



FACULTAD DE HUMANIDADES

Carrera de Arte y Diseño Empresarial

**LA GASTRITIS CRÓNICA EN LOS ALUMNOS DE
LA CARRERA DISEÑO DE UNA UNIVERSIDAD
PARTICULAR DE LIMA A CAUSA DE SUS
DESÓRDENES ALIMENTICIOS**

**Trabajo de Investigación para optar el Grado Académico de
Bachiller en Arte y Diseño Empresarial**

ALLYSON AYLIN ASENJO ALANYA

**Asesor:
Sofía Ana Pinto Vilca**

**Lima – Perú
2020**

RESUMEN

En la actualidad, la gastritis crónica es uno de los problemas más consultados a nivel mundial en las consultas médicas. Sin embargo, no solo afecta a adultos en edad avanzada, sino también a jóvenes y en menor cantidad a niños. Este problema de salud se genera a partir de varios factores que se explican en esta investigación, como por ejemplo el alimentarse de comida rápida o comer en lugares en los que la limpieza y manipulación de alimentos no es la adecuada. Una correcta alimentación es una de las herramientas que ayudan a poder prevenir el desarrollo de enfermedades como es la gastritis crónica. Tener adecuados hábitos alimenticios sobretodo en la etapa universitaria es cada vez más complicado ya que, los jóvenes se ven más influenciados por su entorno, están tentados a consumir alimentos que no tienen valor nutricional pero que son más accesibles y con ello desarrollar complicaciones en el funcionamiento del aparato digestivo.

En este proyecto, en primer lugar, se tienen la descripción del problema como tal, además de una investigación de la historia del tema presente para poder tener una idea clara de cómo se originó el término y se presentan los dos problemas secundarios que se abordaran para este estudio.

Prosiguiendo con la investigación también se observa la importancia que tiene el realizar y presentar este estudio para dar conocimiento de lo grave que es esta enfermedad en la etapa universitaria y los efectos que tiene la mala alimentación en la salud de los jóvenes y cuáles es el objetivo principal y los dos secundarios a lograr para poder establecer los parámetros de la investigación.

Y por último se habla de los distintos conceptos que están relacionados a esta enfermedad, los cuales permitirán un mejor desarrollo del tema. También se analizó las

distintas causas y síntomas que producen la gastritis crónica, además de los tratamientos y el seguimiento que se le debe dar a este problema para evitar desencadenar otras enfermedades.

Es por estas razones que el objetivo de este trabajo de investigación es dar a conocer la gastritis crónica en los alumnos de la universidad San Ignacio de Loyola de la carrera de Arte y Diseño a causa de sus desórdenes alimenticios y los problemas secundarios que se pueden desarrollar si no se atiende como debe. Además, a través de la información expuesta poder informar a los jóvenes y/o personas en general sobre el impacto que tiene la enfermedad en los afectados, ya que la gastritis crónica afecta al estudiante en todo aspecto, físico, emocional y social, que se evidencian en las actividades diarias desarrolladas por los jóvenes universitarios.

Palabras clave: gastritis crónica, alimentación, gastritis en universitarios, rutina

ABSTRACT

Currently, chronic gastritis is one of the most consulted issues worldwide in the medical consultations. However, not only affects adults in old age, but also to young people and to smaller amounts to children. This health problem is generated from several factors that are explained in this research, as for example feeding on fast food or eat in places where cleanliness and food handling is not adequate. A proper diet is one of the tools that help to prevent the development of diseases such as chronic gastritis. Have appropriate eating habits above all at the University stage is becoming more complicated because, young people are more influenced by their environment, are tempted to eat foods that have no nutritional but that they are more accessible and thus develop complications in the functioning of the digestive system.

In this project, in the first place, there is a description of the problem as such, as well as an investigation of the history of the present theme in order to have a clear idea of how the term originated and the two secondary problems that will be addressed for this studio.

Continuing with the research it is also observed the importance of carrying out and presenting this study to give knowledge of how serious this disease is in the university stage and the effects of poor diet on the health of young people and what is the objective main and the two secondary to achieve to establish the parameters of the investigation.

And finally, we talk about the different concepts that are related to this disease, which will allow a better development of the subject. We also analyzed the different causes and symptoms that produce chronic gastritis, in addition to the treatments and the monitoring that should be given to this problem to avoid triggering other diseases.

It is for these reasons that the objective of this research work is to publicize chronic gastritis in the students of the San Ignacio de Loyola University of the Art and Design career because of their eating disorders and the secondary problems that can develop if it is not cared for as it should. In addition, through the exposed information to inform young people and / or people in general about the impact that the disease has on those affected, since chronic gastritis affects the student in all aspects, physical, emotional and social, which are evident in the daily activities developed by university students.

Key words: Chronic gastritis, diet, gastritis in university students, routine

ÍNDICE

Resumen.....	2
Abstract.....	4
Introducción.....	9
CAPÍTULO I.....	10
1.1 Planteamiento y delimitación del problema.....	10
1.2 Formulación del problema.....	12
CAPÍTULO II.....	13
2.1 Importancia y justificación del estudio.....	13
2.2 Objetivos.....	14
CAPÍTULO III.....	15
3.1 MARCO TEÓRICO.....	15
3.1.1 Desórdenes alimenticios.....	15
a) Alimentación en jóvenes universitarios.....	15
3.1.2 Gastritis crónica.....	19
a) Tipos de gastritis crónica.....	20
b) Síntomas de la gastritis crónica	21
c) Diagnóstico para detectar la gastritis crónica	23
d) Tratamiento de la gastritis crónica	24
e) Consecuencias de la gastritis crónica	26
f) Úlcera gástrica.....	26
- Síntomas comunes de la úlcera gástrica	
- Diagnósticos y exámenes para confirmar la presencia de úlceras gástricas	
- Epidemiología de la úlcera gástrica	
- Complicaciones de la úlcera gástrica	

g) Anemia causada por la gastritis crónica	34
- Anemia perniciosa	
- Como se manifiesta la anemia perniciosa	
- Diagnóstico para la anemia perniciosa	
- Tratamiento para la anemia perniciosa	
- Seguimiento que se debe hacer para la anemia perniciosa	
3.1.3 Relación entre los desórdenes alimenticios y la gastritis crónica	40
3.1.4 Tratamiento dietético nutricional para la gastritis crónica.....	40
a) Características físicas.....	40
- Volumen de los alimentos para una adecuada dieta gástrica	
- Temperatura de la dieta nutricional para la gastritis crónica	
- Consistencia de los alimentos en la dieta nutricional para la gastritis crónica	
- Fibra dietética de los alimentos en la dieta nutricional para la gastritis crónica	
b) Características químicas.....	43
3.2 Antecedentes.....	44
Referencias.....	47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Tratamiento de la gastritis asociada a *Helicobacter pylori*..... 25

Tabla 2: Estudio mediante esofagogastroduodenoscopia (EGDC)..... 31

Tabla 3: Alimentos recomendados en el tratamiento de la gastritis crónica..... 42

INTRODUCCIÓN

El tener una adecuada dieta alimentaria es importante para llevar una vida saludable, ya que, si se tiene una mala alimentación pueden ocurrir ciertos problemas en la salud. Uno de los problemas que es causado por tener una alimentación inadecuada es la gastritis crónica. Los universitarios están muy expuestos a caer en esos hábitos lo cual los hace vulnerables al desarrollo de distintas enfermedades. Los jóvenes que recién entran a la vida universitaria deben afrontar distintos niveles de exigencia a los cuales antes no estaban acostumbrados, tratar con personas nuevas y con una decisión vocacional que deben afrontar (Márquez, Ortiz & Rendón, 2009; Righi, Jorge & Dos Santos, 2006).

Según Richardson, Abraham & Bond (2012), tanto el estrés como la menor percepción de bienestar en los universitarios tienen una influencia negativa en su rendimiento académico. Además, los jóvenes universitarios la forma en que los universitarios perciben su salud está relacionada a su salud física, salud mental y a su bienestar, por lo que, a su vez, puede tener un impacto en su desarrollo (Cornelisse-Vermaat, Antonides, Van Ophem & Van den Brink, 2006). Las distintas conductas saludables impactan de varias formas en aspectos ligados a la salud. La sana alimentación, por su lado, permite el funcionamiento óptimo de un individuo y que mantenga un estado de salud en equilibrio (Amaya & Gaviarúa, 2007).

En los últimos años, se ha demostrado que tanto en niños y jóvenes como en adultos que el tener una mala alimentación basada en comidas rápidas y almuerzos en lugares inadecuados donde es más probable infectarse de la bacteria *Helicobacter Pylori* y esto se relaciona con problemas como la gastritis. Este es un problema funcional que cada vez se hace más común en las personas, y es preocupante porque es de reducido interés en la población porque la gente no tiene tiempo para alimentarse adecuadamente todos los días.

