propiónico y tienen dolor en epigastrio.....	42
<b>TABLA N° 21:</b> Distribución de personas que consumen derivados de ácido acético y tienen dolor en epigastrio.....	42
<b>TABLA N° 22:</b> Distribución de personas que consumen AINES combinados y tienen dolor en epigastrio.....	43
<b>TABLA N° 23:</b> Distribución de personas, consumen salicilatos y tienen eructos....	43
<b>TABLA N° 24:</b> Distribución de personas que consumen derivados de ácido propiónico y tienen eructos.....	44
<b>TABLA N° 25:</b> Distribución de personas que consumen derivados de ácido acético y tienen eructos.....	45
<b>TABLA N° 26:</b> Distribución de personas que consumen AINES combinados y tienen eructos.....	45
<b>TABLA N° 27:</b> Distribución de personas que consumen salicilatos y tienen pérdida del apetito.....	46
<b>TABLA N° 28:</b> Distribución de personas que consumen derivados de ácido propiónico y tienen pérdida del apetito.....	46
<b>TABLA N° 29:</b> Distribución de personas que consumen derivados de ácido acético y tienen pérdida del apetito.....	47
<b>TABLA N° 30:</b> Distribución de personas que consumen AINES combinados y tienen pérdida del apetito.....	47
<b>TABLA N° 31:</b> Distribución de personas que consumen salicilatos y tienen saciedad precoz.....	48
<b>TABLA N° 32:</b> Distribución de personas que consumen derivados de ácido propiónico y tienen saciedad precoz.....	48
<b>TABLA N° 33:</b> Distribución de personas que consumen derivados de ácido acético y tienen saciedad precoz.....	49
<b>TABLA N° 34:</b> Distribución de personas que consumen AINES combinados y tienen saciedad precoz.....	50
<b>TABLA N° 35:</b> Distribución de personas que consumen salicilatos y tienen náuseas y vómitos.....	50

<b>TABLA N° 36:</b> Distribución de personas que consumen derivados de ácido propiónico y tienen náuseas y vómitos.....	51
<b>TABLA N° 37:</b> Distribución de personas que consumen derivados de ácido acético y tienen náuseas y vómitos.....	51
<b>TABLA N° 38:</b> Distribución de personas que consumen AINES combinados y tienen náuseas y vómitos.....	52
<b>TABLA N° 39:</b> Distribución de personas entre adultos mayores y tienen pirosis...	52
<b>TABLA N° 40:</b> Distribución de personas entre adultos mayores y tienen regurgitación acida.....	53
<b>TABLA N° 41:</b> Distribución de personas entre adultos mayores y tienen dolor en epigastrio.....	53
<b>TABLA N° 42:</b> Distribución de personas entre adultos mayores y tienen eructos...	54
<b>TABLA N° 43:</b> Distribución de personas entre adultos mayores y tienen pérdida del apetito.....	54
<b>TABLA N° 44:</b> Distribución de personas entre adultos mayores y tienen saciedad precoz.....	55
<b>TABLA N° 45:</b> Distribución de personas entre adultos mayores y tienen pérdida del náuseas y vómitos.....	55
<b>TABLA N° 46:</b> Distribución de personas entre adultos y tienen pirosis.....	56
<b>TABLA N° 47:</b> Distribución de personas adultas y que tienen regurgitación acida.	56
<b>TABLA N° 48:</b> Distribución de personas entre adultos y tienen dolor en epigastrio.	57
<b>TABLA N° 49:</b> Distribución de personas entre adultos y tienen eructos.....	57
<b>TABLA N° 50:</b> Distribución de personas entre adultos y tienen pérdida del apetito.	58
<b>TABLA N° 51</b> Distribución de personas entre adultos y tienen saciedad precoz.....	58
<b>TABLA N° 52:</b> Distribución de personas entre adultos y tienen pérdida del náuseas y vómitos.....	59
<b>TABLA N° 53:</b> Distribución de personas entre jóvenes y tienen pirosis.....	59
<b>TABLA N° 54:</b> Distribución de personas jóvenes y que tienen regurgitación acida.	60
<b>TABLA N° 55:</b> Distribución de personas jóvenes y que tienen dolor en epigastrio.	60
<b>TABLA N° 56:</b> Distribución de personas entre jóvenes y tienen eructos.....	61
<b>TABLA N° 57:</b> Distribución de personas entre jóvenes y tienen pérdida del apetito	61
<b>TABLA N° 58:</b> Distribución de personas entre jóvenes y tienen saciedad precoz..	62
<b>TABLA N° 59:</b> Distribución de personas entre jóvenes y tienen pérdida del náuseas y vómitos.....	62

## **I. INTRODUCCIÓN:**

Los AINES son las drogas con efecto analgésico y antiinflamatorio más prescritas. (Goldstein JL, Cryer B. 2015) Diariamente, más de 30 millones de personas consumen AINES a nivel mundial. El amplio consumo de estos fármacos, junto con la falta de control médico en su uso y el desconocimiento de sus efectos secundarios constituyen un serio problema sanitario. (Lim YJ, Yang C-H 2012; Singh G. 2000)

Tienen efectos adversos a nivel cardiovascular, renal y gastrointestinal, siendo estos últimos los más frecuentes. (Lim YJ. 2012; Momoko A. 2015) Sus efectos sistémicos, por inhibición de la ciclooxigenasa junto con sus efectos locales, mediados por múltiples cambios moleculares, se suman al fracaso de los sistemas defensivos del estómago rompiendo la integridad de la barrera gástrica epitelial y ocasionando una gastropatía por AINES. (Goldstein JL, Cryer B. 2015; Ivanov SM, LaguninAA. 2014, Peña E. 2008)

En la mucosa gastroduodenal, se producen diferentes lesiones, entre ellas están las petequias, cambios de coloración de la mucosa gástrica, úlceras y, algunas veces, complicaciones graves como hemorragias, estrechez o estenosis y perforaciones. Los hallazgos mencionados (petequias y cambios de coloración de la mucosa gástrica) ocurren en los primeros minutos tras la ingesta del medicamento, pero pasan desapercibidos por ser de afección local, carecer de síntomas y por autolimitarse con el tiempo. Ante el fracaso de los mecanismos de adaptación, aparece la úlcera gástrica que puede o no comprometer la vida del paciente según su severidad. (Zaga I. Mayorga J. 2011)

Además, el consumo prolongado e indiscriminado de AINES se ha visto asociado con lesiones a cualquier porción del tracto digestivo alto, más comúnmente por su efecto sistémico. Así, la gastropatía tiene una aparición más frecuente. Endoscópicamente encontramos eritema con o sin erosión de mucosas. (Seminerio J. 2014). La prevalencia de úlcera gástrica y duodenal relacionada a AINES es de 15-20%; más del 50% cursan asintomáticas. (Zaga I, Mayorga J. 2011; Frisancho O. 2014)

Múltiples estudios han demostrado que el consumo de AINES aumenta de 3 a 5 veces el riesgo de sangrado gastrointestinal y perforación, comparada con los que no consumen AINES. (Yap PR., Goh KL. 2015; García RL. 1994) Además la lesión gástrica también se asocia a otros factores como la edad, el consumo de alcohol, anticoagulantes, corticoesteroides e historia de úlcera péptica con o sin complicaciones. (Narsinghani T. 2014; Pelliacano R. 2014)

El mecanismo de lesión local de los AINES ha sido ampliamente estudiado. De acuerdo al estudio Deventra Pratap et al, propusieron modelos de ratas para simular los efectos que ocasiona el uso de AINES en el tracto gastrointestinal de los humanos. Donde se administró pantoprazol más diclofenaco durante 10 días. Se observaron múltiples lesiones erosivas en la mucosa GI, aumento de la peroxidación lipídica y permeabilidad intestinal, alteración del PH del TGI, descenso de hemoglobina, hematocrito y albúmina sérica. (Pratap D. 2016)

En Perú, se han reportado estudios como el de Saúl Cantoral donde determina que el 95% de la población de un pueblo joven en Chiclayo usan AINES, siendo los problemas articulares el motivo más frecuente para su consumo; y el diclofenaco como el AINE más consumido. (Zevallos 2015; Zhonghua 2017)

Otro estudio nacional, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, incluyó 147 pacientes con hemorragia digestiva alta no varico que ingresaron a la unidad de hemorragia digestiva. De ellos, el 56.5% consumían AINEs, principalmente aspirina (51.8%), ibuprofeno (30%), diclofenaco (17%) y naproxeno (10%). (Salvatierra G. 2005).

A pesar de que las pautas internacionales de tratamiento sugieren que los pacientes con uno o más factores de riesgo para complicaciones de úlcera gastro intestinal deban recibir estrategias preventivas o recibir inhibidores selectivos de la COX-2, los datos indican que los médicos subutilizan estas estrategias. (Sturkenboom MCJM. 2013)

La sintomatología clásica de dispepsia, por lo que puede ser el primer indicador de daño por AINEs (lesión gástrica). Esta sintomatología incluye: Dolor epigástrico, eructos saciedad precoz, pérdida de peso, aumento del volumen abdominal, náuseas y vómitos. (Holtmann G. 2015; Talley NJ. 2015) Posteriormente se tienen síntomas más severos como los vómitos recurrentes, disfagia progresiva, pérdida de peso significativa, signos de sangrado digestivo como anémica, ictericia y ascitis. (Avvakumova NV. 2015).

Por lo antes mencionado, su objetivo es determinar la relación de AINES con sintomatología digestiva alta en pacientes de consultorio de Gastroenterología del Hospital Il Jorge Reátegui. Piura julio 2018 – diciembre 2018; puesto que, la población en general está expuesta a un consumo indiscriminado y es importante determinar sus lesiones precozmente para evitar futuras complicaciones.

