



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS
NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

TEMA:

Relación entre los hábitos alimentarios y el estilo de vida con la gastritis crónica en pacientes que se realizan endoscopia digestiva alta con toma de biopsia, del centro médico de gastroenterología “Dr. Juan Pablo Jaramillo Eguiguren”.

AUTORAS:

**Jaramillo Salazar, María Daniela
Mendiburo Fernández, Pamela Elizabeth**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

TUTOR:

Álvarez Córdova, Ludwig Roberto

Guayaquil, Ecuador

13 de septiembre del 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Jaramillo Salazar, María Daniela y Mendiburo Fernández, Pamela Elizabeth**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada En Nutrición Dietética Y Estética**

TUTOR (A)

f. _____
Álvarez Córdova, Ludwig Roberto

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Celi Merino, Martha Victoria

Guayaquil, a los 13 días del mes de septiembre del año 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Jaramillo Salazar, María Daniela y Mendiburo Fernández,
Pamela Elizabeth**

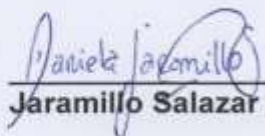
DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Relación entre los hábitos alimentarios y el estilo de vida con la gastritis crónica en pacientes que se realizan endoscopia digestiva alta con toma de biopsia, del centro médico de gastroenterología "Dr. Juan Pablo Jaramillo Eguiguren"** previo a la obtención del título de **Licenciada En Nutrición, Dietética y Estética**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 13 días del mes de septiembre del año 2017

LAS AUTORAS



Jaramillo Salazar María



Mendiburo Fernández Pamela



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA

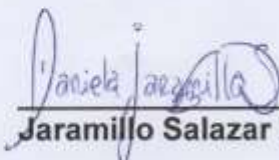
AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Jaramillo Salazar, María Daniela** y **Mendiburo Fernández, Pamela Elizabeth**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Relación entre los hábitos alimentarios y el estilo de vida con la gastritis crónica en pacientes que se realizan endoscopia digestiva alta con toma de biopsia, del centro médico de gastroenterología "Dr. Juan Pablo Jaramillo Eguiguren"**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 13 días del mes de septiembre del año 2017

LAS AUTORAS


Jaramillo Salazar María


Mendiburo Fernández Pamela

REPORTE URKUND

URKUND

Documento [AVANCE TRABAJO DE TITULACION DEFINITIVO lista.docx \(D30285043\)](#)

Presentado 2017-08-29 14:21 (-05:00)

Presentado por Ludwig Alvarez (dludwigalvarez@gmail.com)

Recibido ludwig.alvarez.ucsg@analysis.urkund.com

Mensaje Fwd: TRABAJO DE TITULACION DANIELA JARAMILLO Y PAMELA MENDIBURO [Mostrar el mensaje completo](#)

3% de estas 47 páginas, se componen de texto presente en 18 fuentes.

Lista de fuentes Bloques

Categoría	Enlace/nombre de archivo
	http://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfind...
	http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/
	ARTICULO.docx
	http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-linec...
	https://gastritispsicologia.wordpress.com/2011/11/29/esta...
	http://www.sacd.org.ar/dcero.pdf

63%

1 Activo

El 80% de la población en los países en vías de desarrollo ha cursado por episodios de gastritis, padecimiento provocado en la mayoría de los casos por la bacteria *Helicobacter Pylori*, aunque también se ve mediado por el abuso de medicamentos, especialmente los analgésicos (AINEs), en los cual es frecuente el auto medicarse. Existen otros factores condicionantes para el desarrollo de la gastritis como el exceso de consumo de bebidas alcohólicas, cigarrillo, alimentos condimentados e irritantes, etc. (Armenta, 2011) En el Ecuador, se establece una de las causas más frecuentes que motivan la consulta gastroenterológica. La gastritis es etiológicamente multifactorial, observándose que en un solo paciente pueden desarrollarse múltiples factores gastro lesivos de la mucosa gástrica, tanto exógenos como endógenos, produciendo síntomas dispépticos (ardor en el epigastrio, dolor abdominal, náuseas, vómitos etc.)

atribuibles a la enfermedad y cuya presencia se sospecha clínicamente, se observa endoscópicamente y requiere confirmación histológica;

siendo la causa más frecuente la infección por *Helicobacter pylori*. (Roldán, 2011) El *Helicobacter pylori* es una bacteria micro-aerofílica, gram-negativa, capaz de colonizar la mucosa gástrica. Ha sido identificado como carcinógeno del grupo 1 por la Organización Mundial de la Salud en el año 2005. Este es el primer caso de gastritis crónica, ulcera péptica y cáncer gástrico.