CAPITULO I

1.1 Planteamiento y delimitación del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) establece que:

“Se observan serios indicios de que la gastritis tiene un significativo avance entre los jóvenes, tanto en países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo" y explica la nutrición como la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo.

Las enfermedades gastrointestinales son una de las enfermedades más comunes que afectan a la población mundial y están entre las principales causas de muerte, incluyendo el cáncer colorectal y cáncer gástrico. Según la Organización Mundial de la Salud, la gastritis se ha convertido en uno de los exámenes más comunes en el mundo, ya sea en clínicas o en seguros públicos.

Según el gastroenterólogo del Portal Salud En Casa, William Mora Torres, la gastritis crónica es la inflamación del revestimiento del estómago que se presenta gradualmente y que perdura por un tiempo prolongado. Esta puede ser originada por múltiples factores como alimentos grasos e irritantes, el consumo del tabaco y alcohol; además de ayunos prolongados, algunos medicamentos y padecer estrés crónico son algunos de los factores que inciden en la aparición de esta enfermedad; en ocasiones no se manifiestan síntomas, sin embargo, los más frecuentes son ardor y dolor estomacal persistente.

Especialistas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Yucatán informaron que los casos atendidos por gastritis en pacientes jóvenes, son cada vez más frecuentes.

Esto puede deberse por el ritmo de vida tan acelerado, en el que por falta de tiempo prefieren consumir comida rápida, misma que en su mayoría es elevada en grasa y contiene ingredientes que llegan a ser muy irritantes para el organismo.

La doctora Brenda Herrera Chi, especialista en Gastroenterología del IMSS Yucatán indicó en el 2009 que además de los alimentos grasos e irritantes, el consumo de tabaco y alcohol; así como ayunos prolongados, algunos medicamentos y padecer de estrés crónico son algunos de los factores que inciden en la aparición de esta enfermedad.

Años atrás, la gastritis era hallada solo en pacientes de edad adulta, personas mayores de 35 años, pero desde hace cinco años el suceso se redujo en este grupo etario y aumentó en jóvenes. En la actualidad encontramos pacientes que tienen entre 20 y 30 años y ya tienen cuadros complicados con úlceras gástricas y hemorragias digestivas. (Marshall B y Col, 1984)

En un informe de Laboratorios Química Suiza S.A en el 2014, afirman que alrededor del 80% de los peruanos sufren de gastritis y es la principal causa por la que las personas van a un consultorio médico. Lo que más preocupa es que esta enfermedad puede generar complicaciones graves que se conoce como la úlcera gástrica.

Se debe dar importancia a esta enfermedad, ya que, si bien al principio los síntomas son leves, con el paso de los meses la bacteria se activa y el caso se complica; produciendo a largo plazo muchos problemas entre los cuales se encuentran el cáncer en el estómago y úlceras gástricas las cuales a su vez ocasionan hemorragias digestivas. La gastritis muchas veces se relaciona con el acné, la migraña y principalmente puede causar la anemia. Tenemos que tomar en cuenta que es una bacteria muy desarrollada, ya que es la única con la capacidad de vivir en un medio tan ácido como el estómago.

En estos días, se ven cada vez más casos de gastritis en jóvenes en Lima que hace aproximadamente 10 años atrás no se veía, en una mañana en consultorio de 20 pacientes, vienen dos adolescentes en promedio con esta patología. (Mora W., 2013)

En 2010 se realizó un estudio en una clínica privada de Lima norte donde se examinaron 676 biopsias gástricas negativas a patología neoplásica; en el cual, 45 años fue la edad media. No hubo preeminencia de ningún sexo. Los hallazgos histológicos más frecuentes fueron: Gastritis crónica superficial 498 (73,7%), gastritis activa 464 (68,6%), gastritis crónica profunda 90 (13,3%), gastritis atrófica 93 (13,7%), mucosa gástrica normal 79 (11,7%), daño mucinoso 508 (75,1%), metaplasia intestinal 123 (18,20%), folículos linfoides positivos 372 (55%) y displasia 9 (1,18%). Además se encontró una frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* (HP) de 64,78%

1.2. Formulación de problema

1.2.1 Problema principal

La gastritis crónica en los alumnos de la universidad San Ignacio de Loyola de la carrera de Arte y Diseño a causa de sus desórdenes alimenticios.

1.2.2 Problemas secundarios

- a) Úlceras por la gastritis crónica en los alumnos de la universidad San Ignacio de Loyola de la carrera de Arte y Diseño a causa de sus desórdenes alimenticios.
- b) Anemia por la gastritis crónica en los alumnos de la universidad San Ignacio de Loyola de la carrera de Arte y Diseño a causa de sus desórdenes alimenticios.

CAPÍTULO II

2.1. Importancia y justificación del estudio

En la actualidad, se conoce que esta enfermedad ha ido cada vez más en aumento y puede traer consigo consecuencias irreparables e incluso inevitables. Los estudiantes universitarios tienen una rutina de estudios muy variada, lo cual, no los deja tener un horario determinado para los alimentos y por lo general prefieren las comidas rápidas o incluso dejar de comer con tal de cumplir con sus labores académicas, indicó la nutricionista Milagros Agurto en el 2015.

El 80% de jóvenes en la época universitaria están en alto riesgo de sufrir gastritis y desarrollar un futuro cáncer al estómago. Así lo contó el médico Pablo Rodríguez Ruiz, director del policlínico de la Universidad Peruana Los Andes en la provincia. Según relata, esta cifra se obtuvo luego de un estudio.

“Durante los años 2015 y 2016 se hizo un estudio a 2 mil 332 alumnos, de los cuales, el 45% presentó síntomas de gastritis. En el último examen médico, realizado a los ingresantes del año 2017, de los mil 825 alumnos, el 75 % de ellos presentaron síntomas de gastritis”, dijo Rodríguez Ruiz.

Según explicó Rodríguez en 2016, los principales síntomas son ardor estomacal, náuseas llegando incluso al vómito. “Todo es causado porque llevan una alimentación desordenada. Al no desayunar en su debido momento, lo hacen cuando salen a media mañana. Comen comida chatarra, galletas, hamburguesa y bebidas gaseosas con alto uso de conservantes. Durante el almuerzo tratan de suplirlo con otras comidas chatarras. Esto sumado a la ingesta excesiva de alcohol cigarrillos los expone a contraer la bacteria *Helicobacter Pylori* que podría causar úlceras, anemia y hasta culminar en un cáncer al estómago”, indicó.

Este proyecto tiene su importancia en que brindará información de valor sobre todo a los jóvenes universitarios que no conocen o no le dan importancia a las consecuencias de no llevar una vida sana, consumiendo a veces por falta de tiempo en lugares poco higiénicos o donde la comida no los proporciona de los nutrientes necesarios para realizar todas las actividades de su día a día. Los ayudará a darse cuenta que la gastritis crónica no es una enfermedad simple que se cura de un día a otro o que no necesita seguir un tratamiento para liberarse de ella y que si no se hace algo a tiempo puede desarrollar consecuencias fatales que los puede llevar a la muerte.

2.2 Objetivos

2.2.2 Objetivo principal

Dar a conocer la gastritis crónica en los alumnos de la universidad San Ignacio de Loyola de la carrera de Arte y Diseño a causa de sus desórdenes alimenticios.

2.2.3 Objetivos secundarios

- a) Informar sobre las úlceras por la gastritis crónica en los alumnos de la universidad San Ignacio de Loyola de la carrera de Arte y Diseño a causa de sus desórdenes alimenticios.
- b) Mostrar la anemia por la gastritis crónica en los alumnos de la universidad San Ignacio de Loyola de la carrera de Arte y Diseño a causa de sus desórdenes alimenticios.

CAPÍTULO III

3.1 Marco teórico

3.1.1 Desórdenes alimenticios

Para la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, 1998) las conductas alimenticias son como un conjunto de convenciones que determinan como las personas o grupos de individuos eligen, preparan y consumen los alimentos, además se ven afectados por diferentes factores como la disponibilidad, factores económicos, el nivel de educación alimentaria y el acceso que tienen a los mismos.

En adición, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) explica la nutrición como el consumo de alimentos en dependencia con las necesidades dietéticas del organismo. La OMS destaca que los estudiantes consumen poca cantidad de ciertos alimentos como pan, cereales, y pastas que constituyen la base de la pirámide nutricional.