## ANTECEDENTES:

1. Lee H., Chua S., Mahadeva S. (2018) Dispepsia en usuarios antiinflamatorias no esteroideos y el efecto de las medidas preventivas. Se realizó un estudio entre pacientes ambulatorios con uso regular de AINE. La presencia de dispepsia se evaluó mediante versiones validadas localmente del cuestionario de dispepsia de Leeds (LDQ), los agentes gastroprotectores y la adherencia de los participantes a los medicamentos se evaluaron en el reclutamiento y 2 semanas después. Los agentes gastroprotectores se definió como el uso de medicamentos antsecretores o inhibidores de la ciclooxigenasa-2. Inicialmente, se reclutaron 409 participantes (edad media  $52.3 \pm 14.6$  años, 60.6% mujeres, 48.4% tratados por dolor musculoesquelético). En el momento del reclutamiento, el 50,9% de los participantes tenía al menos un síntoma gastrointestinal superior. Se recopilaron datos completos para el análisis de seguimiento de 158 participantes que eran usuarios ingenuos de AINE, no tenían medicación gastrointestinal previa y con los que se podía contactar. A las 2 semanas de seguimiento no hubo diferencias significativas en el cambio en la puntuación LDQ entre los usuarios de AINE tratados con agentes gastroprotectores y los que no. Sin embargo, hubo una mayor reducción del dolor abdominal / molestias (8,8% frente a 5,0%,  $P < 0,001$ ) y eructos (8,8% frente a 4,0%,  $P < 0,001$ ) entre los participantes que usan agentes gastroprotectores en comparación con los que no. La adherencia de agentes gastroprotectores fue deficiente, y los participantes del estudio

mencionaron la ausencia de síntomas gastrointestinales como su principal razón para la no adherencia. En conclusión, El uso de agentes gastroprotectores en pacientes con AINE regulares no mejora su dispepsia general, pero reduce el dolor abdominal y los eructos. La mala adherencia de agentes gastroprotectores puede ser un factor contribuyente. <sup>(1)</sup>

2. Zhou Y., Boudreau D., Freedman A (2013). Tendencias en el uso de aspirina y medicamentos antiinflamatorios no esteroides en la población de EE. UU. Se analizaron los datos de la Encuesta Nacional de Entrevistas de Salud (NHIS) de 2005 y 2010 para estimar la prevalencia del uso regular de aspirina y AINEs entre los adultos estadounidenses de 18 años de edad y mayores. En 2010, alrededor de 43 millones de adultos (19.0%) tomaron aspirina al menos tres veces por semana durante más de 3 meses, y más de 29 millones de adultos (12.1%) fueron usuarios habituales de AINEs. En comparación con 2005, este fue un aumento general del 57% en el uso de aspirina y del 41% en el uso de AINE. Estos aumentos fueron consistentes en los estratos de edad, sexo, raza y afecciones médicas seleccionadas, incluidas las enfermedades cardiovasculares (ECV), la artritis, las úlceras pépticas, el cáncer y el dolor de cabeza severo, a excepción de los asiáticoamericanos. Se observaron grandes aumentos en el uso de aspirina y AINEs durante un período de 5 años. El aumento puede ser el resultado de aumentar la atención de los medios informando que el uso regular de aspirina reduce el riesgo de ECV y muertes relacionadas, y también puede prevenir el cáncer. Además, las

preocupaciones de seguridad relacionadas con medicamentos alternativos como el acetaminofén y los inhibidores selectivos de la COX-2 pueden influir en los usuarios de estos medicamentos para que cambien a aspirina y AINEs. <sup>(2)</sup>

3. Zevallos L, Chancafe J (2015). Prevalencia del uso de antiinflamatorios no esteroideos en pobladores del pueblo joven Saúl Cantoral. Huamaní, Chiclayo. Se aplicó 255 encuestas, resultando la estimación de una prevalencia del 95 % de uso; los problemas articulares son el motivo de uso más frecuente, y diclofenaco, el AINE más consumido, con preferencia de los genéricos. Las farmacias y boticas son los principales lugares donde acuden para atender sus problemas de salud y donde adquieren los AINES. <sup>(3)</sup>
  
4. Mallaopoma F, Chávez A (2017). Consumo de antiinflamatorios no esteroideos y su relación con alteraciones gastrointestinales en población adulta del distrito de Huancayo. Se realizó un estudio en 400 personas adultas, obteniéndose como resultados que un 36% se encuentran entre las edades de 23 a 27 años, de sexo femenino en el 59% y un 54% de grado de instrucción superior; siendo los AINES más utilizados Naproxeno en 39%, Paracetamol en 24% y Diclofenaco en 23%; siendo la frecuencia de consumo 75% una vez al día, 23% dos veces al día y ocasionándose como alteraciones gastrointestinales durante el consumo ardor estomacal en 38%, dispepsia en 17% y pesadez estomacal en el 18%. <sup>(4)</sup>

5. Castro V. (2018) Prevalencia y valoración del uso de AINES en el Asentamiento Humano Las Dalias – Piura, Enero – Junio. UNIVERSIDAD SAN PEDRO. La Prevalencia del uso de AINEs en el Asentamiento Humano Las Dalias - Piura, Enero – Junio 2018; es de 74.52%, siendo el Naproxeno el más usado con 51.33%. De acuerdo a los factores sociodemográficos: el 47.53% fueron de edad promedio entre los 18 – 39 años de edad, el sexo predominante es el femenino con el 55.13%, y según el grado de instrucción la mayoría de pobladores tienen secundaria que constituye el 40.30%. Según los patrones de uso el 27.76% de los pobladores utiliza AINES por inflamación de vías respiratorias; en su gran mayoría estos medicamentos son obtenidos en farmacias y/o cadenas de boticas representando el 85.93%. <sup>(5)</sup>

## **II. PLAN DEL INVESTIGACIÓN**

### **2.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA:**

¿Existe relación de AINEs con sintomatología digestiva alta en pacientes de consultorio de gastroenterología del Hospital II Jorge Reátegui, julio – diciembre 2018 Piura?

### **2.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:**

#### **Objetivo Principal**

- Determinar la relación de AINEs con sintomatología digestiva alta en pacientes de consultorio de gastroenterología del Hospital II Jorge Reátegui, julio – diciembre 2018 Piura.

#### **Objetivos Secundarios**

- Conocer la frecuencia de Salicilatos utilizados en pacientes de consultorio de Gastroenterología del Hospital II Jorge Reátegui.

- Conocer la frecuencia de Derivados del ácido propiónico utilizados en pacientes de consultorio de Gastroenterología del Hospital II Jorge Reátegui.

- Conocer la frecuencia de Derivados del ácido acético utilizados en pacientes de consultorio de Gastroenterología del Hospital II Jorge Reátegui.

- Identificar la clínica digestiva alta por el uso de las familias de AINES en los pacientes de consultorio de Gastroenterología del Hospital II Jorge Reátegui.
  
- Establecer los factores individuales como edad, sexo, grado de instrucción, estado civil y enfermedades personales de los pacientes de consultorio de Gastroenterología del Hospital II Jorge Reátegui.
  
- Evaluar la frecuencia del uso, tiempo de consumo, tipo de AINES en los pacientes de consultorio de Gastroenterología del Hospital II Jorge Reátegui.

### **2.3. HIPÓTESIS:**

H<sub>0</sub>: No existe relación de AINES con sintomatología digestiva alta en pacientes de consultorio de gastroenterología del Hospital II Jorge Reátegui, Piura.

H<sub>1</sub>: Si existe relación de AINES con sintomatología digestiva alta en pacientes de consultorio de gastroenterología del Hospital II Jorge Reátegui, Piura.

### **III. MATERIAL Y MÉTODO:**

#### **3.1. DISEÑO DE ESTUDIO:**

- Según la recolección de los datos: Transversal
- Según el nivel de investigación: Analítico
- Según el alcance temporal: Retrospectivo
- Según el propósito del estudio: Observacional
- Tipo de estudio: Descriptivo

#### **3.2. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO:**

##### **3.2.1. Población**

Todos los 247 pacientes atendidos en el consultorio del servicio de Gastroenterología del Hospital II Jorge Reátegui Delgado, que consumieron AINES y presentaron síntomas digestivos altos entre el 01 de julio y el 31 de diciembre del año 2018 Piura.

##### **3.2.2. Unidad de análisis**

Las Historias clínicas del servicio del consultorio de Gastroenterología del Hospital II Jorge Reátegui Delgado, que consumieron algún tipo de AINES y presentaron la clínica digestiva alta entre el 01 de julio y el 31 de diciembre del año 2018 Piura y que cumplieron con los criterios de selección.

##### **3.2.3. Unidad de muestreo**

Pacientes que ingieren AINES y presentaron la sintomatología digestiva alta, atendidos en el consultorio del servicio de Gastroenterología del Hospital II Jorge Reátegui Delgado entre el 01 de julio y el 31 de diciembre del año 2018 Piura y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

### 3.2.4. Tamaño de la muestra

Para el tamaño de la muestra se usó la fórmula de cálculo para poblaciones finitas.

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z^2 * p * q}$$

n: Muestra

N: Total de la Población

Z: Nivel de confianza

p: Probabilidad de éxito

q: Probabilidad del fracaso

d: Es la precisión

Donde:

N: 247 pacientes

Z: nivel de confianza = 1.96

p: probabilidad de éxito: 0.95 <sup>(3)</sup>

q: 1-p → q = 1-0.95 → q = 0.05

d: 3%

Tamaño de la muestra:

$$n = \frac{247 * 1.96^2 * 0.95 * 0.05}{0.03^2 * (247 - 1) + 1.96^2 * 0.95 * 0.05}$$

n = 112 historias clínicas

La muestra total corresponde a 112 historias clínicas

## **Criterios de Selección**

### **Inclusión**

- Historias clínicas completas con sintomatología digestiva alta atendidos por consultorio de Gastroenterología del Hospital II Jorge Reátegui Delgado julio-diciembre 2018, Piura.
- Pacientes mayores de 14 años con sintomatología digestiva alta del consultorio de gastroenterología del Hospital II Jorge Reátegui Delgado julio-diciembre 2018, Piura.

### **Exclusión**

- Se excluyeron las historias clínicas cuya letra era ilegible y no tenía los datos completos.
- Se excluyen los pacientes que han presentado diagnóstico de *Helicobacter pylori* y que no han recibido tratamiento.
- Se excluye a pacientes que han presentado diagnóstico de enfermedad ulcerosa péptica y que no han recibido tratamiento.
- Se excluyen a los pacientes que hayan recibido tratamiento con corticoides.
- Se excluyen los pacientes con alcoholismo.
- Se excluyen los pacientes que han presentado cáncer de esófago, cáncer gástrico, cáncer duodenal e inmunosuprimidos.
- Se excluyen los inhibidores de COX2, debido a que no se encuentran en las historias clínicas.

