

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



RELACIÓN DE LOS FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS CON LA APARICIÓN DE SÍNDROME DE GASTRITIS CRÓNICA EN ESTUDIANTES DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UCSM DE AREQUIPA, 2016

Tesis presentada por las Bachilleres:

**MARJA XIMENA CHÁVEZ BALDÁRRAGO
CLAUDIA EIRENNE PORTUGAL VARGAS**

para optar el Título Profesional de:
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

Asesora:
Dra. Dominga Vargas de Flores

**AREQUIPA – PERÚ
2017**

PRESENTACIÓN

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARIA.

S.D

De conformidad con lo establecido en la Facultad de Enfermería que UD. dignamente dirige, presentamos a su consideración y a las señoras miembros del jurado del presente trabajo de investigación: **RELACIÓN DE LOS FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS CON LA APARICIÓN DE SÍNTOMAS DE GASTRITIS CRÓNICA EN ESTUDIANTES DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UCSM DE AREQUIPA, 2016**, requisito indispensable para optar el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería.

Esperamos que el presente trabajo sea de conformidad y que cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Julio del 2017

Marja Ximena Chávez Baldárrago

Claudia Eirenne Portugal Vargas

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería

De : Dra. Delia Núñez de Alvarez
Dra. Gloria Núñez de Pinto
Lic. Concepción Arizaga Tovar

Miembros del Jurado Dictaminador

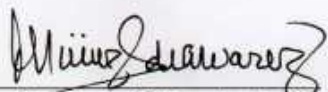
Tesis : RELACIÓN DE LOS FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS CON LA
APARICIÓN DE SÍNTOMAS DE GASTRITIS CRÓNICA EN
ESTUDIANTES DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE
ENFERMERÍA DE LA UCSM – AREQUIPA, 2016.


Bachilleres : CHÁVEZ BALDARRAGO MARJA XIMENA
PORTUGAL VARGAS CLAUDIA EIRENNE

Fecha : 26 de julio del 2017

Absuelto las observaciones del Borrador de tesis puede pasar a la Fase de Sustentación.

Atentamente,


Dra. Delia Núñez de Alvarez


Dra. Gloria Núñez de Pinto


Lic. Concepción Arizaga Tovar

INFORME DE ASESORIA DE TESIS

A : **Dra. Sonia Nuñez Chavez**
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : **Dra. Dominga Vargas de Flores**
Asesora del estudio de Investigación

ASUNTO : **Asesoría de Tesis Titulada:**
**RELACIÓN DE LOS FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS CON
LA APARICIÓN DE SÍNTOMAS DE GASTRITIS CRÓNICA EN
ESTUDIANTES DEL IX Y X SEMESTRES DE LA FACULTAD DE
ENFERMERÍA DE LA UCSM DE AREQUIPA, 2016**

AUTORAS : **MARJA XIMENA CHÁVEZ BALDÁRRAGO**
CLAUDIA EIRENNE PORTUGAL VARGAS

FECHA : Arequipa, 7 de Diciembre del 2016

Antecedentes: La asesoría del estudio de investigación se llevó a cabo durante los meses de Setiembre a Diciembre del 2016, tiempo en el que se revisó el Enunciado, los Objetivos, Variables, Justificación, Marco Teórico y el Contenido Operacional; revisión que demandó la reestructuración tanto de la teoría como de la investigación propiamente dicha, en la que se ha considerado tablas estadísticas.

Apreciación Personal: Los resultados de la investigación permitirán fortalecer el cuerpo de conocimientos de la profesión de Enfermería.

Atentamente,


Dra. Dominga Vargas de Flores

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería

De : Dra. Gloria Núñez de Pinto
Lic. Concepción Arizaga Tovar
Miembros del Jurado Dictaminador


Tesis : FACTORES Y HÁBITOS ALIMENTICIOS QUE PREDISPONEN LA
APARICIÓN DE SÍNTOMAS DE GASTRITIS EN ALUMNOS DEL
VIII SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA – AREQUIPA, 2015.

Bachilleres : CHÁVEZ BALDARRAGO MARIA XIMENA
PORTUGAL VARGAS CLAUDIA EIRENNE

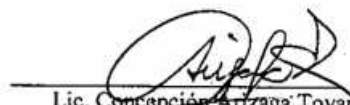
Fecha : 18 de enero del 2016

Reunido los jurados dictaminadores y absueltos las observaciones, el Proyecto de Investigación puede pasar a la Fase de Ejecución.

Atentamente,



Dra. Gloria Núñez de Pinto



Lic. Concepción Arizaga Tovar



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

"IN SCIENTIA ET FIDE EST FORTITUDO NOSTRA"
(En la Ciencia y en la Fe esta nuestra Fuerza)

FACULTAD DE ENFERMERIA

Arequipa, 17 de mayo de 2016

Oficio N° 113-FENF-2016

Señoras Doctoras
TUTORAS DEL V y VII SEMESTRE DE ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
Presente.-

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a ustedes, para expresarle mi cordial saludo y a la vez presentarles a las Señoritas:

**MARJA XIMENA CHÁVEZ BALDÁRRAGO
CLAUDIA EIRENNE PORTUGAL VARGAS**

Quiénes están elaborando el Proyecto de Investigación titulado: "RELACIÓN DE LOS FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS CON LA APARICIÓN DE SÍNTOMAS DE GASTRITIS CRÓNICA EN ESTUDIANTES DEL V Y VII SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UCSM DE AREQUIPA, 2016".

En tal sentido, solicito a ustedes se sirvan autorizar a las señoritas estudiantes para que pueda realizar su investigación, aplicar el instrumento de estudio y elaborar la tesis con la que optaran el Título Profesional de LICENCIADA EN ENFERMERIA, cumpliendo con la función de Investigación Universitaria que demanda la Ley N° 30220 y el propio Estatuto de nuestra Universidad.

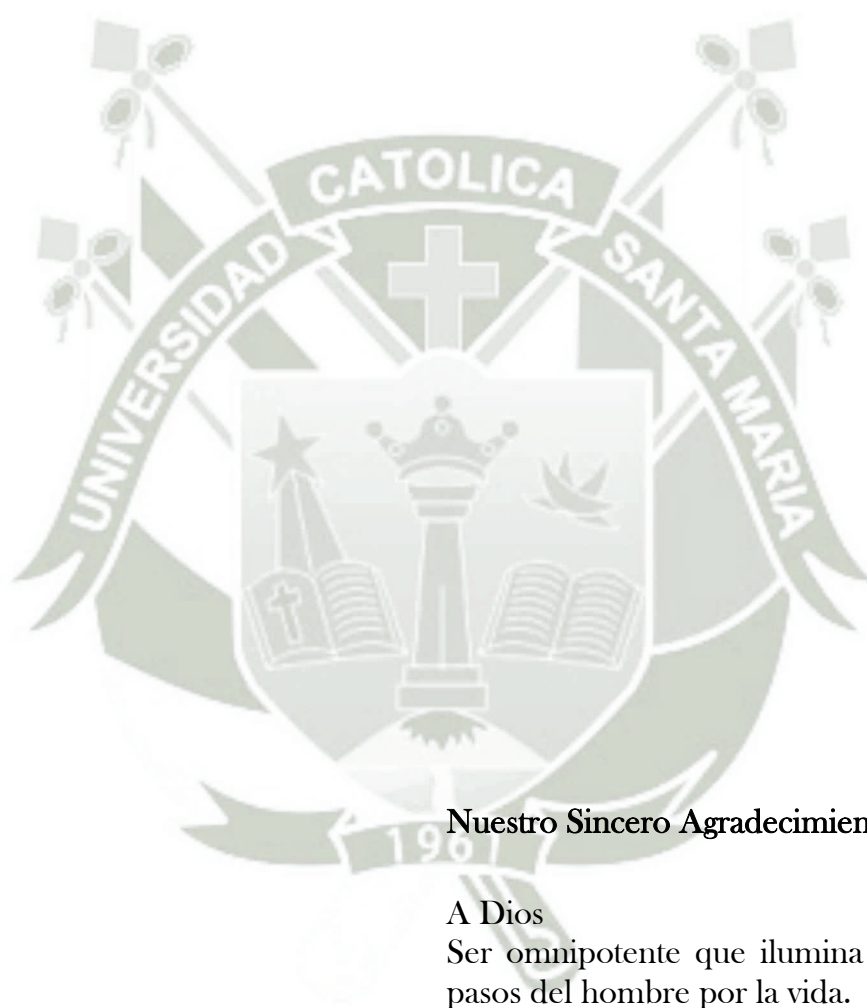
Agradeciéndoles anticipadamente su valiosa colaboración, aprovecho la oportunidad para testimoniarles los sentimientos de mi estima personal.

Atentamente,



Dra. JOSEFINA SOLEDAD SÁNCHEZ CHÁVEZ
Docente Titular de la Facultad de Enfermería
Universidad Católica de Santa María

SNCh/DFENF
Elt.



Nuestro Sincero Agradecimiento

A Dios

Ser omnipotente que ilumina y guía los
pasos del hombre por la vida.

A la Facultad de Enfermería por la
formación académica recibida.

DEDICATORIA

La presente tesis la dedico a toda mi familia, principalmente a mi madre que ha sido un pilar fundamental en mi formación como profesional sentando bases de responsabilidad y deseos de superación, por brindarme la confianza, consejos, oportunidad y recursos para lograr todas mis metas y a mi hermano que siempre ha estado junto a mi dándome su apoyo y muchas veces poniéndose en el papel de padre siendo mi mejor ejemplo.

A mis abuelos, Paquita por motivarme y apoyarme con tanto optimismo a perseguir nuestros sueños con perseverancia que a ti te caracteriza y a mi difunto abuelo Jorge que antes de partir al cielo me dejó la última y mejor enseñanza de amor que fue reafirmar mi vocación como enfermera y sé que desde ahí guías mis pasos para ser mejor cada día

A mis tíos que son como mis segundos padres Patricia y Jesús; a mis hermanos Ariana y Andrés.

Marja

DEDICATORIA

A mis padres Enrique y Rosa María por haberme forjado como la persona que soy, por su amor, trabajo, dedicación y sacrificios en todos estos años; gracias a Ustedes he logrado llegar hasta aquí, es un privilegio ser su hija y poder llenarlos de orgullo con mis logros alcanzados y todos aquellos que aún están por llegar.

A mis hermanas porque no hay mejor amiga que una hermana y no hay mejores hermanas que ustedes.

A mi esposo Jorge Antonio y mi hija Bryanna Arely porque desde que Dios los colocó en mi vida se convirtieron en mi motor y motivo, son ustedes los que día a día me ayudan a mejorar y me brindan su apoyo incondicional para poder alcanzar mis metas.

Claudia

INDICE

	Pág.
RESUMEN	11
ABSTRACT	11
INTRODUCCIÓN	12
CAPITULO I	
PLANTEAMIENTO TEORICO	
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1. Enunciado del Problema	13
1.2. Descripción del Problema	13
1.3. Justificación	15
2. OBJETIVOS	17
3. MARCO TEÓRICO	17
4 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	49
5. HIPÓTESIS	51
CAPITULO II	
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	
1. TÉCNICA E INSTRUMENTO	52
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	53
2.1. Ubicación Espacial	53
2.2. Ubicación Temporal	53
2.3. Unidades de Estudio	53
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	54
CAPÍTULO III	
RESULTADOS	
PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	55
CONCLUSIONES	68
RECOMENDACIONES	69
BIBLIOGRAFÍA	70
ANEXOS	72

RESUMEN

Bachiller: Marja Ximena Chávez Baldárrago¹

Bachiller: Claudia Eirene Portugal Vargas²

El estudio de investigación titulado RELACIÓN DE LOS FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS CON LA APARICIÓN DE SÍNDROMES DE GASTRITIS CRÓNICA EN ESTUDIANTES DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UCSM DE AREQUIPA, 2016 tiene como objetivos: el determinar los factores sociodemográficos que se relacionan con los síntomas de la gastritis; identificar los síntomas de gastritis crónica en las estudiantes del IX semestre de la Facultad de Enfermería de la UCSM de Arequipa y establecer el tipo de relación entre los factores socio demográficos y los síntomas de la gastritis. Es un estudio de campo, relacional y de corte transversal. Se trabajó con dos variables: Factores sociodemográficos y síntomas de gastritis crónica, cada una con sus respectivos indicadores y subindicadores. La hipótesis refiere la probabilidad que se encuentre una relación directa entre los factores: edad, género, zona de residencia y hábitos alimenticios inadecuados con los síntomas de la gastritis crónica. Aplicado el instrumento y procesada la información se concluyó en lo siguiente: 1) Los factores sociodemográficos que se relacionan con la aparición de síntomas de gastritis en los estudiantes del IX Semestre de la Facultad de Enfermería de la UCSM de Arequipa son: el lugar de procedencia, específicamente, la región de la Sierra; la zona de residencia en lo que se refiere a la zona urbana y la no practica o practica esporádica de hábitos alimentarios saludables. 2) Los estudiantes investigados en el 42% presentan síntomas de gastritis; de ellos, el 55% promedio en forma frecuente y el 19% promedio, esporádicamente. 3) El tipo de relación de los factores sociodemográficos: lugar de procedencia, zona de procedencia y práctica de hábitos alimentarios saludables es indirecta.