Los trastornos alimenticios son problemas que dependen de la alteración de los hábitos alimenticios frecuentes. Estas conductas pueden o no afectarse de forma voluntaria, está relacionado a elementos externos e internos como el nivel de autoestima, presiones familiares, frustraciones, etc. Las alteraciones de la alimentación son problemas de conducta que se deben tomar en cuenta. Puede suceder que la persona coma en abundancia o que no coma lo suficiente como para conservarse sana y saludable.

a) Alimentación en jóvenes universitarios

La juventud, entendida entre los 15 y 24 años, es un período muy especial de transición entre la infancia y la edad adulta, en el que se resuelve la construcción de

identidades y la incorporación a la vida social. (Organización de la Naciones Unidas [ONU], 1985; UNICEF, 2002).

En la actualidad, los estudiantes universitarios son cada vez más independientes a edades más tempranas y uno de los aspectos de los que se van encargando por ellos mismos es la alimentación; ya resuelven solos qué comer, dónde, cómo y cuándo desean comer. En este tiempo los jóvenes tienen una predisposición muy marcada hacia sus hábitos alimenticios, no se alimentan a horas apropiadas, se saltan alguna de las comidas, consumen mucha comida “basura” en vez de nutrirse apropiadamente, y se debe tener en cuenta que cantidad no es igual a calidad. Se puede resaltar el hecho de que los jóvenes optan por la comida “rápida” debido a que sus precios son comparativamente económicos y están disponibles en cualquier momento del día y en cualquier lugar. Pero no toman en cuenta que está es la comida menos saludable que puedan consumir, ya que en muchas ocasiones y en muchos de esos lugares contienen grandes cantidades de grasas, además que la calidad de los ingredientes con las que preparan no son del todo sanos.

Los estudiantes universitarios a menudo padecen gastritis, que es una realidad con una alta incidencia en todo el mundo, y su aparición varía en diferentes regiones y países. Según el experto del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Jalisco, Juan Manuel Don Lucas Sánchez (2013), esta se ha visto incrementada en los estudiantes en los últimos años, en gran parte por la vida diaria que llevan, que incluye malos hábitos alimenticios, consumo de alcohol, cigarrillos, café y el consumo de medicamentos crónicos.

Existen muchos lugares donde los estudiantes van a comer en sus horas libres; elegir un lugar adecuado consiste en elegir uno que cumpla con las normas de seguridad e higiene teniendo una alimentación sana y variada. Los lugares que son

considerados adecuados son la casa, el comedor de la universidad o restaurantes, ya que, son lugares apropiados para el consumo de alimentos porque cumplen con las reglas de seguridad e higiene, cumplen con instalaciones adecuadas de almacenamiento, cocinas eficientes y limpias, refrigeración, dispensadores de agua potable, sistema de eliminación de basura, personal capacitado en el manejo de la comida, se verifican todas las buenas prácticas de salubridad, ejerciendo la seguridad en el consumo responsable y armónico en la alimentación. Los lugares considerados inadecuados son los quioscos o puestos ambulantes. Mayormente los vendedores ambulantes tienen muy poco conocimiento o no reconocen la importancia de la manipulación higiénica y segura de los alimentos. De esta manera la contaminación se debe especialmente a prácticas no higiénicas en la preparación, cocción, distribución y almacenamiento de los alimentos. Los vendedores ambulantes de comida, a diferencia de los restaurantes bien constituidos, rara vez tienen refrigeración, buenas instalaciones de almacenamiento y cocinas eficientes. Por ello estos lugares se consideran no aptos para el consumo de alimentos, ya que contaminan por falta de agua potable y frecuentemente tienen un suministro inadecuado, falta de limpieza en las instalaciones atrayendo moscas y otros insectos, roedores, polvo, utensilios sucios y mal lavados, los alimentos preparados y cocidos no se conservan a temperaturas apropiadas y estos factores facilitan la reproducción de bacterias y parásitos (*Escherichia coli*, disentería, productores de tifoidea, giardiasis y amebiasis), no tienen la facilidad de eliminar de una manera adecuada el agua servida o sucia, no cuentan con un buen sistema para disponer las basuras y/o desechos, y por último quienes manipulan los alimentos en muchos casos tienen las manos sin lavar, siendo un gran peligro para la salud generando enfermedades y hasta la muerte.

Durante la adolescencia y juventud es muy usual el saltarse algunas comidas debido a aspectos como la tentativa de adelgazar o la falta de tiempo. Una de las comidas de mayor importancia es el desayuno, a pesar de eso, es la comida que mayormente omiten. El hábito de saltarse el desayuno se ha coligado a malos resultados correspondidos con la salud, entre los cuales encontramos un IMC mayor, baja concentración, bajo rendimiento escolar y/o universitario y mayor riesgo de ingesta incorrecta de nutrientes. Para gozar de un buen rendimiento es necesario el consumo de alimentos nutritivos ricos en vitaminas, minerales y proteínas además de evitar el desarrollo, a largo plazo, de enfermedades como gastritis, obesidad y estreñimiento.

El horario para el consumo de alimentos es de gran importancia por lo cual se debe respetar un horario de alimentación fijo, lo que favorece a prevenir problemas intestinales y de malnutrición. Cuando ya han pasado muchas horas entre nuestras comidas, el apetito crece y se agranda considerablemente la ingesta de alimentos, lo que puede influir en el aumento de peso (Amaya & Gaviarúa, 2007). La salud está claramente correspondida con el consumo de alimentos. La alimentación es tan importante que puede condicionar el estado de salud y el desarrollo del ser humano. Igualmente, los problemas relacionados a la alimentación de los jóvenes pueden llegar a producir enfermedades muy significativas en etapas posteriores”. Según el Instituto Nacional de Salud, los estudiantes “tienen malos hábitos alimenticios porque no establecen horarios específicos para almorzar, muchos trabajan y estudian al mismo tiempo optando por comprar “algo” que les quite el hambre”.

3.1.2 Gastritis crónica

La gastritis crónica es una inflamación crónica del revestimiento del estómago, que dura gradualmente y causa dolor a largo plazo. Inicialmente afecta las áreas superficiales y glandulares de la mucosa, avanzando a la destrucción glandular (atrofia) y metaplasia (el término metaplasia intestinal indica la transformación de las glándulas del estómago en otras parecidas a las del intestino delgado). De esta manera, la gastritis superficial se acaba transformando en gastritis atrófica.

En 1728, se realizaron los estudios iniciales sobre la gastritis. Stahl estudió las alteraciones de la mucosa gástrica que se encontraban en el estómago de pacientes que ya habían muerto, los cuales formaron un apoyo para definir el concepto. Wood empezó la práctica de la biopsia de la mucosa gástrica por vía oral en pacientes vivos en 1940, lo cual posibilitó definir muchos razonamientos desde el punto de vista histológico.

En los últimos años, el concepto tradicional de gastritis ha cambiado significativamente. Los australianos Warren y Marshall detallaron e identificaron, en la década del 80, la figura de una bacteria espiral en la mucosa gástrica, la cual fue nombrada en un inicio *Campylobacter pylori*, pero luego, a través de los estudios biomoleculares se llamó *Helicobacter pylori* y se determinó que solo se encontraba en la mucosa gástrica, representando este hallazgo un cambio en la histopatología y terapéutica de las enfermedades gastroduodenal.

Por tanto, la definición actual de gastritis se basa en datos morfológicos y descriptivos, que es fundamentalmente una identidad histológica, según su intensidad, distribución, manifestaciones clínicas y manifestaciones histológicas. (tipo de célula inflamatoria que participa en la respuesta inflamatoria), mecanismo de

producción y permanencia del agente causal, se puede especificar como gastritis aguda o crónica.

En 1973 Strickland y Mackay, desarrollan su clasificación basada a partir de un punto de vista patogénico y topográfico estableciendo dos tipos de gastritis atróficas: El tipo A limitada al cuerpo gástrico, medida por mecanismos autoinmunes (anemia perniciosa); y el tipo B, que aun prodiciéndose en el antro gástrico (porción más alejada del estómago, responsable sobre todo de la secreción ácida del estómago y del vaciamiento hacia el duodeno), que con la edad se amplía a toda la mucosa gástrica. Esta última correspondida con la úlcera gástrica (no péptica, no asociada a úlcera duodenal), relacionada con componentes medioambientales y la más frecuente en la población.

a) Tipos de gastritis crónica

En 1990, con el propósito de descartar desconciertos diagnósticos se crea en Sydney (Australia) un método de clasificación y gradación de la gastritis crónica (Sistema Sydney). Se realizó una reunión con colaboradores que eran sensatos de que muchas de las discusiones y discrepancias sobre los distintos tipos y modelos de gastritis tenían un principio más semántico que real. De esta reunión de trabajo trascendió el llamado “Sistema Sydney”, el cual hace miramientos endoscópicos e histológicos y propone que el diagnóstico de gastritis sea hecho por una composición de información etiológica, histológica y endos-cópica. Sugiere que sean empleadas las mismas clases de gradación (leve, moderado y severo), tanto para la histología como para las variables endoscópicas

En 1994 se realiza la actualización del Sistema Sidney original que fue conocido como "Houston-updated Sydney System", que persiguiendo razonamientos topográficos, morfológicos y etiológicos logró precisar los diferentes tipos de gastritis

crónicas y aprovechar una terminología común aceptada en aprobación, que terminara con las discordancias que coexistían a la hora de especificar una misma entidad.