### 3.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	SUBINDICADOR	TIPO Y ESCALA
Factores individuales INTERVINIENTE	Variables que definen a una persona como un individuo natural en la especie humana.	Características que identifican al paciente en estudio.	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Masculino</li> <li>▪ Femenino</li> </ul>	Cualitativa Dicotómica Nominal
			Edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jóvenes</li> <li>▪ Adultos</li> <li>▪ Adulto Mayor</li> </ul>	Cuantitativa Discreta de Razón
			Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Primaria</li> <li>▪ Secundaria</li> <li>▪ Superior</li> </ul>	Cualitativa Politómica Ordinal
			Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soltera</li> <li>▪ Casado</li> <li>▪ Viuda</li> </ul>	Cualitativa Politómica Nominal
			Enfermedades personales	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enfermedades articulares</li> <li>▪ Enfermedades cardiovasculares</li> <li>▪ Infecciones respiratorias altas</li> </ul>	Cualitativa Dicotómica

				<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cefaleas</li> <li>▪ Cefalea + dolor articular</li> <li>▪ Cefalea + infección respiratoria</li> <li>▪ Otras enfermedades</li> </ul>	Nominal
Terapia con AINES INDEPENDIENTE	Tratamiento que involucre el consumo de AINES	Pacientes que consuman AINES.	Tipo de Familias de AINES	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salicilatos</li> <li>▪ Derivados de ácido propiónico</li> <li>▪ Derivados del ácido acético</li> </ul>	Cualitativa Dicotómica Nominal
			Frecuencia de consumo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 vez al día</li> <li>▪ 2 veces al día</li> <li>▪ 3 veces al día</li> </ul>	Cualitativa Politómica Ordinal
			Tiempo de consumo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 15 días</li> <li>▪ 1 mes</li> <li>▪ 3 meses</li> <li>▪ 6 meses</li> <li>▪ Más de 1 año</li> <li>▪ Más de 3 años</li> </ul>	Cualitativa Politómica Ordinal
			Tipo de AINES	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Naproxeno sódico</li> <li>▪ Naproxeno Sódico Combinado</li> </ul>	Cualitativa Dicotómica

				<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aspirina</li> <li>▪ Aspirina + diclofenaco</li> <li>▪ Ibuprofeno</li> <li>▪ Diclofenaco</li> </ul>	Nominal
Sintomatología digestiva alta DEPENDIENTE	Sintomatología secundaria a la uso de tratamiento por AINEs	Pacientes que consuman AINEs	Síntomas Digestivos altos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dolor epigastrio</li> <li>▪ Náuseas y vómitos</li> <li>▪ Pirosis</li> <li>▪ Regurgitación acida</li> <li>▪ Eructos</li> <li>▪ Pérdida de apetito</li> <li>▪ Saciedad precoz</li> </ul>	Cualitativa Dicotómica Nominal

### **3.4. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS**

#### **Procedimientos**

- Se solicitó autorización a las correspondientes autoridades del hospital para la ejecución de la presente investigación.
- Se usaron los criterios de inclusión y exclusión para delimitar los pacientes de la muestra.
- La recolección de datos se realizó obteniéndose la información de las computadoras de gastroenterología del HJRD - Essalud.
- Se aseguró el adecuado llenado de las fichas de recolección de datos.
- Se elaboró una base de datos y con el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 22, se realizó el procesamiento y tabulación de la información obtenida de la recolección de datos.
- Se realizó el análisis de los datos obtenidos con las pruebas estadísticas chi cuadrado y en caso de existir significancia  $p < 0.05$ , se procedió a determinar el Odds Ratio.
- Se realizaron las conclusiones en base a los resultados hallados.
- Se elaboró el Informe final.

#### **Instrumento de recolección de datos**

En el instrumento de recolección de datos no se incluirán secciones relacionadas a los hallazgos endoscópicos, pero si al tipo de terapia de consumo de AINEs, sintomatología digestiva alta, factores individuales de los pacientes incluyendo edad, sexo, enfermedades personales.

### **3.5. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS**

Se usó el programa SPSS versión 22.

Para el análisis univariado, se determinó las medias y proporciones.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio, y se calculó las distribuciones de frecuencias.

El bivariado, se determinará mediante la prueba de chi cuadrado ( $X^2$ ) en las variables categóricas con el fin de obtener el OR crudo con IC de 95%. Se trabajó con un nivel de significancia de  $p < 0,05$ .

### **3.6. ASPECTOS ÉTICOS**

En este proyecto de investigación, no se brindó beneficio directo a los pacientes sujetos del estudio, pero la recomendación de este trabajo se usó para reflexionar en el tratamiento de pacientes que consumen AINEs.

Este trabajo no vulnera el principio de no maleficencia, ya que se manifestó en la extracción de datos a través de la revisión de las historias clínicas y no se requiere la participación activa del paciente. Por este motivo, tampoco fue necesario el consentimiento informado. La confidencialidad se respetó al no recolectar datos personales que puedan identificar al paciente, además esta información se utilizó estrictamente y exclusivamente con fines de este estudio.

Además de lo ya mencionado, se solicitó la autorización de las autoridades pertinentes de los hospitales para llevar a cabo este estudio.

### **3.7. LIMITACIONES:**

- Al ser un estudio que solo involucra a un hospital, no se puede generalizar los datos.
- Otra limitación es que el tipo de hospital al que está enfocado es de nivel II, esto significa que los casos más complejos son derivados a otros hospitales de mayor complejidad.
- Pacientes que presentan citas a destiempo, para su tratamiento de síntomas digestivos altos secundario a AINEs, debido, a alguna falla en el servicio de atención al paciente o sobresaturación de consultas externas, por el cual no alcanza dicha cita.

#### 4. RESULTADOS

**TABLA N° 01:** Distribución de frecuencias de personas que consumen “AINES” y tienen sintomatología digestiva alta, según el género.

<b>Distribución de genero según el usó de AINES</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	31	27.7%
Femenino	81	72.3%
Total	112	100,0 %

**Fuente:** recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 01, observamos que el consumo de AINES más la presencia de sintomatología digestiva alta es mayor en el género femenino con respecto al masculino, siendo 81 mujeres que representa el 72.3% y 31 hombres que representa el 27.7%.

**TABLA N° 02:** Distribución de frecuencias de personas que consumen AINES y tienen sintomatología digestiva alta, según grupos de edad.

<b>Grupos de edades que consumen AINES</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
Jóvenes	7	6.3%
Adultos	49	43.8%
Adultos Mayores	56	50.0%
Total	112	100%

**Fuente:** recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 02, observamos que el consumo de AINES más la presencia de sintomatología digestiva alta es mayor en población adulta mayor con 56 pacientes que representa el 50.0%, en segundo lugar, la población adulta con 49 pacientes que representa el 43.8%, y por último la población joven con 7 pacientes que representa el 6.3%.

**TABLA N° 03:** Distribución de frecuencias de personas que consumen AINES y tienen sintomatología digestiva alta, según la media, rangos, desviación estándar entre otros.

<b>ESTADÍSTICOS CON RESPECTO A LAS EDADES</b>		
<b>Media</b>		57,20
<b>Mediana</b>		59,50
<b>Moda</b>		52
<b>Desviación estándar</b>		17,755
<b>Varianza</b>		315,222
<b>Asimetría</b>		-,303
<b>Rango</b>		78
<b>Mínimo</b>		17
<b>Máximo</b>		95
<b>Suma</b>		6406
<b>Percentiles</b>	<b>25</b>	43,00
	<b>50</b>	59,50
	<b>75</b>	72,75

**Fuente:** recolección de datos de historias clínicas

En la Tabla N° 03, observamos:

- Media: Las edades tienen un promedio de 57.2 años
- Mediana: La mitad de las edades de las personas tienen menos de 59.5 años, y la otra mitad de las edades tienen más de 59.5 años.
- Moda: Las edades que más se repitieron fueron las de 52 años de edad.
- La desviación estándar fue de 17,755 años de edad.
- La asimetría es -0.303 (asimetría negativa) es decir asimetría al lado izquierdo.
- El rango representa la edad máxima menos la edad mínima que es 78 años.
- La persona más joven fue de 17 años y la persona de más edad fue de 95 años.
- En total la suma de todas las edades es 6406 años.

- En el percentil 25% se observan que las personas tienen menos de 43 años y en el percentil 75% las personas tienen más de 43 años.
- En el percentil 75% se observan que las personas tienen menos de 72.75 años y en el percentil 25% las personas tienen más de 72.75 años.

**TABLA N° 04:** Distribución de frecuencias de personas que consumen AINES y tienen sintomatología digestiva alta, según el grado de instrucción.

<b>Grado de instrucción con respecto al uso de AINES</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	18	16.1%
Secundaria	87	77.7%
Superior	7	6.3%
Total	112	100,0%

**Fuente:** recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 04, se observa que la frecuencia de consumo de AINES y sintomatología digestiva alta es mayor en el nivel secundario de 87 personas que representa el 77.7%, el nivel primario de 18 personas que representa el 16.1% y el nivel superior solo 7 personas que representa el 6.3%.

**TABLA N° 05:** Distribución de frecuencias de personas que consumen AINES y tienen sintomatología digestiva alta, según el estado civil.

<b>¿Cuál es el estado civil del paciente?</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
soltera	11	9.8%
casado	86	76.8%
viuda	15	13.4%
Total	112	100,0%

**Fuente:** recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 05, se observa que la frecuencia de personas que consumen AINES y tienen sintomatología digestiva alta en relación con el estado civil es mayor en 86 personas casados que representa el 76.8%; en segundo lugar, son 15 personas viudas que representa el 13.4% y por último 11 personas solteras que representa el 9.8%.

**TABLA N° 06:** Distribución de frecuencias de personas que consumen AINES y tienen sintomatología digestiva alta, según las enfermedades personales.

<b>¿Cuáles son las enfermedades personales de los pacientes?</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Enfermedades Articulares	51	45.5%
Enfermedades Cardiovasculares	27	24.1%
Infecciones Vías Respiratorias	3	2.7%
Cefaleas	5	4.5%
Cefalea + Dolor Articular y Muscular	4	3.6%
Otras enfermedades	22	19.6%
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente:** recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 06, se observa que la frecuencia de personas que consumen AINES y tienen sintomatología digestiva alta según las enfermedades personales se inicia con mayor frecuencia en 51 personas con enfermedades articulares (artritis reumatoide, artrosis, gonartrosis, coxartrosis) que representa 45.5%. En segundo lugar, son 27 personas con enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, aterosclerosis, enfermedad de aorta, IAM) que representa el 24.1%; y en tercer lugar son 22 personas de otras enfermedades (dismenorrea, cálculos renales, hernias, etc.) que representa el 19.6%.

**TABLA N° 07:** Distribución de frecuencias de personas que consumen AINES y tienen sintomatología digestiva alta, según el tipo de AINE.

