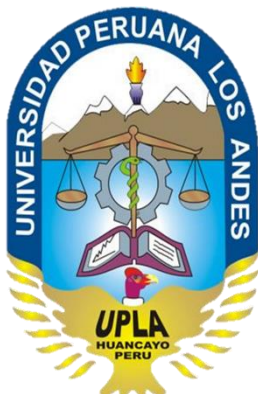


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE
FARMACIA Y BIOQUÍMICA



**“PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO TRADICIONAL
DE LA GASTRITIS EN UNIVERSITARIOS DE HUANCAYO
2016”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
QUÍMICO FARMACÉUTICO**

PRESENTADA POR:

**BACHILLER MIGUEL ENRIQUE GASPAR PAUCAR
BACHILLER VIENNEV MELISSA JACOB MEDRANO**

HUANCAYO – PERÚ

2017

ASESOR

Q.F. NÉSTOR ROLANDO LAZO BELTRÁN

DEDICATORIA

La presente investigación la dedicamos a Dios, a nuestros padres y docentes por tener su apoyo incondicional para alcanzar nuestros objetivos de formación profesional y poder desarrollar dicha investigación satisfactoriamente.

AGRADECIMIENTO

A Nuestros Maestros, que nos enseñaron, y nos instruyeron lo mejor posible para ser excelentes tanto en el ámbito profesional, como en el personal.

A nuestra Asesor, Q.F. Néstor Lazo Beltrán, quién con sus conocimientos y apoyo supo guiar el desarrollo del presente estudio, por valorar cada uno de nuestros esfuerzos e iniciativas.

A nuestras compañeras de clases, con quienes compartimos más que un aula, gracias por regalarnos su amistad durante los años de estudios.

A todas aquellas personas que de una u otra forma nos ayudaron a crecer.

ÍNDICE

	Página
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
INDICE	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN	
1.1 Planteamiento del problema	9
1.2 Descripción y delimitación del problema	12
1.3 Formulación del problema	12
1.4 Objetivos	12
1.5 Justificación	13
1.6 Marco teórico	14
1.6.1 Antecedentes de estudio	14

1.6.2 Bases teóricas	17
1.6.3 Definición de conceptos clave	28
1.7 Hipótesis	30
1.7.1 Identificación de variables	30
CAPÍTULO II MÉTODO	
2.1 Tipo, nivel y diseño de investigación	31
2.2 Población	31
2.3 Muestra y tipo de muestreo	31
2.4 Variable de investigación	32
2.5 Técnicas de recolección de datos	33
2.6 Procesamiento de datos	33
2.7 Procedimientos a seguir para probar la hipótesis	34
2.8 Limitaciones	34
2.9 Consideraciones éticas	34
CAPÍTULO III RESULTADOS	35
CAPÍTULO IV ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	45
CAPÍTULO V CONCLUSIONES	49
CAPÍTULO VI RECOMENDACIONES	51
CAPÍTULO VII BIBLIOGRAFÍA	52
ANEXOS	60

RESUMEN

“PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO TRADICIONAL DE LA GASTRITIS EN UNIVERSITARIOS DE HUANCAYO 2016”

El término gastritis debe reservarse para la inflamación histológicamente demostrada de la mucosa gástrica. La gastritis no es el eritema mucoso que se observa durante la endoscopia ni es intercambiable con el término "dispepsia". Determinar la prevalencia de factores de riesgo tradicional de la gastritis en universitarios de Huancayo 2016. 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. Los datos se obtuvieron a través de una encuesta estructurada, se identificó prevalencia de factores de riesgo tradicional de la gastritis en universitarios, se utilizó el porcentaje como medida de resumen y el SPSS versión 22 para Windows, se empleó para validar la encuesta. Los estudiantes si manifiestan los factores de riesgo para desarrollar la gastritis y presentan gastritis y algunos tienen signos de la enfermedad reflujo esofágico. La investigación logro determinar la prevalencia de factores de riesgo tradicional de la gastritis en los estudiantes

Palabras clave: prevalencia gastritis, factores de riesgo, gastritis en universitarios

ABSTRACT

"PREVALENCE OF TRADITIONAL RISK FACTORS OF GASTRITIS IN UNIVERSITARIOS DE HUANCAYO 2016"

The term gastritis should be reserved for histologically demonstrated inflammation of the gastric mucosa. Gastritis is not mucosal erythema that is seen during endoscopy and is not interchangeable with the term "dyspepsia". To determine the prevalence of traditional risk factors for gastritis in university students in Huancayo 2016. A study was realized observacionality, descriptive the universe of work was constituted by the totality of university students of the Vocational school of Drugstore and Biochemistry and by students of the Vocational school of Human Nutrition by season-ticket 2016 certificate, general dimensions, sociodemographic characteristics, risk factors Which influence to develop gastritis, signs and symptoms characteristic of gastritis, and finally eating and toxicological habits Data were obtained through a structured survey, we identified prevalence of traditional risk factors of gastritis in college students, we used the percentage as Summary measure and the SPSS version 22 for Windows, was used to validate the survey. Students exhibit risk factors for developing gastritis and have gastritis and some have signs of esophageal reflux disease. The research was able to determine the prevalence of traditional risk factors for gastritis in students

Keywords: prevalence gastritis, risk factors, gastritis in university students

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema

La gastritis es etiológicamente multifactorial, observándose que en un solo paciente pueden intervenir múltiples factores tanto exógenos como endógenos, de los que el más común es la infección por *Helicobacter pylori*^{1,2}.

Las causas más comunes de gastritis son el consumo importante de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), en especial aspirina, consumo excesivo de alcohol y tabaco, infección del estómago por una bacteria llamada *Helicobacter pylori*. Las causas menos comunes son anemia perniciosa, reflujo biliar, estrés extremo e infecciones virales. (Marshall B y Col, 1984)^{1,2}.

En la actualidad los jóvenes estudiantes universitarios están expuestos a un ritmo de vida altamente estresante, en donde las presiones en el trabajo, en el estudio dentro de la universidad, los conflictos existenciales típicos del adolescente, los malos hábitos alimenticios y los vicios (alcohol, tabaquismo, droga) pueden conducir al deterioro de su organismo, y a la aparición de distintas enfermedades orgánicas, entre ellas se encuentra la gastritis (Marshall B y Col, 1984) ^{1,2}.

La gastritis era encontrada antes en pacientes adultos, mayores de 35 años, pero desde hace cinco años la incidencia redujo en este grupo etario y aumentó en jóvenes. Ahora tenemos pacientes entre 20 y 30 años con cuadros complicados: úlceras gástricas y hemorragias digestivas. (Marshall B y Col, 1984) ^{1,2}.

El alcohol y el excesivo consumo de alimentos dañinos son las principales causas de esta situación, actualmente los jóvenes ingieren bebidas alcohólicas a partir de los 12 años, además del tabaco, bebidas carbonatadas, comida chatarra y picante, que aumentan la acidez en el estómago de la persona. (Marshall B y Col, 1984) ^{1,2}.

La gastritis es una enfermedad inflamatoria del estómago que puede producirse por dos factores: el tipo infeccioso es el más común, causado por la bacteria *Helicobacter pylori* (Hp). (Marshall B y Col, 1984) ^{1,2}.

Las causas externas tenemos el consumo de alimentos nocivos para el estómago, como la comida grasosa y picante, consumo de comida chatarra por la falta de un comedor estudiantil, consumir bebidas carbonatadas, con cafeína y bebidas alcohólicas, medicamentos antiinflamatorios: diclofenaco, aspirina e ibuprofeno por dolores de alguna parte del cuerpo. El ayuno por la programación de clases a horas muy tempranas, el vivir solos y la falta de tiempo para preparar sus alimentos. Dentro de las causas internas tenemos al estrés por la demasiada carga académica y de tareas académicas, la disminución del sistema inmunológico relacionado a una pobre alimentación, la influencia de la propaganda por cuestiones de moda el estereotipo de la figura delgada y su mayor aceptación en el círculo de amigos lo que se ve obligado a disminuir su consumo de alimentos. Aunque aún no está comprobado, estudios sostienen que el beso es otra fuente de transmisión del Hp y virus (Marshall B y Col, 1984)

Las personas con gastritis pueden o no presentar síntomas. Los más comunes son la falta de apetito, náuseas, vómito, dolor en la parte superior del abdomen que comúnmente suele ser de tipo ardoroso. Si la gastritis es muy severa, puede haber sangrado en el estómago, lo que ocasionaría heces negras o vómitos con sangre o en pozo de café. Para el diagnóstico muchas veces basta con la sintomatología, más, sin embargo, una endoscopía, exámenes de descartar para *Helicobacter pylori*, así como una biometría hemática en busca de anemia, pueden ayudar a confirmar el diagnóstico (Ramírez A y Col. 2000) ^{1,2}.

Una dieta saludable y el relajarse son medidas sencillas y claves para una vida sana. El 80% de la población peruana sufre de gastritis ³.

1.2 Descripción y delimitación del problema

La investigación se llevará a cabo en la ciudad de Huancayo, con estudiantes universitarios de ciencias de la salud de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica y de la Escuela Profesional de Nutrición Humana, se realizará una encuesta estructurada para medir la prevalencia de los factores de riesgo tradicional de la gastritis que presentan los universitarios en el año 2016.

1.3 Formulación del problema

Por todo lo explicado formulamos la siguiente interrogante ¿Cuál es la prevalencia de los factores de riesgo tradicional que influyen el desarrollo de la gastritis en universitarios de Huancayo durante el 2016?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia de gastritis y sus factores de riesgo tradicional de la gastritis en universitarios de Huancayo 2016.

1.4.2 Objetivo Específicos

- Determinar la prevalencia de los factores de riesgo que influyen para desarrollar gastritis en universitarios de Huancayo 2016.

- Determinar la prevalencia de los signos y síntomas característicos de la gastritis en universitarios de Huancayo 2016.
- Determinar la prevalencia de las características sociodemográficas en universitarios de Huancayo 2016.
- Determinar la prevalencia de los hábitos alimenticios y toxicológicos en universitarios de Huancayo 2016.

1.5 Justificación

1.5.1 Científica

Esta investigación determinó la prevalencia de los factores de riesgo tradicionales para desarrollar gastritis, como problema de salud, se acrecienta al acumularse datos que indican que desempeña un papel patogénico esencial en la enfermedad ulcerosa péptica y ciertas formas de cáncer gástrico.

1.5.2 Social

Este estudio permitió conocer la prevalencia de los signos y síntomas, de los factores de riesgo para desarrollar la gastritis y conocer los hábitos alimenticios y tóxicos de los estudiantes universitarios y tomar medidas correctivas como política pública institucional universitaria.

1.5.3 Metodológica

Se empleó procedimientos y técnicas estadísticas descriptivas para determinar la prevalencia de los factores de riesgo para desarrollar la gastritis, se elaborará y aplicará una encuesta estructurada a los estudiantes de ciencias de la salud validado; para luego establecer medidas correctivas.

1.5.4 Legal⁴

En merito a la ley del Trabajo del Químico Farmacéutico del Perú, que regula el trabajo de dicho profesional en todas las dependencias del sector público y privado; y al DECRETO SUPREMO N° 008-2006-SA, donde se Aprueba el Reglamento de la Ley N° 28173, que consta de siete (7) Capítulos, veintisiete (27) artículos y cuatro (4) Disposiciones Finales. Trabajo de investigación que cumple al artículo 4° sobre el acto farmacéutico como pilar en la promoción, prevención y recuperación del paciente.