Palabras clave: Factores Sociodemográficos – gastritis crónica.

ABSTRACT

The research study titled RELATION OF THE DEMOGRAPHIC PARTNERS FACTORS WITH THE APPEARANCE OF CHRONIC GASTRITIS SYNDROME IN STUDENTS OF THE IX SEMESTER OF THE FACULTY OF NURSING OF THE UCSM OF AREQUIPA, 2016 has as objectives: to determine the sociodemographic factors that are related to The symptoms of gastritis; To identify the symptoms of chronic gastritis in the students of the IX and X semesters of the Faculty of Nursing of the UCSM of Arequipa and to establish the type of relation between the socio demographic factors and the symptoms of the gastritis. It is a field study, relational and cross-sectional. We worked with two variables: sociodemographic factors and symptoms of chronic gastritis, each with their respective indicators and subindicators. The hypothesis refers to the likelihood of a direct relationship between the factors: age, gender, area of residence and inadequate eating habits with the symptoms of chronic gastritis. The instrument was applied and the information processed was concluded as follows: 1) The socio-demographic factors that are related to the appearance of gastritis symptoms in the students of the IX and X Semesters of the Faculty of Nursing of the UCSM of Arequipa are: the place Of origin, specifically, the Sierra region; The area of residence in regard to the urban area and does not practice or sporadically practices healthy eating habits. 2) Students investigated in 42% have symptoms of gastritis; of them, 55% on a frequent basis and 19% on average, sporadically. 3) The type of relationship of sociodemographic factors: place of origin, area of origin and practice of healthy eating habits is indirect.

Key words: Sociodemographic factors - chronic gastritis.

¹ marjachb.91@gmail.com Avenida Porongoche 411-B – Paucarpata

² cloclito22@gmail.com Calle Paz Soldán 605 - Yanahuara

INTRODUCCIÓN

El problema de la gastritis es un problema digestivo que afecta a las personas de todas las edades: adolescentes, adultos tanto maduros como mayores y que hasta la fecha no se puede resolver.

Las alumnas del IX semestre de la Facultad de Enfermería de UCSM en general, no saben cómo prevenir la gastritis crónica por desconocimiento, descuido y/o negligencia ocasionada por algún o algunos factores de riesgo de orden sociodemográfico que incluye fundamentalmente lugares de procedencia y de residencia, como de ocupación, los que influyen en las costumbres y hábitos alimentarios propios de cada realidad y que en conjunto constituyen regímenes alimentarios drásticos é irritantes que van a efectuar la función digestiva por causas y por los síntomas propios de una gastritis primero aguda y con el tiempo, crónica.

El cuadro clínico de estas personas, en este caso, estudiantes, se acentúa y se agrava más por el abandono personal del tratamiento higiénico y farmacológico indicado, como también por el desconocimiento del nuevo tipo de alimentación que se debe tener y del clima psicoemocional que debe primar en su entorno social; así como de la automedicación ante los síntomas presentados.

Lo antes señalado se constituye en una situación adversa a la salud que motiva a las autoras a estudiarla a través de una investigación cualicuantitativa dirigida a un grupo de estudiantes universitarios con la finalidad de conocer los factores sociodemográficos que se relacionan con el desarrollo de la gastritis crónica.

Estudio enmarcado en el esquema de la UCSM, cuyos componentes principales son el planteamiento teórico y el operacional su contenido muestra fuentes bibliográficas de la especialidad y de vigencia actual. Está organizado por capítulos, el primero contiene el marco teórico; el segundo, el marco operacional y el tercero, los resultados, conclusiones y recomendaciones. En los anexos se han incluido el instrumento y la constancia de haber realizado la investigación de campo.

CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO

Relación de los Factores Socio demográficos con la aparición de Síndrome de Gastritis Crónica en Estudiantes del IX Semestre de la Facultad de Enfermería de la UCSM de Arequipa, 2016.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Campo, Área y Línea

Campo : Ciencias de la Salud.

Área : Enfermería.

Línea : Gastritis Crónica

1.2.2. Operacionalización de variables:

Variables	Indicadores	Subindicadores
Independiente Factores sociodemográficos	1. Edad	1.1. Menos de 18 años 1.2. 19 – 20 años 1.3. 21 – 22 años
	2. Género	2.1. Masculino 2.2. Femenino
	3. Lugar de procedencia	3.1. Costa 3.2. Sierra 3.3. Selva
	4. Zona de residencia	4.1. Urbana 4.2. Periurbana 4.3. Rural
	5. Hábitos alimenticios	5.1. Tipo de alimentación 5.2. Comidas al día 5.3. Consumo de líquidos 5.4. Lugar de consumo de alimentos
Dependiente Síndrome de gastritis crónica	1. Somáticos	1.1. Dolor abdominal 1.2. Náuseas y vómitos 1.3. Reflujos esofágico
	2. Psicológicos	2.1. Ansiedad 2.2. Estrés

1.2.3. Interrogantes básicas

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos que se relacionan con los síntomas de la gastritis crónica en los estudiantes del IX semestre de la Facultad de Enfermería de la UCSM de Arequipa?
- ¿Qué síntomas de gastritis crónica presentan los estudiantes del IX semestre de la Facultad de Enfermería de la UCSM de Arequipa?
- ¿Cómo se relacionan los factores sociodemográficos con la aparición de síntomas de gastritis crónica en los estudiantes

del IX semestre de la Facultad de Enfermería de la UCSM de Arequipa?

1.2.4. Tipo y nivel de problema

Tipo : Campo

Nivel : Relacional, de corte transversal

1.3. JUSTIFICACIÓN

La gastritis crónica es una enfermedad de elevada morbilidad, con gran incidencia en todas las edades, por la vida cotidiana que encierra comportamientos negativos en alimentación y automedicación indiscriminada en determinados grupos de edad, estrés, familiar, social y laboral. Los estudiantes del IX semestre de la facultad de enfermería de la UCSM -internado clínico, por la carga académica de dicho semestre es un motivo influyente para que exista una relación entre la aparición del síndrome de gastritis y el estilo de vida que tienen las estudiantes durante todo el semestre.

Esta patología, en la actualidad, constituye un factor de riesgo para la salud de las personas-adultos jóvenes, etapa del ciclo vital que corresponde a nuestras unidades de estudio. Esta situación se puede confrontar con las estadísticas proporcionadas por el Ministerio de Salud,³ verificando que el 35.9% de las enfermedades del tracto gastrointestinal es representado por la gastritis y esta es ocasionada por el *Helicobacter Pylori* en el 19.1%. El estrés y los problemas psicoemocionales constituyen uno de los principales factores de riesgo.

³ MINSA. Departamento de Estadística. Perú. 2009

Esta situación hace que el presente estudio sea de gran magnitud alcanzando una significativa relevancia social como humana.

Asimismo, el estudio es relevante científicamente, en razón a que permite alcanzar el problema haciendo uso de una revisión bibliográfica de la especialidad en lo que se refiere a conceptualización, diagnóstico, tratamiento, los que conjuntamente con los resultados que precisamos hallar servirán de gran utilidad y aporte a profesionales del sector salud. Y a los estudiantes de enfermería, puesto que el trabajo actualmente está dirigido a las actividades preventivo-promocionales, por lo que es necesario conocer los factores de riesgo que condicionan la incidencia de la gastritis, identificando a su vez los grupos de mayor riesgo.

El estudio es innovador, en razón a que anteceden estudios relacionados a la gastritis, los que servirán al presente en coherencia y/o diferencias de los resultados al obtener.

En lo personal, motiva a los autores, la obtención del Título Profesional de Licenciadas en Enfermería.

2. OBJETIVOS

- 2.1. Determinar los factores sociodemográficos que se relacionan con los síntomas de la gastritis crónica en los estudiantes del IX semestre de la Facultad de Enfermería de la UCSM de Arequipa.
- 2.2. Identificar los síntomas de gastritis crónica que presentan los estudiantes del IX semestre de la Facultad de Enfermería de la UCSM de Arequipa.
- 2.3. Establecer el tipo de relación que existe entre los factores sociodemográficos con la aparición de síntomas de gastritis crónica en los estudiantes del IX semestre de la Facultad de Enfermería de la UCSM de Arequipa.

3. MARCO TEORICO

3.1. FACTORES DE RIESGO

3.1.1. Significado

Es un padecimiento de etiología multifactorial que puede originarse por diversas causas, entre las que se incluyen las infecciones por bacterias como *Helicobacter pylori*, el consumo de antiinflamatorios no esteroideos, (AINES), o hábitos como el consumo excesivo de alcohol, fumar, comer alimentos picantes o salados, cirugía mayor, lesiones traumáticas o quemaduras, infección grave, anemia perniciosa, enfermedades auto inmunológicas y el reflujo biliar crónico la dieta o alimentación está llena de condimentos y grasas que irritan la mucosa gástrica; además, es común que gran cantidad de personas coman cuando pueden y no en horario específico, sin olvidar que para ello recurren a puestos callejeros". Estos factores se complementan con alta dosis de estrés y preocupaciones que dan como resultado esta afección. Así, "la gastritis puede presentarse a

cualquier edad, pero de acuerdo con las estadísticas es mucho más frecuente en adultos jóvenes, lo que ocurre porque en esta etapa se vive ajeteo permanente y se enfrenta competencia feroz en los ámbitos académico y laboral.

El horario de trabajo no permite la mayor parte de las veces acudir a nuestro domicilio a comer; y cuando lo hacemos, las prisas o el cansancio determina, frecuentemente tener que acudir a un plato preparado o a una comida recalentada.⁴

Este cambio evidente de hábitos alimentarios puede influir de forma directa en un aspecto básico de la seguridad alimentaria: la salud de las personas. Ello no quiere decir que los nuevos productos por sí mismos sean perjudiciales, o que las comidas fuera de casa o los platos preparados presenten mayores riesgos que la comida casera. Sin embargo, el consumidor está más expuesto, y es más vulnerable, a los riesgos que pudieran aparecer en el nuevo ámbito que se le dibuja, dependiendo del correcto control de terceros en todo aquello que consume. Del mismo modo, cabe preguntarse si el consumidor está convenientemente informado y preparado para afrontar la nueva situación que debe asumir con respecto a los alimentos que consume, ya sea en el momento de la compra, de su traslado al domicilio, en su preparación, en su manipulación o en su conservación.

3.1.2. Factores de Riesgo sociodemográficos relacionados a la aparición de los síntomas de gastritis crónica

A. Edad

En la bibliografía especializada, los autores concuerdan señalando que la edad es un factor de riesgo de la gastritis crónica, específicamente, la comprendida entre las décadas del

⁴ CARMONA A. Jesús. (2002). México. I.N.C.M. y Nutrición “Salvador Zubirán”. Pág 147

30 a más años; pero en la práctica se observa que la gastritis se presenta en todas las edades a partir de la adolescencia, en razón al tipo de alimentación que predomina en nuestro medio, a base de estimulantes: grasas, gaseosas, comida chatarra en general.

B. Género

El género se le considera un factor no modificable e importante de la gastritis, ya que tanto en la práctica como en la literatura se encuentra que la gastritis se da con mayor frecuencia en las personas del género femenino. Esto se explica por el tipo de comidas que ingieren las jóvenes en la calle y las amas de casa, durante la preparación de alimentos.

C. Ocupación

El factor de riesgo Ocupación tienen mucho que ver con los horarios de comidas, horarios que salen de la rutina familiar, donde las personas que trabajan consumen alimentos posterior a ayunos prolongados, en otros casos, consumen alimentos “Chatarra o Basura” fuera del horario propio de las 3 comidas. En consecuencia, los horarios extremos no les permiten contar con espacios establecidos para el consumo de los alimentos que se ingieren en las comidas principales.

D. Nivel de Instrucción

La instrucción es fundamental para conocer aspectos de la vida, como salud, alimentación, estilos de vida, cultura en general y prevención de las enfermedades. Esto quiere decir, que a mayor conocimiento, las personas están mejor informados sobre estilos de vida, cultura, conservación de la salud, etc., que aquellos con menos instrucción.

E. Lugar de Procedencia

El lugar de procedencia es otro de los factores de riesgo que afecta la normal alimentación porque cada lugar tiene su propia idiosincrasia en cuanto a alimentos a consumir, los que por su consistencia y composición podrían producir en la gastritis de orden alimenticio.

F. Hábitos Alimenticios

Cuando las personas poseen hábitos negativos, en este caso, alimenticios, y si agregan a estos, otros como el consumo de alcohol, tabaco, condimentos, etc., estos se convierten en factores de riesgo de gran potencia.