<b>¿Cuál es el tipo de AINES?</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Naproxeno Sódico	45	40.2%
Naproxeno Sódico Combinado	34	30.4%
Ibuprofeno	3	2,7%
Diclofenaco	5	4,5%
Ácido Acetilsalicílico (Aspirina)	17	15.2%
Ácido Acetilsalicílico (Aspirina) + Diclofenaco	8	7.1%
Total	112	100,0%

**Fuente:** recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 07, se observa que la distribución de frecuencia de personas que consumen AINES y tienen sintomatología digestiva alta en relación al tipo de AINES es con mayor frecuencia el naproxeno sódico de 45 personas que representa el 40.2%, el segundo AINES más usado es el naproxeno sódico combinado de 34 pacientes que representa el 30.4%, y en tercer lugar encontramos al ácido acetilsalicílico (aspirina) de 17 personas que representa el 15.2%.

**TABLA N° 08:** Distribución de frecuencias de personas que consumen AINES y tienen sintomatología digestiva alta, según la frecuencia de uso.

<b>¿Cuál es la frecuencia de uso de AINES?</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
1 vez al día	68	60.7%
2 veces al día	39	34.8%
3 veces al día	5	4.5%
Total	112	100,0%

**Fuente:** recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 08, se observa que la distribución de frecuencia de personas que consumen AINES y tienen sintomatología digestiva alta según su uso, son 68 personas que consumen una vez al día AINES que representa 60.7%, en segundo lugar, son 39 personas que consumen dos veces al día AINES que representa 34.8% y por último son 5 personas que consumen tres veces al día AINES que representa el 4.5%.

**TABLA N° 09:** Distribución de frecuencias de personas que consumen AINES y tienen sintomatología digestiva alta, según el tiempo de consumo.

<b>¿Cuál es el tiempo de consumo de AINES?</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
15 días	3	2.7%
1 mes	5	4.5%
3 meses	12	10.7%
6 meses	19	17.0%
más de 1 año	53	47.3%
más de 3 años	20	17.9%
Total	112	100,0

**Fuente:** recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 09, se observa que la distribución de frecuencias de personas que consumen AINES y tienen sintomatología digestiva alta, según el tiempo de consumo es mayor en 53 personas que han consumido AINES por más de 1 año que representa el 47.3%; en segundo lugar, 20 personas que han consumido AINES por más de 3 años que representa el 17.9%, y por último 19 personas que han consumido AINES por 6 meses que representa el 17.0%.

**TABLA N° 10:** Distribución de frecuencias de personas que consumen AINES y tienen sintomatología digestiva alta.

<b>SINTOMATOLOGÍA DIGESTIVA ALTA</b>			
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Pirosis</b>	Si	22	19.6%
	No	90	80.4%
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100%</b>
<b>Regurgitación ácida</b>	Si	26	23.2%
	No	86	76.8%
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100%</b>
<b>Dolor en Epigastrio</b>	Si	110	98.2%
	No	2	1.8%
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100%</b>
<b>Eructos</b>	Si	51	45.5%
	No	61	54.5%
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100%</b>
<b>Pérdida del apetito</b>	Si	68	60.7%
	No	44	39.3%
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100%</b>
<b>Saciedad precoz</b>	Si	2	1.8%
	No	110	98.2%
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100%</b>
<b>Náuseas y Vómitos</b>	Si	85	75.9%
	No	27	24.1%
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 10, se observa que la distribución de frecuencias de personas que consumen AINES y tienen sintomatología digestiva alta. El síntoma con mayor frecuencia es el dolor en epigastrio con 110 pacientes que representa el 98.2%; en segundo lugar, el síntoma más frecuente son las náuseas y vómitos con 85 pacientes que representa el 75.9%.

**TABLA N° 11:** Distribución de personas que consumen salicilatos y tienen pirosis

		PIROSIS		TOTAL
		SI	NO	
SALICILATOS	SI	0	17	17
	NO	22	73	95
TOTAL		22	90	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

$$X^2 = 4.899 \quad p = 0.0135 \quad (p < 0.05) \quad \text{OR: } 1.301 \quad (1.165, 1.453) \quad \text{IC} = 95\%$$

En la tabla N° 11:

Si  $p$  es estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ). Entonces se rechaza  $H_0$ , acepta  $H_1$ : Sí existe relación entre el uso de salicilatos y pirosis.

Los pacientes que consumen salicilatos tienen 1.3 veces más riesgo de hacer pirosis de los que no consumen salicilatos.

**TABLA N° 12:** Distribución de personas que consumen derivados de ácido propiónico y tienen pirosis

		PIROSIS		TOTAL
		SI	NO	
DERIVADOS ÁCIDO PROPIÓNICO	SI	11	37	48
	NO	11	53	64
TOTAL		22	90	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 12, se observa que los pacientes que consumen AINES como los derivados de ácido propiónico si producen pirosis 11 pacientes y no producen pirosis en 53 pacientes

$$X^2 = 0.57 \quad p = 0.225 \quad (p > 0.05) \quad \text{OR: } 1.432 \quad (0.562, 3.650) \quad \text{IC} = 95\%$$

Se concluye que no hay asociación entre ambos

**TABLA N° 13:** Distribución de personas que consumen derivados de ácido acético y tienen pirosis.

		PIROSIS		TOTAL
		SI	NO	
DERIVADOS ÁCIDO ACÉTICO	SI	3	2	5
	NO	19	88	107
TOTAL		22	90	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 13, se observa que los pacientes que consumen AINES como los derivados de ácido acético si producen pirosis en 3 pacientes y no producen pirosis en 88 pacientes.

$$\chi^2 = 5.400 \quad p = 0.01 \quad (p < 0.05) \quad \text{OR: } 6.947 \quad (1.085, 44.478) \quad \text{IC} = 95\%$$

Si p es estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ), entonces se rechaza  $H_0$ , acepta  $H_1$ :

→ Sí existe relación entre el uso de derivados de ácido acético con pirosis. Los que consumen derivados de ácido acético, tienen 6.9 veces más riesgo de hacer pirosis.

**TABLA N° 14:** Distribución de personas que consumen AINES combinados y tienen pirosis.

		PIROSIS		TOTAL
		SI	NO	
AINES COMBINADOS	SI	8	34	42
	NO	14	56	70
TOTAL		22	90	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 14, se observa que los pacientes que consumen AINES como los AINES combinados si producen pirosis en 8 pacientes y no producen pirosis en 56 pacientes.

$X^2 = 0.015$      $p = 0.451$  ( $p > 0.05$ )    OR: 0.941 (0.358, 2.477)    IC= 95%

Se concluye que no hay asociación entre ambos

**TABLA N° 15:** Distribución de personas que consumen salicilatos y tienen regurgitación ácida.

		REGURGITACION N ÁCIDA		TOTAL
		SI	NO	
SALICILATOS	SI	5	12	17
	NO	21	74	95
TOTAL		26	86	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 15, se observa que los pacientes que consumen AINES como los salicilatos si producen regurgitación acida en 5 pacientes y no producen regurgitación ácida en 74 pacientes.

$X^2 = 0.432$      $p = 0.255$  ( $p > 0.05$ )    OR: 1.468 (0.465, 4.639)    IC= 95%

Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 16:** Distribución de personas que consumen derivados de ácido propiónico y tienen regurgitación ácida.

		REGURGITACION ÁCIDA		TOTAL
		SI	NO	
DERIVADOS ÁCIDO PROPIÓNICO	SI	13	35	48
	NO	13	51	64
TOTAL		26	86	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 16, se observa que los pacientes que consumen AINES como los derivados del ácido propiónico si producen regurgitación acida en 13 pacientes y no producen regurgitación ácida en 51 pacientes.

$X^2 = 0.705$        $p = 0.2005$  ( $p > 0.05$ ) OR: 1.457 (0.604, 3.516) IC= 95%

Se concluye que no hay asociación entre ambos

**TABLA N° 17:** Distribución de personas que consumen derivados de ácido acético y tienen regurgitación ácida.

		REGURGITACION ÁCIDA		TOTAL
		SI	NO	
DERIVADOS ÁCIDO ACÉTICO	SI	0	5	5
	NO	26	81	107
TOTAL		26	86	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 17, se observa que los pacientes que consumen AINES como los derivados del ácido acético no producen regurgitación ácida en 86 pacientes.

$X^2 = 1.582$        $p = 0.104$  ( $p > 0.05$ ) OR: 1.321 (1.187, 1.471) IC= 95%

Se concluye que no hay asociación entre ambos

**TABLA N° 18:** Distribución de personas que consumen AINES combinados y tienen regurgitación ácida.

		REGURGITACION ÁCIDA		TOTAL
		SI	NO	
AINES COMBINADOS	SI	8	34	42
	NO	18	52	70
TOTAL		26	86	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 18, se observa que los pacientes que consumen AINES como los AINES combinados si producen regurgitación acida en 8 pacientes y no producen regurgitación ácida en 52 pacientes.

$$X^2 = 0.655 \quad p = 0.2095 \quad (p > 0.05) \quad \text{OR: } 0.680 \quad (2.266, 1.737) \quad \text{IC} = 95\%$$

Se concluye que no hay asociación entre ambos

**TABLA N° 19:** Distribución de personas que consumen salicilatos y tienen dolor en epigastrio.

		DOLOR EN EPIGASTRIO		TOTAL
		SI	NO	
SALICILATOS	SI	17	0	17
	NO	93	2	95
TOTAL		110	2	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 19, se observa que los pacientes que consumen AINES como los salicilatos si producen dolor en epigastrio en 17 pacientes y no producen dolor en epigastrio en 93 pacientes.

$$X^2 = 0.364 \quad p = 0.273 \quad (p > 0.05) \quad \text{OR: } 1.022 \quad (0.992, 1.052) \quad \text{IC} = 95\%$$

Se concluye que no hay asociación entre ambos

**TABLA N° 20:** Distribución de personas que consumen derivados de ácido propiónico y tienen dolor en epigastrio.

		DOLOR EN EPIGASTRIO		TOTAL
		SI	NO	
DERIVADOS ÁCIDO PROPIÓNICO	SI	47	1	48
	NO	63	1	64
TOTAL		110	2	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 20, se observa que los pacientes que consumen AINES como los derivados del ácido propiónico si producen dolor en epigastrio en 47 pacientes y no producen dolor en epigastrio en 63 pacientes.

$$X^2 = 0.042 \quad p = 0.4185 (p > 0.05) \text{ OR: } 0.746 (0.045, 12.237) \quad \text{IC} = 95\%$$

Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 21:** Distribución de personas que consumen derivados de ácido acético y tienen dolor en epigastrio.