AGRADECIMIENTO

Le agradezco primero a Dios Padre Todo Poderoso por su amor incondicional, por darme la fuerza y la fe necesaria para culminar este proyecto.

A mis padres por ser el pilar fundamental en mi vida, por haberme enseñado buenos valores y por siempre alentarme en todo lo que me propongo y a nunca rendirme ante las adversidades de la vida.

A mi hijo por ser mi fuente de inspiración y mi más grande amor, además por regalarme las mejores sonrisas y su inigualable amor.

A mi esposo por su apoyo incondicional durante todo este tiempo que llevamos juntos.

A mi compañera de tesis Pamela Mendiburo por su apoyo constante en el trabajo de titulación.

Quiero agradecer también a los docentes que aportaron en mi formación, especialmente al Dr. Ludwig Álvarez, Econ. Víctor Sierra y a la Dra. Adriana Yaguachi, por habernos compartido todos sus conocimientos durante el transcurso de la carrera.

María Daniela Jaramillo Salazar

AGRADECIMIENTO

A nuestro creador Dios por iluminar mi camino y ser mi inspiración, por darme sabiduría para realizar mi tesis, y por haberme permitido terminar mi carrera, porque sin el nada es posible.

A mis padres por tenerlos a mi lado y darme lo mejor de ellos, ser la base fundamental de mi vida, por mostrarme que el tiempo es de cantidad y calidad y saber que de ello se aprovecha lo mejor en mi preparación para ser alguien en la vida, quienes creyeron en mí en todo momento y no dudaron en mi habilidad de ser quién voy hacer, sostenerme con su mano y enseñarme que lo que uno se propone lo puedo lograr, que con esfuerzo nada es imposible sin importar el espacio y tiempo.

A mis hermanos, gracias por llevarme en la misma recta y enseñarme con madurez que la vida es llena de sorpresas; comparto con ustedes una unión de amor, cuidados, alegría, risas; las lágrimas, los triunfos y fracasos, pero sobre todo una excelente comunicación ya que de esto somos lo que somos y seguir dando buenos momentos a nuestra vida.

A mi compañera Daniela Jaramillo con quien compartí mis años de estudios universitarios y el apoyo para la realización de nuestra tesis.

Al Dr. Juan Pablo Jaramillo E. por su ofrecimiento de su Centro Médico de Gastroenterología; quien nos apoyó con sus conocimientos y pacientes para realizar nuestra tesis.

A mis docentes, el Econ. Víctor Sierra, Dra. Adriana Yaguachi y al Dr. Ludwig Álvarez, quienes nos apoyaron incondicionalmente con el aprendizaje a lo largo de nuestra carrera.

Pamela Elizabeth Mendiburo Fernández.

DEDICATORIA

Le dedico este trabajo de tesis en primer lugar a mi ángel, mi tía Helena, por haber sido un ser humano impecable, por haber siempre confiado en mí y alentarme a alcanzar mis sueños, aunque ya no estés físicamente conmigo, te llevo siempre en mi corazón y sé lo orgullosa que estarías de mí en este momento.

A mis padres, Juan Pablo y Patricia por su inmenso amor y por haberme guiado en cada paso que doy, apoyándome siempre en todo lo que me propongo en la vida.

A mi hijo, Juan Eduardo por su inigualable amor e inspirarme a ser una mejor persona cada día y a mi esposo, Eduardo por todo su amor y apoyo incondicional.

A mis hermanos, Juan Pablo y María Patricia por todo su cariño y amor.

A mis abuelos, Patricia y Ulpiano por dedicarme su tiempo cada vez que los necesito.

María Daniela Jaramillo Salazar

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso por ser quién me ha permitido llegar con salud y seguir desempeñándome en toda actividad de mi vida y acompañarme en los momentos difíciles a lo largo de mis estudios, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres Bolívar Mendiburo R. y Leonor Fernández R. por guiarme en todo momento y ser un ejemplo por seguir para poderme superar y ser mejor en cada paso de este camino difícil y arduo de la vida, quiénes me apoyan en mi derrota y celebran mi triunfo.

A mis hermanos: Erika, Jonathan y Josué Mendiburo F. por ser quiénes con sus ejemplos me han enseñado a crecer juntos con amor y unión, a madurar a medida del tiempo.