Se establecieron dos tipos principales de gastritis crónicas:

- Gastritis Crónica no Atrófica que es producida por Hp, relacionada con la úlcera péptica duodenal y no al carcinoma.
- Gastritis Crónica atrófica en la que se diferencian dos tipos: GCA multifocal de principio alimentario que afecta a cuerpo y antro gástrico correspondida con la infección por Hp y la úlcera gástrica; y la segunda la Gastritis Corporal Atrófica (GCA) autoinmune, que afecta a la región corporal gástrica de forma difusa desarrollándose una anemia perniciosa.

El Sistema Sydney conjuntamente, ideó un procedimiento semi cuantitativo de gradación de la inflamación, atrofia, metaplasia, displasia y Hp. De tal manera que califica con el 0 a la mucosa normal y con el 3 a la lesión de intensidad severa, pasando por los grados 1 (leve) y 2 (moderada), ayudándose de escalas visuales.

b) Síntomas de la gastritis crónica

Según el Dr. José Antonio Nuevo González, Especialista en Medicina Interna que trabaja en el Servicio de Urgencias del Hospital Gregorio Marañón de Madrid (2015), en general, los síntomas de la gastritis crónica no se diferencian en particularidad de la gastritis aguda sea cual sea su origen principal. De esta forma, pueden pasar inadvertidas en algunos casos, sin síntomas y solo diagnosticarse a través de las pruebas adecuadas. En la generalidad de los casos prevalece el dolor en la zona del estómago (bajo el final del esternón, en la parte superior del abdomen, conocido como “boca del estómago”), aunque puede trasladarse en algunas personas a la parte derecha, donde se localiza el hígado.

En otras ocasiones se sigue de náuseas y pueden llegar a vomitar el contenido de la comida ingerida con anterioridad. Si éstos se originasen de manera frecuentada pueden acompañarse de restos de sangre. Como comúnmente el dolor lo desencadena la ingesta, algunos pacientes reducen las comidas, produciendo a lo largo del tiempo una pérdida de peso.

Síntomas:

- Náuseas y vómitos con sangre

Al vomitar, se descargará una gran cantidad de alimentos ingeridos durante la gastritis crónica, sin embargo, las náuseas y los vómitos son la respuesta de autodefensa del cuerpo para eliminar estas sustancias nocivas; además, se debe reducir al máximo la acidez que produce la gastritis, razón por la cual la gastritis crónica provoca náuseas y vómitos, y al hacer esfuerzo se puede expulsar sangre.

- Dolor abdominal

Este síntoma es causado por un estómago hinchado y, en ocasiones, puede ser tan persistente que se vuelve muy molesto. Además, siempre se produce en la zona superior del estómago y puede ser muy gradual; también, es muy común sentir dolor abdominal al comer, esto se debe a que los alimentos no se pueden digerir bien y el cuerpo los rechaza.

- Abdomen hinchado

La gastritis se produce por la hinchazón del revestimiento estomacal, por lo tanto es normal que se presente el abdomen hinchado. Así ocurre cuándo comes mucho, y así debe ocurrir en el momento de estar pasando por una gastritis crónica. Por supuesto que la hinchazón del abdomen también se debe

a que la gastritis genera muchos gases, y ellos son los que hacen que el estómago se hinche más.

- Heces negras y con sangre

Casualmente, éste síntoma está bastante relacionado con el sangrado gástrico, ya que es cuándo los vasos internos se rompen ocasionando que haya una invasión de sangre que va mostrándose poco a poco, es por eso que es común que las heces se presenten con sangre, y que casualmente sean en forma de coágulos.

Por otro lado, las heces, aparte de presentarse con sangre, también tienden a ser muy oscuras, casi negras, que es otro síntoma más de la gastritis crónica.

- Pérdida del apetito

El apetito es algo que a las personas no se les presenta cuándo están pasando por una gastritis crónica, ya que los gases ocupan mucho espacio que debería ser de alimentos para que no pierdas asimismo los nutrientes necesarios para la fuerza y energía.

Pues, obviamente, la comida es muy necesaria, pero cuando tienes indigestión, no puedes obtener los nutrientes y las vitaminas que te mereces.

c) Diagnóstico para detectar la gastritis crónica

El diagnóstico de gastritis crónica se basa en la gastroscopia, que se manifiesta como signos especiales de inflamación de la mucosa, como inflamación de sus pliegues y enrojecimiento de las mucosas que se convierten en nódulos. Existen técnicas de tinción rápida para identificar la presencia de H. Pylori durante la elaboración de la gastroscopia.

El diagnóstico de la gastritis crónica es también histológico (es necesaria la obtención de una muestra mediante gastroscopia), observándose por el microscopio los cambios propios que se generan en la mucosa del estómago. Se debe realizar un diagnóstico diferencial con otras enfermedades como la úlcera duodenal, la hernia de hiato, la pancreatitis crónica, o el síndrome de intestino irritable. (Nuevo E, 2015)

d) Tratamiento de la gastritis crónica

La gastritis crónica asintomática no requiere un tratamiento especial, pero para los pacientes que si presenten síntomas, es necesario un tratamiento personalizado. Se sugiere evitar alimentos irritantes tales como todas las comidas pesadas, fritos y rebozados, bebidas carbonatadas, picantes, especias y la combinación tabaco-alcohol. Debido a que los medicamentos antiinflamatorios tienen un efecto erosivo en la mucosa gástrica, su uso está prohibido y se recomienda el paracetamol como una opción.

En la gastritis atrófica causada por *H. pylori* es preciso establecer tratamiento con antibióticos (la pauta más manejada es la asociación de inhibidores de la bomba de protones –el más conocido es el omeprazol–, amoxicilina y claritromicina, a lo largo de 7 o 10 días. Este modelo es altamente eficaz, aunque ha de hacerse ratificación de la recuperación al cabo de ese tiempo para constituir una nueva mezcla de fármacos y antibióticos si no se obtuviera esta.

Tabla 1

Tratamiento de la gastritis asociada a Helicobacter pylori

DROGA	DOSIS	DURACION	% DE ERRADICACIÓN
Primera línea (7-14 días)			
• En poblaciones con < 15 – 20% de resistencia a claritromicina y > de 40% a metronidazol			
PPI* Claritromicina Amoxicilina	dosis estándar bid 500 mg bid 1 gr bid	1 – 2 semanas	86 – 92 %
• En poblaciones con < 15 – 20% de resistencia a claritromicina y < de 40% a metronidazol			
PPI Claritromicina Metronidazol Tinidazol	dosis estándar bid 500 mg bid 500 mg bid o con 500 mg bid	1 – 2 semanas	87- 91%
• En áreas con resistencia alta a claritromicina y metronidazol, dar terapia cuádruple con bismuto			
PPI Bismuto Tetraciclina Metronidazol	dosis estándar bid 525 mg qid 500 mg qid 500 mg qid		86 – 90%
Segunda línea (10 – 14 días)			
• Bismuto en terapia cuádruple, cuando no se usó en primera línea • Terapia triple reemplazando la claritromicina por el metronidazol en poblaciones con resistencia al metronidazol < a 40% • En América Latina y China, se prefiere furazolidona en vez de metronidazol PPI Furazolidona Amoxicilina	dosis estándar bid 200 mg bid 1 gr bid		86 – 90% 77 – 83% 87 – 90%
Tercera línea o de rescate (10 – 14 días)			
PPI Amoxicilina Levofloxacina Rifabutina Furazolidona	dosis estándar bid 1 gr bid 250/500 bid o con 150 mg bid o con 200 mg bid		87 – 90%
Esquemas alternativos			
- Terapia triple secuencial de 5 más 5 días (15) PPI Amoxicilina Claritromicina Tinidazol	dosis estándar 10 días 1 gr bid 500 mg bid 500 mg bid	5 días, seguido por 5 días con 5 días	89 – 90%

Nota:

*IBP: inhibidor de bomba de protones, en dosis habituales

Fuente: Tomado de Valdivia- Roldán M. Gastritis y Gastropatías. Rev. Gastro enterol. Perú; 2011; 31-1: 38-48

e) Consecuencias de la gastritis crónica

La complicación que se obtienen por causa de la gastritis crónica es un daño estomacal muy severo, del que se tendrá que tratar por un largo tiempo y llevar un cuidado muy especial y constante para que los daños que dejó la gastritis puedan ser reparados con más precisión.