1.6 Marco teórico

1.6.1 Antecedentes de estudio

En Venezuela el 2001, se demostró que el *Helicobacter pylori* es un bacilo gram negativo, curvado, de superficie lisa y flagelos que le permiten realizar movimientos, para penetrar y colonizar la viscosidad que cubre la superficie de la mucosa gástrica y, de esta manera, producir una afección gastroduodenal. En Venezuela, estas patologías ocupan una de las primeras causas de morbilidad, y en el estado Falcón constituyen uno de los principales

motivos de consulta. En el presente trabajo se determinó la incidencia de infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con sintomatología de vías digestivas. AU). (Díaz S, 2001)⁵

En Guatemala el 2010, Herrera-Monterroso, en su trabajo sobre prevalencia de gastritis en un segmento de la población estudiantil de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia de la Universidad de San Carlos de Guatemala que cursan el segundo año con carnet 2010 y la elaboración de un trifoliar informativo, tuvo como objetivo de determinar la prevalencia de gastritis en estudiantes de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia de la Universidad de San Carlos de Guatemala que cursan el segundo año con carnet 2010. (Herrera, 2010)⁶

En México 2012, Caballero en su investigación sobre las enfermedades gastrointestinales (EG) tiene alta prevalencia e implican un alto costo económico, social y personal, y se sabe que las emociones negativas desencadenan o exacerban los síntomas. Por ende, el objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre la adhesión terapéutica y la regulación emocional de pacientes con EG. Los pacientes mostraron cambios favorables en las conductas de adhesión y regulación emocional, lo que se tradujo en la disminución de sus síntomas. (Caballero N y otros, 2012)⁷

En Perú el 2007, Peña en su trabajo indica que existen muchos factores que dan origen a la gastritis, la cual deteriora la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes que tienen esta enfermedad. El objetivo fue determinar el nivel de conocimiento que tenían los pacientes en la ciudad de Huancayo. (Peña J y otros, 2007).⁸

En Venezuela el 2009, se evidenció en la investigación sobre un plan de orientación dirigida a prevenir la gastritis en los adolescentes, tuvo por objetivo diseñar un plan de orientación a los adolescentes sobre la prevención de la gastritis en la unidad educativa “Santísima Trinidad” de puerto Ordaz, Edo. Bolívar, en el primer trimestre de 2009. Por sus características se asocia a un diseño de campo y se enmarca en un tipo de investigación proyectiva. (Peña J y otros, 2009).⁹

En Perú el 2009, en actividades que integran el trabajo de campo, la ayuda social y la investigación han sido iniciativas promovidas por varias sociedades estudiantiles de diferentes universidades relacionadas con las ciencias de la salud. El objetivo del presente trabajo fue describir la participación estudiantil de una universidad peruana en un proyecto en salud de participación y colaboración en espacios rurales o urbano-marginales denominado “Intervención Rural de Investigación y Saneamiento (IRIS)”. El IRIS-X permitió a los alumnos aplicar los conocimientos adquiridos durante la formación universitaria y llevar a cabo proyectos de investigación científica

desde el pregrado, contribuyendo sanitariamente a la población más pobre y desatendida del país⁶. (Rivas y otros, 2009).¹⁰

En Perú el 2012, en la investigación sobre incidencia y factores Asociados en la recurrencia de Sangrado Ulceroso Post Inyectoterapia con Adrenalina, su objetivo fue determinar la incidencia y los factores asociados en la recurrencia de sangrado post terapia endoscópica con inyección de adrenalina en pacientes con sangrado ulceroso de un hospital de referencia nacional. (Castillo C y otros).¹¹

1.6.2 Bases teóricas

A. Introducción incidencia actual de la gastritis

Las políticas encaminadas a aumentar la expectativa de vida de la población adulta y a garantizar su mejor calidad de vida incluyen, en primer lugar, aquellas tendientes a actuar sobre las primeras causas de morbilidad y mortalidad¹².

Uno de los trastornos que con más frecuencia afecta a la población mundial son las enfermedades gastrointestinales, las cuales se encuentran entre las primeras causas de muerte, al estar incluidas entre ellas el cáncer colorectal y el gástrico^{13, 14}

Dentro de las enfermedades gastrointestinales más comunes se encuentra la gastritis, cuyo concepto clásico ha experimentado importantes cambios, fundamentalmente a partir del descubrimiento y caracterización del *Helicobacter pylori*, hallazgo que ha constituido una revolución en la histopatología y tratamiento de las enfermedades gastroduodenales ¹⁵.

Por otra parte, varios autores no consideran correcto llamar gastritis aguda a las lesiones erosivas o hemorrágicas o ambas inclusive que se producen por el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), alcohol, estrés, sino denominarlas gastropatías, ya que no se encuentran signos histológicos de inflamación significativos, ni en los márgenes de la erosión ni en las zonas adyacentes ¹⁶.

B. FACTORES ETIOLÓGICOS Y SÍNTOMAS

La gastritis en general es un padecimiento de etiología multifactorial y de elevada frecuencia en la población mundial. Se observa que en un solo paciente pueden intervenir múltiples factores agresivos tanto exógenos como endógenos (Tabla 1).^{17- 19}

Tabla 1. Factores etiológicos de la gastritis	
Factores agresivos	
Exógenos	Endógenos
<i>Helicobacter pylori</i> y otros agentes infecciosos. Consumo de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Consumo excesivo de alcohol. Hábito de fumar. Agentes Cáusticos. Irritantes gástricos. Radiaciones.	Ácido gástrico y pepsina Jugo pancreático. Reflujo biliar crónico. Uremia. Enfermedades autoinmunes.

Fuente: Fernández Travieso JC. Incidencia actual de la gastritis: una breve revisión, 2014

Los factores gastroprotectores de la mucosa gástrica se dividen también en exógenos (consumo de antioxidantes en los alimentos) y endógenos, los cuales incluyen a los pre epiteliales (secreción de mucus y bicarbonato), epiteliales (barrera epitelial) y post epiteliales (síntesis de prostaglandinas, flujo sanguíneo gástrico y factor de crecimiento epidérmico). Cuando los factores defensivos no son capaces de proteger a la mucosa gástrica de la agresión de los factores agresivos ocurre el daño, con lo que pueden aparecer alteraciones histopatológicas de la mucosa gástrica.^{20, 21}

En ocasiones no se presentan síntomas, aunque lo más habitual es que se produzca ardor o dolor en el epigastrio, acidez, dolor abdominal en la parte superior (que puede empeorar al comer), indigestión abdominal, pérdida del apetito, eructos, hemorragia abdominal, náuseas, vómitos, sensación de plenitud, pirosis, sangrado en las heces, entre otros²².

El ardor en el epigastrio suele ceder a corto plazo con la ingesta de alimentos, sobre todo leche, aunque, unas dos horas tras la ingesta, los alimentos pasan al duodeno y el ácido clorhídrico secretado para la digestión queda en el estómago, lo que hace que se agudicen los síntomas²³.

Generalmente, el tratamiento de la gastritis incluye antiácidos y otros medicamentos que ayudan a disminuir la acidez estomacal, a aliviar los síntomas y a estimular la curación del revestimiento del estómago, puesto que aquella irrita al tejido inflamado. Si la gastritis está relacionada con una enfermedad o una

infección, también se tratará ese problema, así como a los pacientes fumadores se les recomienda dejar de fumar y evitar comidas, bebidas o medicamentos que causan síntomas o irritan el revestimiento del estómago ^{24,25}.

La gastritis se asocia a la expresión aumentada del factor tumoral TNF- α , la producción de interleukina-8 y a la virulencia del *Helicobacter pylori*, lo que puede aumentar la concentración de especies reactivas del oxígeno (ERO) y disminuir la actividad de la superóxido dismutasa y del glutatión peroxidasa ^{26, 27}.

La infección por *Helicobacter pylori*, el consumo de AINEs y el alcohol se consideran factores de riesgo independientes de gastritis, así como de sus complicaciones ²⁸.

El *Helicobacter pylori* es una bacteria gram-negativa de morfología bacilar, microaerófila y que coloniza exitosamente la mucosa gástrica humana. Este patógeno es el principal agente etiológico de diversas patologías del tracto gastrointestinal e infecta aproximadamente a la mitad de la población mundial ²⁹.

Diversos investigadores plantean que la infección por *Helicobacter pylori* ocurre principalmente durante la niñez y que su principal factor de riesgo lo constituye el estado económico de la familia, lo cual se revela en la cantidad de individuos que conviven en una vivienda, en la carencia de suministro de agua potable y en las malas condiciones sanitarias que ella posea ³⁰.

La patogénesis de la gastritis por *Helicobacter pylori* incluye dos etapas. La primera, caracterizada por la llegada y penetración del microorganismo al mucus gástrico donde se asienta y se multiplica. En esta etapa, la bacteria libera varias sustancias tóxicas que son capaces de estimular la respuesta inmunológica local, expresada en un aumento de la inmunoglobulina A (IgA) secretada con el fin de evitar el proceso de la infección. Las principales células inflamatorias participantes en este evento inicial son los neutrófilos, que son atraídos al sitio de la lesión, de ahí que su presencia en compañía de folículos linfoides se considere como un signo de actividad. Durante esta fase es común observar la invasión del *Helicobacter pylori* en las células epiteliales ³¹.

En la segunda etapa, se presenta una amplificación de la respuesta inflamatoria por la interacción de linfocitos, neutrófilos, macrófagos, células mastoides y otras no inmunes, que, al ser atraídas al sitio de la lesión, liberan gran cantidad de mediadores químicos como citoquinas, eicosanoides, especies reactivas del oxígeno (radicales libres de oxígeno) y el sistema de complemento, que perpetúan la inflamación ³².

En esta última etapa también participan los neuropéptidos liberados por las neuronas del sistema nervioso entérico que contribuyen a ampliar la respuesta inflamatoria. Tienen lugar la participación del sistema inmune local y sistémico en el control de la infección y la neutralización de las toxinas bacterianas. Además, se potencializa la destrucción tisular que según su intensidad y duración puede crear una úlcera gastroduodenal ³³.

Los AINEs ejercen una acción tóxica dual sobre la mucosa gastroduodenal (una local, erosiva, fácilmente reversible) y otra sistémica, mediante la inhibición de la COX, que reduce la producción de prostaglandinas. Ya que las prostaglandinas inhiben la acción de la adenilciclase que controla el funcionamiento de la bomba de protones, es lógico que la inhibición de su producción desarticule este mecanismo y provoque, a la larga, hiperactividad de la bomba ³⁴.

La patogénesis del daño gástrico inducido por etanol también implica un aumento del estrés oxidativo en particular de radicales •OH y de anión superóxido y afecta la disponibilidad de óxido nítrico ³⁵. El tratamiento agudo con etanol produce lesiones y erosiones de la mucosa gástrica, aumentando el estrés oxidativo, la peroxidación lipídica y específicamente las cifras de malondialdehído, el daño del DNA y reduce el contenido de GSH en la mucosa gástrica de rata ³⁶.

El etanol propicia la formación de radicales libres intra y extracelulares, lo que induce estrés oxidativo intracelular y la transición de la permeabilidad mitocondrial que precede a la muerte de la mucosa de las células gástricas ^{37, 38}. Aunque los efectos deletéreos del etanol sobre la mucosa gástrica pueden ser contrarrestados por antioxidantes intracelulares como el glutatión y el α -tocoferol ³⁹, si los sistemas antioxidantes resultan insuficientes, los factores de riesgo se acumulan y causan daño oxidativo considerable, lo que conduce a la muerte celular ⁴⁰.

El daño gástrico por etanol también se debe a su acción vasoconstrictora sobre las venas y arterias de la mucosa gástrica, lo que produce congestión, inflamación y daño tisular a acciones que pueden ser prevenidas por la prostaglandina E2 (PGE2), la cual aumenta la secreción de mucus e inhibe la motilidad gástrica ^{41,42}. Las lesiones de la mucosa gástrica causadas por estrés, AINEs, etanol y *Helicobacter pylori* también pueden deberse al aumento de la apoptosis por diversos factores ⁴³.

C. CLASIFICACIÓN ^{44,45}

Existen diferentes clasificaciones de las gastritis, basadas en criterios clínicos, factores etiológicos, endoscópicos o patológicos. Sin embargo, en la presente reseña solo se hace referencia a la clasificación basada en su evolución, histología y patogenia (Tabla 2).

Tabla 2. Clasificación de las gastritis basada en su evolución, histología y patogenia	
Gastritis aguda	Gastritis crónica
<p>Infecciosa Erosivo-hemorrágica</p>	<p>No atrófica Atrófica Autoinmune</p>

Fuente: Fernández Travieso JC. Incidencia actual de la gastritis: una breve revisión, 2014

Gastritis aguda infecciosa ^{44,45}

En este tipo de gastritis se destacan las de origen bacteriano, producidas por la ingestión de alimentos contaminados por gérmenes o sus toxinas. Las más frecuentes son las provocadas por *Helicobacter pylori* en la fase inicial de la infección, que suelen pasar inadvertidas por asintomáticas. Se llega al

diagnóstico mediante el análisis histológico o microbiológico o por ambas de las muestras obtenidas por endoscopia. El tratamiento depende, lógicamente, del agente causal identificado, aunque en las formas leves son suficientes las medidas dietéticas simples y la terapia sintomática. Además del tratamiento antibiótico, la intervención quirúrgica urgente está indicada en las formas perforativas y en las gastritis flemonosas y enfisematosas.

Gastropatía aguda erosivo-hemorrágica ^{44,45}

En este tipo de gastropatía las lesiones se observan endoscópicamente y en general, no se requiere la obtención de biopsias, a menos que se sospeche algún tipo especial de gastritis (p. ej.: una infección en un paciente inmunodeprimido o una enfermedad de Crohn). Entre sus causas fundamentales se destacan los fármacos, en especial, los AINEs, el alcohol y las enfermedades asociadas graves (en cuyo caso se habla de lesiones por estrés, cuyo prototipo lo constituyen los enfermos ingresados en una unidad de cuidados intensivos). La inflamación histológica es característicamente escasa o está ausente, por lo que el término gastropatía en lugar de gastritis parece más adecuado en estos casos.