A mis sobrinos Paula, Matthew Mendiburo y a mi angelito de la guardia Anthony Malatay Mendiburo por acompañarme en cada paso que doy y darme la alegría e inocencia que solo ustedes saben brindar.

A mi abuelo materno Ing. Agr. Gastón Fernández R. quien estuvo presente con sus llamadas y dándome aliento día a día en mis estudios universitarios.

Pamela Elizabeth Mendiburo Fernández.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA: NUTRICIÓN,
DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

CELI MERO, MARTHA VICTORIA
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

ÁLVAREZ CÓRDOVA, LUDWIG ROBERTO
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

FONSECA PÉREZ, DIANA MARÍA
OPONENTE

ÍNDICE

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO	VI
DEDICATORIA	VIII
RESUMEN	XVI
ABSTRACT	XVII
INTRODUCCIÓN	2
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1 Formulación del problema:	4
2. Objetivos.....	5
2.1 Objetivos Generales:	5
2.2 Objetivos Específicos	5
3. Justificación	6
4. Marco Teórico	7
4.1 Marco Referencial	7
4.2. Marco Teórico	9
4.2.1 Estómago.....	9
4.2.1.1 Anatomía	9
4.2.1.2 Fisiología	9
4.2.1.3 Histología.....	10
4.2.1.4 Funciones del Estómago.....	11
4.2.1.4.1 Funciones Motoras del Estómago.....	11
4.2.1.4.2 Funciones Secretoras del Estómago	12
4.2.1.4.3 Etapas de la Secreción Gástrica.....	13
4.2.2 Gastritis	14
4.2.2.1 Historia.....	14

4.2.2.2	Clasificación.....	14
4.2.3	Gastritis Aguda.....	16
4.2.3.1	Causas.....	16
4.2.3.2	Aspectos clínicos	17
4.2.3.3	Diagnóstico	17
4.2.4	Gastritis Crónica	18
4.2.4.1	Etiología.....	18
4.2.4.2	Infección por Helicobacter pylori	20
4.2.4.3	Epidemiología	21
4.2.4.4	Factores de riesgo	21
4.2.4.4.1	Hábitos alimentarios	22
4.2.4.4.2	Estilo de vida	27
4.2.4.4.3	Fármacos.....	34
4.2.4.5	Cuadro clínico.....	36
4.2.4.6	Clasificación.....	36
4.2.4.7	Diagnóstico	37
4.2.4.8	Prevención	39
4.2.5	Tratamiento Dietético Nutricional	39
4.2.5.1	Características de la alimentación gástrica.....	39
4.2.6	Efecto de los alimentos en la digestión y secreción gástrica....	41
4.2.5.3	Recomendaciones en la gastritis crónica.....	47
4.3	Marco Legal	48
4.3.1	Constitución de la República del Ecuador.....	48
5.	Formulación de hipótesis	50
6.	Identificación y Clasificación de las variables	51
7.	Metodología de la investigación.....	55
7.1	Justificación de la Elección de Diseño	55

7.2	Población y muestra- tipo de muestreo.....	55
7.3	Criterios de inclusión:.....	55
7.4	Criterios de exclusión:.....	56
7.5	Técnicas e Instrumentos de Recogida de Datos	56
7.5.1	Técnica.....	56
7.5.2	Instrumento.....	57
8.	Presentación de Resultados	60
8.1	Análisis e Interpretación de Resultados	60
9.	Conclusiones	71
10.	Recomendaciones	72
11.	Presentación de Propuesta de Intervención	73
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	77
	ANEXOS.....	84
	ANEXO 1	84
	ANEXO 2.....	85
	ANEXO 3.....	88
	ANEXO 4	89

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descripción de Género de la Población de Estudio	60
Tabla 2. Diagnóstico Nutricional según IMC	60
Tabla 3. <i>Relación entre los hábitos alimentarios y gastritis crónica</i>	61
Tabla 4. Relación entre el estilo de vida con la gastritis crónica	69

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Frecuencia de consumo de lácteos y sus derivados.....	62
Figura 2. Frecuencia de consumo de carnes, huevos y pescado.	63
Figura 3. Frecuencia de consumo de cereales, tubérculos y sus derivados.....	64
Figura 4. Frecuencia de consumo de verduras y hortalizas	65
Figura 5. Frecuencia de consumo de frutas	66
Figura 6. Frecuencia de consumo de aceites y grasas	67
Figura 7. Frecuencia de consumo de azúcares.....	68
Figura 8. Resultados de Biopsias.....	70