Ciertamente, se puede decir que otra de las consecuencias que se puede presentar cuándo tienes gastritis crónica es un sangrado letal, ya que, al producirse la rotura de vasos sanguíneos, se corre el riesgo de tener un sangrado intestinal que puede enviar al que la padece directamente al hospital si no se trata lo más pronto posible.

Otra consecuencia muy grave por la gastritis que se debe conocer es el cáncer de estómago, así como también las úlceras pépticas y anemia. (Sánchez J, 2013)

f) Úlcera gástrica

La úlcera gástrica, también conocida como úlcera péptica o úlcera en el estómago, es una lesión que se forma en el tejido que recubre el estómago, producida por diversos factores como una incorrecta alimentación o contaminación por la bacteria *Helicobacter Pylori*.

El origen de las úlceras es la diferencia entre los componentes agresivos y defensivos de la mucosa gastroduodenal. Entre las sustancias agresivas, la más importante es la exudación de ácido gástrico producido por las células parietales. — secretoras de ácido clorhídrico—, la infección por la bacteria *Helicobacter pylori* (autora de la mayoría de los casos) y el funcionamiento de medicinas antiinflamatorias no esteroideos (AINE) como la aspirina y el ibuprofeno.

Los componentes preventivos incluyen la secreción de moco gástrico y bicarbonato, suficiente flujo sanguíneo en la mucosa gastroduodenal, el mecanismo de compensación natural de la mucosa y la secreción de prostaglandinas que provocan la producción de moco y bicarbonato. (Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales, 2013)

- Síntomas comunes de la úlcera gástrica
 - Dolor abdominal fuerte tipo puntadas, que empeora al comer o al beber.
 - Dolor en forma de ardor en la boca del estómago.
 - Náuseas.
 - Vómitos.
 - Dolor de cabeza.
 - El sangrado de la pared del estómago puede hacer que la sangre se filtre en la salida de las heces, que se consideran más oscuras, pegajosas y malolientes, es decir, heces negras, esto se debe a que las heces han sido absorbidas por el tracto digestivo. Además, la presencia de sangre en las heces, en algunos casos, solo se puede identificar en un análisis de heces.

Es habitual que los síntomas agraven inmediatamente después de la alimentación, por lo que el apetito puede reducirse y generar pérdida de peso. También es importante tener en cuenta que, además de la úlcera gástrica, se puede formar una úlcera duodenal, delimitada en la primera fracción del intestino, que suele originar síntomas en los períodos en ayuno o durante la noche.

- Diagnósticos y exámenes para confirmar la presencia de úlceras gástricas

Para diagnosticar la úlcera gástrica, el médico general o gastroenterólogo puede requerir una endoscopia digestiva, posteriormente de identificar los síntomas que muestren este problema.

Para ejecutar este examen, el médico pondrá una sonda con una microcámara en la punta, dentro de la boca del individuo hasta su estómago, consiguiendo visualizar con mayor detalle las paredes internas del estómago y sus lesiones, y logrando realizar biopsias del tejido.

El procedimiento para la úlcera gástrica se realiza con el empleo de medicamentos que reducen la acidez del estómago como los antiácidos, o los inhibidores de la acidez como por ejemplo Omeprazol, Pantoprazol, Lansoprazol o Esomeprazol.

Puede utilizar analgésicos para controlar el dolor y analgésicos para mantener la calma del paciente, porque el ácido del estómago se produce en grandes cantidades bajo presión. Para eliminar al *Helicobacter Pylori*, cuando se identifica en el examen, se acude a antibióticos como la amoxicilina y la claritromicina.

La alimentación debe ser hecha con frutas y vegetales cocidos, granos, lácteos descremados, pan, y carnes bajas en grasa, debiéndose evitar alimentos muy calientes, bebidas alcohólicas, refrescos, sándwiches, comida rápida, frituras y dulces en general. Prescinda también alimentos que causen la liberación del ácido gástrico, como café, té negro, mate, condimentos, salsas picantes y frutas ácidas como merey, naranja, limón y piña.

- Epidemiología de la úlcera gástrica

Según Dr. Arthur Frazão, Médico general (2010), la úlcera gástrica es una singularidad muy frecuente que afecta al 10 % de la población en algún

momento de su vida. Sin embargo, debido a que se pueden usar medicamentos efectivos para tratarlo al mismo tiempo, la tasa de mortalidad resultante es muy baja, solo 2 a 3 muertes por cada 100,000 residentes cada año. La mayoría de ellos son causados por complicaciones como hemorragia gastrointestinal o perforación de peritonitis. En años anteriores, provocó una mayor tasa de mortalidad.

Existen algunas diferencias entre la úlcera gástrica y la úlcera duodenal. El primer tipo es igualmente frecuente tanto en hombres como en mujeres, mientras que el segundo tipo tiene una mayor proporción entre los hombres.

Según los diferentes componentes implicados en su etiología, se estima que alrededor del 50% de la población adulta está infectada por *Helicobacter pylori*, y solo del 10% al 20% de los infectados presentan úlceras gástricas.

En proporción a los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos cuyo manejo está muy generalizado, ya que pueden tratar el dolor articular, el dolor de cabeza o reducir la fiebre; aproximadamente el 25% de las personas que los usan regularmente pueden desarrollar úlceras de estómago o alguna enfermedad relacionada, alrededor del 75% de los pacientes con hemorragia gastrointestinal han usado este fármaco durante un período de tiempo antes del inicio de esta complicación. (Frazão A, 2010)

En un estudio realizado en el año 2012 se evaluó mediante esofagogastroduodenoscopia (EGDC) a pacientes de nivel socioeconómico medio y alto, que asistieron a la consulta externa del departamento de Medicina Interna por presentar crónicamente síntomas del tracto gastro-intestinal superior.

Se incluyeron en el estudio 776 pacientes, los cuales fueron divididos en 4 grupos: el primero conformado por pacientes con gastritis crónica sin ulcera duodenal o gástrica; el segundo por pacientes con gastritis crónica y ulcera duodenal; el tercero por pacientes con gastritis crónica y ulcera gástrica; y el cuarto por pacientes con EGDC normal.

Los pacientes que participaron del estudio fueron 536 (69.08%) de sexo femenino y 240 (30.92%) del sexo masculino; sus edades se encontraban entre los 14 y 77 años de edad con una media de 39 años y moda de 43 años. La prevalencia de infección por HP según edad fue mayor en el grupo etario de 19 a 24 años con una prevalencia del 67.9%, según sexo fue mayor en el sexo masculino con una prevalencia del 65% y según nivel socio-económico tuvo mayor prevalencia en el nivel socio-económico medio bajo con 65.37% en relación al nivel socio-económico alto con 65%.

Tabla 2*Estudio mediante esofagogastroduodenoscopia (EGDC)*

Característica	Reacción de ureasa + % (n)	Reacción de ureasa - % (n)
Grupo etareo		
14-18 años	45.7% (32)	54.3% (38)
19-24 años	67.9% (38)	32.1% (18)
25-59 años	66.8% (385)	33.2% (191)
60 años y más	44.6 (33)	55.4% (41)
Sexo		
Femenino	62.7% (336)	37.3% (200)
Masculino	65% (156)	35% (84)
Nivel socio-económico		
Medio bajo	65.4% (302)	34.6% (161)
Medio alto	58.8% (173)	40.2% (120)
Alto	65% (13)	35% (7)
Hallazgos endoscópicos		
Gastritis crónica	38.4%	31.6%
Gastritis crónica con UD	95.8%	4.2%
Gastritis crónica con UG	61.5%	38.5%
EGDC normal	36%	64%

Nota: UD= Úlcera duodenal UG= Úlcera gástrica
 EGDC= Esofagogastroduodenoscopia n=Número

- Complicaciones de la úlcera gástrica
 - Hemorragia digestiva

Los síntomas son inconsistentes porque el sangrado puede ser intenso y puede aparecer como vómitos con sangre (hematemesis) o heces negras y semblante característico llamado melena. A veces, los pacientes lo ignoran y promueve una anemia que progresa durante varios días o semanas.

Esta es una complicación muy peligrosa que puede poner en peligro la vida del paciente, por lo que si el paciente lo sospecha, debe acudir al médico de forma

urgente. Por lo general, se requiere una endoscopia para mostrar con precisión el punto de sangrado.

- Perforación del estómago o duodeno

Esta es una complicación peligrosa que comienza cuando la úlcera penetra por completo la pared del estómago o del duodeno. El contenido del estómago entra en relación con el peritoneo y causa peritonitis aguda. Se manifiesta como un dolor abdominal severo (músculo del párpado superior) ubicado en la parte superior del abdomen, que comienza repentinamente y a menudo es descrito como "dolor en puñalada".