		DOLOR EN EPIGASTRIO		TOTAL
		SI	NO	
DERIVADOS ÁCIDO ACÉTICO	SI	5	0	5
	NO	105	2	107
TOTAL		110	2	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 21, se observa que los pacientes que consumen AINES como los derivados del ácido acético si producen dolor en epigastrio en 5 pacientes y no producen dolor en epigastrio en 105 pacientes.

$X^2 = 0.095$   $p = 0.379$  ( $p > 0.05$ ) OR: 1.019 (0.993, 1.046) IC= 95%

Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 22:** Distribución de personas que consumen AINES combinados y tienen dolor en epigastrio.

		DOLOR EN EPIGASTRIO		TOTAL
		SI	NO	
AINES COMBINADOS	SI	41	1	42
	NO	69	1	70
TOTAL		110	2	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 22, se observa que los pacientes que consumen AINES como los AINES combinados si producen dolor en epigastrio en 41 pacientes y no producen dolor en epigastrio en 69 pacientes.

$X^2 = 0.136$   $p = 0.3565$  ( $p > 0.05$ ) OR: 0.594 (0.036, 9.758) IC= 95%

Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 23:** Distribución de personas que consumen salicilatos y tienen eructos.

		ERUCTOS		TOTAL
		SI	NO	
SALICILATOS	SI	11	6	17
	NO	40	55	95
TOTAL		51	61	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 23, se observa que los pacientes que consumen AINES como los salicilatos si producen eructos en 11 pacientes y no producen eructos en 55 pacientes.

$X^2 = 2.970$        $p = 0.0425$  ( $p < 0.05$ ) OR: 2.521 (0.860, 7.385) IC= 95%

Si  $p$  es estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ), entonces se rechaza  $H_0$ , acepta  $H_1$ : Sí existe relación entre el uso de salicilatos con los eructos. Los que consumen salicilatos tienen 2.5 veces más riesgo de hacer eructos.

**TABLA N° 24:** Distribución de personas que consumen derivados de ácido propiónico y tienen eructos.

		ERUCTOS		TOTAL
		SI	NO	
DERIVADOS ÁCIDO PROPIÓNICO	SI	17	31	48
	NO	34	30	64
TOTAL		51	61	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 24, se observa que los pacientes que consumen AINES como los derivados del ácido propiónico si producen eructos en 17 pacientes y no producen eructos en 30 pacientes.

$X^2 = 3.468$        $p = 0.0315$  ( $p < 0.05$ ) OR: 0.484 (0.224, 1.044) IC= 95%

Si  $p$  es estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ), entonces se rechaza  $H_0$ , acepta  $H_1$ : Sí existe relación entre el uso de derivados del ácido propiónico con los eructos. Los pacientes que consumen derivados ácido acético es 51.6% más frecuentes en pacientes que presentan eructos.

**TABLA N° 25:** Distribución de personas que consumen derivados de ácido acético y tienen eructos.

		ERUCTOS		TOTAL
		SI	NO	
DERIVADOS ÁCIDO ACÉTICO	SI	0	5	5
	NO	51	56	107
TOTAL		51	61	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 25, se observa que los pacientes que consumen AINES como los derivados del ácido acético no producen eructos en 56 pacientes.

$$X^2 = 4.376 \quad p = 0.018 (p < 0.05) \quad OR: 1.911 (1.595, 2.289) \quad IC = 95\%$$

Si  $p$  es estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ), entonces se rechaza  $H_0$ , acepta  $H_1$ :

→ Sí existe relación entre el uso de derivados del ácido acético con los eructos.

Los que consumen derivados de ácido acético tienen 1.9 veces más riesgo de hacer eructos.

**TABLA N° 26:** Distribución de personas que consumen AINES combinados y tienen eructos.

		ERUCTOS		TOTAL
		SI	NO	
AINES COMBINADOS	SI	23	19	42
	NO	28	42	70
TOTAL		51	61	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 26, se observa que los pacientes que consumen AINES como los AINES combinados producen eructos en 23 pacientes y no producen eructos en 42 pacientes.

$$X^2 = 2.306 \quad p = 0.0645 \quad (p > 0.05) \quad \text{OR: } 1.816 \quad (0.838, 3.934) \quad \text{IC} = 95\%$$

Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 27:** Distribución de personas que consumen salicilatos y tienen pérdida del apetito.

		PÉRDIDA DE APETITO		TOTAL
		SI	NO	
SALICILATOS	SI	10	7	17
	NO	58	37	95
TOTAL		68	44	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 27, se observa que los pacientes que consumen AINES como los salicilatos si producen pérdida del apetito en 10 pacientes y no producen pérdida del apetito en 37 pacientes.

$$X^2 = 0.030 \quad p = 0.431 \quad (p > 0.05) \quad \text{OR: } 0.911 \quad (0.319, 2.605) \quad \text{IC} = 95\%$$

Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 28:** Distribución de personas que consumen derivados de ácido propiónico y tienen pérdida del apetito.

		PÉRDIDA DE APETITO		TOTAL
		SI	NO	
DERIVADOS ÁCIDO PROPIÓNICO	SI	28	20	48
	NO	40	24	64
TOTAL		68	44	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 28, se observa que los pacientes que consumen AINES como los derivados del ácido propiónico si producen pérdida del apetito en 28 pacientes y no producen pérdida del apetito en 40 pacientes.

$$X^2 = 0.200 \quad p = 0.3275 (p > 0.05) \text{ OR: } 0.840 (0.391, 1.805) \text{ IC} = 95\%$$

Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 29:** Distribución de personas que consumen derivados de ácido acético y tienen pérdida del apetito.

		PÉRDIDA DE APETITO		TOTAL
		SI	NO	
DERIVADOS ÁCIDO ACÉTICO	SI	3	2	5
	NO	65	42	107
TOTAL		68	44	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 29, se observa que los pacientes que consumen AINES como los derivados del ácido acético si producen pérdida del apetito en 3 pacientes y no producen pérdida del apetito en 42 pacientes.

$$X^2 = 0.001 \quad p = 0.4865 (p > 0.05) \text{ OR: } 0.969 (0.155, 6.047) \text{ IC} = 95\%$$

Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 30:** Distribución de personas que consumen AINES combinados y tienen pérdida del apetito.

		PÉRDIDA DE APETITO		TOTAL
		SI	NO	
AINES COMBINADOS	SI	27	15	42
	NO	41	29	70
TOTAL		68	44	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 30, se observa que los pacientes que consumen AINES como los AINES combinados si producen pérdida del apetito en 27 pacientes y no producen pérdida del apetito en 42 pacientes.

$$X^2 = 0.359 \quad p = 0.2745 (p > 0.05) \quad \text{OR: } 1.273 (0.578, 2.806) \quad \text{IC} = 95\%$$

Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 31:** Distribución de personas que consumen salicilatos y tienen saciedad precoz.

		SACIEDAD PRECOZ		TOTAL
		SI	NO	
SALICILATOS	SI	0	17	17
	NO	2	93	95
TOTAL		2	110	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 31, se observa que los pacientes que consumen AINES como los salicilatos no producen saciedad precoz en 93 pacientes.

$$X^2 = 0.364 \quad p = 0.273 (p > 0.05) \quad \text{OR: } 1.022 (0.992, 1.052) \quad \text{IC} = 95\%$$

Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 32:** Distribución de personas que consumen derivados de ácido propiónico y tienen saciedad precoz.

		SACIEDAD PRECOZ		TOTAL
		SI	NO	
DERIVADOS ÁCIDO PROPIÓNICO	SI	1	47	48
	NO	1	63	64
TOTAL		2	110	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 32, se observa que los pacientes que consumen AINES como los derivados del ácido propiónico si producen saciedad precoz en un paciente y no producen saciedad precoz en 63 pacientes.

$X^2 = 0.042$        $p = 0.4185$  ( $p > 0.05$ ) OR: 1.340 (0.082, 21.986) IC= 95%  
Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 33:** Distribución de personas que consumen derivados de ácido acético y tienen saciedad precoz.

		SACIEDAD PRECOZ		TOTAL
		SI	NO	
DERIVADOS ÁCIDO ACÉTICO	SI	1	4	5
	NO	1	106	107
TOTAL		2	110	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 33, se observa que los pacientes que consumen AINES como los derivados del ácido acético si producen saciedad precoz en un paciente y no producen saciedad precoz en 106 pacientes.

$X^2 = 9.900$      $p = 0.001$  ( $p < 0.05$ )    OR: 26.500 (1.392, 504.339) IC= 95%

Si  $p$  es estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) , entonces se rechaza  $H_0$ , acepta  $H_1$ :

→ Sí existe relación entre el uso de derivados del ácido acético con la saciedad precoz.

Los que consumen derivados de ácido acético tienen 26.5 veces más riesgo de hacer saciedad precoz.

**TABLA N° 34:** Distribución de personas que consumen AINES combinados y tienen saciedad precoz.

		SACIEDAD PRECOZ		TOTAL
		SI	NO	
AINES COMBINADOS	SI	0	42	42
	NO	2	68	70
TOTAL		2	110	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 34, se observa que los pacientes que consumen AINES como los AINES combinados no producen saciedad precoz en 68 pacientes.

$$X^2 = 1.222 \quad p = 0.1345 \quad (p > 0.05) \quad \text{OR: } 1.029 \quad (0.989, 1.072) \quad \text{IC} = 95\%$$

Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 35:** Distribución de personas que consumen salicilatos y tienen náuseas y vómitos.

		NÁUSEAS Y VÓMITOS		TOTAL
		SI	NO	
SALICILATOS	SI	11	6	17
	NO	74	21	95
TOTAL		85	27	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 35, se observa que los pacientes que consumen AINES como los salicilatos si producen náuseas y vómitos en 11 paciente y no producen náuseas y vómitos en 74 pacientes.

$$X^2 = 1.371 \quad p = 0.121 \quad (p > 0.05) \quad \text{OR: } 0.520 \quad (0.172, 1.573) \quad \text{IC} = 95\%$$

Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 36:** Distribución de personas que consumen derivados de ácido propiónico y tienen náuseas y vómitos.