RESUMEN

Introducción: La gastritis crónica se la define como la inflamación de la mucosa del estómago y es ampliamente subestimada en la práctica clínica. Se da, tanto por factores endógenos como exógenos. **Objetivos:** Determinar la relación entre los hábitos alimentarios y el estilo de vida con el dx de la gastritis crónica en pacientes que se realizan endoscopia digestiva alta mediante biopsia en un centro médico privado. **Materiales y métodos:** Este estudio fue con un enfoque cuantitativo, no experimental de tipo transversal con un alcance correlacional. La muestra fue de 110 pacientes de 18 a 85 años de edad que padecían la enfermedad Gastritis crónica, donde se valoraron los hábitos alimentarios y el estilo de vida con dicha enfermedad, mediante una encuesta dietética y el cuestionario de la frecuencia de consumo de alimentos. **Resultados:** Para establecer la relación entre las tres variables se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson. Se determinó mediante el valor p que el consumo de café (0,001), chocolate (0,004), comida chatarra (0,038), frutas cítricas (0,027), influyen en el desarrollo de la gastritis crónica, mientras que los condimentos y picantes (0,516) no tiene relación significativa. En el estilo de vida, el estrés (0,023) está relacionado con el desarrollo de la gastritis crónica, mientras que el consumo de alcohol y cigarrillo (0,068) no tiene relación estadísticamente significativa. **Conclusión:** Se concluyó que los pacientes que acudieron al centro médico presentaron una relación entre la ingesta de alimentos y estilo de vida con el diagnóstico de la enfermedad.

Palabras Claves: ESTILO DE VIDA; GASTRITIS; DIETA SALUDABLE; CONDUCTA ALIMENTARIA, ALIMENTOS, BIOPSIA, ADULTOS.

ABSTRACT

Introduction: Chronic gastritis is defined as inflammation of the stomach mucosa and is widely underestimated in clinical practice. It occurs both by endogenous and exogenous factors. **Objectives:** To determine the relationship between dietary habits and lifestyle with chronic gastritis dx in patients undergoing upper gastrointestinal endoscopy by biopsy in a private medical center. **Materials and methods:** This study was a quantitative, non-experimental cross-sectional approach with a correlational scope. The sample consisted of 110 patients aged 18 to 85 years who suffered from chronic gastritis, where dietary habits and lifestyle were evaluated with a dietary questionnaire and food frequency questionnaire. **Results:** Pearson's Chi square test was used to establish the relationship between the three variables. It was determined by the p value that the consumption of coffee (0.001), chocolate (0.004), junk food (0.038), citrus fruits (0.027), influence the development of chronic gastritis, while condiments and spicy (0.516) has no significant relationship. In lifestyle, stress (0.023) is related to the development of chronic gastritis, while alcohol and cigarette smoking (0.068) is not statistically significant. **Conclusion:** It was concluded that patients who visited the medical center presented a relationship between food intake and lifestyle with the diagnosis of the disease.

Key words: LIFE STYLE; GASTRITIS; HEALTHY DIET;
FEEDING BEHAVIOR; FOOD; BIOPSY; ADULTS.

INTRODUCCIÓN

La gastritis crónica es una de las enfermedades más prolongadas e insidiosas en los seres humanos. Se destaca como una enfermedad grave, y es ampliamente subestimada en la práctica clínica, aparece como forma no atrófica o atrófica. Se define como el proceso inflamatorio de la mucosa del estómago, es una entidad multifactorial, se da, tanto por factores endógenos como exógenos, se caracteriza por una serie de signos y síntomas que presentan los pacientes con dicha enfermedad.

Una alimentación adecuada ayuda a prevenir problemas de salud, favorece un estilo de vida sano, lo cual contribuyen a reducir el riesgo de la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles. Un método para alcanzar que la población no tenga riesgos de padecer enfermedades crónicas no trasmisibles es inculcar los conocimientos nutricionales, y de esta forma se observará cambios en su estilo de vida y una mejora en su comportamiento alimentario.

El desconocimiento de las personas acerca de la importancia de una alimentación saludable, de los horarios establecidos de cada alimentación, el estilo de vida que estas conllevan a estrés o ansiedad, el consumo de tabaco y alcohol, podrían ser los factores causantes de la aparición de la enfermedad.