En estas formas de gastritis se observa un infiltrado leucocitario sin destrucción ni pérdida de las glándulas gástricas. Dentro de ellas se encuentra la gastritis antral difusa, en la que mucosa oxíntica (cuerpo y *fundus*) puede ser normal o presentar solo una inflamación leve. El infiltrado inflamatorio puede ser únicamente linfoplasmocitario o estar acompañado de polimorfonucleares, lo que

se ha denominado actividad inflamatoria (en cuyo caso se etiquetaría como gastritis crónica activa).

Gastritis crónica atrófica ^{44,45}

Dos entidades nosológicas muy distintas se caracterizan por reducción y pérdida de las glándulas gástricas: la gastritis autoinmune y la atrófica multifocal.

Gastritis crónica autoinmune ^{44,45}

Se trata de una entidad clínica poco frecuente, con un importante componente genético y familiar, más frecuente en poblaciones de origen escandinavo y en el grupo sanguíneo A. La frecuente asociación con enfermedades de origen inmunológico y la comprobación de anticuerpos frente a las células parietales y al factor intrínseco con mucha mayor frecuencia que en la población general argumentan a favor de un mecanismo autoinmune.

Se caracteriza histológicamente por una gastritis crónica atrófica que compromete de forma difusa la mucosa oxíntica, con afectación predominantemente de las células principales y parietales (productoras de ácido clorhídrico y de factor intrínseco, imprescindible este último para la absorción de vitamina B¹²)

En las lesiones ya avanzadas casi nunca es posible identificar la infección por *Helicobacter pylori*, pero no puede descartarse un papel patógeno del microorganismo en los primeros estadios de la enfermedad en individuos

genéticamente predispuestos. Las manifestaciones clínicas predominantes son las derivadas del déficit de vitamina B¹², que puede ocasionar una anemia perniciosa, con síntomas, consecuencia de la propia anemia megaloblástica y del síndrome cordonal posterior, en ocasiones, con lesiones neurológicas irreversibles.

D. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la gastritis se realiza por medio de la gastroscopía (a través de la cual se buscan indicios de inflamación en el revestimiento y permite tomar una muestra diminuta del revestimiento para biopsia), exámenes de sangre y cultivo de heces fecales (permite buscar indicios de la presencia de bacterias anormales en el tracto digestivo que pueden causar diarrea y otros problemas, así como presencia de sangre en las heces que puede ser un signo de gastritis).⁴⁶

Sin embargo, el diagnóstico certero se realiza mediante un estudio histopatológico de la biopsia de mucosa gástrica previamente extraída de la exploración endoscópica. Es posible que solo una parte del estómago esté afectada o que lo esté toda la esfera gástrica ⁴⁷.

E. Manejo clínico de la enfermedad

El manejo y prevención de la gastritis incluye, en primer lugar, la erradicación de la infección por *Helicobacter pylori* para lo cual se han establecido esquemas combinados de antibióticos como la amoxicilina, claritomicina, metronidazol tetraciclina ⁴⁸.

Por otra parte, en el caso de las gastritis inducidas por AINEs se plantea el uso de dosis bajas de aspirina para quienes requieran tratamiento a largo plazo para reducción de riesgo vascular, del uso de inhibidores selectivos de la COX-2 (en casos sin aumento del riesgo cardiovascular) ó bien de los AINEs inespecíficos menos lesivos a la mucosa gastrointestinal (Ibuprofeno, Diclofenaco, Meloxicam) combinados con el uso de un agente inhibidor de la bomba, un antagonista H₂ o un mucoprotector ⁴⁹.

Entre las medidas no farmacológicas para el control se recomienda el cese del tabaquismo y del consumo de alcohol, ya que ambos aumentan el estrés oxidativo de la mucosa, con lo que disminuye la velocidad de curación y aumentan la recurrencia ⁵⁰, a lo que se añade que en el caso del humo del tabaco el agravamiento de la úlcera péptica porque se atenúa la hiperhemia en el margen de la lesión ⁵¹.

Por otra parte, se recomienda reducir el consumo de cafeína y controlar el estrés. Ya que ésta estimula la secreción de ácido en el estómago, mientras que

el abuso del alcohol y el aumento del estrés y la ansiedad puede aumentar el riesgo de favorecer la formación de úlceras y retardar su curación ^{52,53}.

Aunque el control de estos factores constituye un primer paso en el manejo de la gastritis, debe mantenerse como parte de un estilo de vida sano para prevenir recurrencias. En la mayoría de los casos, se utiliza terapia farmacológica, la cual tiene como objetivos, aliviar los síntomas, y prevenir recurrencias y complicaciones ⁵⁴.

F. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUALES

Los inhibidores de la bomba de protones y los antagonistas de los receptores histaminérgicos tipo 2 representan el tratamiento de primera línea, si bien los inhibidores de la bomba de protones son generalmente más efectivos que los antagonistas al receptor H₂, ya que logran sus efectos en menor tiempo (Tabla 3). También se emplean antiácidos, fundamentalmente después de las comidas y al acostarse ^{55, 56}.

Tabla 3. Terapia farmacológica en el tratamiento de la gastritis		
Inhibidores de la bomba de protones	Antagonistas al receptor histaminérgico H ₂	Agentes mucoprotectores
Omeprazol Lansoprazol Pantoprazol Rabeprazol Esomeprazol	Ranitidina Cimetidina Famotidina	Misoprostol Sucralfato

Fuente: Fernández Travieso JC. Incidencia actual de la gastritis: una breve revisión, 2014

1.6.3 Definición de conceptos clave

- **Uso Racional del Medicamento.**- El uso racional de medicamentos requiere que los pacientes reciban los medicamentos apropiados a sus necesidades clínicas, a una dosificación que satisfaga sus requerimientos individuales por un período adecuado de tiempo y al costo más bajo para ellos y su comunidad. (Conferencia de Expertos en Uso Racional de Medicamentos convocada por la Organización Mundial de la Salud -OMS en Nairobi en 1985).
- **Adherencia terapéutica** ⁵⁷.- Es el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida; un ejemplo de ello son los problemas relacionados con los medicamentos.
- **Prostaglandina** ⁵⁸.- Son un conjunto de sustancias de carácter lipídico derivadas de los ácidos grasos de 20 carbonos (*eicosanoides*), que contienen un anillo ciclopentano y constituyen una familia de mediadores celulares, con efectos diversos, a menudo contrapuestos. Las prostaglandinas afectan y actúan sobre diferentes sistemas del organismo, incluyendo el sistema nervioso, el tejido liso, la sangre y el sistema reproductor; juegan un papel importante en regular diversas funciones como la presión sanguínea, la coagulación de la sangre, la respuesta inflamatoria alérgica y la actividad del aparato digestivo.
- **Jugo gástrico** ⁵⁹.- Es una mezcla de secreciones de varias células epiteliales especializadas tanto superficiales como de las glándulas gástricas. Su composición química consiste en: agua, ácido clorhídrico, trazas de cloruro de potasio, cloruro de sodio, bicarbonato, enzimas y

mucus. Gracias a la acción de los jugos gástricos, el bolo alimenticio pasa a formar una sustancia pastosa denominada quimo.

- **Inflamación** ⁶⁰.- Ocurre solo en tejidos conectivos vascularizados y surge con el fin defensivo de aislar y destruir al agente dañino, así como reparar el tejido u órgano dañado. Se considera por tanto un mecanismo de inmunidad innata, estereotipado, en contraste con la reacción inmune adaptativa, específica para cada tipo de agente infeccioso.
- **Promoción de la Salud** ⁶⁰.- El proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren. Es una perspectiva derivada de una concepción de la salud entendida como la capacidad de las personas y los grupos para, por un lado, realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades, y, por otro, adaptarse al entorno o modificarlo. La salud se considera así un recurso para la vida cotidiana, no el objetivo por el cual vivir. Es un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas (OMS 1984, Europa).

1.7 Hipótesis

No se cumple por ser un trabajo observacional y descriptivo simple con una sola variable.

1.7.1 Identificación de variables

Variable única:

Prevalencia de factores de riesgo tradicional de la gastritis.

CAPÍTULO II

MÉTODO

2.1 Tipo, nivel y diseño de investigación ⁶¹

La presente investigación corresponde al tipo observacional básico, del nivel descriptivo y en diseño prospectivo, transversal.

2.2 Población

La población está conformada por los estudiantes de las Escuelas Profesionales de Farmacia y Bioquímica y Nutrición Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana los Andes de Huancayo.

2.3 Muestra y tipo de muestreo

Se trabajó con 143 estudiantes, obtenidas a través de un muestreo no probabilístico del tipo intencionado, según los siguientes criterios:

2.3.1 Criterios de inclusión

- Estudiante del II al IX ciclo de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica además de estudiantes de la Escuela Profesional de Nutrición Humana con carné universitario 2016.
- Estudiante que manifiestan su disposición para participar y cooperar con la investigación de forma anónima.

2.3.2 Criterios de exclusión

- Estudiante que no desean participar voluntariamente.

2.4 Variable de investigación

2.4.1 Variable única

Prevalencia de factores de riesgo tradicional de la gastritis.

2.4.2 Operacionalización de la variable

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
VARIABLE ÚNICA Prevalencia de factores de riesgo tradicional de la gastritis	1. Factores de riesgo que influyen para desarrollar gastritis	1.1 Medicamentos 1.2 Alimentos 1.3 Hábitos saludables 1.4 La insalubridad 1.5 Alimentación por porciones 1.6 Estado emocional	1.6.1 ¿Tomas antiinflamatorios para el dolor y la inflamación? 1.6.2 ¿Consumes alimentos muy caliente o muy frío? 1.6.3 ¿Realizas ayunos prolongados por espacio de más de 8 horas? 1.6.4 ¿Bebes agua potable sin hervir o comes alimentos en lugares que no garantizan la calidad? 1.6.5 ¿Consumes tu alimento hasta saciar tu apetito? 1.6.6 ¿Te falta tiempo para realizar tus tareas académicas universitarias, o familiares y o de centro laboral trabajo?

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
	2. Signos y síntomas característicos de la gastritis	2.1 Dolor 2.2 Ardor 2.3 Aerofagia 2.4 Hemorragia 2.5 Sensación de vomitar 2.6 Tos con ardor garganta al acostarse	2.6.1 Con que frecuencia presentas dolor gástrico (Epigastralgia) 2.6.2 Con que frecuencia presentas ardor gástrico a la altura de la boca del estomago 2.6.3 Con que frecuencia presentas acumulación de gases en el estómago (Aerofagia) 2.6.4 Con que frecuencia presentas vómitos con sangre (Hematemesis) 2.6.5 Con que frecuencia presentas ganas de querer vomitar 2.6.6 Con que frecuencia presentas tos con ardor de la garganta al acostarte después de comer
	3. Características sociodemográficas	3.1 Edad 3.2 Sexo 3.3 Ocupación aparte de estudiante	3.3.1 Edad 3.3.2 Sexo 3.3.3 Tienes otros trabajo u ocupación aparte de estudiante
	4. Hábitos alimenticios y toxicológicos.	4.1 Ayuno matinal 4.2 Masticar rápidamente y con distractores 4.3 Comer fuera de casa 4.4 Consumo de fibra(frutas y verduras) 4.5 Consumir comidas hipergrasosas (snack, bollería industrial, embutidos, mantequilla) 4.6 Comer 5 veces al día 4.7 Consumo de cafeína (café, té, gaseosas) 4.8 Consumo de alcohol 4.9 Fumar	4.9.1 ¿Tomas tu desayuno todos los días? 4.9.2 ¿Cuándo consumes tus alimentos lo haces viendo la televisión? 4.9.3 ¿Siempre consumes tus alimentos fuera de casa? 4.9.4 ¿Consumes al día una porción (Tamaño de tu puño) de fruta y otra de verduras? 4.9.5 ¿Consumes alimentos fritos o dorados que son cocidos en aceites? 4.9.6 ¿Comes cinco veces al día: desayuno merienda 1, almuerzo merienda 2 y cena? 4.9.7 Con que frecuencia consumes: gaseosas 4.9.8 Con que frecuencia consumes: café 4.9.9 Con que frecuencia consumes: alcohol 4.9.10 Con que frecuencia fumas

Fuente: Elaboración propia, 2016

2.5 Técnicas de recolección de datos⁶²

Los cuestionarios proporcionan una alternativa muy útil para el recojo de la información requerida; sin embargo, existen ciertas características que todas las preguntas deben estar respondidas o marcadas cada una de las respuestas.

2.6 Procesamiento de datos

Para la tabulación de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 22 y Excel 2013, los datos serán tabulados para ser representados en gráficos y tablas para cada dimensión evaluada, y obtener el número y porcentaje respectivo para los grupos de estudiantes encuestados. Se validó la encuesta en piloto aplicado el alfa de Crombach.

2.7 Procedimientos a seguir para probar la hipótesis

No aplica por ser un descriptivo simple.