Si se confirma esta complicación, la intervención quirúrgica urgente es fundamental para cerrar la perforación. La cirugía más común para su recuperación es realizar un parche de Graham.

- Obstrucción pilórica

El píloro es la válvula que conecta el estómago y los intestinos. Cuando ya existe una úlcera péptica cerca del píloro, causará inflamación y cicatrizaciones repetidas, lo que provocará un bloqueo en el área angosta. Esto dificulta que el contenido del estómago continúe su ruta natural hacia el duodeno y el intestino delgado para continuar la digestión.

El síntoma más típico de la obstrucción pilórica es el vómito de la comida ingerida de 6 a 8 horas antes.

- Penetración del estómago o duodeno

Es causada principalmente por úlceras localizadas en la parte posterior, que pueden penetrar lentamente las paredes del estómago o duodeno y comprender órganos adyacentes como páncreas, epiplón, vías biliares, hígado y colon.

Cuando esto sucede, el dolor actualizará sus principales características y se volverá más intenso y persistente. Dependiendo de los órganos afectados, pueden aparecer nuevos síntomas, por ejemplo, si el nivel de amilasa en sangre aumenta al penetrar en el páncreas.

El análisis se basa en la presencia de síntomas sugerentes y la ejecución de pruebas complementarias que revelan daños.

El método de diagnóstico más eficaz es la endoscopia, esto se formaliza a través de un endoscopio, que es un tubo delgado y flexible con una luz y una pequeña cámara en el extremo; después de sedar al paciente, el médico implantará cuidadosamente el endoscopio a través de la boca de la persona y luego lo moverá hacia la garganta hasta que llegue al esófago, estómago y duodeno, de esta manera, se puede ver claramente la capa interna de estos órganos. El médico puede usar un endoscopio para tomar imágenes de la úlcera o extraer un pequeño trozo de tejido para examinarlo con un microscopio (biopsia).

Si se encuentra una úlcera, el médico puede realizar pruebas para mostrar si el paciente está infectado con *Helicobacter pylori*, estos estudios se pueden realizar mediante análisis de sangre, aliento y tejidos. Los análisis de sangre son los más comunes y gracias a ellos, se pueden descubrir anticuerpos contra esta bacteria. La prueba de aliento se usa esencialmente para verificar el éxito del tratamiento después de haber sido efectuado, pero además se puede usar para el diagnóstico.

Si no es posible efectuar la endoscopia, se puede demandar radiografías con contraste. Se da al paciente para que ingiera un líquido de consistencia parecida al yeso (el contraste de bario está contraindicado si se sospecha de perforación

ya que no es hidrosoluble, en ese caso se utilizará gastrográfín). Gracias al mismo cualquier posible úlcera se ve más notoriamente en la radiografía. La radiología es una técnica que tiene menor sensibilidad y especificidad que la endoscopia y además no admite la toma de biopsias, por lo cual no está recomendada como primera opción diagnóstica.

g) Anemia causada por la gastritis crónica

- Anemia perniciosa

La anemia perniciosa (AP), también conocida como enfermedad de Addison-Biermer, es un tipo de anemia megaloblástica producida por una gastritis autoinmune o gastritis crónica atrófica tipo A, que se caracteriza por la pérdida de la mucosa gástrica, especialmente de la mucosa fúndica. La respuesta inmune se dirige contra componentes de las células parietales, incluidos la bomba H^+/K^+ ATPasa y el factor intrínseco (FI), de tal forma que las concentraciones de ácido clorhídrico, pepsina, pepsinógeno I y del FI disminuyen considerablemente mientras que la concentración sérica de gastrina se eleva, lo que conlleva a una malabsorción de la vitamina B12 y la ulterior deficiencia de esta (Andres E, 2012; Stabler SP, 2013).

La vitamina B12, un compuesto organometálico conocido comúnmente como cobalamina, realiza un papel clave como coenzima en la síntesis del ADN y en la maduración celular, así como en la síntesis de lípidos neuronales. El organismo humano es incapaz de condensarla por lo que debe ser aportada por los alimentos de origen animal (carnes, leche y derivados, huevos, pescados). Una vez ingerida llega al estómago donde por digestión peptídica es captada por el FI, secretado por las células parietales del estómago,

conformando un complejo que se une a los receptores de superficie del íleon terminal, donde se absorbe y es transferida a la transcobalamina II (proteína sintetizada en el hígado), que la distribuye a la médula ósea y otras células. A nivel intracelular la vitamina B12 actúa como coenzima en dos reacciones enzimáticas: la conversión de homocisteína en metionina y la transformación de metilmalonil-CoA en succinil-CoA, produciendo en esta reacción la transformación de metiltetrahidrofolato en tetrahidrofolato (THF). Debido a que el THF es necesario para la síntesis de ADN, la deficiencia de vitamina B12 produce alteraciones en la síntesis de ADN, y la consecuente alteración de la división de las células de las líneas mieloides y linfoides en la médula ósea (Abdulmanea AA, 2014; Rodríguez de Santiago E, 2015).

En nuestro medio, la AP es la causa más común de anemia megaloblástica. Su incidencia aumenta con la edad y es poco común en personas menores de 30 años. Sin embargo, a pesar de que es más común en ancianos, alrededor del 50% de los casos muestran que son menores de 60 años. (Lahner E, 2009). Originalmente se pensó que era una enfermedad que afectaba a mujeres mayores de 60 años nacidas en el norte de Europa. Sin embargo, estudios realizados en los últimos años han confirmado que la anemia perniciosa puede manifestarse en personas de cualquier raza, sexo, edad y cualquier continente. (Stabler SP, 2004; Park JY, 2010; Miceli E, 2012), y no existe un claro contraste de su insistencia entre sexos (Lahner E, 2009). En España la prevalencia de AP se calcula que es parecida a la de otros países europeos, en los que se sitúa en torno al 2-4% de la población (Stabler SP, 2013). Sin embargo, debido a que gran parte de la historia natural de la AP cursa de forma silente, su incidencia y prevalencia se encuentran

probablemente infraestimadas (Carmel R, 1996; Rodríguez de Santiago E, 2015).

La etiología de la AP no ha sido claramente establecida, la teoría más ampliamente aceptada es que algunos factores exógenos o ambientales que no se comprenden completamente desencadenarán procesos fisiopatológicos autoinmunes basados en parte de la base genética conocida:

- En el hecho de que se confirma la base genética, cabe destacar que, por un lado, la anemia perniciosa tiene categoría familiar, y hasta el 19% de los pacientes tienen familiares afectados (Banka S, 2011). Por otro lado, se ha descrito su asociación con dos haplotipos del complejo mayor de histocompatibilidad tipo II: HLA-DRB1*03 y HLA-DRB*04 (Lahner E, 2009).
- En cuanto a los factores exógenos merece especial atención el papel del *Helicobacter pylori* (HP). Algunos expertos (Fong TL, 1991; Haruma K, 1995; Lahner E, 2009) plantean que en los estadios iniciales de la enfermedad la primoinfección por HP sería el «trigger» o gatillo del proceso autoinmune (Amedei A, 2003).
- Las propiedades autoinmunes de la AP se basan en que en el 90% de los casos se relaciona con la presencia de anticuerpos anti células parietales del fundus y cardias gástrico que producen FI, y en otros casos se relaciona con anticuerpos dirigidos contra la propia FI. (Stabler SP, 2013), haciendo que la secreción de jugo gástrico sea neutra o ligeramente ácida, casi sin factores internos (Andres E, 2012), lo cual puede provocar una mala absorción de la vitamina B12 y la consiguiente deficiencia.

- Cómo se manifiesta la anemia perniciosa

Los depósitos hepáticos de cobalamina en sujetos sanos se encuentran alrededor de los 2-5 mg y se estima que los requerimientos cotidianos de vitamina B12 se ubican en torno a 2,4 µg/día, lo que presume que serían necesarios entre 3 y 5 años para que el déficit malabsortivo empiece a mostrarse. Así, las manifestaciones clínicas de la AP son a menudo insidiosa y puede tardar décadas en establecerse por completo (Lahner E, 2009). Muchos pacientes en el momento del diagnóstico permanecen asintomáticos y se detecta la enfermedad únicamente por un aumento del VCM en una analítica rutinaria.

Los síntomas de la anemia perniciosa pueden ser:

- Fatiga, falta de energía.
- Mareo al estar de pie o hacer esfuerzo.
- Falta de apetito.
- Piel pálida.
- Alteraciones del ritmo deposicional: diarrea o estreñimiento.
- Problemas de concentración.
- Dificultad para respirar, sobre todo durante el ejercicio.
- Deseo de comer hielo u otras cosas no comestibles.
- Inflamación y enrojecimiento de la lengua o encías que sangran.