3.2. EL ESTÓMAGO

3.2.1. Anatomía

El estómago se localiza en la parte alta del abdomen, ocupa la mayor parte de la celda subfrénica izquierda. La parte de estómago que queda oculta bajo las costillas, recibe el nombre de Triángulo de Traube, mientras que la porción no oculta se denomina Triángulo de Labbé.

El esófago determina la incisura cardial, que sirve de válvula para prevenir el reflujo gastroesofágico. Hacia la izquierda y arriba (debajo de la cúpula diafragmática) se extiende el fundus [tuberosidad mayor] (ocupado por aire y visible en las radiografías simples), que se continúa con el cuerpo, porción alargada que puede *colgar* más o menos en el abdomen, luego progresivamente sigue un trayecto más o menos horizontal y hacia la derecha, para continuar con la porción pilórica, que consta del antro pilórico y del conducto pilórico cuyo esfínter pilórico, lo separa del duodeno. En este punto, la pared se engrosa de manera

considerable por la presencia de abundantes fibras circulares de la capa muscular que forman el esfínter pilórico.⁵

La forma aplanada del estómago en reposo determina la presencia de una cara anterior, visible en el situs abdominal, y una cara posterior que mira a la transcavidad de los epiplones (cavidad omental), situada detrás. Asimismo, determina la presencia de un borde inferior (curvatura mayor) que mira abajo y a la izquierda, y un borde superior (curvatura menor) que mira arriba y a la derecha. Como consecuencia de los giros del estómago en periodo embrionario, por la curvatura mayor continúa el estómago con el omento (epiplón) mayor, y la menor con el omento (epiplón) menor.

El aparato digestivo es una serie de órganos huecos que forman un largo y tortuoso tubo que va de la boca al ano.

La luz del estómago tiene la presencia de unos pliegues de mucosa longitudinales, de los cuales los más importantes son dos paralelos y próximos a la curvatura menor que forman el canal del estómago o calle gástrica. Los pliegues disminuyen en el fundus y en la porción pilórica.

La pared gástrica consta de una serosa que recubre tres capas musculares (longitudinal, circular y oblicua, citadas desde la superficie hacia la profundidad). La capa submucosa da anclaje a la mucosa propiamente dicha, que consta de células que producen moco, ácido clorhídrico y enzimas digestivos.

El estómago tiene unos sistemas de fijación en sus dos extremos, los cuales quedan unidos por la curvatura menor a través del segmento (epiplón) menor. A nivel del cardias existe el ligamento gastrofrénico por la parte posterior, que lo une al diafragma.

⁵ CECIL L. "Tratado de Medicina Interna". 17 Edic. Edit. Interamericana. 1999. Pág 182

Por la parte pilórica queda unido a la cara inferior del hígado por el ligamento gastrohepático, parte del tumor menor. Estos sistemas de fijación determinan sus relaciones con otros órganos abdominales. Sin embargo, y debido no sólo a los giros del estómago, sino también al desarrollo embrionario del hígado, las relaciones del estómago se establecen a través de un espacio que queda por detrás, la cavidad omental o transcavidad de los epiplones.⁶

3.2.2. Fisiología

El estómago está controlado por el sistema nervioso autónomo, siendo el nervio vago el principal componente del sistema nervioso parasimpático. La acidez del estómago está controlada por tres moléculas que son la acetilcolina, la histamina y la gastrina.⁷

La habilidad protectora de la mucosa gastroduodenal normal contra factores agresivos endógenos y exógenos es debida a un número de procesos defensivos (que operan dentro y alrededor de la mucosa).

La primera línea de defensa de la mucosa es la capa estable formada por el gel mucoso y el bicarbonato que cubren la superficie luminal mucosa y así mantienen un microambiente neutro en las células superficiales epiteliales. Además de ser parte de la capa estable, el moco sirve como lubricante, retarda la difusión de hidrogeniones y pepsina, inhibe la activación del pepsinógeno y ejerce una acción antibacteriana. Un grupo de hormonas gastrointestinales como la gastrina y secretina; la prostaglandina E2 y agentes colinérgicos estimulan la secreción de moco. También algunos medicamentos

⁶ **LÓPEZ M.** Sección Clínica: Gastritis. *Helicobacter pylori* retos para el siglo XXI. Disponible en: <http://www.helicobacterspain.com/clínica/gastriM.htm>.

⁷ **FARRERAS, ROZMAN.** Medicina Interna. Domínguez Muñoz JE. Capítulo 30. 14 ed. España: Harcourt; 2000. Vol II. p. 274-5.

activos tópicamente (tal como los antiácidos) estimulan la secreción de moco.

El bicarbonato es secretado al lumen por células epiteliales superficiales y parcialmente por células parietales estimuladas ("marea alcalina"). El gel mucoso minimiza la pérdida luminal de bicarbonato manteniendo así un microclima neutro en la superficie mucosa.

La secreción de bicarbonato es estimulada por las prostaglandinas y compuestos con aluminio (Ej. antiácidos).

La segunda línea de defensa mucosa está formada por la capa continua de células epiteliales superficiales que segregan moco y bicarbonato (contribuyendo a la capa estable) y generan prostaglandinas. Debido a la presencia de fosfolípidos en su superficie, estas células son hidrofóbicas, repeliendo el ácido y agentes dañinos hidrosolubles. Interconectados por uniones firmes (o rígidas), las células superficiales epiteliales forman una "barrera" que previene la retrodifusión de ácido y pepsina.

La continua renovación celular, desde células progenitoras en la zona proliferativa mucosa, produce el reemplazo de células superficiales dañadas o viejas. Estas células progenitoras en la zona del cuello de la glándula, expresan receptores para el factor de crecimiento epidérmico y péptidos relacionados, como el factor de crecimiento transformante alfa que son los principales factores de crecimiento responsables de esta proliferación celular. Usualmente lleva de 3 a 5 días reemplazar completamente el epitelio superficial. Más tiempo (meses) toma reemplazar las células glandulares. La injuria superficial al epitelio mucoso es restituida en algunas horas por medio de la migración de células del área del cuello.

Las células parietales secretantes de HCl al lumen gástrico en forma simultánea secretando bicarbonato dentro del lumen de la microvascularidad adyacente. De allí el bicarbonato es transportado hacia la porción superior de la foveola contribuyendo al microclima neutro en la superficie luminal.

La microcirculación mucosa libera oxígeno y nutrientes a la mucosa completa y remueve sustancias tóxicas. El endotelio microvascular genera vasodilatadores tales como la prostaciclina y el óxido nítrico (NO), que protegen a la mucosa gástrica contra la injuria y se oponen a la acción dañina de la mucosa de los vasoconstrictores, como leucotrieno C4', tromboxano A2 y endotelina. Cuando la microvasculatura está dañada, las células endoteliales de la microvascular periférica a las áreas lesionadas inician la reparación y reconstrucción de la trama microvascular a través de la angiogénesis.

La generación permanente de prostaglandinas E2 (PGE2) y prostaciclina (PGI2) por la mucosa es crucial para mantener la integridad de la mucosa. Casi todos los mecanismos defensivos de la mucosa son estimulados o facilitados por prostaglandinas exógenas o endógenas. La inhibición de la síntesis de prostaglandinas por agentes antiinflamatorios no esteroideos o la neutralización de las prostaglandinas endógenas por anticuerpos específicos resultan en la formación de úlceras gástricas e intestinales.

La estimulación de nervios sensoriales gástricos conduce a la liberación de neurotransmisores como el péptido relacionado al gen de la calcitonina (PRGC) y la sustancia P en las terminaciones nerviosas, localizados dentro o cerca de los grandes vasos submucosos. PRGC ejerce una acción protectora de la mucosa a través de la vasodilatación

de los vasos que conducen el óxido nítrico.

Además, macrófagos de la mucosa, leucocitos y células endoteliales secretan una gama de citoquinas que afectan el crecimiento celular y su proliferación.

La matriz extracelular y sus componentes específicos tales como fibronectina, lamina, y colágeno proporcionan un soporte estructural para las células epiteliales y endoteliales, y juegan un importante rol en la adherencia, migración, proliferación y diferenciación celular.

La matrix extracelular está compuesta por células (fibroblastos, miofibroblastos), glucosaminoglicanos (proteoglicanos unidos a proteínas ácido hialurónico no ligado a proteínas y heparina), proteína fibrilares tales como colágenos y elastina y glicoproteínas no filamentosas (fibronectina, laminina, entactina, ondulina y otros).

Hasta hace poco la matriz extracelular se consideraba como una trama extracelular para sostener las células epiteliales, trabajos recientes indican que la matrix extracelular juega un rol activo en las funciones de la mucosa. Se ha reconocido que los componentes de la matrix extracelular están unidos a través de integrinas con el citoesqueleto celular permitiendo la transferencia bidireccional de información respecto a la forma de la célula y su crecimiento. Fijación celular, migración, proliferación y diferenciación. La matrix extracelular está compuesta de componentes que conducen comunicación a las células respecto a cambios en su ambiente. Estos componentes permiten la interacción de la matrix extracelular con el epitelio gástrico mucoso y las células endoteliales.⁸

⁸ PIÑOL JIMÉNEZ F, PANIGUA ESTEVES M. Op. Cit. Pág. 45

3.3. GASTRITIS

Es la inflamación de la mucosa del estómago producida por diferentes causas. La gastritis es una irritación de la mucosa del estómago por exceso de secreción ácida, bien porque ha comido algo fuerte, bien por la toma de medicamentos antiinflamatorios o bien, en un gran porcentaje de los casos, existe una infección por el *Helicobacter pilory*.

3.3.1. Patogénesis

La **patogénesis** es el conjunto de mecanismos biológicos, físicos y/o químicos que llevan a la producción de una enfermedad.

El estudio de la patogenia de las enfermedades y síndromes esclarece la forma en la que una causa (la etiología del proceso) lleva finalmente a producir una serie de signos y síntomas. Es un término muy similar al de fisiopatología, si bien este último hace referencia al funcionamiento del organismo (fisiología) en las condiciones de enfermedad.

3.3.2. Tipos de gastritis

A. Gastritis Aguda

La gastritis aguda, no es una sola enfermedad, más bien un grupo de enfermedades que inducen cambios inflamatorios en la mucosa gástrica. Todas las etiologías difieren en su Presentación clínica y tienen una forma histológica en común. La inflamación puede afectar toda la cámara gástrica entera (pangastritis) o una región del estómago (ejemplo gastritis antral). La gastritis aguda puede clasificarse en los siguientes categorías adicionales: erosiva (erosiones hemorrágicas,

erosiones superficiales, erosiones profundas) y no erosivas (generalmente causada por *helicobacter pylori*).

B. Gastritis Crónica

Se denomina gastritis crónica a la inflamación inespecífica de la mucosa gástrica, de etiología múltiple y mecanismos patogénicos diversos. Las lesiones histológicas se localizan en el antro, cuerpo gástrico o en ambos pudiendo ser su evolución progresiva hacia una atrofia gástrica.

La implicación de la infección por *Helicobacter pylori* en gran parte de las gastritis es la novedad más importante. Cuando no se encuentran lesiones orgánicas en esófago ni en estómago existe tendencia a denominar de forma errónea "gastritis" a aquellos cuadros con síntomas de pesadez, aerofagia, molestia abdominal, saciedad temprana, plenitud postprandial, que debían englobarse en el término de dispepsia funcional o no ulcerosa.

En ocasiones estos síntomas se asocian a la presencia de inflamación de la mucosa gástrica.

Existen otras formas menos frecuentes de gastritis crónica como la linfocitaria, la hiperplasia de la mucosa gástrica y gastritis hipertrófica, gastritis eosinofílica.⁹

3.3.3. Fisiopatología

El daño de la mucosa gástrica depende del tiempo de permanencia del factor o factores injuriantes, jugando un rol

⁹ **SALVAT**. "Diccionario Médico". Editorial SALVAT, ara. Edición, México. 1999. Pág 270

importante la capacidad que tiene la mucosa gástrica a través de la denominada barrera gástrica para resistir a estos factores o a los efectos deletéreos de sus propias secreciones.

La barrera gástrica está constituida por componentes pre epitelial, epitelial y sub epitelial. En los componentes pre epiteliales se encuentran la barrera de moco, el bicarbonato y los fosfolípidos, estos últimos aumentan la hidrofobicidad superficial de la membrana celular e incrementan la viscosidad del moco.

En los componentes epiteliales se encuentran la capacidad de restitución del epitelio por las células existentes a nivel de la región lesionada, la resistencia celular con una gradiente eléctrica que previene la acidificación celular, los transportadores ácido básicos que transportan el bicarbonato hacia el moco y a los tejidos subepiteliales y extraen el ácido de estos sitios, los factores de crecimiento epitelial, las prostaglandinas y el óxido nítrico.

En los componentes subepiteliales se encuentran, el flujo sanguíneo que descarga nutrientes y bicarbonato en el epitelio, y la adherencia y extravasación de los leucocitos, que inducen lesión hística y quedan suprimidos por las prostaglandinas endógenas.