A su vez, la bacteria *Helicobacter Pylori*, juega un papel importante en el desarrollo de la gastritis crónica, por lo tanto, es necesario que se le realice una endoscopia digestiva alta, con toma de biopsia y de esa manera diagnosticar correctamente la patología.

El propósito de este proyecto es establecer la relación entre los hábitos alimentarios y el estilo de vida con la gastritis crónica en pacientes del centro médico de gastroenterología del Dr. Juan Pablo Jaramillo Eguiguren que se realizan endoscopia digestiva alta con toma de biopsia.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La gastritis es una entidad de eminente morbilidad a nivel mundial, su incidencia varía en las diferentes regiones y países. El 80% de la población en los países en vías de desarrollo ha cursado por episodios de gastritis, padecimiento provocado en la mayoría de los casos por la bacteria *Helicobacter Pylori*, aunque también se ve mediado por el abuso de medicamentos, especialmente los analgésicos (AINEs), en los cual es frecuente el auto medicarse. Existen otros factores condicionantes para el desarrollo de la gastritis como el exceso de consumo de bebidas alcohólicas, cigarrillo, alimentos condimentados e irritantes, etc. (Armenta, 2011)

En el Ecuador, se establece una de las causas más frecuentes que motivan la consulta gastroenterológica. La gastritis es etiológicamente multifactorial, observándose que en un solo paciente pueden desarrollarse múltiples factores gastro lesivos de la mucosa gástrica, tanto exógenos como endógenos, produciendo síntomas dispépticos (ardor en el epigastrio, dolor abdominal, náuseas, vómitos etc.) atribuibles a la enfermedad y cuya presencia se sospecha clínicamente, se observa endoscópicamente y requiere confirmación histológica; siendo la causa más frecuente la infección por *Helicobacter pylori*. (Roldán, 2011)

El *Helicobacter pylori* es una bacteria micro-aerofílica, gram-negativa, capaz de colonizar la mucosa gástrica. Ha sido identificado como carcinógeno del grupo 1 por la Organización Mundial de la Salud en el año 2001. Esta se asocia con gastritis crónica, úlceras pépticas, gastritis atrófica, metaplasia intestinal y linfoma de Malt (tejido linfoide asociado a la mucosa). Las tasas de infección son similares tanto para hombres como para mujeres y aumentan progresivamente con la edad.

Aproximadamente el 50% de la población mundial está infectada con *H. pylori*, lo cual provoca una gastritis crónica que evoluciona la mayoría de las veces de forma asintomática, en otros casos se presentan síntomas gastroduodenales inespecíficos. La prevalencia estimada es del 70% en países en vías de desarrollo, principalmente en la población joven, y 30% - 40% en los países desarrollados. (Mandalari, Bisignano, & Navarra, 2017)

Actualmente se observa que en nuestra sociedad está cambiando sus hábitos alimentarios, por varios motivos como la falta de tiempo, que hace que se vean obligados a consumir comida en lugares públicos, otros por falta de cultura o desconocimiento de los alimentos que son beneficiosos para la salud o en algunos casos por la situación económica que obliga a consumir una dieta inadecuada.

Los malos hábitos alimentarios son consecuencias de la falta de educación e información disponible. Si bien estos problemas se ven acentuados en áreas donde la población padece de bajos recursos, y se ve afectada la clase media, donde es muy claro que los jóvenes y los adultos están influenciados por el consumo de comidas rápidas, lo cual han adquirido con el tiempo y que a lo largo conlleva a diferentes enfermedades.

1.1 Formulación del problema:

Ante el enigma presentado, se manifiesta la siguiente interrogante:

¿Existe relación entre los hábitos alimentarios y el estilo de vida con la gastritis crónica en pacientes del centro médico de gastroenterología del Dr. Juan Pablo Jaramillo Eguiguren?

2. Objetivos

2.1 Objetivos Generales:

Determinar la relación entre los hábitos alimentarios y el estilo de vida con la gastritis crónica en pacientes del centro médico de gastroenterología del Dr. Juan Pablo Jaramillo Eguiguren

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar la población de estudio en función del estado nutricional
- Identificar los hábitos alimentarios de los pacientes que acuden al centro médico mediante una encuesta dietética.
- Analizar el estilo de vida de los pacientes que acuden al centro médico mediante una encuesta dietética
- Categorizar la gastritis crónica mediante los resultados obtenidos de la biopsia gástrica.