2.8 Limitaciones

La presente investigación sobre prevalencia de factores de riesgo tradicional de la gastritis en Universitarios de Huancayo 2016, se aplicó el cuestionario a estudiantes de las Escuelas Profesionales de Farmacia y Bioquímica y de Nutrición Humana de los ciclo II al IX, con estudiantes aptos y colaboradores para el relleno de los cuestionarios.

2.9 Consideraciones éticas

Se trabajó con estudiantes de las Escuelas Profesionales de Farmacia y Bioquímica y de Nutrición Humana de los ciclo II al IX de la Universidad Peruana Los Andes; en todo momento se guardará la reserva y confidencialidad de los resultados. Los procedimientos y preguntas planteadas en el cuestionario para la presente investigación no atentan contra la seguridad, dignidad, salud. Los objetivos y resultados son transparentes y abiertos cumpliendo con la ética en investigación.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

El propósito del siguiente estudio fue determinar la prevalencia de los diferentes factores que influyen en el desarrollo de la gastritis en los estudiantes de ciencias de la salud durante el 2016. Se encuestó a una muestra de 143 estudiantes mediante muestreo no aleatorio intencionado a 97 estudiantes de las Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica, y a 46 estudiantes de la Escuela Profesional de Nutrición Humana, a quienes se les aplicó el cuestionario. Cuyos resultados son:

Tabla 4. Distribución de edades

EDAD	FRECUENCIA	%
17 a 19 años	28	19.6%
20 a 22 años	40	28.0%
23 a 25 años	57	39.9%
26 a 28 años	9	6.3%
29 a 31 años	5	3.5%
mas 32 años	4	2.8%
TOTAL	143	100%

Fuente: Elaboración propia, noviembre 2016.

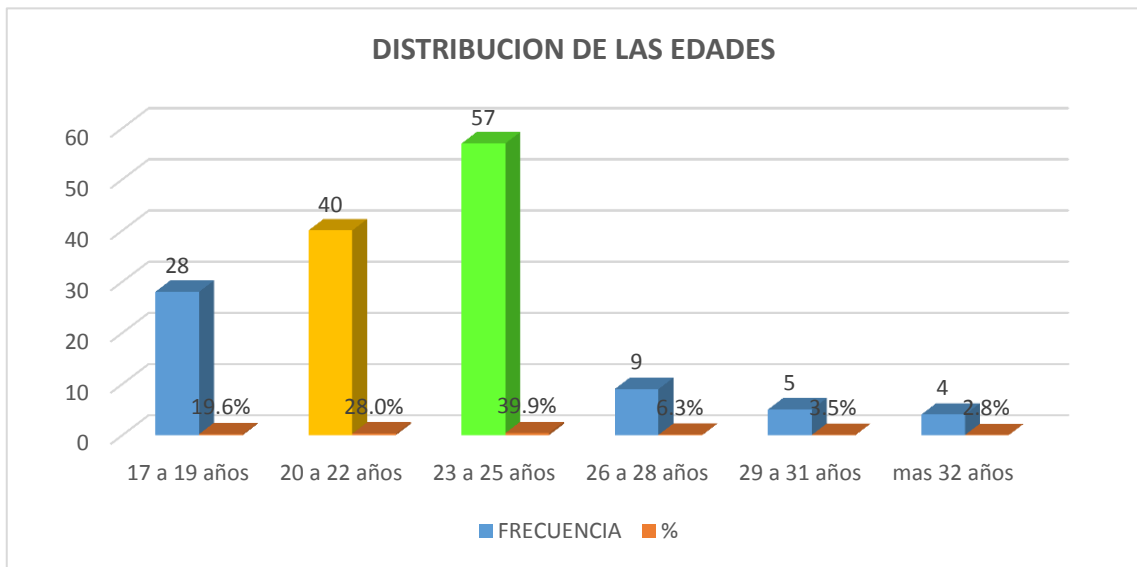


Figura 1. Distribución de las Edades

Fuente: Elaboración propia, noviembre 2016.

Se aprecia un mayor porcentaje de estudiantes en las edades comprendidas entre los 23 a 25 años (39,9%), seguido por estudiantes de 20 a 22 años (28%), y en menor porcentaje a estudiantes de 26 o más años.

Tabla 5. Distribución por sexo de la muestra

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	43	30%
FEMENINO	100	70%
TOTAL	143	100%

Fuente: Elaboración propia, noviembre 2016.

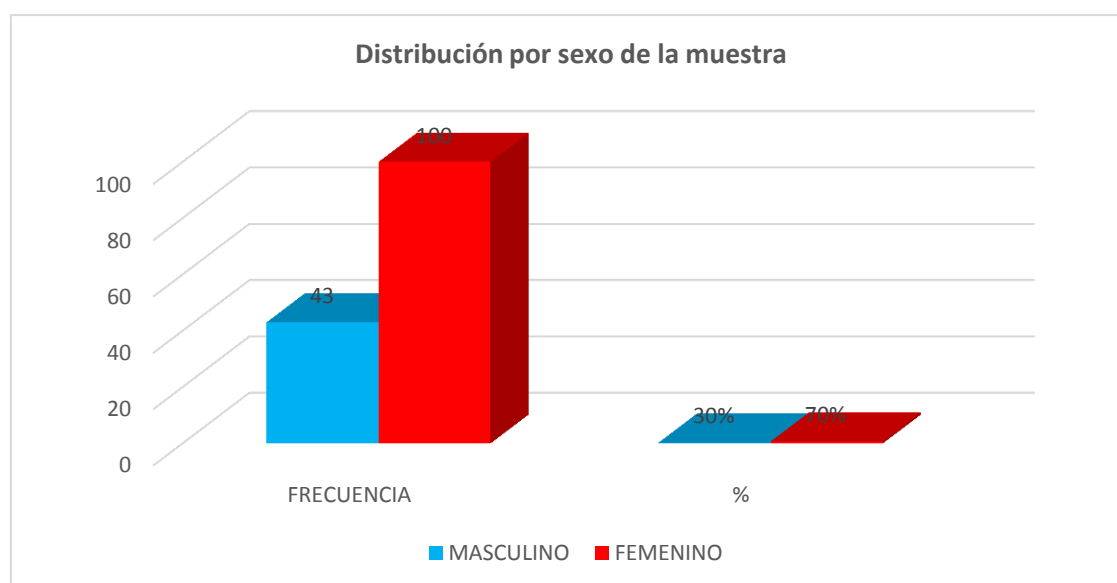


Figura 2. Distribución por sexo de la muestra

Fuente: Elaboración propia, noviembre 2016.

Mayor participación de estudiantes encuestados según género es del sexo femenino (70%) en el estudio y en menor participación de estudiantes encuestados es del sexo masculino (30%) en el estudio.

Tabla 6. Distribución por ciclo de los participantes

CICLO	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	TOTAL
FRECUENCIA	0	20	10	14	13	12	28	31	15	0	
%	0%	14%	7%	10%	9%	8%	20%	22%	10%	0%	100%

Fuente: Elaboración propia, noviembre 2016.

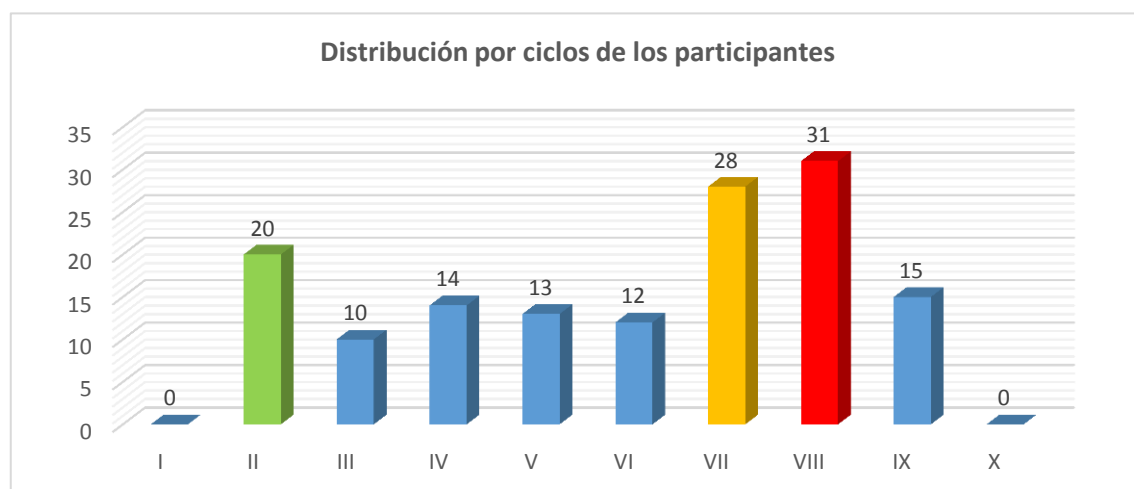


Figura 3. Distribución por ciclos académicos

Fuente: Elaboración propia, noviembre 2016.

En la figura 3 se observa que la mayor participación de estudiantes encuestados son del ciclo VIII (22%) y VII (20%) y en menor participación de estudiantes encuestados son del III ciclo (7%).

Tabla 7. Otro trabajo aparte de estudiante

EL ESTUDIANTE TRABAJA	FRECUENCIA	%
SI	97	68%
NO	46	32%
TOTAL	143	100%

Fuente: Elaboración propia, noviembre 2016.

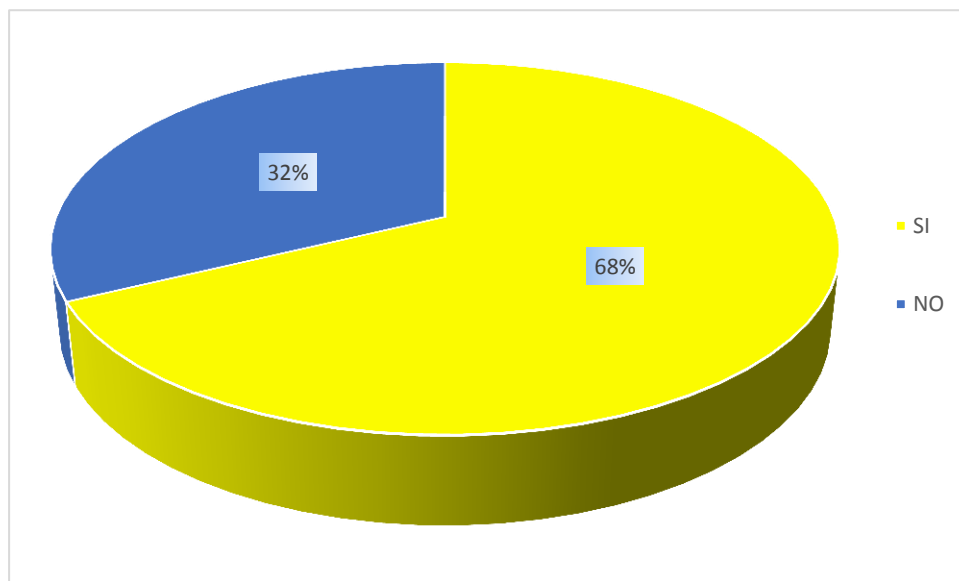


Figura 4. El estudiante trabaja

Fuente: Elaboración propia, noviembre 2016.

El 68% de estudiantes encuestados manifiestan que no solo estudian sino que tienen otras ocupaciones laborales, mientras el 32% solamente estudian.

Tabla 8. Tiene gastritis

PREGUNTA	SI	%	NO	%	TOTAL
¿Tienes gastritis?	80	56%	63	44%	143

Fuente: Elaboración propia, noviembre 2016.

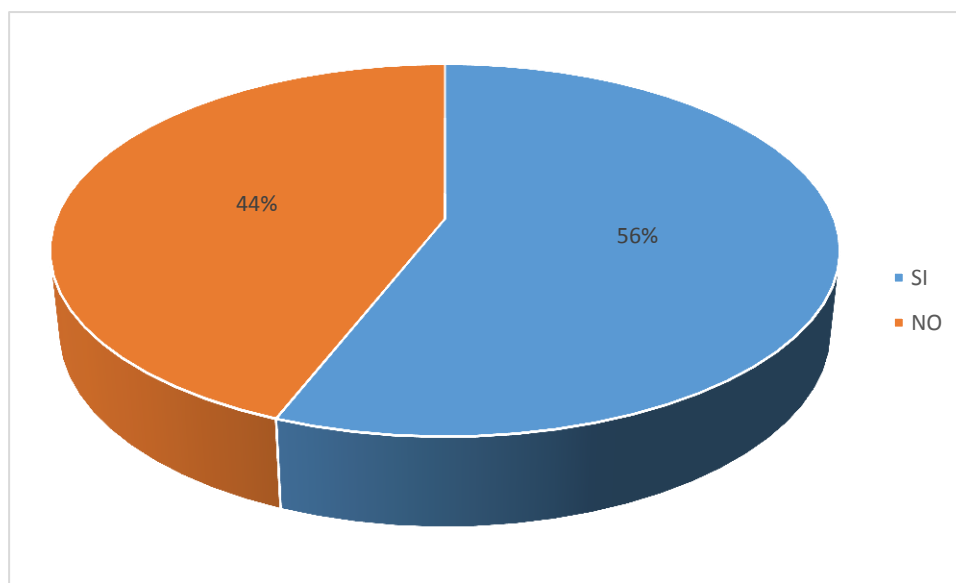


Figura 5. Tiene gastritis

Fuente: Elaboración propia, noviembre 2016.