		NÁUSEAS Y VÓMITOS		TOTAL
		SI	NO	
DERIVADOS ÁCIDO PROPIÓNICO	SI	36	12	48
	NO	49	15	64
TOTAL		85	27	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 36, se observa que los pacientes que consumen AINES como los derivados del ácido propiónico si producen náuseas y vómitos en 36 paciente y no producen náuseas y vómitos en 49 pacientes.

$$X^2 = 0.037 \quad p = 0.424 (p > 0.05) \quad OR: 0.918 (0.384, 2.198) \quad IC = 95\%$$

Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 37:** Distribución de personas que consumen derivados de ácido acético y tienen náuseas y vómitos.

		NÁUSEAS Y VÓMITOS		TOTAL
		SI	NO	
DERIVADOS ÁCIDO ACÉTICO	SI	3	2	5
	NO	82	25	107
TOTAL		85	27	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 37, se observa que los pacientes que consumen AINES como los derivados del ácido acético si producen náuseas y vómitos en 3 paciente y no producen náuseas y vómitos en 82 pacientes.

$$X^2 = 0.723 \quad p = 0.1975 (p > 0.05) \quad OR: 0.457 (0.072, 2.892) \quad IC = 95\%$$

Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 38:** Distribución de personas que consumen AINES combinados y tienen náuseas y vómitos.

		NÁUSEAS Y VÓMITOS		TOTAL
		SI	NO	
AINES COMBINADOS	SI	35	7	42
	NO	50	20	70
TOTAL		85	27	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 38, se observa que los pacientes que consumen AINES como los AINES combinados si producen náuseas y vómitos en 35 paciente y no producen náuseas y vómitos en 82 pacientes.

$$X^2 = 2.033 \quad p = 0.077 \quad (p > 0.05) \quad OR: 2.000 \quad (0.763, 5.239) \quad IC = 95\%$$

Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 39:** Distribución de personas entre adultos mayores y que tienen pirosis.

		ADULTO MAYOR		TOTAL
		SI	NO	
PIROSIS	SI	8	14	22
	NO	48	42	90
TOTAL		56	56	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 39, se observa que los pacientes adultos mayores si producen pirosis en 8 paciente y no producen pirosis en 42 pacientes.

$$X^2 = 2.036 \quad p = 0.077 \quad (p > 0.05) \quad OR: 0.500 \quad (0.191, 1.309) \quad IC = 95\%$$

Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 40:** Distribución de personas entre adultos mayores y que tienen regurgitación ácida.

		ADULTO MAYOR		TOTAL
		SI	NO	
REGURGITACIÓN ÁCIDA	SI	11	15	26
	NO	45	41	86
TOTAL		56	56	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 40, se observa que los pacientes adultos mayores si producen regurgitación ácida en 11 paciente y no producen regurgitación ácida en 41 pacientes.

$$X^2 = 0.801 \quad p = 0.1855 \quad (p > 0.05) \quad \text{OR: } 0.668 \quad (0.276, 1.620) \quad \text{IC} = 95\%$$

Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 41:** Distribución de personas entre adultos mayores y que tienen dolor en epigastrio.

		ADULTO MAYOR		TOTAL
		SI	NO	
DOLOR EN EPIGASTRIO	SI	55	55	110
	NO	1	1	2
TOTAL		56	56	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 41, se observa que los pacientes adultos mayores si producen dolor en epigastrio en 55 paciente y no producen regurgitación ácida en 1 paciente.

$$X^2 = 0.000 \quad p = 0.5 \quad (p > 0.05) \quad \text{OR: } 1 \quad (0.061, 16.394) \quad \text{IC} = 95\%$$

Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 42:** Distribución de personas entre adultos mayores y que tienen eructos.

		ADULTO MAYOR		TOTAL
		SI	NO	
ERUCTOS	SI	30	21	51
	NO	26	35	61
TOTAL		56	56	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 42, se observa que los pacientes adultos mayores producen eructos en 30 pacientes y no producen eructos en 35 pacientes.

$$X^2 = 2.916 \quad p = 0.044 \quad (p < 0.05) \quad \text{OR: } 1.923 \quad (0.905, 4.087) \quad \text{IC} = 95\%$$

Entonces se rechaza  $H_0$ , acepta  $H_1$ : Sí existe relación entre pacientes adultos mayores y los eructos.

Si  $p$  es estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ), pero IC del OR incluye la unidad por lo tanto no hay asociación.

**TABLA N° 43:** Distribución de personas entre adultos mayores y que tienen pérdida de apetito.

		ADULTO MAYOR		TOTAL
		SI	NO	
PÉRDIDA DE APETITO	SI	39	29	68
	NO	17	27	44
TOTAL		56	56	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 43, se observa que los pacientes adultos mayores si producen pérdida del apetito en 39 pacientes y no producen pérdida del apetito en 27 pacientes.

$$X^2 = 3.743 \quad p = 0.0265 \quad (p < 0.05) \quad \text{OR: } 2.136 \quad (0.985, 4.632) \quad \text{IC} = 95\%$$

Entonces se rechaza  $H_0$ , acepta  $H_1$ : Sí existe relación entre pacientes adultos mayores y pérdida del apetito.

Si  $p$  es estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ), pero IC del OR incluye la unidad por lo tanto no hay asociación.

**TABLA N° 44:** Distribución de personas entre adultos mayores y que tienen saciedad precoz.

		ADULTO MAYOR		TOTAL
		SI	NO	
SACIEDAD PRECOZ	SI	1	1	2
	NO	55	55	110
TOTAL		56	56	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 44, se observa que los pacientes adultos mayores producen saciedad precoz en 1 paciente y no producen saciedad precoz en 55 pacientes.

$$X^2 = 0.000 \quad p = 0.5 \quad (p > 0.05) \quad \text{OR: } 1.000 \quad (0.061, 16.394) \quad \text{IC} = 95\%$$

Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 45:** Distribución de personas entre adultos mayores y que tienen náuseas y vómitos.

		ADULTO MAYOR		TOTAL
		SI	NO	
NÁUSEAS Y VÓMITOS	SI	44	41	85
	NO	12	15	27
TOTAL		56	56	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 45, se observa que los pacientes adultos mayores si producen náuseas y vómitos en 44 pacientes y no producen saciedad precoz en 15 pacientes.

$$X^2 = 0.439 \quad p = 0.254 \quad (p > 0.05) \quad \text{OR: } 1.341 \quad (0.562, 3.203) \quad \text{IC} = 95\%$$

Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 46:** Distribución de personas entre adultos y que tienen pirosis.

		ADULTOS		TOTAL
		SI	NO	
PIROSIS	SI	13	9	22
	NO	36	54	90
TOTAL		49	63	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 46, se observa que los pacientes adultos si producen pirosis en 13 pacientes y no producen saciedad precoz en 54 pacientes.

$$X^2 = 2.618 \quad p = 0.053 \quad (p > 0.05) \quad \text{OR: } 2.167 \quad (0.839, 5.596) \quad \text{IC} = 95\%$$

Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 47:** Distribución de personas entre adultos y que tienen regurgitación ácida.

		ADULTOS		TOTAL
		SI	NO	
REGURGITACIÓN ÁCIDA	SI	14	12	26
	NO	35	51	86
TOTAL		49	63	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 47, se observa que los pacientes adultos si producen regurgitación ácida en 14 pacientes y no producen regurgitación ácida en 51 pacientes.

$$X^2 = 1.403 \quad p = 0.118 \quad (p > 0.05) \quad \text{OR: } 1.7 \quad (0.703, 4.111) \quad \text{IC} = 95\%$$

Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 48:** Distribución de personas entre adultos y que tienen dolor en epigastrio

		ADULTOS		TOTAL
		SI	NO	
DOLOR EN EPIGASTRIO	SI	48	62	110
	NO	1	1	2
TOTAL		49	63	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 48, se observa que los pacientes adultos si producen dolor en epigastrio en 48 pacientes y no producen dolor en epigastrio en 1 pacientes.

$X^2 = 0.032$        $p = 0.4285$  ( $p > 0.05$ ) OR: 0.774 (0.047, 12.697) IC= 95%  
Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 49:** Distribución de personas entre adultos y que tienen eructos.

		ADULTOS		TOTAL
		SI	NO	
ERUCTOS	SI	19	32	51
	NO	30	31	61
TOTAL		49	63	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 49, se observa que los pacientes adultos si producen eructos en 19 pacientes y no producen eructos en 31 pacientes.

$X^2 = 1.605$        $p = 0.1025$  ( $p > 0.05$ ) OR: 0.614 (0.288, 1.309) IC= 95%  
Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 50:** Distribución de personas entre adultos y que tienen pérdida del apetito.

		ADULTOS		TOTAL
		SI	NO	
PÉRDIDA DE APETITO	SI	23	45	68
	NO	26	18	44
TOTAL		49	63	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 50, se observa que los pacientes adultos si producen pérdida del apetito en 23 pacientes y no producen pérdida del apetito en 26 pacientes.

$$X^2 = 6.930 \quad p = 0.004 \quad (p < 0.05) \quad \text{OR: } 0.354 \quad (0.162, 0.774) \quad \text{IC} = 95\%$$

Entonces se rechaza  $H_0$ , acepta  $H_1$ : Sí existe relación entre pacientes adultos y pérdida del apetito.

Si  $p$  es estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ), la pérdida del apetito de los que consumen AINES es 65.6% más frecuentes en adultos.

**TABLA N° 51:** Distribución de personas entre adultos y que tienen saciedad precoz.

		ADULTOS		TOTAL
		SI	NO	
SACIEDAD PRECOZ	SI	1	1	2
	NO	48	62	110
TOTAL		49	63	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 51, se observa que los pacientes adultos si producen saciedad precoz en 1 pacientes y no producen saciedad precoz 62 pacientes.

$X^2 = 0.032$        $p = 0.4285$  ( $p > 0.05$ ) OR: 1.292 (0.079, 21.184) IC= 95%

Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 52:** Distribución de personas entre adultos y que tienen náuseas y vómitos.

		ADULTOS		TOTAL
		SI	NO	
NÁUSEAS Y VÓMITOS	SI	34	51	85
	NO	15	12	27
TOTAL		49	63	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 52, se observa que los pacientes adultos si producen náuseas y vómitos en 34 pacientes y no producen náuseas y vómitos en 12 pacientes.

$X^2 = 2.015$        $p = 0.078$  ( $p > 0.05$ ) OR: 0.533 (0.222, 1.279) IC= 95%

Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 53:** Distribución de personas entre jóvenes y que tienen pirosis.

		JÓVENES		TOTAL
		SI	NO	
PIROSIS	SI	1	21	22
	NO	6	84	90
TOTAL		7	105	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 53, se observa que los pacientes jóvenes si producen pirosis en 1 paciente y no producen piros en 84 pacientes.