El trastorno de uno o más de estos componentes defensivos por factores etiológicos de la gastritis originan la lesión de la mucosa permitiendo la acción del ácido, proteasas y ácidos biliares en mayor o menor grado y que pueden llegar hasta la lámina propia, sitio en el que producen lesión vascular, estimulan las terminaciones nerviosas, activan la descarga de histamina y de otros mediadores.

La gastritis aguda desaparece si en unas horas no se ingiere ningún alimento, por el contrario la gastritis crónica puede persistir durante años, y puede producir úlcera gástrica si no se corrige a tiempo; esta patología tiende a transformarse en uno de los principales factores de riesgo para la salud de la población.

Existen enfermedades que ocasionan reacciones inflamatorias en las células púnicas de la mucosa gástrica, enfermedades cuyas etiologías difieren en sus manifestaciones clínicas pero presentan igualdad histológica.

La inflamación producida en la mucosa gástrica puede tomar la mucosa entera o simplemente una parte; es decir, que estamos hablando de una pangastritis y/o de una gastritis antral, respectivamente.

La gastritis se inicia con una inflamación en lisis, en forma aguda con distintas categorías: erosiva superficial y profunda hemorrágica y no erosiva, la producida por el *Helicobacter Pylori*. Comúnmente, la gastritis aguda pasa a la cronicidad por no ser tratada en forma total en sus inicios. A ese cuadro se le denomina gastritis crónica caracterizada por una inflamación inespecífica, de etiología múltiple y fisiopatología diversa con lesiones en distintas regiones de la mucosa, evolucionando hacia una atrofia gástrica.

La gastritis crónica puede ser linfocitaria, hiperplásica, hipertrofia y eosinofílica.¹⁰

¹⁰ SALVAT. Diccionario Médico. México. 1999 Pág. 273

3.3.4. Causas

En atención a la situación de Salud de nuestro medio, dentro de las principales causas especificadas de la Gastritis en adolescentes y adultos jóvenes de 18 a 29 años que son atendidos en los diversos establecimientos de Ministerio de Salud tenemos:

- Inadecuados hábitos alimentarios.
- Consumo de alimentos que tienden a irritar la mucosa gastrointestinal como la mucosa gastrointestinal como los alimentos industrializados ricos en colorantes, alimentos procesados como las comidas rápidas que contienen componentes químicos.
- Consumo de alimentos en horarios no fijos.
- Consumo de frituras y condimentos.
- Estrés psicológico.
- Automedicación

3.3.5. Manifestaciones Clínicas

Los pacientes con Gastritis Crónica suelen presentar:

- Dolor espasmódico localizado en la zona epigástrica, que aumenta con la ingesta de alimentos.
- Falta de apetito
- Nauseas que puede llegar al vomito alimenticio de secreción gástrica y biliar.
- Las gastritis crónicas no tienen unos síntomas específicos de la enfermedad. Hay pacientes asintomáticos, otros presentan síntomas dispépticos del tipo molestia en epigastrio, pesadez postprandial, aerofagia.

- Existen estudios que demuestran que los síntomas dispépticos aparecen en igual proporción en las gastritis producidas por *H. pylori* que en las que nos tienen este germen.
- Otras formas de presentación pueden ser anemia perniciosa, anemia ferropénica inespecífica.

3.3.6. Incidencia

En el MINSA, la gastritis y duodenitis en la población joven de 18 a 29 años se ubicaron en el séptimo lugar con el 3% de todos los diagnósticos realizados. Los varones se ubican en el décimo lugar con el 19%.

En los adultos de 30 a 59 años, se ubicaron en el cuarto lugar con el 4.6% lo mismo ocurrió con los adultos mayores, con el 5.3%.¹¹

3.3.7. Diagnóstico y tratamiento de la gastritis crónica

El diagnóstico diferencial de la gastritis crónica se realiza con la úlcera duodenal, hernia de hiato, litiasis biliar, pancreatitis crónica y el síndrome de intestino irritable.

Para tal efecto se practica la gastroscopia para observar la mucosa gástrica y según los signos inflamatorios se diagnostica gastritis y se descarta otras posibilidades diagnósticas. El diagnóstico de certeza se logra con el estudio histológico de la biopsia obtenida por dicha endoscopia.

Para detectar el *helicobacter pylori* se puede realizar la determinación de anticuerpos anti-*Helicobacter pylori*, prueba de

¹¹ MINSA. Departamento de Estadística. (2001). Perú.

aliento con urea marcada, test rápido de la ureasa y cultivo microbiológico en una muestra de biopsia.

En las gastritis crónicas con atrofia gástrica, conviene determinar la gastrina sérica.

La gastritis crónica puede ser un factor predisponente para el cáncer de estómago, en aquellos pacientes con antecedentes familiares de cáncer gástrico o en los que el resultado de la biopsia muestra cambios celulares premalignos.

Las gastritis crónicas asintomáticas no requieren tratamiento. En los pacientes sintomáticos se debe de individualizar el tratamiento. En caso de que exista gastritis crónica antral asociada a *Helicobacter pylori* y se decida erradicarlo, disponemos de varias pautas siendo la más frecuentemente utilizada la asociación de inhibidores de la bomba de protones, amoxicilina y claritromicina durante 7 o 10 días. Si existe anemia por niveles bajos de hierro se indicara hierro para restablecer los depósitos. En las atrofas gástricas con niveles bajos de vitamina B12 se administrara esta vitamina de forma periódica. Existen algunas normas dietéticas que mejoran los síntomas de estos pacientes como evitar las grasas, salsas, picantes, especias.¹²

3.3.8. Esofagitis por reflujo (K21) - Tratamiento

La endoscopia y la biopsia muestran inflamación esofágica por reflujo de contenido gástrico, debido, por lo general, a un esfínter incompetente. Con frecuencia se asocia a Hernia hiatal. El

¹² López, M. Sección Clínica: gastritis. *Helicobacter pylori*, retos para el siglo XXI. Disponible en <http://www.helicobacterspain.com/clínica/gastritis> M

paciente manifiesta los síntomas por reflujo como pirosis, regurgitación, molestia/dolor retroesternal o disfagia ocasional.

Puede evolucionar a úlcera, estenosis y esófago de Barret y surgir complicaciones como sangrado o adenocarcinoma en los pacientes con esófago de Barret no tratados.

La regurgitación puede llevar a la neumonía aspirativa, otitis, laringitis crónica y ocasionalmente cuadros de asma en pacientes susceptibles.

Tratamiento

- Medidas generales:
 - Elevar la cabecera de la cama con cuña de 15 cm, no usar almohadas.
 - No acostarse dentro de la primera hora después de haber ingerido alimentos.
 - Evitar el consumo de alimentos y medicamentos que disminuyan la presión del esfínter esofágico inferior, tales como café, licor, grasas, chocolate, menta, teofilina, calcioantagonistas, anticolinérgicos y agonistas adrenérgicos beta.
 - Las comidas no deben ser copiosas, al paciente se le recomienda masticar bien, no comer con rapidez y evitar la ingesta de líquidos durante la comida
 - Los obesos se benefician al bajar de peso
- Alternativas específicas
 - Inhibidores de la bomba de protones (IBP). Inhiben la H^+ , K^+ - ATPasa.

- Alternativas: cualquiera durante no menos de 4 semanas
 - a) Esomeprasol, 40mg/d
 - b) Omeprazol 20mg/d
 - c) Lanzoprazol 30mg/d
 - d) Pantoprazol 40mg/d
 - e) Ravebrasol 20mg/d

Si la endoscopia de control muestra buena respuesta, la dosis de IBP debe disminuirse a la mitad durante 4 semanas. Continuar en forma condicional.

El paciente con esofagitis erosiva grave y/o que no tolera la vía oral puede recibir un IBP por vía IV hasta que esté en condiciones de recibirlo por VO.

- Alternativas
 - a) Esomeprazol 40 mg/d
 - b) Omeprazol 40 mg/d
 - c) Bloqueador H₂: se indica en dosis única nocturna. Es alternativa a los IBP, pero menos potente. Ranitidina 300 mg
- Complementos
 - a) Gastrocinético. Como mosaprida, domperidona o metoclopramida, una tableta 15 a 30 minutos antes de cada comida principal.
 - b) Antiácido. Como magaldrato 30ml al acostarse o condicional a la pirosis.
 - c) Protector de mucosa. Como sucralfato 10ml cada 12h.
- Cirugía reparadora
 - Previa reevaluación endoscópica, biopsia y manometría.

3.3.9. Reflujo Sintomático sin esofagitis (K21.9) - Tratamiento

El paciente presenta uno o más de los síntomas por reflujo antes mencionados (pirosis, regurgitación, entre otros). La endoscopia no muestra signos de esofagitis y la biopsia de la mucosa esofágica es normal.

Tratamiento

- Medidas generales: las mismas indicadas en la esofagitis por reflujo
- Inhibidor de la bomba de protones: administrar diariamente en la mitad de la dosis recomendada para la esofagitis por reflujo (esomeprazol 20mg/d), durante 4 semanas y, luego, puede ser administrado en forma condicional.

En pacientes con síntomas de reflujo a quienes no se les realiza endoscopia pueden recibir la administración empírica de una IBP.

- Alternativas: una vez al día, durante no menos de 2 semanas.
 - a) Esomeprazol 40mg
 - b) Lansoprazol 30mg
 - c) Pantoprazol 40mg
 - d) Omeprazol 20mg

Algunos recomiendan que la administración empírica del IBP sea de 2 veces al día.

- Bloqueadores H₂: son una alternativa menos eficaz
- Gastrocinético o antiácido: la terapia puede complementarse con un gastrocinético o un antiácido,

aunque, por lo general, el IBP y las medidas generales son suficientes.

3.3.10. Gastritis Erosiva (K 29) – Tratamiento

Tratamiento

- Si hay evidencia de sangrado. Debe suprimirse la vía oral e instalar una vía IV con los requerimientos hidroelectrolíticos adecuados.

El lavado gástrico con solución salina, mediante una sonda nasogástrica, objetiviza un sangrado activo. Sin embargo, es mejor realizar una endoscopia de inmediato. No administrar antiácidos por vía oral antes de la endoscopia.

- Inhibidor de la bomba de protones
 - Alternativas
 - a) Esomeprazol 40mg IV en bolo o en infusión
 - b) Omeprazol 40mg en infusión IV cada 24 horas durante 3 a 4 días.
 - c) Luego pasar a un IBP por VO
 - Antiácido sucralfato. Después de la endoscopia se puede administrar un antiácido 30ml cada 6 horas o sucralfato 15ml cada 8 horas.
 - Transfusión sanguínea. Según el hematocrito, la hemoglobina y el estado hemodinámico del paciente, evaluar la indicación de una transfusión sanguínea.
 - Electrocauterización bipolar o fotocoagulación con láser. Son técnicas vía endoscópica que se deben considerar si el medio hospitalario lo permite.
 - Cirugía. Esta alternativa si la hemorragia no se controla y el paciente presenta signos de choque y

mal estado general (mortalidad 30% a 60% de los casos).

Profilaxis

- IBP o un bloqueador H₂. Si existe un estado patológico que pueda predisponer una gastritis hemorrágica (sepsis, gran quemado), dar un IBP o un bloqueador H₂.
- Alternativas
 - a) Esomeprazol 40mg vía IV al día
 - b) Omeprazol 40mg vía IV al día
 - c) Ranitidina 50mg vía IV cada 8 horas
- Sucralfato. 10ml cada 12 horas, es una alternativa. No altera el PH gástrico y evita la proliferación bacteriana, con disminución de riesgo de neumonía aspirativa.

3.3.11. Gastritis y anemia perniciosa - Tratamiento

Tratamiento

- Vitamina B₁₂. Administración parenteral de vitamina B₁₂, 1000 µg diarios la primera semana, luego semanal durante 1 mes y, posteriormente, una vez al mes de por vida.
- Hierro y ácido fólico. Coadyuvan al tratamiento hasta alcanzar un nivel adecuado de hemoglobina.

3.3.12. Gastritis Linfocítica

Aún no se ha establecido una terapia efectiva. Los bloqueadores H₂ y los gastrocinéticos solo tienen valor sintomático.¹³

¹³ BISSO Y CANDIOTTI. Terapéutica médica. 17ava edición, Perú 2016 pág 362-65

3.3.13. Ansiedad

La ansiedad alude a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez.

3.3.14. Angustia

La angustia se conceptualiza como una emoción compleja, difusa y displacentera, presentando una serie de síntomas físicos que inmovilizan al individuo, limitando su capacidad de reacción y su voluntariedad de actuación; para que ocurra ésta, es necesaria la interacción entre distintos factores de tipo biológico, psicológico y social.

3.3.15. Estrés

El estrés supone un hecho habitual de la vida del ser humano, ya que cualquier individuo, con mayor o menor frecuencia, lo ha experimentado en algún momento de su existencia. El más mínimo cambio al que se expone una persona es susceptible de provocárselo.