3. Justificación

En la actualidad, la gastritis es una enfermedad de gran importancia, que ha ido incrementando con el paso del tiempo por diversos factores de riesgo, entre ellos se encuentran la ingesta inadecuada de alimentos, el estrés laboral y estudiantil, el no tener horarios establecidos para cada comida, así como el consumo excesivo de alcohol y tabaco, que pueden provocar daños en la mucosa del estómago y ocasionar graves consecuencias irreversibles en la vida de las personas.

En nuestro país existe muy poca información y datos estadísticos que muestren cuantas personas padecen de gastritis crónica con o sin la bacteria *Helicobacter pylori*. Por el momento existen pocos estudios científicos que relacionen los hábitos alimentarios y el estilo de vida con la enfermedad gastritis crónica.

En el centro médico de gastroenterología “Dr. Juan Jaramillo Eguiguren”, acuden pacientes con los síntomas típicos de las enfermedades digestivas, siendo éste el primer motivo de consulta, y de acuerdo a los resultados de la biopsia, una de las patologías con mayor relevancia es la gastritis crónica.

Por lo tanto, los pacientes diagnosticados con gastritis crónica son un grupo de estudio importante para recopilar información actualizada de esta población y así poder determinar la relación que existe entre los factores de riesgo con la enfermedad. Con el objetivo de establecer las medidas pertinentes para su prevención e intervención de los factores predisponentes a la enfermedad.

4. Marco Teórico

4.1 Marco Referencial

El objetivo de este estudio fue evaluar la infección por *Helicobacter pylori* y los hábitos alimenticios habituales en la provincia de Khuzestan . En un estudio transversal se realizó en 2011 – 2013 en 374 pacientes. Los participantes fueron entrevistados utilizando un cuestionario de frecuencia de alimentos y se envió una muestra patológica de tejido del antro para el laboratorio. Las variables histopatológicas principales se clasificaron en una escala de 3 (leve, moderada y grave) y los datos analizados utilizando pruebas no paramétricas.

Resultados. En este estudio, de 160 pacientes (43%) que se determinaron, el 8,1 por ciento tuvieron una contaminación grave. Entre los patrones dietéticos, la relación entre la ingesta energética y los carbohidratos con *H. pylori* fue significativa. Se encontró una asociación directa entre la ingesta diaria media de salchichas y las hamburguesas con infección por HP. El consumo bajo de verduras y frutas frescas fue el factor de riesgo más importante.

Conclusión. Existe la posibilidad de que algunos factores dietéticos como el consumo de alimentos rápidos y la baja ingesta de verduras frescas aumenten la probabilidad de *H. Pylori* y la gravedad de esta infección (Mard, Khadem Haghighian, Sebghatulahi, & Ahmadi, 2014).

En otro estudio se determinó la incidencia de gastritis en pacientes con dispepsia remitida para endoscopia digestiva alta, identificación de las partes del estómago más frecuentemente afectadas por la inflamación, así como el impacto de un número insuficiente de muestras sobre el diagnóstico correcto. Por lo tanto, se les realizaron endoscopia digestiva alta por dispepsia a 110 pacientes. Se recolectaron dos muestras de biopsia para el examen histopatológico de la curvatura menor y mayor en el antro a 3 cm del esfínter pilórico, en el cuerpo 4 cm aproximadamente a la incisura angular del estómago. Los resultados que encontraron en el estudio fueron que, en

pacientes con dispepsia, la gastritis crónica con *H. pylori* negativo es más común que la gastritis con infección por *H. pylori*.

La recolección de un número demasiado pequeño de muestras de biopsia da como resultado la falta de detección de los cambios inflamatorios y / o la infección por *H. pylori*, que puede estar limitada a una parte del estómago.

Las muestras de biopsia de la mucosa gástrica deben ser recolectadas de acuerdo con el Sistema de Sydney. Por consiguiente, la infección por *Helicobacter pylori* en personas con dispepsia se informa ahora más raramente que en el pasado. (Muszyński et al., 2016).

4.2. Marco Teórico

4.2.1 Estómago

El estómago es un órgano dilatado entre el esófago y el intestino delgado, es la primera porción del intestino delgado y es una cavidad hueca que actúa como un depósito de alimentos, y es encargado del proceso físico y químico. Además, se conoce por su forma de J. Ubicada por debajo del diafragma en el epigastrio, hipocondrio izquierdo y región umbilical del abdomen, de igual modo se lo ha relacionado con una gaita, tiene dos concavidades, una superior que se localiza en el lado derecho del estómago y la inferior del lado izquierdo. (Navarro Andrea, 2011)

4.2.1.1 Anatomía

El estómago mide 25 cm de longitud, 10 cm de ancho y tiene un volumen de 1000 a 2000 cm³, variando en su relación con la edad y estado corporal de la persona. Tiene cuatro regiones: cardias, fundus, cuerpo y píloro.