Cuando el déficit de vitamina B12 ocurre durante un largo período de tiempo, pueden ocurrir daños en el sistema nervioso. Por ejemplo: confusión, depresión, pérdida del equilibrio, entumecimiento y hormigueo en las manos y los pies. También es posible que algunas personas no demuestren ningún síntoma.

- Diagnóstico para la anemia perniciosa

El diagnóstico de la anemia perniciosa se basa en la historia clínica y la exploración física.

Las pruebas complementarias que se pueden realizar para confirmar la enfermedad son:

- Análisis de sangre con determinación de los glóbulos rojos, su tamaño y las formas inmaduras, así como los niveles de vitamina B12 y de anticuerpos contra las células parietales del estómago o contra el factor intrínseco; también ciertos enzimas y sustancias específicas (deshidrogenasa láctica y ácido metilmalónico).
- Test de Schilling o examen de absorción de vitamina B12 en casos seleccionados
- Biopsia de médula ósea en casos seleccionados.

- Tratamiento para la anemia perniciosa

El tratamiento tiene como objetivos, por un lado corregir la anemia y sus potenciales variaciones epiteliales y por otro disminuir los trastornos neurológicos así como prevenir su aparición, regularizando los depósitos de vitamina B₁₂.

En el caso de inicio de tratamiento vía oral, únicamente dosis muy elevadas de vitamina B₁₂ oral pueden increpar el déficit de B₁₂ en pacientes con déficit de FI. Si la causa es carencial, es necesario relacionar una dieta con 50-150 mg de vitamina B₁₂ al día.

El tratamiento vía intramuscular es de principal elección una vez corroborada la presencia de mala absorción. Existen varias pautas, la más ajustada reside en administrar 1 mg de Vitamina B₁₂, intramuscularmente, todos los días durante 1 semana, subsiguientemente semanal durante un mes y después mensualmente durante toda la vida.

- Seguimiento que se debe hacer para la anemia perniciosa

Determinados autores no creen indicado la realización de endoscopias de rutina en el seguimiento de los pacientes con AP (Kokkola A, 1998). Sin embargo, existen otros que apuntan la necesidad de realizar endoscopias y biopsias del fundus y del cuerpo gástrico, a pesar de que el riesgo de cáncer gástrico es relativamente bajo (0,14% anual) (Annibale B, 2011). Hasta la fecha, la necesidad y coste-efectividad del seguimiento mediante endoscopia no está bien establecido, algunos autores indican la necesidad de realizar una gastroscopia en el momento del diagnóstico y en el seguimiento posterior si hay lesiones preneoplásicas, otros indican la realización de endoscopias posterior cada 3-4 (Lahner E, 2001; Annibale B, 2011). También debe realizarse una exploración endoscópica en caso de aparición de síntomas gastrointestinales sugestivos de alguna complicación y ante la aparición de ferropenia (Annibale B, 2011).

3.1.3 Relación entre los desórdenes alimenticios y la gastritis crónica

El no tener un horario fijo para la alimentación, ingerir comidas rápidas o incluso dejar de comer algunos días por falta de tiempo o dinero son causas que con el paso del tiempo pueden desarrollar enfermedades como la gastritis crónica. En la actualidad

se sabe que la gastritis poco a poco se va acrecentando y con ella puede traer otros problemas que se vuelven irreparables e incluso inevitables.

3.1.4 Tratamiento dietético nutricional para la gastritis crónica

a) Características físicas

- Volumen de los alimentos para una adecuada dieta gástrica

Respecto a este punto, se recomienda organizar una dieta adecuada del estómago controlando los alimentos de pequeño tamaño y la dieta para reducir el trabajo del estómago. Suponiendo que hay una cierta cantidad de espacio para la digestión y el descanso, se puede obtener dividiendo la dieta en varias porciones (generalmente 4 comidas y 2 bocadillos).

- Temperatura de la dieta nutricional para la gastritis crónica

En cuanto al ejercicio, las temperaturas exageradas retrasarán la evacuación, y el riesgo de evacuación radica en las bajas temperaturas, porque pueden desplazarse al duodeno, que es más sensible al frío, lo que aumentará la peristalsis y provocará efectos laxantes. Por lo tanto, la dieta blanda para el estómago estará compuesta por comida a temperatura ambiente o tibia, no a temperaturas extremas.

- Consistencia de los alimentos en la dieta nutricional para la gastritis crónica

Ante un estómago enfermo, es necesario que produzca la menor función digestiva, por lo que la consistencia adecuada de los alimentos debe ser: líquido suave o sólido, pero fácil de desintegrar.

- Fibra dietética de los alimentos en la dieta nutricional para la gastritis crónica

Se debe indicar poca fibra dietética y habitualmente cambiada por acción y subdivisión como por ejemplo la utilización de métodos de cocción.

Tabla 3*Alimentos recomendados en el tratamiento de la gastritis crónica*

Alimentos	Recomendaciones de consumo
Lácteos	No se recomienda la toma frecuente de leche, ya que crea acidez a las 2 ó 3 horas tras su ingesta. Es preferible consumir leche (total o parcialmente desnatada) u otros lácteos poco 34 grasos (queso fresco, yogur desnatado)
Carnes	Pollo y pavo sin piel, ternera y cerdo magro.
Cereales	Refinados, pan blanco y tostado, pasta, arroz, patata, sémola y tapioca.
Dulces	Bollería, galletas y bizcocho sencillos poco grasas.
Pescados	Blancos y azules según tolerancia
Huevos	Pasados por agua, escalfados, a la plancha.
Papas	En puré, hervidas o cocidas.
Hortalizas	Todas en general, excepto las flatulentas (alcachofas, col, coliflor, brócoli, coles de Bruselas, pimiento, pepino, rábanos, cebolla, repollo, y ajos).
Bebidas	Agua, caldos desgrasados, infusiones suaves.
Grasas	Aceite de oliva.

Nota: Alimentos permitidos en el tratamiento dietético de la gastritis

Fuente: Manual de dietoterapia, Cuba, 2001.

b) Características químicas

Las proteínas atenúan la secreción del ácido gástrico pero como deben degradarse a peptonas en el estómago, persisten más tiempo en el mismo, con lo que acrecientan la secreción. Estos se alteran de acuerdo al origen de la proteína y al método de acción. Los productos de la digestión proteica son importantes estimulantes de la secreción ácida, no obstante, aquellos deben estar presentes en las dietas adecuadas gástricas.

Los carbohidratos no estimularán ni inhibirán la secreción gástrica, se excretarán rápidamente, a menos que sean soluciones hipertónicas o productos con estructuras celulares complejas y / o difíciles de descomponer, de lo contrario alcanzarán el estado de quimo sin problemas.

Las grasas reducen la secreción y la motilidad al subsistir mayor tiempo en el estómago. El total de calorías de la dieta recomendada para la gastritis debe estar entre 1800 y 2200 Kcal.

3.2 Antecedentes

3.2.1 A nivel nacional.

- a) **Galvan & Escobar (2010).** Se realizó un estudio retrospectivo en el Hospital Regional IV de EsSalud - Huancayo. Fueron evaluadas 245 historias clínicas de pacientes con gastritis crónica a quienes se les realizó endoscopía digestiva alta durante el año 2008 en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional IV EsSalud de la ciudad de Huancayo. . Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 15. Las variables categóricas fueron analizadas con la prueba chi cuadrado de Pearson. Valores de $p < 0.05$ fueron considerados significativos.
- b) **Sonia Espinoza Siguas (2016).** En este estudio se investigó los estilos de vida que llevan los estudiantes de administración del v ciclo de la universidad autónoma de ICA de la provincia de chincha y se concluye que los estudiantes de la carrera de administración del v ciclo de la universidad autónoma de Ica, no conocen la importancia de poder tener una adecuada alimentación, es por ello que surge este proyecto de investigación.
- c) **Galia Villalobos Pavlica (2017).** Los estudiantes universitarios muchas veces sufren de gastritis, que es una entidad de elevada morbilidad a nivel mundial, su incidencia varía en las diferentes regiones y países. Esta se ha visto incrementada en los estudiantes en los últimos años, en gran parte por la vida cotidiana que llevan, que encierra malos hábitos alimenticios, consumo de alcohol, cigarrillos, café y el consumo de medicamentos crónicos. La presente investigación tiene por objetivo determinar el autocuidado que realizan los estudiantes de enfermería frente a la prevención de la gastritis en la Universidad Privada San Juan Bautista Marzo 2016.