Tener estrés es estar sometido a una gran presión, sentirse frustrado, aburrido, encontrarse en situaciones en las que no es fácil el control de las mismas, tener problemas conyugales, etc. El origen del término estrés se encuentra en el vocablo *distrés*, que significa en inglés antiguo “pena o aflicción”; con el uso frecuente se ha perdido la primera sílaba. El vocablo ya era usado en física por Selye, aludiendo a la fuerza que actúa sobre un objeto,

produciendo la destrucción del mismo al superar una determinada magnitud; para este autor, el estrés es una respuesta inespecífica del organismo ante una diversidad de exigencias. Se trata de un proceso adaptativo y de emergencia, siendo imprescindible para la supervivencia de la persona; éste no se considera una emoción en sí mismo, sino que es el agente generador de las emociones. En todo caso, el estrés es una relación entre la persona y el ambiente, en la que el sujeto percibe en qué medida las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, si exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas (Lazarus y Folkman, 1984). Por ejemplo, cuando los individuos imaginan cómo puede ser un hecho estresante, la primera asociación que establecen es negativa, es decir, resulta más común pensar en algo que cause daño, en la muerte reciente de algún ser querido, en la pérdida de trabajo, en la enfermedad, en una mala experiencia. No obstante, una situación o hecho positivo igualmente causa estrés como, por ejemplo el cambiar de casa o lugar de residencia, el ascender en el trabajo y tener más responsabilidades, o enamorarse, que puede llegar a provocar el mismo estrés que cuando un individuo rompe una larga relación de valor afectivo para él. Bajo esta perspectiva, los autores barajan diversos datos, unos se relacionan más con la rama de la fisiología y otros, en cambio, con la Psicología, siendo esta última la que engloba un mayor número de manifestaciones en el sujeto, dado que los individuos responden a cualquier demanda del entorno, incluyendo las de naturaleza psicosocial. Si el sentimiento de carácter negativo aparece de forma constante en el sujeto y no es tratado adecuadamente, puede conducir a un bajo rendimiento en la vida cotidiana, debilitando la salud (Olga y Terry, 1997). Casi todas las personas han oído hablar del estrés,

pues es éste un término que utilizan por igual profesionales de la salud y profanos en la materia. En general, cuando los individuos hablan de él se refieren a la tensión que se experimenta en la sociedad actual. La Psicología, la Psicopatología y la medicina psicosomática han empleado el término de estrés, en ocasiones, con excesiva libertad y falta de rigor científico. No se trata de la dificultad que puede suponer su traducción a otros idiomas, ya que para los anglosajones no está muy claro aún el significado del concepto en sí; para unos es sinónimo de sobresalto, para otros hace referencia a malestar y, para la mayoría, un generador de tensión para el sujeto. No obstante, en todos estos casos, el estrés es entendido como algo negativo, perjudicial o nocivo para el ser humano, ya que produce dolores de cabeza, indigestión, resfriados frecuentes, dolor de cuello y espalda e infelicidad en las relaciones personales más cercanas (Olga y Terry, 1997); además, el estrés puede incapacitar al individuo en el ámbito laboral, provocar crisis nerviosas recurrentes, depresión, ansiedad o incluso dar lugar a la muerte por un ataque al corazón. En cambio, otras personas lo perciben como algo positivo para sus vidas, describiéndolo como una experiencia placentera, divertida y estimulante, sintiéndose más capaces de hacer frente a las demandas del entorno de forma libre, exponiéndose a situaciones de riesgo con la confianza de superarlas con éxito. La vivencia del estrés como positivo o negativo va a depender de la valoración que realiza el individuo de las demandas de la situación y de sus propias capacidades para hacer frente a las mismas. Según esto, el ser humano se enfrenta continuamente a las modificaciones que va sufriendo el ambiente, percibiendo y reinterpretando las mismas con objeto de poner en marcha conductas en función de dicha interpretación. Hay ocasiones en

las que la demanda del ambiente es excesiva para el individuo, por lo que su repertorio conductual para hacer frente a la situación generadora de estrés es insuficiente, al igual que cuando se enfrenta a una situación nueva para él (Olga y Terry, 1997). El estrés puede provocar distintos problemas de salud, entre ellos están el asma, el infarto de miocardio y las alteraciones gastrointestinales e inmunológicas (McEwen, 1995). Así, la descripción de la conexión entre el estrés y la enfermedad se basa en el concepto de alostasis, que se refiere a la posibilidad de que se produzcan cambios fisiológicos relevantes con el fin de mantener la homeostasis frente a la demanda de aumento de la actividad (Sterling y Eyer, 1988); este sistema alostático se pone en marcha por la acumulación de distintos acontecimientos aversivos que dan lugar al desgaste de los tejidos y órganos, provocando, a largo plazo, la enfermedad (McEwen, 1995). Por último, las experiencias de estrés antes proceden de tres fuentes básicas: el cuerpo, el entorno y los pensamientos; la primera fuente de estrés es de carácter fisiológico, existiendo innumerables circunstancias en la vida que afectan al organismo como por ejemplo, las restricciones en la dieta, los malos hábitos y los cambios de horario en nuestro tiempo diario de sueño, las nuevas enfermedades, los accidentes, las problemáticas y dificultades de la adolescencia, el envejecimiento, etc. Las amenazas procedentes del ambiente producen en el cuerpo cambios, concretamente, las que se refieren a la adaptación, ya que con ellas el ser humano se ve obligado a mantener horarios rígidos en su vida diaria, a aguantar las exigencias de las relaciones sociales, a soportar el ruido, la contaminación y las

aglomeraciones de la gran ciudad, influyendo negativamente en su seguridad y su autoestima¹⁴.

3.3.16. Gastritis emocional y nerviosa

La gastritis nerviosa o emocional es un tipo de gastritis causada por el estrés o la ansiedad, que pueden afectar a nuestro estómago e inflamar la mucosa gástrica.

La gastritis también puede ser emocional, ya que el estrés o la ansiedad pueden afectar a nuestro estómago y formar una gastritis tanto emocional como nerviosa.

Se caracteriza, de hecho, por ser un trastorno emocional más común de lo que originalmente pudiera pensarse, que finalmente termina por afectar a nuestro estómago y por producir unos síntomas identificables y confundibles en algunos momentos con los denominados como intestino irritable o el síndrome del colon irritable.

Se considera que tanto si es una gastritis emocional como no, se aconseja seguir la misma dieta, una alimentación sana y ligera, una dieta blanda que ayude a regular los síntomas y comer alimentos como:

- Arroz
- Verduras
- Sopa
- Fruta
- Carne
- Pescado

¹⁴ Revista Mal-estar e Subjetividade Fortaleza Vol III, 2003 Pág 10-59. Disponible en <http://www.redalyc.org/html/271/27130102/>

- Leche de soja o arroz
- Agua

A parte de los alimentos que colaboran con la mejora de la gastritis, si es emocional, se considera más delicada, pues se tendría que mantener un equilibrio mental para que el cuerpo pueda recomponerse y así ambas partes estén en consonancia y el organismo funcione regularmente y de manera sana.

Tratamiento natural contra la gastritis

Hoy existen muchos fármacos que nos ayudan a combatir la gastritis de forma natural, en adición a estos, son muchas las personas que siguen utilizando los remedios naturales para conseguir complementar los tratamientos médicos contra las enfermedades de nuestro organismo. Estos tratamientos naturales para la gastritis suelen ser menos agresivos que los medicamentos, por lo que es aconsejable conocerlos y ponerlos en práctica a la hora de sentir que tenemos esta afección o simplemente para prevenirla. Debes consultar a tu médico antes de realizarlos.

Regaliz

La raíz del regaliz se lleva utilizando con fines medicinales desde la antigüedad. Fueron los chinos quienes descubrieron sus beneficios para nuestro aparato digestivo limpiando nuestro tránsito intestinal para que funcione mejor. De igual manera, han descubierto por medio de estudios e investigaciones que tomar té de regaliz o morder regaliz combate la bacteria *Helicobacter Pylorif* eficazmente.

Jengibre

El jengibre al igual que el regaliz tiene unas cualidades beneficiosas para el organismo que pasan desde el cuidado de enfermedades gástricas hasta de corazón. Esta planta tomada en zumos o en té ayudará a proteger tu estómago, fortaleciéndolo y eliminando bacterias y gérmenes.

Ginseng

Cuando el paciente se encuentra con náuseas o vómitos, es muy normal que pierda el apetito, lo que hará que vaya perdiendo fuerzas y energías por desnutrición. El ginseng va a conseguir, tomado en infusiones, que los vómitos se corten, ayudando de esta manera a que el enfermo tenga más ganas de comer. Además esta planta es un fuerte aliado contra las infecciones gástricas.

Agua con limón

Este tratamiento natural para la gastritis es uno de los más recomendados por todos los que alguna vez han pasado por esta enfermedad.

A priori puede parecer un remedio muy simple, pero es muy efectivo. La explicación consiste en que al tomar agua tibia con limón, cuando este líquido llega al estómago, el organismo detecta la acidez del limón, dejando de producir jugos gástricos por lo que la acidez del estómago cesa. Además el limón tiene poderes cicatrizantes, por lo que ayudará a curar las posibles úlceras que se han ido formando en las paredes estomacales.

Patata cruda

Otro de los remedios naturales que se lleva haciendo desde hace décadas es la utilización de patatas crudas para sanar la gastritis de forma natural. Para esto, hay que tomar una patata cruda, pelarla, lavarla y molerla muy bien. Esto lo vertemos en un vaso de agua y dejamos reposar durante toda una noche. Al día siguiente colaremos el agua y nos lo beberemos. El efecto que tiene en nuestro estómago es casi inmediato, aliviando el dolor abdominal y las náuseas.

Tratamiento homeopático para la Helicobacter Pylori

A veces las personas se sorprenden cuando se afirma que en nuestro interior se pueden alojar millones de bacterias y que convivimos diariamente con ellas. En muchos casos, estas bacterias no consiguen vivir mucho tiempo, o por el contrario, nos ayudan y nos aportan beneficios, como las comúnmente conocidas como flora intestinal, que no son otra cosa que bacterias que van limpiándonos por dentro consiguiendo que procesemos algunas vitaminas que nuestro cuerpo no consigue por sus propios medios.

Pero claro está, no todas las bacterias son beneficiosas para nuestra salud, como es el caso de la bacteria que vamos a hablar a continuación y que es la principal causa de la gastritis.

Cada día son más las personas que buscan tratamientos homeopáticos para curar sus afecciones. En este caso vamos a enumerarte algunos tratamientos que puede seguir para erradicar esta bacteria de su cuerpo.

Regaliz

La raíz del regaliz desde hace cientos de años se ha utilizado por sus propiedades curativas y beneficiosas para el organismo. Para ayudar a combatir esta bacteria bastará con que mordamos la raíz del regaliz o nos hagamos una infusión que la incluya, debiendo de tomarla al menos tres veces al día, sobre todo antes de las comidas.

Brócoli

La ingesta de brócoli, ya sea al natural o cocido, bebiéndonos también el caldo que produzca nos ayudará a eliminar el Helicobacter.

Alimentos con poderes antibióticos

Existen muchos alimentos que a la hora de tomarlos van a conseguir que las bacterias que se alojan en nuestro cuerpo, sobre todo las que se encuentran en el tránsito intestinal se debiliten. Este es el caso del ajo o la cebolla, que tomadas en una sopa o crudas bien lavadas pueden ayudarnos mucho ya que sus beneficios son múltiples.

También puede optar por la raíz del jengibre, también con unas propiedades a nivel digestivo muy poderosas.

Las hierbas aromáticas como el tomillo, la menta o el romero siempre ayudarán cuando se tomen en infusiones.

Bebida alcalinizante

Finalmente para conseguir ayudar a erradicar, mediante tratamiento homeopático la Helicobacter pylori de nuestro

organismo, podemos tomarnos una bebida que por su alta alcalinidad va a conseguir eliminarla de nuestro estómago.

Para preparar esta bebida necesitaremos un apio, una zanahoria y una patata. Pelaremos estas verduras y las lavaremos muy bien, para luego batirlo todo a conciencia con un poco de agua para que no se haga muy espeso. Esta bebida la tendremos que tomar antes de cada comida¹⁵.

Terapia de Oxigenación Hiperbárica

La oxigenación hiperbárica (HBO) es la terapia de inhalación de Oxígeno (O₂), a altas dosis, (saturación que se acerca al 100 %), por períodos cortos y bajo presión dentro de una cámara completamente presurizada, (por encima de 1.5 Atmósferas). Esta modalidad de tratamiento médico está indicado para una serie de enfermedades muy bien delimitadas. Es importante destacar que los efectos físicos, fisiológicos y bioquímicos obtenidos mediante esta terapéutica, son debidos a la saturación de Oxígeno a altas presiones, la Cámara Hiperbárica es solo el medio que se emplea para otorgarlo, ya que de cualquier otra manera el ambiente de tratamiento no podría conformarse. La administración tópica de oxígeno en un área aislada del cuerpo o de las extremidades, no es oxigenación hiperbárica.