$X^2 = 0.136$        $p = 0.3565$  ( $p > 0.05$ ) OR: 0.667 (0.076, 5.841) IC= 95%

Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 54:** Distribución de personas entre jóvenes y que tienen regurgitación ácida.

		JÓVENES		TOTAL
		SI	NO	
REGURGITACIÓN ÁCIDA	SI	1	25	26
	NO	6	80	86
TOTAL		7	105	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 54, se observa que los pacientes jóvenes si producen regurgitación ácida en 1 paciente y no producen regurgitación ácida en 80 pacientes.

$$X^2 = 0.334 \quad p = 0.2815 \quad (p > 0.05) \text{OR: } 0.533 \quad (0.061, 4.644) \quad \text{IC} = 95\%$$

Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 55:** Distribución de personas entre jóvenes y que tienen dolor en epigastrio.

		JÓVENES		TOTAL
		SI	NO	
DOLOR EN EPIGASTRIO	SI	7	103	110
	NO	0	2	2
TOTAL		7	105	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 55, se observa que los pacientes jóvenes si producen dolor en epigastrio en 7 pacientes y no producen dolor en epigastrio en 2 pacientes.

$$X^2 = 0.136 \quad p = 0.3565 \quad (p > 0.05) \text{OR: } 0.936 \quad (0.892, 0.983) \quad \text{IC} = 95\%$$

Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 56:** Distribución de personas entre jóvenes y que tienen eructos.

		JÓVENES		TOTAL
		SI	NO	
ERUCTOS	SI	2	49	51
	NO	5	56	61
TOTAL		7	105	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 56, se observa que los pacientes jóvenes si producen eructos en 2 pacientes y no producen eructos en 56 pacientes.

$$X^2 = 0.866 \quad p = 0.176 \quad (p > 0.05) \quad \text{OR: } 0.457 \quad (0.085, 2.463) \quad \text{IC} = 95\%$$

Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 57:** Distribución de personas entre jóvenes y que tienen pérdida del apetito.

		JÓVENES		TOTAL
		SI	NO	
PÉRDIDA DE APETITO	SI	6	62	68
	NO	1	43	44
TOTAL		7	105	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 57, se observa que los pacientes jóvenes si producen pérdida del apetito en 6 pacientes y no producen pérdida del apetito en 43 pacientes.

$$X^2 = 1.957 \quad p = 0.081 \quad (p > 0.05) \quad \text{OR: } 4.161 \quad (0.484, 35.811) \quad \text{IC} = 95\%$$

Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 58:** Distribución de personas entre jóvenes y que tienen saciedad precoz.

		JÓVENES		TOTAL
		SI	NO	
SACIEDAD PRECOZ	SI	0	2	2
	NO	7	103	110
TOTAL		7	105	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 58, se observa que los pacientes jóvenes no producen saciedad precoz en 103 pacientes.

$$X^2 = 0.136 \quad p = 0.3565 \quad (p > 0.05) \text{ OR: } 1.068 \quad (1.017, 1.121) \quad \text{IC} = 95\%$$

Se concluye que no hay asociación entre ambos.

**TABLA N° 59:** Distribución de personas entre jóvenes y que tienen náuseas y vómitos.

		JÓVENES		TOTAL
		SI	NO	
NÁUSEAS Y VÓMITOS	SI	7	78	85
	NO	0	27	27
TOTAL		7	105	112

**FUENTE:** Recolección de datos de historias clínicas

En la tabla N° 59, se observa que los pacientes jóvenes si producen náuseas y vómitos en 7 pacientes y no producen náuseas y vómitos en 27 pacientes.

$$X^2 = 2.372 \quad p = 0.062 \quad (p > 0.05) \text{ OR: } 0.918 \quad (0.861, 0.978) \quad \text{IC} = 95\%$$

Se concluye que no hay asociación entre ambos.

## 5. DISCUSIÓN

De acuerdo a la unidad de muestreo se trabajo con 112 pacientes, de las cuales 81 son mujeres que representa el 72.3% y 31 son hombres que representa el 27.7% los cuales consumieron AINES y desarrollaron sintomatología digestiva alta, predominando el sexo femenino (Tabla N° 01). Concordando al igual que el estudio Castro V. el sexo predominante fue el sexo femenino con el 55.13%.<sup>(5)</sup> Según los estudios de Lee H. menciona que el 60.6% fueron mujeres.<sup>(1)</sup> Al contrario en el estudio Moya O, especifica que el sexo masculino manifesto sintomas relacionas a hemorragia digestiva alta (65.2%).<sup>(7)</sup> Por ende en el trabajo de investigación se llegó que el sexo femenino predomina más sobre el sexo masculino y se relaciona en la actualidad con las enfermedades personales como enfermedades cardiovasculares y reumatológicas.

El grupo etario que presenta mayor tendencia a desenvolver esta sintomatología digestiva alta se presenta en 56 pacientes adultos mayores que representa el 50.0%, seguido de 49 adultos que representa el 43.8%, y por último 7 jóvenes que representa el 6.3%. (Tabla N° 02) En el estudio de Moya O. especifica que los adultos mayores representan el 62.86% de un realizado en el Hospital José Cayetano Heredia.<sup>(7)</sup> Por lo tanto, hay mayor prevalencia de sintomatología por consumo de AINES en adultos mayores.

En el presente estudio se estima que el uso de AINES más utilizado en el Hospital Essalud Jorge Reátegui Delgado es el naproxeno sódico con un 40.2%; asimismo, en segundo lugar se encuentra el naproxeno sódico combinado con otros antiinflamatorios no esteroideos representado por el 30.4% y por último el ácido acetilsalicílico (aspirina) que representa el 15.2%. (Tabla N° 07). Igualmente en el estudio Mallaopoma F. menciona que el AINE más consumido es el Naproxeno en 39%, Paracetamol en 24% y Diclofenaco en 23%.<sup>(4)</sup> Al igual Castro V. En Piura, el Naproxeno es el más usado con 51.33%.<sup>(5)</sup> Zea C. menciona que los AINES más consumidos son el naproxeno (21.13%), Ibuprofeno (14.39%), Naproxeno "Apronax" (14.39%)<sup>(6)</sup>. Por el contrario en el estudio de Salvatierra G. la aspirina representa el 51.8%, ibuprofeno (30%), diclofenaco (17%) y naproxeno (10%), Piroxicam (10%).<sup>(22)</sup> El estudio de Zevallos L. el AINES más utilizado fue el diclofenaco con un 29.4%, el ibuprofeno con un 25.8%<sup>(3)</sup>. Por lo tanto, el AINE más consumido sería el naproxeno sódico concordando con el estudio de Zea C. Castro V. y Mallaopoma F.

En nuestra investigación, las enfermedades personales que predominan mayormente son las enfermedades reumatológicas (artritis reumatoide, artrosis, gonartrosis, coxartrosis, gota, etc.) que se presentan en un 45.5% y las enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, aterosclerosis, enfermedades de aorta, etc.) que se presentan 24.1%. En el estudio de Castro V. utilizan AINES para tratar enfermedades respiratorias que representan el 27.76%<sup>(5)</sup>. En el

estudio de Salvatierra G, las enfermedades cardiovasculares representan el 39.4%, y las enfermedades reumatológicas (18%) <sup>(22)</sup>. Por lo tanto, en el presente estudio las enfermedades reumatológicas son el primer grupo de afectación seguido de los problemas cardiovasculares.

Los síntomas digestivos altos relacionados al consumo diario de AINES son el dolor en epigastrio que representa el 98.2%, seguido de náuseas y vómitos que representa el 75.9%. (Tabla N° 10) Según los estudios de Lee H. especifica que el 50,9% al menos presenta un síntoma gastrointestinal superior (dolo abdominal, eructos) relacionado al uso de AINES. <sup>(1)</sup> En el estudio de Salvatierra G, el 10-20% presentaron síntomas dispépticos en relación a su enfermedad de artritis reumatoide. <sup>(22)</sup>

El grado de instrucción según al consumo de AINES, el nivel secundario representa el 77.7%, seguido del nivel primario que representa el 16.1% y por último el nivel superior que representa el 6.3%. (Tabla N° 04). Al igual que el estudio Castro V. el 40.30% representan el nivel secundario en Piura <sup>(5)</sup>. Al contrario, en el estudio de Mallaopoma F. el nivel superior representa el 54%. <sup>(4)</sup> Por lo tanto, se estima que el mayor porcentaje de personas que consumen AINES se encuentran en nivel secundario.

Con respecto a la frecuencia del uso de AINES, se estima que consumen 1 vez al día AINES representa el 60.7%, y de las personas

que consumen 2 veces al día AINES representa el 34.8%, y por último la frecuencia 3 veces al día representa el 4.5%. (Tabla 08) En el estudio de Mallaopoma F. las personas que consumen 1 vez al día representó 75%, y las personas que consumen AINES con frecuencia de 2 veces al día representó el 23% <sup>(4)</sup>. Por lo tanto, se observa que el consumo de AINES una vez al día ya genera un problema gastrolesivo.

## 6. CONCLUSIONES

1. Los que consumen salicilatos tienen 2.5 veces más riesgo de hacer eructos y 1.3 veces más riesgo de hacer pirosis.
2. Los AINES más consumidos que producen sintomatología digestiva alta son los derivados del ácido propiónico (Naproxeno sódico)
3. Los pacientes que consumen derivados ácido acético es 51.6% más frecuentes en pacientes que presentan eructos, además tienen 26.5 veces más riesgo de hacer saciedad precoz, 6.9 veces más riesgo de hacer pirosis y 1.9 veces más riesgo de hacer eructos.
4. El síntoma más frecuente es el dolor en epigastrio (98.2%), seguido de náuseas y vómitos (65.9%), la pérdida del apetito en el 65.6% frecuentes en adultos.
5. El género femenino, los adultos mayores, el nivel secundario y los casados, las enfermedades articulares y cardiovasculares producen mayor sintomatología digestiva alta secundario al consumo de AINES.
6. La frecuencia que predomina más al uso de AINES es 1 vez al día, con un tiempo de consumo mayor a 1 año.