En la figura 5 se observa la autopercepción del estudiante de tener gastritis, el 56% afirman que tienen gastritis, mientras el 44% de los encuestados afirman lo contrario.

Tabla 9. Factores de riesgo que influyen para desarrollar gastritis

FACTORES	SI	%	NO	%
1) Toma antiinflamatorio	81	56,6%	62	43,4%
2) Consume alimentos calientes o fríos	89	62,2%	54	37,8%
3) Ayunos prolongado	72	50,3%	71	49,7%
4) Come o toma alimentos sin calidad	68	47,6%	75	52,4%
5) Come hasta saciar su apetito	77	53,8%	66	46,2%
6) Estrés académico, familiar o laboral	100	69,9%	43	30,1%

FUENTE: Elaboración propia, noviembre 2016.

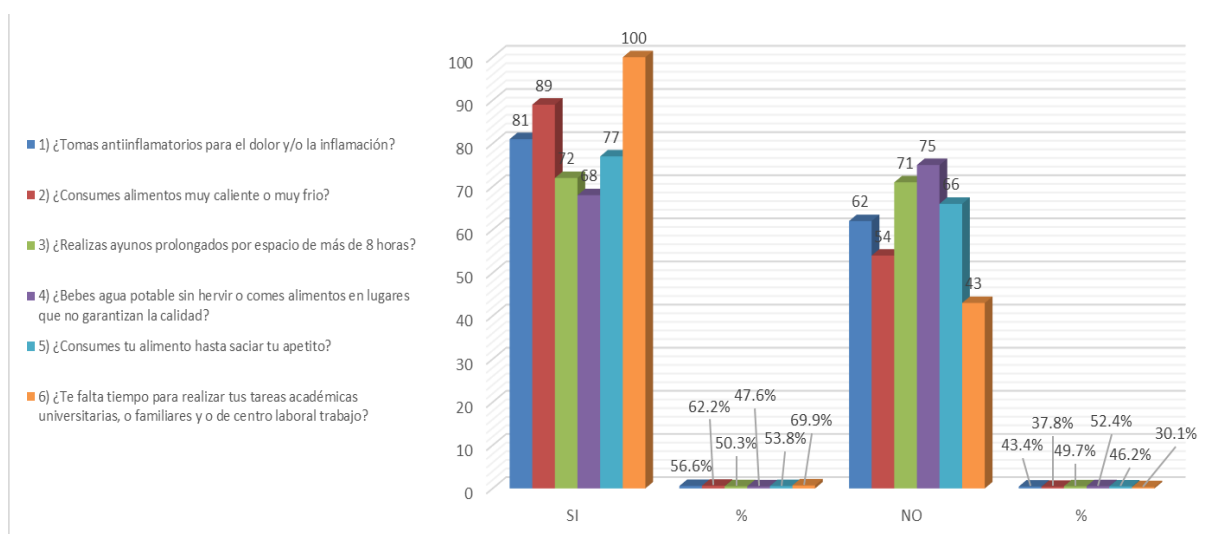


Figura 6. Factores de riesgo que influyen para desarrollar gastritis

Fuente: Elaboración propia, noviembre 2016.

Frente a los factores de riesgo que influyen para desarrollar la gastritis se aprecia que de los encuestados el 56,6% toman antiinflamatorios, el 62,2% consumen alimentos muy fríos o muy calientes, el 50,3% realizan ayunos por espacios mayores a 8 horas; y el 47,6% están expuestos a infectarse por *Helicobacter pylori*, el 53,8% consumen alimentos en exceso, y finalmente el 69,9% les falta tiempo para cumplir con sus tareas y están expuestos al estrés.

Tabla 10. Signos y síntomas característicos de la gastritis

SÍGNOS Y SÍNTOMAS	Muy frecuente	%	Frecuente	%	Poco frecuente	%	No presenta	%
7) frecuencia de dolor gástrico (Epigastralgia)	5	3,5%	26	18,2%	79	55,2%	33	23,1%
8) frecuencia de ardor gástrico a la altura de la boca del estómago	7	4,9%	28	19,6%	71	49,7%	37	25,9%
9) frecuencia de acumulación de gases en el estómago (Aerofagia)	2	1,4%	14	9,8%	65	45,5%	62	43,4%
10) frecuencia de vómitos con sangre (Hematemesis)	0	0,0%	4	2,8%	22	15,4%	117	81,8%
11) frecuencia de ganas de querer vomitar	4	2,8%	5	3,5%	55	38,5%	79	55,2%
12) frecuencia de tos con ardor de la garganta al acostarte después de comer	0	0,0%	7	4,9%	34	23,8%	102	71,3%

Fuente: Elaboración propia, noviembre 2016.

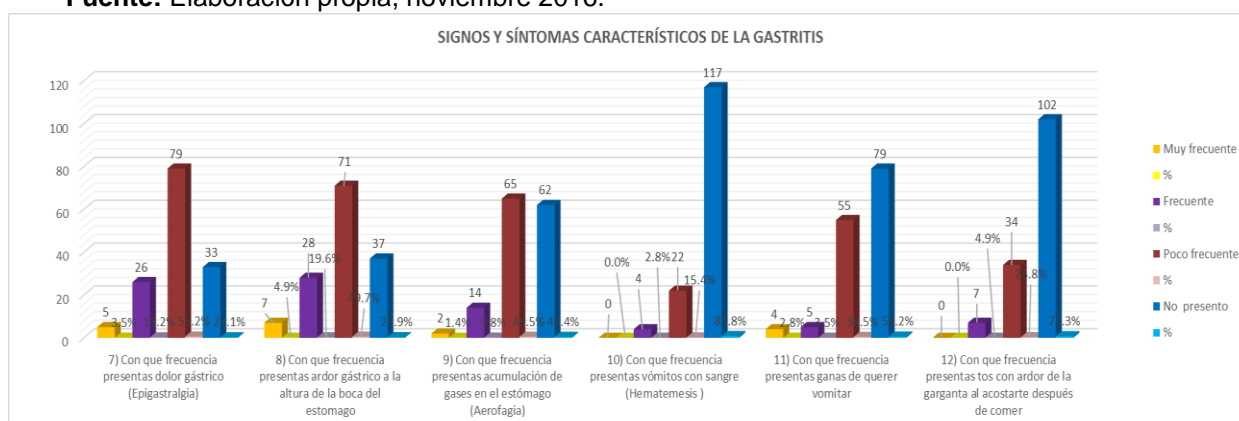


Figura 7. Signos y síntomas característicos de la gastritis

Fuente: Elaboración propia, noviembre 2016.

Frente a los signos y síntomas característicos de la gastritis los encuestados respondieron que; tienen epigastralgia muy frecuentemente el 3,5% y no presentan síntoma alguno 23,1%, al ardor gástrico a la altura de la boca del estómago muy frecuentemente tiene el 4,9% no presenta ardor gástrico a la altura de la boca del estómago el 25,9%, presentan Aerofagia muy frecuentemente el 1,4% y no presentan aerofagia el 43,4%; presentaron vómitos con sangre (Hematemesis) frecuentemente el 2,8% y no presentaron hematemesis el 81,8%, presentan ganas de querer vomitar muy frecuentemente el 2,8% y no presentan ganas de vomitar el 55,2% y finalmente; presentan tos con ardor de la garganta al acostarte después de comer frecuentemente el 4,9% y no presentan tos con ardor de la garganta al acostarte después de comer el 71,3%.

Tabla 11. Hábitos alimenticios

A LA PREGUNTA	SI	%	NO	%
13) Tomas desayuno todos los días	69	48,3%	74	51,7%
14) Consumes alimentos viendo la televisión	97	67,8%	46	32,2%
15) Consumes tus alimentos fuera de casa	78	54,5%	65	45,5%
16) Consume al día una porción (Tamaño de tu puño) de fruta y otra de verduras	82	57,3%	59	41,3%
17) Consume alimentos fritos o dorados en aceites	117	81,8%	26	18,2%
18) Come cinco veces al día: desayuno merienda 1, almuerzo merienda 2 y cena	59	41,3%	84	58,7%

Fuente: Elaboración propia, noviembre 2016.

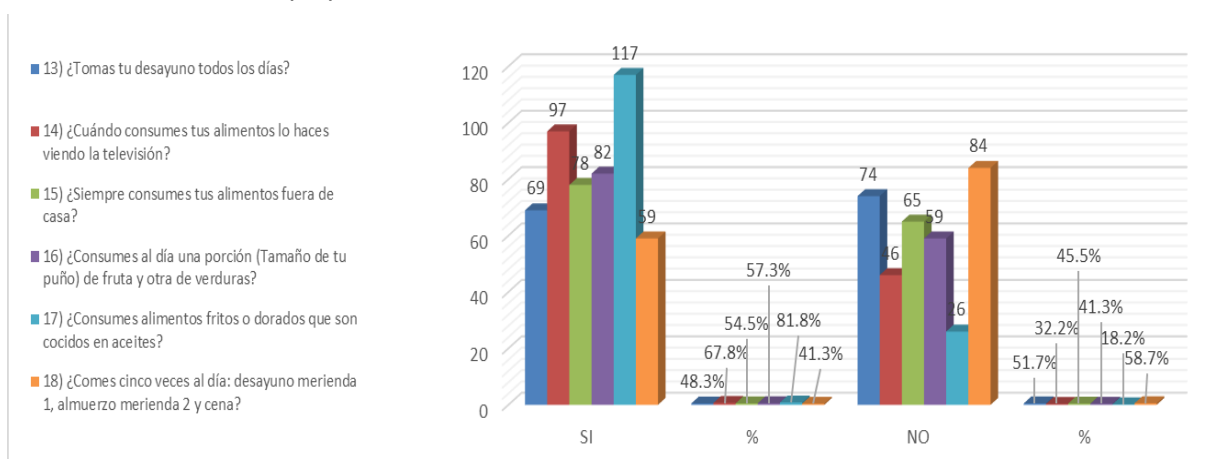


Figura 8. Hábitos alimenticios

Fuente: Elaboración propia, noviembre 2016.

Sobre los hábitos alimenticios de los estudiantes se puede mencionar que: No toman desayuno todos los días el 51,7%, cuando consumen sus alimentos lo hacen viendo la televisión el 67,8%, consumen sus alimentos fuera de casa el 54,5%, consumen al día una porción (Tamaño de tu puño) de fruta y otra de verduras el 57,3%, consumen alimentos fritos o dorados que son cocidos en aceites el 81,8% y comen cinco veces al día el 41,3%

Tabla 12. Hábitos toxicológicos

HABITOS	Muy frecuente	%	Frecuente	%	Poco frecuente	%	No consume	%
19) Frecuencia consumes: GASEOSAS	17	11,9 %	20	14,0%	75	52,4%	31	21,7%
20) Frecuencia consumes: CAFÉ	7	4,9%	26	18,2%	80	55,9%	30	21,0%
21) Frecuencia consumes: ALCOHOL	3	2,1%	11	7,7%	79	55,2%	50	35,0%
22) Frecuencia FUMAS	0	0,0%	4	2,8%	34	23,8%	105	73,4%

Fuente: Elaboración propia, noviembre 2016.

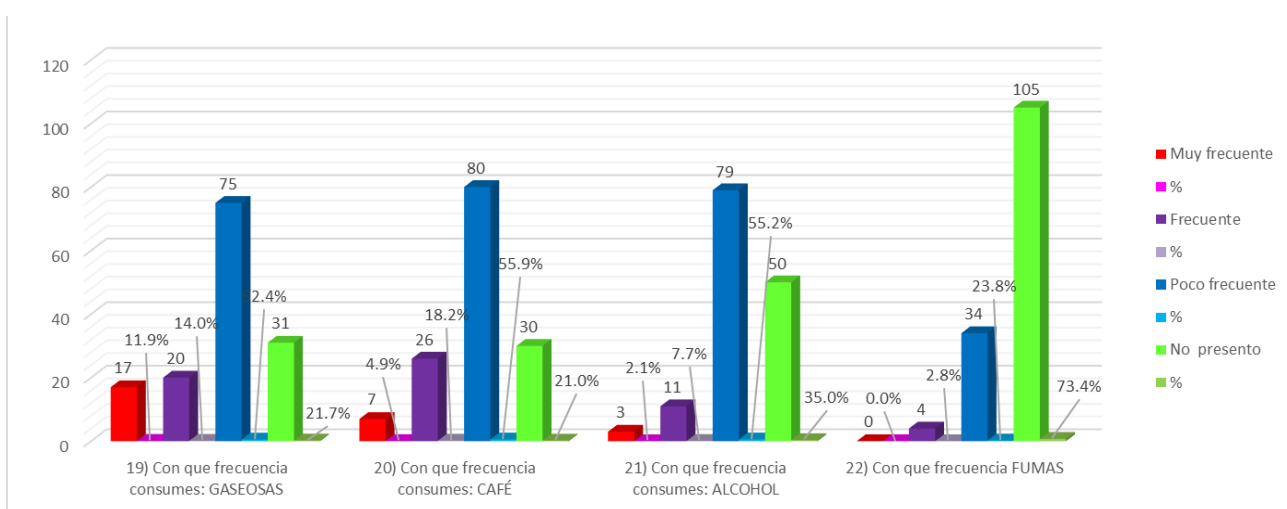


Figura 9. Hábitos toxicológicos

Fuente: Elaboración propia, noviembre 2016.