Los principales efectos de esta terapia son los siguientes:

- Hiperoxigenación (saturación extra de oxígeno)
- Neovascularización (regeneración y creación de nuevos vasos sanguíneos)
- Osteogenesis (regeneración de huesos)

¹⁵ <https://tratamientogastritis.net/>

- Antimicrobiano (eliminación de microbios causantes de infecciones).¹⁶

3.3.17. ROL DE LA ENFERMERA

La Enfermera juega un papel muy importante durante todo el proceso tanto preventivo y de recuperación del paciente, ya que es la enfermera la encargada de brindar educación al paciente, así como ser su guía durante todo el proceso de recuperación, y brindarle la información necesaria para su pronta recuperación.

Rol de la Enfermera en paciente diagnosticado con Gastritis

- **Cuidados en la Nutrición e Hidratación**
 - Buscar signos y síntomas de deshidratación
 - Controlar el balance hídrico
 - Pesar diariamente al paciente
 - Explicar restricciones dietéticas
- **Cuidados en la Higiene y Protección de la piel**
 - Valorar el estado de hidratación de la piel
 - Explicar las medidas de prevención en la alimentación
 - Lavado de manos
- **Cuidados en la Movilización y Postura**
 - Animar al paciente a descansar en supino con una almohadilla caliente en el abdomen
 - Explicar los beneficios del descanso y aconsejar un buen descanso

¹⁶ <http://www.todoterapias.com/terapias.php?id=59>

- **Cuidados en el Trabajo y realización**

- Discutir el proceso de la enfermedad en términos entendibles, así como la dieta y cuidados que deberá continuar en su hogar y/o trabajo.¹⁷

Rol de la Enfermera en Prevención de Gastritis

La enfermera es la encargada de brindar educación preventiva a la población y enfocándose en grupos de riesgo, es por eso que la enfermera debe brindar constantemente sesiones de educación sobre los siguientes temas:

- Lavado de manos
- Higiene de los alimentos
- Alimentación saludable
- Organización de tiempo
- Técnicas para controlar el estrés y la ansiedad
- Ejercicio
- Gastritis y como prevenirla

Adicional a esto, es la obligación de la enfermera de estar pendiente ante la aparición de algún síntoma de gastritis, para que pueda guiar al paciente y derivarlo al especialista para la detección precoz y tratamiento oportuno.

4. REVISIÓN DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1. Antecedentes Nacionales

- **Núñez & Núñez (2009) Arequipa-Perú “Perfil sobre el consumo de alimentos de los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María, con la finalidad de conocer**

¹⁷ <https://es.slideshare.net/Powerman5000/cuidados-de-enfermera-12567658>

las características de la alimentación de los estudiantes. En el presente estudio descriptivo se concluyó lo siguiente: un poco más del 50% consideran que consumen una dieta balanceada, más del 50% refieren que no tienen horario fijo para comer. La mayoría de estudiantes declaran el consumo de agua y cocimientos ocasionalmente toman té, café y gaseosas y menos de la mitad consumen ocasionalmente bebidas alcohólicas. Más del 50% comen fuera del hogar.

4.2. Antecedentes internacionales

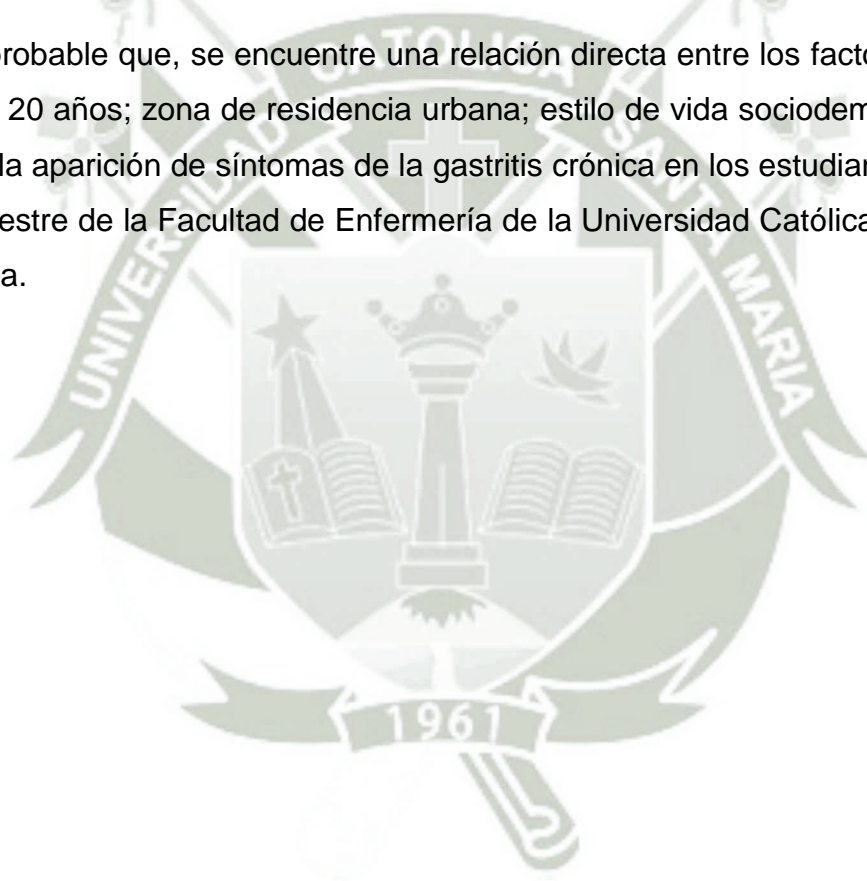
- **Gómez & Jiménez (2009), México “Hábitos alimenticios en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de Minatitlán”.** Estudio de campo y descriptivo, cuyo objetivo principal fue el determinar los hábitos alimenticios en 113 estudiantes, encontraron que los estudiantes de las tres facultades tienen malos hábitos alimenticios en cuanto al consumo de alimentos con alto contenido calórico, aunado a un mal hábito de ejercicio físico; en relación al conocimiento sobre qué y cuánto comen la mayoría está de regular a mal pese a ser estudiantes del área de salud tienen poco conocimiento en este aspecto, lo cual trae como consecuencia hábitos poco saludables que a la larga favorecerá el sobrepeso y la obesidad.
- **Rosalva (2013). Ecuador. “Frecuencia de la gastritis como trastorno del aparato digestivo en los estudiantes de 3ero, 4to y 6to semestre de la Universidad Central del Ecuador, Facultad de Filosofía, Letras y ciencias de la Educación de la Carrera de Ciencias Naturales y del Ambiente, Biología y Química”.** El presente trabajo nos permitió conocer y analizar la enfermedad llamada gastritis, como se produce, partiendo desde sus principales causantes, hasta llegar a su tratamiento y prevención. Esta

enfermedad afecta directamente al estómago de todas las personas, que lleven una vida llena de estrés y desorden alimenticio con exceso de alcohol y críticos. La gastritis es una enfermedad que sólo se la puede tratar más no curar por completo.

5. HIPÓTESIS:

Dado que, la gastritis crónica es la inflamación inespecífica de la mucosa gástrica de etiología múltiple, de mecanismos patogénicos diversos y que afecta a las personas de todas las edades

Es probable que, se encuentre una relación directa entre los factores edad; 19 y 20 años; zona de residencia urbana; estilo de vida sociodemográficos, con la aparición de síntomas de la gastritis crónica en los estudiantes del IX semestre de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María.



CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

La técnica utilizada fue la encuesta.

1.2. Instrumento

Como instrumento se usó el formulario de preguntas estructurado. Dicho cuestionario consta de 19 preguntas dividida en dos partes; la primera parte corresponde a Factores Sociodemográficos, y la segunda parte corresponde a Síntomas de Gastritis. Previo a la ejecución del cuestionario, fue validado por expertos.

El cuestionario está acompañado de un consentimiento informado.

1.3. Materiales de verificación

Útiles de escritorio

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial

El presente estudio se realizó en la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María la cual está ubicada en Urb. San José, San José S/N Distrito de Yanahuara en la provincia y departamento de Arequipa.

2.2. Ubicación Temporal

Se realizó en los meses de abril a julio del 2016.

2.3. Unidades de Estudio

Las unidades de investigación son los estudiantes del IX semestre de la Facultad de Enfermería de la UCSM de Arequipa.

a. Universo

El universo está considerado por 116 estudiantes que se encuentran cursando el IX semestre en la Facultad de Enfermería con matrícula actual regular.

b. Muestra

La selección de la muestra en la presente investigación es censal y no probabilística, ya que no se usó ninguna fórmula para determinar la muestra, sólo los criterios de inclusión y exclusión, quedando constituida por 92 estudiantes.

- **Criterios de inclusión**

- Estudiantes de ambos géneros.

- **Criterios de exclusión**

- Estudiantes que no desean participar en el estudio.

La muestra quedó conformada por 94 estudiantes.

3. ESTRATEGIA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

- Para la realización de la investigación se realizaron los trámites administrativos a nivel de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María, con el fin de obtener el permiso correspondiente para la información.
- Se sensibilizó a los estudiantes con la finalidad de obtener la confianza y cooperación en el proceso de la investigación.
- El instrumento fue validado a juicio de expertos.
- El instrumento una vez validado se aplicó en los días laborables en las horas de clase, previa coordinación con los docentes de la Facultad.
- La información obtenida fue procesada estadísticamente en frecuencias y porcentajes, aplicando la estadística descriptiva.
- Posterior al procesamiento de los datos, éstos se plasmaron en tablas y gráficos con su respectiva interpretación.
- Una vez aplicado los instrumentos se procedió a la tabulación de los datos y/o organización de los datos.



CAPITULO III RESULTADOS

I. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

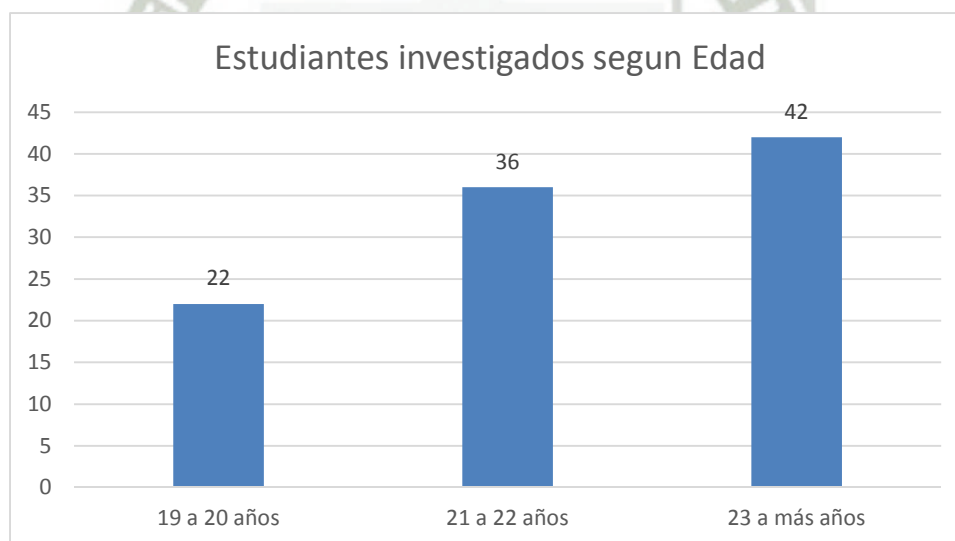
TABLA N° 1

ESTUDIANTES INVESTIGADOS SEGÚN EDAD. FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UCSM. AREQUIPA, 2016

Edad	N°	%
19 a 20 años	21	22
21 a 22 años	34	36
23 a más años	39	42
Total	94	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2016

GRÁFICO N° 1



Según el contenido de la tabla y gráfico N° 1 se tiene que el 42% representa a los estudiantes que tienen de 23 a más años de edad, le sigue el 36% que corresponde a los estudiantes de 21 a 22 años de edad. El menor porcentaje 22% representa a los estudiantes de menor edad.

Según el ciclo académico de las estudiantes investigadas la mayoría de ellos 78% acumulado tienen edades coherentes con el ciclo académico que cursan.