## **7. RECOMENDACIONES**

1. Los AINES no deberían usarse en exceso ya que generan gastropatías, las personas no deben automedicarse.
2. Seleccionar pacientes con síntomas digestivos altos asociados al consumo de AINES e indicar medidas preventivas en estos pacientes.
3. A todo paciente que ingresa a consultorio de gastroenterología y que presenten sintomatología digestiva alta se deberían recetar AINES más un protector gástrico.
4. Informar y educar a los pacientes con enfermedades reumatológicas y cardiovasculares sobre las consecuencias del consumo de AINES en exceso.
5. Utilizar menos AINES gastrolesivos en pacientes con antecedentes previa alimentación.
6. Hacer uso de los medicamentos COX2 con gastroprotección.
7. Prescribir dosis mínimas en el uso de AINES.
8. No utilizar ningún AINES con otros medicamentos (anticoagulantes, antiagregantes), debido a que produce mayores complicaciones.
9. Solamente usar un compuesto de medicamento (AINES), para evitar mayores complicaciones.
10. Se recomienda realizar otros estudios para hacer un seguimiento de estos pacientes con síntomas digestivos altos mediante endoscopia digestiva.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Lee H., Chua S., Mahadeva S. Dispepsia en usuarios antiinflamatorias no esteroideos y el efecto de las medidas preventivas. Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Malasia. Junio 2018. 19 (6): 342-349
2. Zhou Y., Boudreau D., Freedman A. Tendencias en el uso de aspirina y medicamentos antiinflamatorios no esteroides en la población de EE. UU. 2013
3. Zevallos L., Chancafe J., Prevalencia del uso de antiinflamatorios no esteroideos en Pobladores del Pueblo joven saúl cantoral Huamaní, Chiclayo. In Crescendo. Ciencias de la Salud. 2015; 2(1): 255-265.
4. Mallaopoma F, Chavez A. Consumo de antiinflamatorios no esteroideos y su relación con alteraciones gastroduodenales en poblacion adulta del distrito de Huancayo. Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt. 2017.
5. Castro V. Prevalencia y valoración del uso de AINES en el Asentamiento Humano Las Dalias – Piura, Enero – Junio 2018. UNIVERSIDAD SAN PEDRO.

6. Zea C. Factores asociados a la automedicación con AINES en pacientes ambulatorios del distrito de Tiabaya, Arequipa – 2019. UNIVERSIDAD PRIVADA AUTONÓNMA DEL SUR. FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
7. Moya O. Características clínico – epidemiológicas de la hemorragia digestiva alta en pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia – Essalud – Piura. Universidad Nacional de Piura. 2008.
8. Goldstein JL, Cryer B. Gastrointestinal injury associated with NSAID use: a case study and review of risk factors and preventative strategies. *Drug, healthcare and patient safety*. 2015;7:31-41.
9. Lim YJ, Yang C-H. Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug-Induced Enteropathy. *Clinical Endoscopy*. 2012;45(2):138-144. doi:10.5946/ce.2012.45.2.138.
10. Singh G. Gastrointestinal Complications of Prescription and Over-the-Counter Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs: A View from the ARAMIS Database. *American Journal of Therapeutics*. 2000;7(2):115-22.
11. Akashi M., Ando T., Hamashima T., et al. Multiple Colon Ulcers with Typical Small Intestinal Lesions Induced by Non-Steroidal Anti-

Inflammatory Drugs. Intern Med 54: 1995-1999, 2015 DOI: 10.2169/internalmedicine.54.3919.

12. Ivanov SM, Lagunin AA, Zakharov AV, et al. Computer search for molecular mechanisms of ulcerogenic action of nonsteroidal antiinflammatory drugs. Biomeditsinskaia khimiia. 2014;60(1):7-16.
13. Musumba C., Pritchard D., Pirmohamed M. Review article: cellular and molecular mechanisms of NSAID-induced peptic ulcers. Aliment Pharmacol Ther 30, 517–531.
14. Peña E., Saiz C., Romero M., et al. Gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos. SEMERGEN - Medicina de Familia. Volume 34, Issue 10, November 2008, Pages 502-506.
15. Zaga I., Mayorga J.. Obstrucción intestinal secundaria a enteropatía por antiinflamatorios no esteroideos (AINES). ActA Médica Grupo Ángeles. Volumen 9, No. 1, enero-marzo 2011.
16. Seminerio J, McGrath K, Voltaggio L, et al. Medication-associated lesions of the GI tract. Gastrointestinal Endoscopy. 2014;79(1):140-50.
17. Frisancho O. Gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna - Vol.10 N°3 - 1997.

- 18.**Yap PR, Goh KL. Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) Induced Dyspepsia. *Current pharmaceutical design.* 2015;21(35):5073-81.
- 19.**Narsinghani T, Sharma R. Lead optimization on conventional non-steroidal anti-inflammatory drugs: an approach to reduce gastrointestinal toxicity. *Chemical biology & drug design.* 2014;84(1):1-23.
- 20.**Pellicano R. Gastrointestinal damage by non-steroidal anti-inflammatory drugs: updated clinical considerations. *Minerva gastroenterologica e dietologica.* 2014;60(4):255-61.
- 21.**Zhonghua N. Recommendation for the prevention and treatment of non-steroidal anti-inflammatory drug-induced gastrointestinal ulcers and its complications. 2017;56(1):81-5.
- 22.** Salvatierra G. Prevalencia de la asociación entre hemorragia digestiva alta no variceal y consumo de antiinflamatorios no esteroideos en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Periodo Junio-Noviembre 2005. Universidad Ricardo Palma.

- 23.** Garcia RL. Risk of upper gastrointestinal bleeding and perforation associated with Individual non-steroidal anti-inflammatory drugs. *The Lancet*. Vol 343 MArch 26, 1994.
- 24.** Sturkenboom MCJM, Burke TA, Dieleman JP, et al. Underutilization of gastroprotective strategies is common in patients at heightened risk for nonsteroidal antiinflammatory drug-associated upper gastrointestinal ulcer complications. *Gut* 2013; 52(suppl VI):A16. .
- 25.** Holtmann G, Talley NJ. Functional dyspepsia. *Current opinion in gastroenterology*. 2015;31(6):492-8.
- 26.** Pellicano R., Ribaldone DG., Saracco GM., et al. Benefit of supplements in functional dyspepsia after treatment of *Helicobacter pylori*. *Minerva gastroenterologica e dietologica*. 2014;60(4):263-8.
- 27.** Talley NJ, Ford AC. Functional Dyspepsia. *The New England journal of medicine*. 2015;373(19):1853-63.
- 28.** Avvakumova NV, Chibyeva LG, Vasiliev NN. Clinical and morphological characteristics of the chronic gastritis with functional dyspepsia in the republic of sakha (yakutia). *Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland : 1960)*. 2015;68(4):483-6.

- 29.** Ford AC, Bercik P, Morgan DG, et al. The Rome III criteria for the diagnosis of functional dyspepsia in secondary care are not superior to previous definitions. *Gastroenterology*. 2014;146(4):932-40; quiz e14-5.
- 30.** Vanheel H, Tack J. Therapeutic options for functional dyspepsia. *Digestive diseases (Basel, Switzerland)*. 2014;32(3):230-4.
- 31.** Bisbal O, León R, Berendson R, et al. A new questionnaire for the diagnosis of dys-pepsia. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2002; 32: 25-28.
- 32.** ABC de Gastropatías por AINEs. Química Suiza.
- 33.** Harrison T, Resnick W, Wintrobe M. *Principios de Medicina Interna*. 18ava edición. Mexico. McGRAW - HILL INTERAMERICANA S.A. volumen 3. Capítulo 293. p. 2438 - 2460.
- 34.** Kumar V, Abbas A, Fausto N. *Patología estructural y funcional*. 8va edición. Barcelona, España. Elsevier. Volumen 2. Capítulo 17. p. 774 - 781.

9. **ANEXO:**

**“RELACIÓN DE AINES CON SINTOMATOLOGÍA DIGESTIVA ALTA  
EN PACIENTES EN CONSULTORIO GASTROENTEROLOGÍA  
HOSPITAL II JORGE REÁTEGUI. JULIO-DICIEMBRE 2018, PIURA”.**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS MODIFICADO PARA EL USO  
DE LA PRESENTE TESIS**

Nº Historia clínica: \_\_\_\_\_

Tipo de seguro de Essalud: No asegurado ( ) SIS ( ) Otros ( )

Fecha: \_\_\_\_\_

<b>I. DATOS GENERALES</b>	
<b>GRUPOS DE EDADES</b>	( ) Jóvenes ( ) Adultos ( ) Adultos Mayores Edad: _____ años
<b>GÉNERO</b>	( ) Masculino ( ) Femenino
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior
<b>ESTADO CIVIL</b>	( ) Soltera (o) ( ) Casada (o) ( ) Viuda (o)
	( ) Enfermedades articulares

<b>II. ANTECEDENTES PERSONALES</b>	<input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares <input type="checkbox"/> Infecciones respiratorias altas <input type="checkbox"/> Cefaleas <input type="checkbox"/> Cefaleas + dolor articular <input type="checkbox"/> Cefaleas + infecciones respiratorias <input type="checkbox"/> Otros antecedentes
<b>III. TIPOS DE FAMILIAS DE AINES</b>	
<b>Salicilatos</b>	<input type="checkbox"/> Aspirina
<b>Derivados de ácido propiónico</b>	<input type="checkbox"/> Ibuprofeno <input type="checkbox"/> Ketoprofeno <input type="checkbox"/> Naproxeno
<b>Derivados del ácido acético</b>	<input type="checkbox"/> Indometacina <input type="checkbox"/> Diclofenaco <input type="checkbox"/> Ketorolaco
<b>IV. TIPO DE AINES</b>	<input type="checkbox"/> Naproxeno sódico <input type="checkbox"/> Naproxeno Sódico Combinado <input type="checkbox"/> Ibuprofeno <input type="checkbox"/> Diclofenaco <input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Aspirina + Diclofenaco
<b>V. TIEMPO DE CONSUMO DE AINES</b>	<input type="checkbox"/> 15 días <input type="checkbox"/> 1 mes <input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 6 meses

	<input type="checkbox"/> ) más de 1 año <input type="checkbox"/> ) más de 3 años
<b>VI. FRECUENCIA DE USO DE AINES</b>	<input type="checkbox"/> ) 1 vez al día <input type="checkbox"/> ) 2 veces al día <input type="checkbox"/> ) 3 veces al día
<b>VII. SÍNTOMAS DIGESTIVOS ALTOS</b>	<input type="checkbox"/> ) Pirosis <input type="checkbox"/> ) Regurgitación acida <input type="checkbox"/> ) Dolor epigastrio <input type="checkbox"/> ) Eructos <input type="checkbox"/> ) Pérdida de apetito <input type="checkbox"/> ) Saciedad precoz <input type="checkbox"/> ) Náuseas y vómitos