El cardias es el orificio que comunica la luz esofágica con la gástrica. El píloro se localiza en la unión del conducto pilórico y el duodeno. El fundus gástrico, también llamado fondo o cámara de gases se halla sobre el cardias, en relación con el hemi diafragma izquierdo e incluye aire (Dr Edgar Segarra E., 2011) y se encuentra la gran parte del estómago, su cuerpo, el cual forma gran parte del órgano. La porción que enlaza con el duodeno es el píloro, es la parte evacuadora del quimo, se dirige hacia la derecha, un poco oblicua hacia atrás y hacia arriba, consta de dos zonas: el antro pilórico se une con el cuerpo del estómago, y su conducto pilórico, que se vincula con el duodeno. (Tortora & Derrickson, 2015)

4.2.1.2 Fisiología

Desde una perspectiva fisiológica, el estómago se divide en dos porciones: oral y caudal. La porción oral abarca el fondo y los dos tercios proximales del cuerpo. En esta región va a comprender las glándulas oxínticas y es el encargado de recibir los alimentos ingeridos.

La porción caudal abarca la parte distal del cuerpo y el antro, esta porción es la causante de las contracciones que combinan los alimentos y la empujan hacia el duodeno. El estómago posee una inervación doble, el simpático y el parasimpático, que ayuda a la motilidad, la sensibilidad e interviene en su secreción. Se designa como una línea Z al vínculo en forma de zigzag por medio de la mucosa gástrica y esofágica (Dr Edgar Segarra E., 2011)

4.2.1.3 Histología

Contiene 3 capas de músculo liso, son numeradas desde la superficie a la profundidad entre ellas las capas longitudinales, circulares y una capa oblicua. La mucosa gástrica es una lámina gruesa, blanda y está formada por 3 capas:

- I) Epitelio:
 - Integrado por una capa de revestimiento superficial con células secretoras de moco y bicarbonato que se cambian totalmente de 1-3 días
 - Glándulas que abarcan diversos tipos celulares, y se encuentran presentes en toda la mucosa gástrica.
- II) Lámina Propia: Tejido conectivo laxo que su papel principal ejerce como base del epitelio, incluye el tejido linfático, y pequeños vasos y nervios.
- III) Muscular de la mucosa: Estrato delgado de músculo liso, que envuelve la base glandular. (Navarro Andrea, 2011)

Las glándulas del fondo y cuerpo (glándulas oxínticas) son tubulares rectas y presentan tres porciones: cuello, cuerpo y fondo. Contienen 4 tipos de células:

- a) Las células mucosas del cuello
- b) Las células parietales u oxínticas, que segrega el ácido clorhídrico y factor intrínseco, el ácido secretado ayuda a esterilizar la comida e incluso para empezar la ruptura de macromoléculas alimentarias.

El factor intrínseco es sustancial en la absorción de la vitamina B12 en el íleon, o también llamada cobalamina. En casos de gastritis crónica se puede atrofiar la mucosa y dejar de producir este factor, el paciente posee una anemia perniciosa ya que no logra absorber la vitamina B12 fundamental para la diferenciación de los hematíes en la medula ósea

- c) Las células principales tienen una forma prismática, se distingue de las otras células por ser muy numerosas y además producen pepsinógeno y lipasa gástrica. El pepsinógeno es el precursor de la pepsina, en la cual empieza la digestión de proteínas. De igual forma, la lipasa inicia la digestión de los lípidos de los alimentos.
- d) Células enterocromafines (células endocrinas) secretoras de hormonas en la mucosa del estómago, intestino delgado y colon. Secretan serotonina o histamina. (Barrett & Ganong, 2012)

4.2.1.4 Funciones del Estómago

4.2.1.4.1 Funciones Motoras del Estómago

Las funciones motoras del estómago poseen como propósito principal el almacenamiento de los alimentos, la mezcla del volumen gástrico y el vaciamiento progresivo hacia el duodeno.