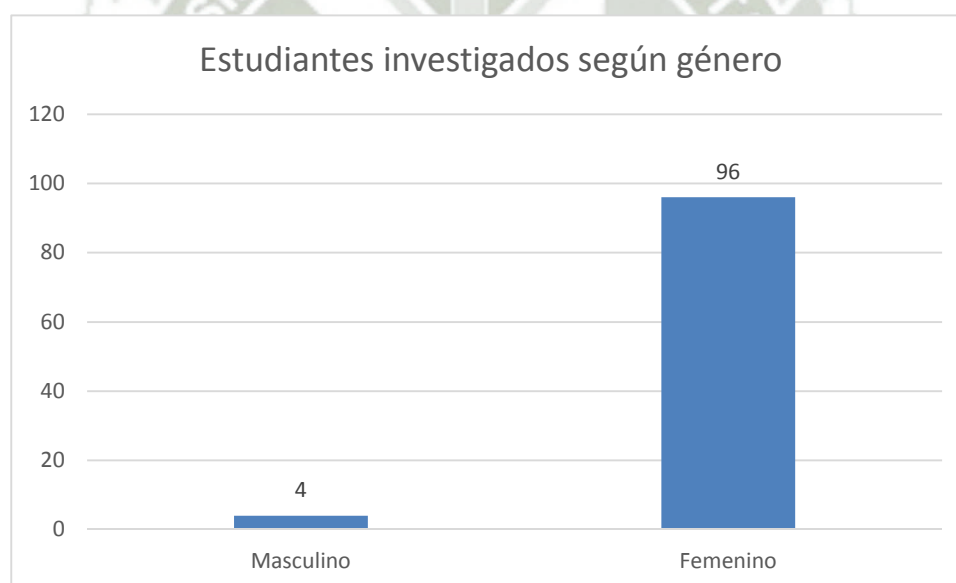
TABLA N° 2

**ESTUDIANTES INVESTIGADOS SEGÚN GÉNERO. FACULTAD DE
ENFERMERÍA DE LA UCSM. AREQUIPA, 2016**

Género	N°	%
Masculino	4	4
Femenino	90	96
Total	94	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2016

GRÁFICO N° 2



En la tabla y gráfico N° 2 se aprecia que del 100% de los estudiantes investigados el 96% pertenecen al género femenino; solo el 4% corresponde al género masculino.

Resultados que corresponde a la naturaleza de la profesión de Enfermería, que es eminentemente femenina.

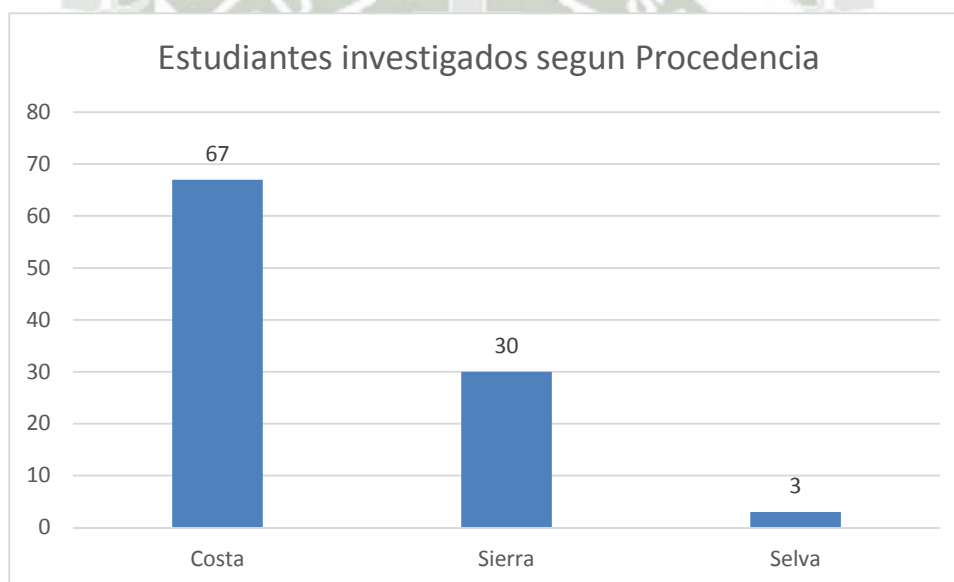
TABLA N° 3

**ESTUDIANTES INVESTIGADOS SEGÚN PROCEDENCIA. FACULTAD DE
ENFERMERÍA DE LA UCSM. AREQUIPA, 2016**

Procedencia	N°	%
Costa	63	67
Sierra	28	30
Selva	3	3
Total	94	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2016

GRÁFICO N° 3



Según los resultados contenidos en la tabla y gráfico N° 3, se tiene que la mayor proporción y porcentaje de los estudiantes investigados (67%) proceden de la región Costa, el 30% de la Sierra y solo el 3% procede de la Selva.

Cada grupo de estudiantes practican un estilo de vida alimentaria de acuerdo al lugar de procedencia, ya que cada región tiene sus propia idiosincrasia social en este caso, la alimentación presenta diferencias en el tipo preparación y consumo de los alimentos.

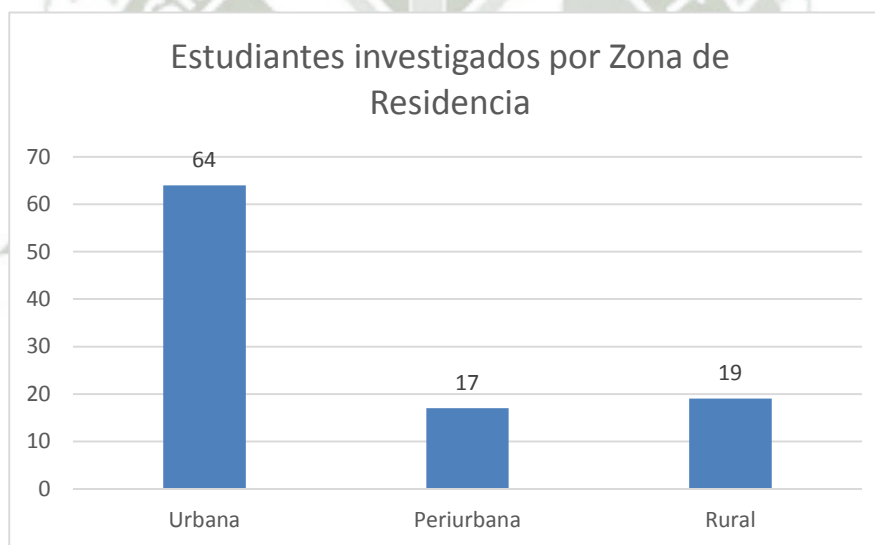
TABLA N° 4

**ESTUDIANTES INVESTIGADOS SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA.
FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UCSM. AREQUIPA, 2016**

Zona de Residencia	N°	%
Urbana	60	64
Periurbana	16	17
Rural	18	19
Total	94	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2016

GRÁFICO N° 4



En la tabla y gráfico N° 4 se observa que el mayor porcentaje (64%) de estudiantes sujetos del presente estudio residen en la zona urbana. La diferencia porcentual del 36%, se distribuye de mayor a menor en las zonas rural y periurbana, respectivamente.

Predomina la zona urbana como lugar de residencia, zona que se caracteriza por tener determinados estilos de alimentación que se constituyen en un factor de riesgo de la gastritis.

TABLA N° 5

**ESTUDIANTES INVESTIGADOS SEGÚN PRACTICA DE HÁBITOS
ALIMENTICIOS SALUDABLES. FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UCSM. AREQUIPA, 2016**

Respuestas	Siempre		No siempre		Nunca		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Hábitos Alimentarios Saludables								
1. Se alimentan en horarios establecidos (desayuno, almuerzo y cena)	16	17	45	48	33	35	94	100
2. Desayuna antes de concurrir a la práctica pre profesional	28	30	39	41	27	29	94	100
3. Consume dos a tres comidas	10	11	61	65	23	24	94	100
4. Consume las comidas en su casa	49	52	20	21	25	27	94	100
5. Consume una alimentación saludable	52	55	20	21	22	24	94	100
6. Consume comida "chatarra" fuera de su casa	49	52	20	21	25	27	94	100
7. Toma liquido durante el día	28	30	39	41	27	29	94	100
Media aritmética	33	35	35	37	26	28	94	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2016

En la tabla N° 5 se aprecia que en el 35% promedio, los estudiantes investigados siempre practican hábitos alimentarios saludables, predominando el consumo de una comida saludable (55%), y las consumen de preferencia en su casa (52%); el 37% promedio de los estudiantes no siempre los practican y el 28%, no los practican.

Resumiendo, se tiene que el 65% promedio acumulado de estudiantes está en riesgo de presentar sintomatología de gastritis crónica.

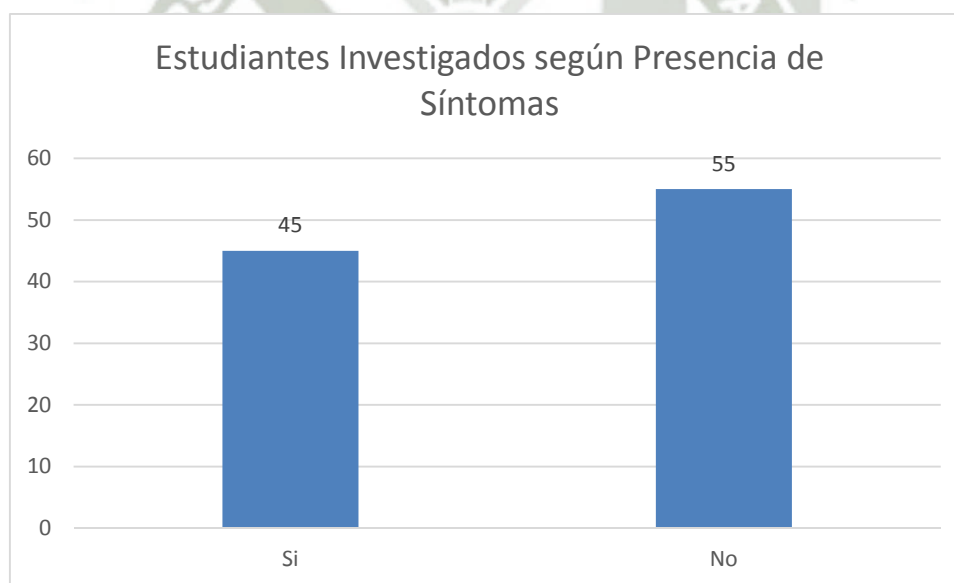
TABLA N° 6

**ESTUDIANTES INVESTIGADOS SEGÚN PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE
GASTRITIS. FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UCSM. AREQUIPA,
2016**

Síntomas	N°	%
Si	42	45
No	52	55
Total	94	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2016

GRÁFICO N° 5



En la tabla y gráfico N° 6 y grafico N° 5 se observa que los estudiantes investigados presentan en el 45%, síntomas de gastritis y la diferencia porcentual del 55% no presenta síntomas.

II. TABLAS DE SÍNTOMAS DE GASTRITIS CRÓNICA

TABLA N° 7

ESTUDIANTES INVESTIGADAS QUE PRESENTAN SÍNTOMAS DE GASTRITIS CRÓNICA POR FRECUENCIA. FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UCSM. AREQUIPA, 2016

Síndrome	Frecuentemente		Esporádicamente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
- Espasmo en epigastrio	26	61	16	39	42	100
- Nauseas	18	43	24	57	42	100
- Vómitos alimenticios y/o secreción gástrica	16	39	26	62	42	100
- Disminución y/o perdida el apetito	31	74	11	26	42	100
- Anorexia y/o estrés	18	43	24	57	42	100
- Ansiedad	22	52	20	48	42	100
Media aritmética	23	55	19	45	42	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2016

En la tabla N° 7 se observa que del cien por ciento de estudiantes que presentan síntomas de una probable gastritis crónica, el 55% promedio, los presentan frecuentemente y el 45%, promedio esporádicamente. En ambos casos predominan la alteración del apetito, los vómitos y el dolor en epigastrio.

III.TABLAS: RELACIÓN DE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SÍNTOMAS DE GASTRITIS

TABLA N° 8

RELACIÓN DEL FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO: EDAD CON LA
APARICIÓN DE SÍNTOMAS DE GASTRITIS EN ESTUDIANTES DEL IX
SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UCSM.

AREQUIPA, 2016

Síntomas de Gastritis Edad	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
19 a 20 años	6	6	15	16	21	22
21 a 22 años	16	17	18	19	34	36
23 a más	20	22	19	20	39	42
Media aritmética	42	45	52	55	94	100

Fuente. Tablas N° 1 y N° 6. Arequipa, 2016

En la tabla N° 8 se observa que los estudiantes investigados de 19 a 20 años de edad solo en el 6% presentan síntomas de gastritis crónica; los de 21 a 22 años en el 17% los presentan, y los estudiantes de 23 años a más los presentan en el 22%.

Resultados que permiten afirmar que el factor edad no se relaciona con la aparición de síntomas de la gastritis.

TABLA N° 9

RELACIÓN DEL FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO: GENERO CON LA APARICIÓN DE SÍNTOMAS DE GASTRITIS EN ESTUDIANTES DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UCSM. AREQUIPA, 2016

Síntomas de gastritis Género	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	1	1	3	3	4	4
Femenino	41	44	49	52	90	96
Total	42	45	52	55	94	100

Fuente. Tablas N° 2 y N° 6. Arequipa, 2016

En la tabla N° 9 se observa que del 4% de estudiantes del género masculino, solo el 1% presentan síntomas de gastritis, el 3% restante no.

En cuanto al género femenino del 96%, el 44% presenta dichos síntomas y el 52% no los presenta.

Analizando los resultados, se precisa que el factor género no es determinante en la relación con la aparición de síntomas de gastritis, ya que los mayores porcentajes: 3% y 52% que corresponden al género masculino y femenino no presentan inicio de síntomas de gastritis.