Sobre sus hábitos toxicológicos de los estudiantes se observa que: consumen: GASEOSAS muy frecuentemente el 11,9% y no consumen el 21,7%, consumen: CAFÉ muy frecuentemente el 4,9% y no consumen el 21,0%, consumen: ALCOHOL frecuentemente el 2,8% y no consumen alcohol el 73,4%.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La gastritis se define simplemente como la inflamación de la mucosa gástrica. La inflamación puede ser predominante aguda, con infiltración por neutrófilos, o crónica, con linfocitos, células plasmáticas o ambos, junto a metaplasia intestinal y atrofia (Contra, Kumar y Collins, 2000).

El término gastritis debe reservarse para la inflamación histológicamente demostrada de la mucosa gástrica. La gastritis no es el eritema mucoso que se observa durante la endoscopia ni es intercambiable con el término "dispepsia". Los factores etiológicos que provocan la gastritis son múltiples y heterogéneos (Fauci y otros, 2008).

Al realizar la revisión y el análisis de la información obtenida a través de las encuestas realizadas, se determinó que la prevalencia de gastritis a la percepción del estudiante dicen tener gastritis el 56% de los estudiantes encuestados y creen que no tienen gastritis el 44% de los encuestados, según

la Tabla .8 y Figura 5. De otro lado el 56 % de la muestra de la población estudiantil de la carrera de Farmacia y Bioquímica y Nutrición humana tienen gastritis.

En la Tabla. 5 se observa que la población estudiantil con gastritis dividida por géneros, de los 143 estudiantes 100 son mujeres lo que indica que un 70% y solamente el 30% (43 estudiante son hombres) es del género masculino.

En la Tabla. 4. La edad de los estudiantes encuestados del segundo al noveno ciclo, tienen edades comprendidas entre los 23 a 25 años (39,9%), seguido por estudiantes de 20 a 22 años (28%), y en menor porcentaje a estudiantes de 26 o más años.

La presión que genera el trabajo o realiza otras actividades laborales que demandan horas de laboriosidad y además cumplir las responsabilidades de ser estudiante y que cursan varias asignaturas a la vez se ve reflejada en la Tabla.7 y Figura. 4, esta tensión genera el estrés suficiente para que los estudiantes puedan padecer de gastritis. En el caso de los 143 estudiantes que tienen cursos en la universidad el 68% de todos los estudiantes encuestados tiene carga laboral y ellos podrían tener gastritis.

En la Tabla 6, y Figura 3, podemos observar que los ciclos I y IX no participan en la encuesta puesto que ellos por estar en ingreso y egreso respectivamente de las aulas no es tan muy expuestos a los factores de riesgo para desarrollar la gastritis, que al contrario se ha buscado encuestar a los estudiantes de los ciclos superiores, con mayor participación de estudiantes encuestados son del ciclo VIII (22%) y VII (20%) y en menor participación de estudiantes encuestados son del III ciclo (7%).

En el análisis sobre los factores de riesgo que influyen para desarrollar gastritis encontramos el consumo de medicamentos según la Tabla.9 y la Figura.6 indican que el 56,6% de los encuestados toman medicamentos antiinflamatorios y para el dolor, y que estos medicamentos inhiben la síntesis de prostaglandinas a nivel de las paredes del estómago, el 62,2% consumen alimentos muy fríos o muy calientes situación que induce a una inflamación con daños a la pared del estómago, el 50,3% realizan ayunos por espacios mayores a 8 horas, el estómago vacío por espacios de tiempo prolongado están expuestos a la agresión por el ácido clorhídrico, más aún si el estudiante se encuentra en un estado de estrés donde la liberación de cortisol inhibe la síntesis de prostaglandina en el estómago; y el 47,6% están expuestos a infectarse por *Helicobacter pylori*, puesto que consume sus alimentos fuera de casa y toma agua potable sin hervir; el 53,8% consumen alimentos en exceso lo que ocasionaría la liberación de exceso de ácido clorhídrico, y finalmente el 69,9% les falta tiempo para cumplir con sus tareas y están expuestos al estrés.

En la Figura. 7 y la Tabla 10 en el análisis sobre los signos y síntomas característicos de la gastritis los encuestados respondieron que: Tienen epigastralgia muy frecuentemente el 3,5% y no presentan síntoma alguno el 23,1%, sobre el ardor gástrico a la altura de la boca del estómago muy frecuentemente tiene el 4,9% y no presenta ardor gástrico a la altura de la boca del estómago el 25,9%, ahora sobre si presentan Aerofagia muy frecuentemente el 1,4% y no presentan aerofagia el 43,4%; y presentaron vómitos con sangre (Hematemesis) frecuentemente el 2,8% y no presentaron hematemesis el 81,8%; presentan náuseas muy frecuentes el 2,8% y no presentan ganas de vomitar el 55,2% y finalmente; presentan tos con ardor de la garganta al acostarte después de comer frecuentemente el 4,9% y no presentan tos con ardor de la garganta al acostarte después de comer el 71,3%. Al respecto podríamos considerar que el 4,9% podría estar ya desarrollando una enfermedad por reflujo gastro esofágico (ERGE).

Del análisis de la Tabla 11 y el Figura 8, sobre los hábitos alimenticios de los estudiantes podemos mencionar que: No toman desayuno todos los días el 51,7% y consumen sus alimentos fuera de casa el 54,5%, posiblemente sea por el inicio de sus clases a tempranas horas y el otro factor es que no atienden los restaurantes a esa hora por lo que tienen que hacer ayuno prolongado; cuando consumen sus alimentos lo hacen viendo la televisión el 67,8% y estas conducta distrae al estudiante y hace que no mastique correctamente los alimentos de ser así la digestión de sobrecarga y el estómago libera más ácido clorhídrico para compensar y asegurar la digestión del alimento mal masticado, así también encontramos en la investigación que consumen al día una porción (Tamaño de 1 puño) de fruta y otra de verduras el 57,3%, también encontramos que consumen alimentos fritos o dorados que son cocidos en aceites el 81,8%. La bibliografía consultada indican que las grasas quemadas y los ácidos grasos saturados inducen la liberación de más ácido clorhídrico por efecto de la activación de la histamina; y finalmente los encuestados comen cinco veces al día el 41,3%, conducta que altera el ritmo circadiano a liberar constantemente las secreciones del jugo gástrico, compuesto por ácido clorhídrico y pepsinógeno.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

1. Se determinó con el 56% de prevalencia con sus factores de riesgo tradicional en universitarios de Huancayo 2016, donde al 69,9% expuestos al estrés académico, laboral y familiar, también desarrollaron epigastralgia muy frecuentemente el 3,5%, el hábito alimenticio con mayor incidencia está el consumo de alimentos fritos o dorados que son cocidos en aceite con el 81,8%, finalmente entre los hábitos toxicológicos encontramos el consumo de gaseosas con el 11,9%.
2. Se determinó la prevalencia de los factores de riesgo que influyen para desarrollar gastritis en universitarios de Huancayo se encontró que de los encuestados el 56,6% toman antiinflamatorios, el 62,2% consumen alimentos muy fríos o muy calientes, el 50,3% realizan ayunos por espacios mayores a 8 horas; y el 47,6% están expuestos a infectarse por *Helicobacter pylori*, el 53,8% consumen alimentos en exceso y finalmente el 69,9% les falta tiempo para cumplir con sus tareas y están expuestos al estrés.

3. Se determinó la prevalencia de los signos y síntomas característicos de la gastritis en los universitarios como son la epigastralgia muy frecuentemente el 3,5%, al ardor gástrico a la altura de la boca del estómago muy frecuentemente tiene el 4,9%, presentan aerofagia muy frecuentemente, el 1.4%; también presentaron vómitos con sangre (Hematemesis) frecuentemente el 2,8% , presentan ganas de querer vomitar muy frecuentemente el 2,8% y finalmente; presentan tos con ardor de la garganta al acostarte después de comer frecuentemente el 4.9%.

4. Se determinó la prevalencia las características sociodemográficas en universitarios de Huancayo el 2016 con mayor porcentaje a estudiantes de las edades comprendidas entre los 23 a 25 años (39,9%), seguidos por estudiantes de 20 a 22 años (28%), y en menor porcentaje a estudiantes de 26 o más años. El sexo femenino fue en mayor porcentaje (70%) y el sexo masculino (30%).

5. Se determinó la prevalencia los hábitos alimenticios y toxicológicos en universitarios de Huancayo 2016. Sobre los hábitos alimenticios, el 51,7% no toman desayuno todos los días, el 67,8% consumen sus alimentos viendo la televisión y el 54,5% consumen sus alimentos fuera de casa y el 57,3% consumen al día una porción (Tamaño de tu puño) de fruta y otra de verduras y el 81,8% consumen alimentos fritos o dorados que son cocidos en aceites; y finalmente el 41,3% comen cinco veces al día. Sobre sus hábitos toxicológicos de los estudiantes observamos que: consumen: GASEOSAS muy frecuentemente el 11,9%, consumen: CAFÉ muy frecuentemente el 4,9%, consumen: ALCOHOL frecuentemente el 2,8%.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda determinar la prevalencia diagnóstica de la gastritis en universitarios de Huancayo 2017.
2. Se sugiere que la Clínica universitaria de la UPLA implemente un programa de educación sanitaria sobre los factores de riesgo que influyen para desarrollar gastritis en universitarios de Huancayo 2016.
3. Se recomienda a todos los estudiantes que ante los primeros signos y síntomas característicos de la gastritis busquen la asistencia médica para prevenir el cáncer de estómago, que está en aumento en la población joven.
4. Se sugiere realizar investigación diagnóstica de la gastritis en universitarios atendidos en la Clínica universitaria de la Facultad de ciencias de la salud de la Universidad Peruana Los Andes.
5. Se recomienda a todos los estudiantes universitarios cambiar los hábitos alimenticios y toxicológicos por hábitos y conductas saludables.

CAPÍTULO VII

BIBLIOGRAFÍA

1. Marshall BJ, Warren JR. Unidentified curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration. Lancet 1984;1;1311
2. Ramirez Ramos, A; Gilman Robert H. Helicobacter pylori en el Perú. Capitulo VIII. B. Gastritis. Año 2000, Pag 129 - 134.
3. Química Suiza. Blog el 80% de la población peruana sufre de gastritis [Internet]. San Borja / Lima – Perú. Sep 2013 [citado 20 set 2016]. Disponible en: <http://diariomedico.pe/?p=4965>
4. Ley N° 28173 [en línea]. Perú: digemid.minsa.gob.pe; 2004 [19 agosto 2016].URL <http://files.servir.gob.pe/WWW/files/normas%20legales/DS%200082006-SA.pdf> disponible en:
5. Díaz S, Deleones J, Arcia R, Soto E, Reyes R. Incidencia de helicobacter pylori en pacientes sintomáticos de vías digestivas. Rev. Soc. Méd.-Quir. Hosp. Emerg.[internet]. jun. 2001[3 set 2016]; 32(1):47-51. Disponible en: URL <http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LIL
ACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=327322&indexSearch=ID

6. Herrera- Monterroso E R. Prevalencia de gastritis en un segmento de la población estudiantil de la facultad de ciencias químicas y farmacia de la universidad de San Carlos De Guatemala que cursan el segundo año con carnet 2010 y la elaboración de un trifoliar informativo. [Tesis de maestría]. [Guatemala]: Universidad de San Carlos de Guatemala; agosto de 2012. P. 84.
7. Caballero-Suárez N P, Pérez-Sánchez I N, Herrera-Cornejo M A, Manrique M A, Sánchez-Sosa J J. Efectos de una intervención cognitivo conductual sobre la adhesión terapéutica y regulación emocional en pacientes con enfermedades gastrointestinales. *Psicología y Salud* [Internet]. 2012 [citado 14 julio 2016];22(2): 257-273. Disponible en: http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-2/22-2/Nancy%20Patricia%20Caballero%20Su%E1rez_2.pdf
8. Peña-Marín J, Junchaya-Yllescas A, Cerrón-Siuce M, Alvarez-Risco A. Conocimiento de los factores relacionados con la gastritis en pacientes ambulatorios de la sierra de Perú. *Rev. O.F.I.L.* [Internet]. 2007 [citado 19 abr 2016]; 17(4): 35-39. Disponible en: http://www.researchgate.net/profile/Aldo_Alvarez-Risco/publication/275410571_Conocimiento_de_los_factores_relacionados_con_la_gastritis_en_pacientes_ambulatorios_de_la_sierra_de_Peru/links/5629358908aef25a243d5976.pdf
9. Peña J, Tirado B. Plan de orientación dirigidos a prevenir la gastritis en los adolescentes de la unidad educativa “santísima trinidad” de puerto ordaz – estado bolívar, primer trimestre 2009. [tesis de pregrado]. Puerto ordaz (Venezuela) de la Universidad Central De Venezuela Facultad De Medicina Escuela De Enfermería. Puerto ordaz – estado bolívar; 2009. P.76.
10. Rivas-Nieto AC, Curioso WH, Guillén C. Participación estudiantil en proyectos de intervención rural en salud: la experiencia iris-x en Perú.

Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2009; 26(3): 387-94. [Internet]. 2009 [citado 26 abr 2016]; 26(3): 387-94. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n3/a19v26n3.pdf>

11. Castillo-Elera C, Montenegro-Idrogo JJ, Montañez-Valverde R, Callupe-Huamán G, Huayta-Córdova G, Rivera-Fernández G, Whitembury-Vlásica A, Montes-Teves P, Monge-Salgado E. Incidencia y Factores Asociados en la Recurrencia de Sangrado Ulceroso Post Inyectoterapia con Adrenalina. Rev. Gastroenterol. Perú; 2012; 32(4): 351-356. [Internet]. 2012 [citado 26 nov 2016]. Disponible en: <http://perurevista.com/index.php/gastro/article/view/2375/2160>
12. Hellier MD, Williams JG. The burden of gastrointestinal disease: implications for the provision of care in the UK. Gut. 2007; 56:165-166.
13. Hellier MD, Williams JG. The burden of gastrointestinal disease: implications for the provision of care in the UK. Gut. 2007; 56:165-166.
14. Yakirevich E, Resnick MB Pathology of gastric cancer and its precursor lesions. Gastroenterol Clin North Am 2013; 42(2):26
15. Ramakrishnan K, Salinas RC. Peptic Ulcer Disease. Am Fam Physician. 2007; 76:1005-1012.
16. Valdivia M. Gastritis y Gastropatías. Rev Gastroenterol. 2011; 31:38-48.
17. Gastritis. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. <http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/gastritis/index.htm>. Accessed June 9, 2013.
18. Vakil N. Peptic ulcer disease. In: Feldman M, et al. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management. 9th ed. Philadelphia, Pa.: Saunders Elsevier; 2010. Disponible en: <http://www.mdconsult.com/books/about.do?eid=4-u1.0-B978-1-4160-6189-2..X0001-7--TOP&isbn=978-1-4160-6189-2&about=true&uniqlid=229935664-2192>. Acceso June 1, 2013.
19. Kuipers E. Acid peptic disease. In: Goldman L, Ausiello D. Cecil

Textbook of Medicine. 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007; chap 141.

20. Vakil N. Peptic ulcer disease. In: Feldman M, et al. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management. 9th ed. Philadelphia, Pa.: Saunders Elsevier; 2010. Disponible en: <http://www.mdconsult.com/books/about.do?eid=4-u1.0-B978-1-4160-6189-2..X0001-7--TOP&isbn=978-1-4160-6189-2&about=true&uniqlid=229935664-2192>. Acceso June 1, 2013.
21. Kuipers E. Acid peptic disease. In: Goldman L, Ausiello D. Cecil Textbook of Medicine. 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007; chap 141.
22. Vakil N. Peptic ulcer disease. In: Feldman M, et al. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management. 9th ed. Philadelphia, Pa.: Saunders Elsevier; 2010. Disponible en: <http://www.mdconsult.com/books/about.do?eid=4-u1.0-B978-1-4160-6189-2..X0001-7--TOP&isbn=978-1-4160-6189-2&about=true&uniqlid=229935664-2192>. Acceso June 1, 2013.
23. Vakil N. Peptic ulcer disease. In: Feldman M, et al. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management. 9th ed. Philadelphia, Pa.: Saunders Elsevier; 2010. Disponible en: <http://www.mdconsult.com/books/about.do?eid=4-u1.0-B978-1-4160-6189-2..X0001-7--TOP&isbn=978-1-4160-6189-2&about=true&uniqlid=229935664-2192>. Acceso June 1, 2013.
24. Gastritis. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases.
<http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/gastritis/index.htm>.
Accessed June 9, 2013.
25. Kuipers E. Acid peptic disease. In: Goldman L, Ausiello D. Cecil Textbook of Medicine. 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007; chap 141.

26. Zalewska-Ziob M, Adamek B, Strzelczyk JK, Gawron K, Jarzab B, Gubala E, et al. TNF-alpha expression in gastric mucosa of individuals infected with different virulent *Helicobacter pylori* strains. *Med Sci Monit.* 2009; 15(6):BR166-BR171.
27. Augusto AC, Miguel F, Mendonca S, et al. Oxidative stress expression status associated to *Helicobacter pylori* virulence in gastric diseases. *Clin Biochem.* 2007; 40:615-622.
28. Salles N. *Helicobacter pylori* infection in elderly patients *Rev Med Intern.* 2007; 28:400-411.
29. *H. pylori* and peptic ulcers. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Disponible en: <http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/hpylori/index.htm>. Acceso June 9, 2016.
30. American College of Gastroenterology guideline on the management of *Helicobacter pylori* infection. Bethesda, Md.: American College of Gastroenterology.
31. Ebule Ia, Longdoh A, Paloheimo I. *Helicobacter pylori* infection and atrophic gastritis. *Afr Health Sci.* 2013; 13(1):112-7.
32. Weck MN, Gao L, Brenner H. *Helicobacter pylori* infection and chronic atrophic gastritis: associations according to severity of disease. *Epidemiology.* 2009; 20(4):569-574
33. Vaira D, Zullo A. Sequential therapy versus standard triple-drug therapy for *Helicobacter pylori* eradication. *Ann Intern Med.* 2007; 146:556-563.
34. Lanza FL, Chan FK, Quigley EM. Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Guidelines for prevention of NSAID-related ulcer complications. *Am J Gastroenterol.* 2009; 104:728-738.
35. Torres LE, Melián K, Moreno A, Alonso J, Sabatier CA, Hernández M, Bermúdez L, Rodríguez BL. Prevalence of *vacA*, *cagA* and *babA2* genes in Cuban *Helicobacter pylori* isolates. *World J Gastroenterol.* 2009;

15(2):204-210.

36. Suzuki H, Nishizawa T, Tsugawa H, Mogami S, Hibi T. Roles of oxidative stress in stomach disorders. *J Clin Biochem Nutr.* 2012; 50(1):35–39.
37. Kato S, Tanaka A, Kunikata T, et al. The roles of nitric oxide and prostaglandins in alterations of ulcerogenic and healing responses in adjuvant-induced arthritic rat stomachs. *Alimen Pharmacol Ther.* 2000; 14 (1):18-25.
38. Araki H, Ukawa H, Sugawa Y, et al. The roles of prostaglandin E receptor subtypes in the cytoprotective action of prostglandin E2 in rat stomach. *Alimentary Pharmacol & Therap.* 2000; 14 (1):116-124.
39. Sanchez-Fidalgo S, Martin-Lacave I, Illanes M, Motilva V. Angiogenesis, cell proliferation and apoptosis in gastric ulcer healing. Effect of a selective cox-2 inhibitor. *Eur J Pharmacol.* 2004; 505:187-194.
40. Valko M, Leibfritz D, Moncol J, Cronin MT, Mazur M, Telser J. Review Free radicals and antioxidants in normal physiological functions and human disease. *Int J Biochem Cell Biol.* 2007; 39(1):44-84.
41. Mármol F, Sánchez J, López D, Martínez N, Mitjavila MT, Puig-Parellada P Oxidative stress, nitric oxide and prostaglandin E2 levels in the gastrointestinal tract of aging rats. *J Pharm Pharmacol.* 2009; 61(2):201-6.
42. Hernandez R, Montiel C, Vazquez O. Gastric mucosal cell proliferation in ethanol-induced chronic mucosal injury is related to oxidative stress and lipid peroxidation in rats. *Lab Invest.* 2000; 80(8):1161-1169.
43. Farreras Rozman. *Medicina Interna. Decimosexta Edición* 2009. Gastritis y Gastropatías Cap 17 pp 144-147.
44. Sepulveda AR, Patil M. Practical approach to the pathologic diagnosis of gastritis. *Arch Pathol Lab Med.* 2008; 132(10):1586-1593.
45. Sepulveda AR, Patil M. Practical approach to the pathologic diagnosis of gastritis. *Arch Pathol Lab Med.* 2008; 132(10):1586-1593.

46. Ross WA, Ghosh S, Dekovich AA, Liu S, Ayers GD, Cleary KR. Endoscopic biopsy diagnosis of acute gastrointestinal graft-versus-host disease: rectosigmoid biopsies are more sensitive than upper gastrointestinal biopsies. *Am J Gastroenterol.* 2008; 103(4):982-989.
47. Sipponen P, Harkonen M, Alanko A, et al. Diagnosis of atrophic gastritis from a serum sample. *Clin Lab.* 2002; 48:505-515
48. Olokoba AB, Obateru OA, Bojuwoye MO. Helicobacter pylori eradication therapy: A review of current trends. *Niger Med. J* 2013; 54(1):1-4.
49. Andreoli TE. Free radical and oxidative stress. *Am J Med.* 2008; 108:650-651.
50. Choung RS, Talley NJ. Epidemiology and clinical presentation of stress-related peptic damage and chronic peptic ulcer. *Curr Mol Med.* 2008; 8(4):253-257.
51. Malfertheiner P, Chan F. Peptic ulcer disease. Disponible en: www.thelancet.com vol374 October 24, 2009.
52. Sung JJ, Kuipers EJ, El-Serag HB. Systematic review: the global incidence and prevalence of peptic ulcer disease. *Aliment Pharmol Ther.* 2009; 29(9):938-946.
53. Suzuki M, Suzuki H, Hibi T. Proton pump inhibitors and gastritis. *J Clin Biochem Nutr.* 2008; 42(2):71-75.
54. 48. Simon WA, Sturm E, Hartmann HJ, Weser U. Hydroxyl radical scavenging reactivity of proton pump inhibitors. *Biochem Pharmacol.* 2006; 28:1337-1341.
55. Biswas K, Bandyopadhyay U, Chattopadhyay I, et al. A Novel Antioxidant and Antiapoptotic Role of Omeprazole to Block Gastric Ulcer through Scavenging of Hydroxyl Radical. *J Biol Chem.* 2003; 278:10993-11001.
56. Pozzoli C, Menozzi A, Grandi D, et al. Protective effects of proton pump inhibitors against indomethacin-induced lesions in the rat small intestine. *Naunyn Schmiedebergs Arch Pharmacol;* 2007; 374:283-291.

57. Martín Alfonso Libertad. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2004 Dic [citado 2016 Dic 01]; 30(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es.
58. Velázquez. Farmacología Básica y Clínica (Lorenzo P, Moreno A, Leza JC, Lizasoain I, Moro MA, eds). 17ª edición. Ed. Mexico. Editorial Médica Panamericana (2005).
59. Guyton, C.G. and HALL, J.E. Tratado de Fisiología Médica. 11ª Edición. Elsevier, 2006.
60. Goodman y Gilman, Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Ed. Mexico. McGraw-Hill Interamericana. (2006)
61. Supo-Condori J A. Seminario de investigación científica [Bibliografía]. Arequipa Perú: Bioestadística EIRL; diciembre 2014.
62. Díaz-Lazo AV. Apuntes metodológicos para la investigación científica. [Bibliografía]. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; oct 2010.
63. Díaz-Lazo AV. Construcción de instrumentos de investigación y medición estadística. [Bibliografía]. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; jun 2010.