- d) **Gaspar & Jacobe (2017)**. Se realizó un estudio observacional, descriptivo el universo de trabajo estuvo constituido por la totalidad de estudiantes universitarios de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica y por estudiantes de la Escuela Profesional de Nutrición Humana con carnet 2016, se estudiaron dimensiones generales, características sociodemográficas, factores de riesgo que influyen para desarrollar gastritis, signos y síntomas característicos de la gastritis, y finalmente hábitos alimenticios y toxicológicos.

3.2.2 A nivel internacional.

- a) **Sáenz, González & Díaz (2011)**. Los estudios realizados en Colombia sobre hábitos alimenticios en estudiantes universitarios son escasos y la mayor parte de éstos utilizan instrumentos de cribado para estudiar la prevalencia de riesgo de la enfermedad. En otros países se han reportado estudios por García-Segovia, cuyos resultados demuestran que la comida del mediodía es percibida como la más importante y un alto porcentaje de los encuestados la consumen fuera de su lugar de residencia, al menos dos veces por semana. El objetivo del presente estudio fue describir la prevalencia de hábitos y desórdenes alimenticios en universitarios y relacionarlos con factores socio-demográficos, físicos y conductuales.
- b) **Lida Japón Espinosa (2015)**. El presente estudio tiene como propósito determinar a prevalencia causada por *helicobacter pylori* en los estudiantes del Plan de Contingencia modalidad presencial de la Universidad Nacional de Loja sede Zamora, en el año 2014. Los resultados obtenidos demuestran que el 45% de los estudiantes poseen la bacteria *helicobacter pylori*, convirtiéndose en un problema de salud en la población. Los factores que contribuyen en la aparición de gastritis causada por *Helicobacter pylori* son: el agua consumida directamente de la llave

con el 39,07%, el no lavarse las manos con el 66,18%. Tomando en cuenta esta problemática la autora desarrolló un plan de atención encaminado a prevenir y tratar los casos de gastritis, en los estudiantes.

- c) **Liliana Catalina León Medina (2017)**. Una buena alimentación es la clave para tener un excelente desempeño de las actividades que se realizan diariamente, resaltándose que a la hora de realizar la compra de los alimentos, estos deben ser ricos en proteínas, vitaminas y minerales que aportan nutrientes para tener una vida más longeva. La presente investigación se enfoca en estudiar los hábitos, estilos de vida y prácticas de consumo de alimentos saludables en jóvenes universitarios de Bogotá con edades que oscilan entre los 18 y 30, donde se abordarán las siguientes categorías que servirán como guía en la investigación: Alimentos saludables, hábitos alimentarios, estilos de vida, prácticas de compra y consumo y conocimiento de marca.
- d) **Judith Benitez Cuevas (2017)**. Los estudios relacionados sobre hábitos alimenticios reportan que los desórdenes en la forma de alimentarse derivan en el padecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como la diabetes, obesidad, cardiopatías, entre otras. Los estudios referentes a los hábitos alimenticios de estudiantes universitarios son escasos en México, y no se cuenta con alguno realizado con estudiantes de la UAEM. Por tanto, el objetivo de la presente investigación fue identificar los hábitos alimenticios de jóvenes universitarios y revisar la influencia de variables socioeconómicas en estos hábitos así como analizar el acceso a los alimentos en el entorno universitario.

Referencias:

- Amigo, I., Fernández, C. & Pérez, M. (2003). Capítulo 1: La Psicología de la salud (pp. 1-29). *En Manual de Psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Annibale B, Lahner E, Fave GD. (2011). Diagnosis and management of pernicious anemia. *Current Gastroenterology Reports*, 13(6):518-24.
- Arrivillaga M., & Salazar I. C. (2005). Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos. *Psicología conductual*, 13(1), 19-36.
- Bardales, J. (2017). *Patrones de hábitos alimentarios e índice de masa corporal en universitarios de la facultad de ciencias farmacéuticas y bioquímica de Universidad Inca Garcilaso de la Vega* (tesis de maestría). - Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima, Perú.
- Benitez, J. (2017). *Hábitos alimenticios de jóvenes universitarios y el acceso a los alimentos en la UAEM* (tesis publicada). Universidad Autónoma del Estado de México, México.
- BNF (2013). *Healthy Ageing: The Role of Nutrition and Lifestyle* (1ª ed). Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliosil-ebooks/reader.action?docID=1378789&query=chronic+gastritis>
- CervanteS, E. (2016). Helicobacter pylori: mecanismos de patogenicidad. *Revista Latinoamericana de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio*, 63(2), 100-109.

Díaz, S., Martínez, M., Zapata, A. (2017). Rendimiento académico y calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes de odontología. *Salud Uninorte*, 33(2).

Elízaga, I. (2010). ABSTRACTS. *Acta Pediatrica Espanola*, 68(9), 477-484

Espinoza, S. (2016) *factores que producen gastritis en los estudiantes de administración del v ciclo de la universidad Autónoma de Ica de la provincia de Chincha* (tesis de maestría inédita). Universidad Autónoma de Ica, Chincha, Perú.

Galvan, P. & Escobar, J. (2010). *Gastritis crónica confirmada por endoscopia digestiva alta: características clínicas y epidemiológicas en la altura (a 3280 msnm) - hospital iv essalud* (tesis de maestría inédita). Universidad Nacional Del Centro Del Perú, Huancayo, Perú.

Gaspar, M. & Jacobo, V. (2017). *Prevalencia de factores de riesgo tradicional de la gastritis en universitarios de Huancayo* (tesis de maestría inédita). Universidad Peruana Los Andes, Huancayo, Perú.

Gutierrez B, Vidal T, Valmaila C y Camou C. (2006). Infección por *Helicobacter pylori* en Santo Domingo, República Dominicana. *Rev. Cub Invest Biomed* 2006; 25 (4): 221-25.

- Japón, L. (2015). *Prevalencia de gastritis causada por helicobacter pylori en los estudiantes del plan de contingencia modalidad presencial de la Universidad Nacional de Loja sede Zamora* (tesis publicada). Universidad Nacional de Loja sede Zamora, Ecuador.
- Johnson, L. (2012). *Physiology of the Gastrointestinal Tract* (5ª ed). Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliosil-ebooks/reader.action?docID=913766&query=gastritis+OR+disease>
- León, L. (2017). *Hábitos, estilos de vida y prácticas de consumo de alimentos saludables en jóvenes universitarios de Bogotá* (tesis de maestría inédita). Universidad Santo Tomás, Colombia.
- Marshall , B. (1991). *Helicobacter Pylori in Peptic Ulceration and Gastritis*.
- Mendez, N. (2010). *Gastroenterología* (2ª ed). México.
- Miskovitz, P. & Betancourt, M. (2005). *The Doctor's Guide to Gastrointestinal Health* (1ª ed). Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliosil-ebooks/reader.action?docID=226436&query=chronic+gastritis>
- Peña J., Tirado B. (2009). *Plan de orientación dirigido a prevenir la gastritis en los adolescentes de la unidad educativa “santísima trinidad” de Puerto Ordaz – estado bolívar, primer trimestre 2009* (tesis de pregrado). Universidad Central De Venezuela, Puerto Ordaz, Venezuela. (P.76)

Ramirez R, Chinga A, Mendoza R. (2003). Variación de la prevalencia del H. pylori en el Perú periodo 1985-2002, en una población de nivel socioeconómico medio y alto. *Rev. Gastroenterol. Perú* 2003; 23 (2): 92-98.

Ramos J., Salazar M., García G., Hernández M., Bonilla M., Pérez E. (2008) *Hábitos de Alimentación en Estudiantes Universitarios* (tesis de maestría) Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.

Rodríguez E., Ferre C., García A., Moreira V. (2015). Anemia perniciosa. Del pasado al presente. *Revista Clínica Española (ScienceDirect)*, 215(5), 276-284.

Sánchez, J. (2013). Causas y consecuencias de la gastritis aguda. (Versión electrónica) *El Siglo de Torreon*, 27

Trejo, M., Castañeda, Y., Valverde, C., Aguilar, M., Cruz, C. (2017). *Factores de riesgo relacionados a la gastritis en los estudiantes de la carrera de enfermería de la universidad nacional José Faustino Sánchez Carrión* (tesis de maestría). Universidad nacional José Faustino Sánchez Carrión, Huacho, Perú.

Véliz, C. (2007). Cuando la "U" pasa la cuenta. *Siglo Veintiuno*. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/378308622/citation/6EFFC84A59B74412PQ/7?accountid=43847>

- Villalobos, G. (2017). *Autocuidado del estudiante de enfermería frente a la prevención de la gastritis en la universidad* (tesis de maestría inédita). Universidad Privada San Juan Bautista, Lima, Perú.
- Yepez, Y., Ricaurte, A., Bedoya, A., Berbesi, D. (2017). Lesiones precursoras de malignidad gástrica y su asociación con hábitos alimentarios. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 32(3), 209-215.