TABLA N° 10

RELACIÓN DEL FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO: LUGAR DE PROCEDENCIA CON LA APARICIÓN DE SÍNTOMAS DE GASTRITIS EN ESTUDIANTES DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UCSM. AREQUIPA, 2016

Síntomas de gastritis Lugar de Procedencia	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Costa	16	17	47	46	63	67
Sierra	25	27	3	3	28	30
Selva	1	1	2	2	3	3
Total	42	45	52	55	94	100

Fuente. Tablas N° 3 y N° 6. Arequipa, 2016

En la tabla N° 10 se observa que del 30% de estudiantes investigados que proceden de la Sierra, el 27% si presentan síntomas de gastritis crónica y el 3% no. Del 67% y 3% de estudiantes que proceden de la Costa y Selva, respectivamente, los mayores porcentajes (46% y 2%) corresponden a los estudiantes que no presentan síntomas de gastritis.

En este caso, del factor Lugar de procedencia, solo los que proceden de la Sierra se relacionan con la aparición de síntomas de la gastritis.

TABLA N° 11

RELACIÓN DEL FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO: ZONA DE RESIDENCIA CON LA APARICIÓN DE SÍNTOMAS DE GASTRITIS EN ESTUDIANTES DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UCSM. AREQUIPA, 2016

Síntomas de gastritis Zona de Residencia	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Urbana	36	39	24	25	60	64
Periurbana	4	4	12	13	16	17
Rural	2	2	16	17	18	19
Total	42	45	52	55	94	100

Fuente. Tablas N° 4 y N° 6. Arequipa, 2016

Del 64% de estudiantes investigados que residen en la zona urbana, el 39% presenta síntomas de gastritis. Del 17% que reside en la zona periurbana, solo el 4% presenta síntomas de gastritis, y finalmente, del 19% que residen en las zonas rurales, solo el 2% presenta síntomas de gastritis.

Resultados que nos permiten afirmar que la zona de residencia no se relaciona con la aparición de síntomas de gastritis, a excepción de los que viven en la zona urbana, que el 39% presentan síntomas de gastritis.

TABLA N° 12

**RELACIÓN DEL FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO: PRACTICA DE
HÁBITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES CON LA APARICIÓN DE
SÍNTOMAS DE GASTRITIS EN ESTUDIANTES DEL IX SEMESTRE DE LA
FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UCSM. AREQUIPA, 2016**

Practica de hábitos alimentarios saludables	Síntomas de gastritis		Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Siempre	5	5	28	30	33	35		
No siempre	22	23	13	14	35	37		
Nunca	15	16	11	12	26	28		
Total	42	45	52	55	94	100		

Fuente. Tablas N° 5 y N° 6. Arequipa, 2016

Según la presente tabla se tiene que del 35% de estudiantes que practican hábitos alimentarios saludables, el 30% no presentan síntomas de gastritis. Del 37%, que no siempre los practican, el 23% si los presentan y del 28% que nunca practican hábitos alimentarios saludables; el 16% si presenta síntomas de gastritis.

En este caso, el factor práctica de hábitos alimentarios saludables se relaciona con la aparición de síntomas de gastritis en los estudiantes investigados.

CONCLUSIONES

PRIMERA. Los factores sociodemográficos que se relacionan con la aparición de síntomas de gastritis en los estudiantes del IX Semestre de la Facultad de Enfermería de la UCSM de Arequipa son: el lugar de procedencia, específicamente, la región de la Sierra; la zona de residencia en lo que se refiere a la zona urbana y la no practica o practica esporádica de hábitos alimentarios saludables.

SEGUNDA. Los estudiantes investigados en el 42% presentan síntomas de gastritis; de ellos, el 55% promedio en forma frecuente y el 19% promedio, esporádicamente.

TERCERA. El tipo de relación de los factores sociodemográficos: lugar de procedencia, zona de procedencia y práctica de hábitos alimentarios saludables es indirecta.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Que, en la Facultad de Enfermería de la UCSM de Arequipa, los docentes tutores planifiquen y monitoreen acciones de promoción de la Salud con diferentes estrategias educativas acerca de la gastritis crónica y el uso de medidas preventivas que deben practicar los estudiantes.

SEGUNDA: Que, en la Facultad de Enfermería de la UCSM de Arequipa, mediante la línea de nutrición se promocióne la alimentación saludable hacia la comunidad Santamariana.



BIBLIOGRAFÍA

1. Arteaga A, maíz A y Velasco N. Manual de Nutrición Clínica del Adulto. Dpto. de Nutrición. 2008. Escuela de Medicina. P. Universidad Católica de Chile. 3ra edición. Chile.
2. Bisso, Candiotti. Terapéutica médica 17ava edición. Perú 2016
3. Brian A. Fox y Allang. 2007. Ciencia de los alimentos, nutrición y salud. G. Editorial Limusa SA. Editores Cameron Balderas 4ta edición. México D.F
4. Díaz de Santos. 2007. Claves para una alimentación sana. 5ta edición. Editorial Limusa. México
5. Gil, Ángel, Tratado de Nutrición: Nutrición Humana en el Estado de Salud. 2010. Tomo III, 2a Edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España.
6. Gutiérrez, B. 2006. Calidad de vida, alimentos y salud humana. Editorial Trillas, 4ta edición. México
7. Howden CW. Clinical expresions of Helicobacter pylori infection. Am J Med. 1996; 100:27S-34S.
8. Isaacson PG. 2009. Gastric lymphoma and Helicobacter pylori. New Engl J Med.
9. Leon Barúa R, Recavarren, Arce S, Ramírez Ramos A. 2009. El aporte peruano a la investigación sobre Helicobacter pylori. Rev Med. Herediana.
10. Marshall BJ, Warren JR. 2008.
11. Marshall BJ. Helicobacter pylori. Am J Gastroenterol 2010.
12. Mataix, J. 2007. Nutrición y Alimentación Humana Barcelona: Océano. 2a Edición. España.

13. Megraud F, Lamouliatte H. 2008. Helicobacter pylori and duodenal ulcer. Dig Dis Sci.
14. Morris A, Nicholson G. 2010. Ingestión of Campylobacter pyloridis causes gastritis and raised gastric pH. Am J Gastroenterol.
15. N.I.H. 2009. Consensus conference. Helicobacter pylori in peptic ulcer disease. JAMA.
16. Parsonnet J. 2010. Helicobacter pylori and gastric cancer. Gastroenterol Clin North Am.
17. Ramírez Ramos A, Recavarren Arce S, León Baroar. et al. 2010. Campylobacter pylorico, gastritis crónica, úlcera gástrica y úlcera duodenal. Arq. Gastroent Sao Paulo.
18. Raws EA, Langenberg W, Houthoff, et al. 2009. Campylobacterpyloridis associated chronic active antral gastritis. Gastroenterology.
19. Recavarren Arce S, León Barúa R, Cok J. et al. 2010. Helicobacter pylori and progressive gastric pathology that predisposes to gastric cancer. Scand J Gastroenterol.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

INSTRUMENTO

Instrucciones: el propósito es conocer su opinión, por favor tratar de contestar preguntas con seriedad y cuidado.

I. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad
 - Menos de 18 años ()
 - 19 a 20 años ()
 - 21 a 22 años ()
 - 23 a más años ()
2. Género
 - Masculino ()
 - Femenino ()
3. Lugar de procedencia
 - Costa ()
 - Sierra ()
 - Selva ()
4. Zona de residencia
 - Urbana ()
 - Periurbana ()
 - Rural ()
5. Tiene horarios establecidos para comer en el desayuno, almuerzo y cena
 - Siempre ()
 - No siempre ()
 - Nunca ()
6. Desayuna antes de ir a la universidad
 - Si ()
 - A veces ()
 - No ()
7. Desayuna antes de ir a sus prácticas pre profesionales en los diferentes
 - Siempre ()
 - No siempre ()
 - Nunca ()

8. Al día consume de 3 a 5 comidas

Siempre	()
No siempre	()
Nunca	()

9. Consume sus comidas en su casa

Siempre	()
No siempre	()
Nunca	()

10. Consume una dieta saludable

Siempre	()
No siempre	()
Nunca	()

11. Usted come fuera de su casa por falta de tiempo

Siempre	()
No siempre	()
Nunca	()

12. Consume usted comidas rápidas (comida chatarra) con frecuencia en la universidad

Siempre	()
No siempre	()
Nunca	()

II. SÍNTOMAS DE LA GASTRITIS

1. Usted presenta dolor abdominal

Frecuentemente	()
Esporádicamente	()

2. Usted presenta nauseas

Frecuentemente	()
Esporádicamente	()

3. Usted presenta anorexia

Frecuentemente	()
Esporádicamente	()

4. Usted presenta vómitos

Frecuentemente	()
Esporádicamente	()

5. Usted presenta hematemesis

Frecuentemente	()
Esporádicamente	()

6. Usted está constantemente ansioso/a
Frecuentemente ()
Esporádicamente ()
7. Se estresa con facilidad
Frecuentemente ()
Esporádicamente ()



Consentimiento Informado

Las Investigadoras: María Ximena Chávez Baldárrago
Claudia Eirenne Portugal Vargas

A través de este documento queremos hacerle una invitación a participar voluntariamente en un estudio de investigación clínica. Tiene como objetivo la obtención de nuestro título profesional.

Antes de que usted acepte participar en este estudio, se le presenta este documento de nombre "Consentimiento Informado", que tiene como objetivo comunicarle de los posibles riesgos y beneficios para que usted pueda tomar una decisión informada.

El consentimiento informado le proporciona información sobre el estudio al que se le está invitando a participar, por ello es de suma importancia que lo lea cuidadosamente antes de tomar alguna decisión y si usted lo desea, puede comentarlo con quien desee (un amigo, un familiar de confianza, etc.) Si usted tiene preguntas puede hacerlas directamente al personal del estudio quienes le ayudarán a resolver cualquier inquietud.

Una vez que tenga conocimiento sobre el estudio y los procedimientos que se llevarán a cabo, se le pedirá que firme esta forma para poder participar en el estudio. Su decisión de que es voluntaria, lo que significa que usted es totalmente libre de ingresar a o no en el estudio.

Este estudio es anónimo, por lo cual no se le pedirán sus datos personales, por lo cual una vez recogido el consentimiento informado recién se procederá a hacerle entrega de la encuesta.

Nombre del participante

Firma del Participante



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

INFORME N° 0917 -CB- 2016

A : Doctora JOSEFINA SONIA NUÑEZ CHAVEZ
DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

De : CENTRO DE INFORMACIÓN Y BIBLIOTECAS. SECCIÓN PROCESOS TÉCNICOS

Asunto : Evaluación de la Producción Intelectual

Expediente : 2016-0917

Fecha : 19 de diciembre de 2016

De acuerdo a lo dispuesto, informo a usted que la tesis:

RELACIÓN DE LOS FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS CON LA APARICIÓN DE SÍNTOMAS DE GASTRITIS CRÓNICA EN ESTUDIANTES DEL IX Y X SEMESTRES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UCSM DE AREQUIPA, 2016

Autor(es):

CHAVEZ BALDARRAGO MARJA XIMENA/PORTUGAL VARGAS CLAUDIA EIRENNE

Ha sido sometida a la plataforma de originalidad Turnitin obteniendo **17.7 %** en el sumario de coincidencias en el marco teórico pero las citas y referencias, se han hecho correctamente

Es cuanto informo para conocimiento y fines consiguientes

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA



PROF. AMÉRICO HERRERA VERA

Coordinación del Centro de Información y Bibliotecas

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Yo: Gladys Edith Núñez Zevallos con la especialidad
de: Médico que el instrumento de tesis que lleva por nombre, "FACTORES Y
HÁBITOS ALIMENTICIOS QUE PREDISPONEN LA APARICIÓN DE SÍNTOMAS DE GASTRITIS EN
ALUMNOS DEL VIII SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTA MARÍA -AREQUIPA 2015" de las Bachilleres: Marja Ximena Chávez Baldárrago y
Claudia Eirene Portugal Vargas determino lo siguiente:

Validación del Instrumento para ser
aplicado

Recomendaciones: _____

Arequipa, 13 de Julio 2015


Firma


VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Yo: Jony Cabala Inwang con la especialidad de Cirujía Digestiva que el instrumento de tesis que lleva por nombre, "FACTORES Y HÁBITOS ALIMENTICIOS QUE PREDISPONEN LA APARICIÓN DE SÍNTOMAS DE GASTRITIS EN ALUMNOS DEL VIII SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA -AREQUIPA 2015" de las Bachilleres: Marja Ximena Chávez Baldárrago y Claudia Eirene Portugal Vargas determino lo siguiente:

Es pertinente el instrumento para realizar Trabajo Tipo encuesta.

Recomendaciones: Agregar una pregunta a su encuesta al respecto

Arequipa, 13 de Julio 2015


Dr. Jony Cabala Inwang
CM.
Medico Asist. Area Cir. y Digestiva
Hosp. Nro. CASE
EsSalud