ANEXOS

ANEXO N°1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: “PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO TRADICIONAL DE LA GASTRITIS EN UNIVERSITARIOS DE HUANCAYO 2016”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN / MUESTRA
<p>GENERAL:</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de los factores de riesgo tradicional que influyen el desarrollo de la gastritis en universitarios de Huancayo durante el 2016?</p> <p>SECUNDARIO:</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de los factores de riesgo que influyen para desarrollar gastritis en universitarios de Huancayo 2016?</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de los signos y síntomas característicos de la gastritis en universitarios de Huancayo 2016?</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de las características sociodemográficas en universitarios de Huancayo 2016?</p> <p>¿Cuál es la prevalencia los hábitos alimenticios y toxicológicos en universitarios de Huancayo 2016?</p>	<p>GENERAL:</p> <p>Determinar la prevalencia de gastritis y sus factores de riesgo tradicional de la gastritis en universitarios de Huancayo 2016</p> <p>ESPECIFICOS:</p> <p>Determinar la prevalencia de los factores de riesgo que influyen para desarrollar gastritis en universitarios de Huancayo 2016</p> <p>Determinar la prevalencia de los signos y síntomas característicos de la gastritis en universitarios de Huancayo 2016.</p> <p>Determinar la prevalencia las características sociodemográficas en universitarios de Huancayo 2016</p> <p>Determinar la prevalencia los hábitos alimenticios y toxicológicos en universitarios de Huancayo 2016</p>	<p>No se cumple por ser un trabajo observacional y descriptivo simple</p>	<p>VARIABLE ÚNICA</p> <p>Prevalencia de factores de riesgo tradicional de la gastritis</p>	<p>Factores de riesgo que influyen para desarrollar gastritis</p> <p>Signos y síntomas característicos de la gastritis</p> <p>Características sociodemográficas</p> <p>Hábitos alimenticios y toxicológicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos • Alimentos • Hábitos saludables • La insalubridad • Porción de alimentos • Estado emocional • Dolor • Ardor • Aerofagia • Hemorragia • Sensación de vomitar • Tos con ardor garganta al acostarse • Edad • Sexo • Ocupación aparte de estudiante • Ayuno matinal • Masticar rápidamente y con distractores • Comer fuera de casa • Consumo de fibra(frutas y verduras) • Consumir comidas hipergrasosas (snack, bollería industrial, embutidos, mantequilla) • Comer 5 veces al día • Consumo de cafeína (café, té, gaseosas) • consumo de alcohol • Fumar 	<p>TIPO:</p> <p>Según su finalidad: Observacional</p> <p>Según la investigación del investigador: No experimental</p> <p>Según el número de mediciones de las variables de estudio: Transversal o sincrónica</p> <p>Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de información: Prospectivo</p> <p>Según el número de variables de interés: Mono variadas</p> <p>NIVEL: Descriptivo</p> <p>METODO: Enfoque: Descriptivo</p> <p>DISEÑO: (y gráfico con M, O, X)</p> <p>GE: O₁M</p> <p>GE=Grupo de estudio X= Medición O₁ = observación No aleatorizado</p>	<p>Universo/población: Población estudiantil universitaria de Huancayo</p> <p>Muestra: La muestra de nuestro estudio será 143 estudiantes de la facultad de ciencias de la salud del 2016</p> <p>Unidad de estudio: Estudiante de universitario de la facultad de ciencias de la salud</p> <p>Tipo de muestreo No probabilístico; casual</p> <p>Técnica: Cuestionario estructurado</p> <p>Instrumento: Encuesta</p> <p>Análisis estadístico: Con software SPSS versión 22 y Excel de Windows versión 2013 Alfa de Crombach Estadísticos descriptivos</p>

ANEXO N°2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Datos del estudio para el que se otorga el consentimiento

Investigador principal: Bach. GASPAR PAUCAR MIGUEL ENRIQUE y
Bach. JACOBE MEDRANO VIENNEV MELISSA
Titulo proyecto: **“PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO
TRADICIONAL DE LA GASTRITIS EN UNIVERSITARIOS
DE HUANCAYO 2016”**
Centro: UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Datos del participante/paciente

Persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento

Nombre y apellidos:

1. Declaro que he leído la hoja de CONSENTIMIENTO INFORMADO sobre el estudio citado y acepto participar en él.
2. Se me ha entregado una copia de la hoja de CONSENTIMIENTO INFORMADO para participar y colaborar en la realización de la presente investigación, fechado y firmado. Se me ha explicado las características y el objetivo del estudio y los posibles beneficios y riesgos del mismo.
3. Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
4. Sé que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
5. El consentimiento lo otorgo de manera VOLUNTARIA y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi tratamiento médico futuro. (A continuación marca con una aspa)

DOY
NO DOY

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto.

Fecha:

Firma del participante/paciente

Hago constar que he explicado las características y el objetivo del estudio. Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento Fecha Firma del Investigador o la persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento:

Me comprometo en exponer el resultado de la investigación

Firma del investigador

ANEXO N°3 VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Académico Profesional
Farmacia y Bioquímica

FICHA DE VALIDACION INFORME DE OPINIÓN DE JUICIO POR EXPERTO

I.- DATOS GENERALES:

1.1. Título de la investigación: "PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO TRADICIONAL DE LA GASTRITIS EN UNIVERSITARIOS 2016"

1.2 Nombre de los instrumentos motivo de evaluación: Encuesta sobre validez

II.- ASPECTOS DE VALIDACION

INDICADORES	CRITERIOS	MUY DEFICIENTE	DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
		0 - 5	6 - 10	11 - 13	14 - 17	18 - 20
1. Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado				17	
2. Objetividad	Esta expresado en conductas observables					19
3. Actualidad	Adecuado al avance de ciencias de la salud					19
4. Organización	Existe una organización lógica					20
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad					20
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación					20
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos					19
8. Coherencia	Entre los ítems e indicadores					20
9. Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico				17	
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación					18

PROMEDIO DE VALORACION:

189

OPINION DE APLICABILIDAD:

a) Muy deficiente b) Deficiente c) Regular d) Bueno e) Muy bueno

Nombres y apellidos	Sonia Haydee' Rojas Rosales	DNI N°	19913505
Dirección domiciliaria	Av. Progreso N° 600	TLF/CEL:	998939387
Título profesional	Químico Farmacéutico		
Grado académico	DOCTOR		
Mención	FARMACIA Y BIOQUIMICA		
Lugar y fecha:	Huancayo, 11 Noviembre 2016	Firma:	

Dra. Sonia Rojas Rosales
QUIMICA FARMACEUTICA
CQFR. 05. 01



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Académico Profesional
Farmacia y Bioquímica

FICHA DE VALIDACION
INFORME DE OPINIÓN DE JUICIO POR EXPERTO

I.- DATOS GENERALES:

1.1. Título de la investigación: "PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO TRADICIONAL DE LA GASTRITIS EN UNIVERSITARIOS 2016"

1.2 Nombre de los instrumentos motivo de evaluación: Encuesta sobre validez

II.- ASPECTOS DE VALIDACION

INDICADORES	CRITERIOS	MUY DEFICIENTE	DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
		0 - 5	6 - 10	11 - 13	14 - 17	18 - 20
1. Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado				17	
2. Objetividad	Esta expresado en conductas observables					18
3. Actualidad	Adecuado al avance de ciencias de la salud				17	
4. Organización	Existe una organización lógica					18
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad				17	
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación					18
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos				16	
8. Coherencia	Entre los ítems e indicadores				16	
9. Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico				16	
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación				17	

PROMEDIO DE VALORACION:

17

OPINION DE APLICABILIDAD:

a) Muy deficiente b) Deficiente c) Regular d) Bueno e) Muy bueno

Nombres y apellidos	Mónica Evencia Poma Vivas	DNI N°	28307350
Dirección domiciliaria	Pasaje José Olaya Mz E lote 21	TLF/CEL:	978007080
Título profesional	Químico Farmacéutica		
Grado académico	Magister en Educación		
Mención	Educación y gestión educativa		
Lugar y fecha:	Huancayo, 03 de noviembre de 2016	Firma:	

Mg. Q.F. Mónica Poma Vivas
Maestro en Educación



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Académico Profesional
Farmacia y Bioquímica

FICHA DE VALIDACION
INFORME DE OPINIÓN DE JUICIO POR EXPERTO

I.- DATOS GENERALES:

1.1. Título de la investigación: "PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO TRADICIONAL DE LA GASTRITIS EN UNIVERSITARIOS 2016"

1.2 Nombre de los instrumentos motivo de evaluación: Encuesta sobre validez

II.- ASPECTOS DE VALIDACION

INDICADORES	CRITERIOS	MUY DEFICIENTE	DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
		0 - 5	6 - 10	11 - 13	14 - 17	18 - 20
1. Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado				17	
2. Objetividad	Esta expresado en conductas observables					18
3. Actualidad	Adecuado al avance de ciencias de la salud					18
4. Organización	Existe una organización lógica				17	
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad					19
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación					19
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos				17	
8. Coherencia	Entre los ítems e indicadores					19
9. Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico				17	
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación					19

PROMEDIO DE VALORACION:

18.0

OPINION DE APLICABILIDAD:

a) Muy deficiente

b) Deficiente

c) Regular

d) Bueno

e) Muy bueno

Nombres y apellidos	Achishka Huayta Fernandez Palomino	DNI N°	40548845
Dirección domiciliaria	AU. Tarma # 1018 - Sauja	TLF/CEL:	964775661
Título profesional	Químico Farmacéutico		
Grado académico	Bachiller en Farmacia y Bioquímica		
Mención			
Lugar y fecha:	Huancayo - 28 de octubre del 2016	Firma:	 Achishka H. Fernández Palomino Químico Farmacéutico N° 09494

ANEXO N°4**ENCUESTA**

Instrucciones: A continuación usted tiene preguntas estructuradas a fin de poder conocer PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO TRADICIONAL DE LA GASTRITIS EN UNIVERSITARIOS, por ello rogamos a usted pueda ser lo más sincero posible al marcar las alternativas con un X, no trate de adivinar. Tiene una duración de 20 minutos

La información es confidencial y sólo será utilizada para fines de la presente investigación.

Características sociodemográficas

Tu edad es:

Tu sexo es: Masculino () Femenino ()

Tienes otros trabajo u ocupación aparte de estudiante SI () NO ()

Tienes gastritis SI () NO ()

Factores de riesgo que influyen para desarrollar gastritis

- 1) ¿Tomas antiinflamatorios para el dolor y/o la inflamación?
SI () NO ()
- 2) ¿Consumes alimentos muy caliente o muy frio?
SI () NO ()
- 3) ¿Realizas ayunos prolongados por espacio de más de 8 horas?
SI () NO ()
- 4) ¿Bebes agua potable sin hervir o comes alimentos en lugares que no garantizan la calidad?
SI () NO ()
- 5) ¿Consumes tu alimento hasta saciar tu apetito?
SI () NO ()
- 6) ¿Te falta tiempo para realizar tus tareas académicas universitarias, o familiares y o de centro laboral trabajo?
SI () NO ()

Signos y síntomas característicos de la gastritis

Marca con una x sobre tu respuesta:

- 7) Con que frecuencia presentas dolor gástrico (Epigastralgia)

Muy frecuente	Frecuente	Poco frecuente	No presente
---------------	-----------	----------------	-------------

- 8) Con que frecuencia presentas ardor gástrico a la altura de la boca del estomago

Muy frecuente	Frecuente	Poco frecuente	No presente
---------------	-----------	----------------	-------------

- 9) Con que frecuencia presentas acumulación de gases en el estómago (Aerofagia)

Muy frecuente	Frecuente	Poco frecuente	No presente
---------------	-----------	----------------	-------------

10) Con que frecuencia presentas vómitos con sangre (Hematemesis)

Muy frecuente	Frecuente	Poco frecuente	No presente
---------------	-----------	----------------	-------------

11) Con que frecuencia presentas ganas de querer vomitar

Muy frecuente	Frecuente	Poco frecuente	No presente
---------------	-----------	----------------	-------------

12) Con que frecuencia presentas tos con ardor de la garganta al acostarte después de comer

Muy frecuente	Frecuente	Poco frecuente	No presente
---------------	-----------	----------------	-------------

Hábitos alimenticios y toxicológicos.

13) ¿Tomas tu desayuno todos los días?

SI () NO ()

14) ¿Cuándo consumes tus alimentos lo haces viendo la televisión?

SI () NO ()

15) ¿Siempre consumes tus alimentos fuera de casa?

SI () NO ()

16) ¿Consumes al día una porción (Tamaño de tu puño) de fruta y otra de verduras?

SI () NO ()

17) ¿Consumes alimentos fritos o dorados que son cocidos en aceites?

SI () NO ()

18) ¿Comes cinco veces al día: desayuno merienda 1, almuerzo merienda 2 y cena?

SI () NO ()

19) Con que frecuencia consumes: **GASEOSAS**

Muy frecuente	Frecuente	Poco frecuente	No presente
---------------	-----------	----------------	-------------

20) Con que frecuencia consumes: **CAFÉ**

Muy frecuente	Frecuente	Poco frecuente	No presente
---------------	-----------	----------------	-------------

21) Con que frecuencia consumes: **ALCOHOL**

Muy frecuente	Frecuente	Poco frecuente	No presente
---------------	-----------	----------------	-------------

22) Con que frecuencia **FUMAS**

Muy frecuente	Frecuente	Poco frecuente	No presente
---------------	-----------	----------------	-------------

Gracias por su colaboración...