✓ Almacenamiento

Cuando los alimentos ingresan al estómago, la región oral, principalmente el fondo, se distiende para acoplar los alimentos en una fase denominada “relajación receptiva”

Los alimentos líquidos y sólidos se adaptan en la parte proximal del cuerpo mientras tanto los alimentos que producen gases conducen en dirección al fondo (cúpula gástrica)

La presencia de alimentos va distender la porción oral del estómago e inducen los receptores de presión que empieza en un reflejo vago vagal, causando la relajación receptiva. Cerca de 2 litros de alimentos tienen la capacidad de adaptarse en el estómago cuando la relajación receptiva logra su máxima actividad. (Barrett & Ganong, 2012).

✓ Mezcla

Los alimentos junto con las secreciones gástricas crean una papilla semilíquida llamada quimo. (Hall, 2012). Minutos después que los alimentos ingresan al estómago, se va a producir cada 15 a 25 segundos unos movimientos peristálticos rítmicos y vigorosos o también llamadas ondas de mezclas. Algunas de estas ondas se pueden localizar en el fondo, y tienen diversas funciones de depósito.

✓ Vaciamiento Gástrico

El vaciamiento gástrico se origina cuando el quimo ha llegado a descomponerse en partículas muy diminutas para que se filtren por el esfínter pilórico, si en el caso de que las partículas sean muy grandes no atravesarán el píloro. El ritmo de vaciamiento va a depender del tipo de alimento que ingresa al estómago en estos casos los alimentos que son ricos en hidratos de carbono salen del estómago en pequeñas horas, mientras que las proteínas lo hacen con mayor lentitud y finalmente las grasas lo hacen en un periodo muy lentamente. (Dr Edgar Segarra E., 2011)

4.2.1.4.2 Funciones Secretoras del Estómago

ESTRUCTURA	ACTIVIDAD	RESULTADO
Mucosa	Secretan moco	Crean una pared protectora que impide la digestión de la pared gástrica
Células Mucosas de la superficie y células mucosas del cuello	Absorción	Una cantidad reducida de agua, iones, ácidos grasos de cadena corta, y algunos fármacos traspasa el torrente sanguíneo
Células Parietales	Secretan factor intrínseco	Útil para la absorción de vitamina b12, se utilizan para la formación de glóbulos rojos (eritropoyesis)
	Secretan Ácido Clorhídrico	Bactericida en los alimentos, neutraliza en proteínas, convierte pepsinógeno en pepsina.

ESTRUCTURA	ACTIVIDAD	RESULTADO
Células principales	Secretan pepsinógeno	La pepsina, en su forma activada, desdobla las proteínas en péptidos.
	Secretan lipasa gástrica	Los triglicéridos se desdoblan en ácidos grasos y mono glicéridos
Células G	Secretan Gastrina	Estimula la secreción de HCl por las células parietales y pepsinógeno por las células principales; contraen el esfínter esofágico inferior, aumenta la motilidad del estómago y relaja el esfínter pilórico.
Muscular	Ondas de mezcla (movimientos peristálticos suaves)	Disuelve los alimentos y los mezcla con el jugo gástrico formando el quimo. Fuerza al quimo a pasar por el esfínter pilórico
Esfínter pilórico	Se abre para permitir el paso del quimo al duodeno	Regula el paso del quimo desde el estómago hacia el duodeno; impiden que el quimo refluya del duodeno al estomago

Tabla N° 1 Funciones secretoras del estomago

Elaborado por Daniela Jaramillo y Pamela Mendiburo

Fuente: (Tortora & Derrickson, 2015) (Mahan, Escott-Stump, Raymond, & Krause, 2013).

4.2.1.4.3 Etapas de la Secreción Gástrica

La secreción gástrica consta de 3 etapas vitales en las que intervienen distintos estímulos entre ellas tenemos: cefálica, gástrica e intestinal.

En la etapa cefálica se producirá el 30% de la secreción total de una comida normal. De la totalidad de las sustancias alimenticias especialmente las proteínas son las que tienen una acción superior en esta etapa. Esto interviene de igual forma en las grasas y a todos los factores que ejercen sobre el tipo de sabor, olor y la visión de los alimentos.

En la fase gástrica representa el 60% de la secreción gástrica total, los principales macronutrientes más estimulantes son las proteínas y sus procedentes, las purinas, el alcohol diluido, el café y algunos aderezos, en esta fase no incluirán los hidratos de carbono y las grasas desempeñan una acción contraria (Longo & Navarro, 2007).

En la fase intestinal intervienen el 10% de la secreción total. Actúan de forma concreta en las soluciones hipertónicas de hidratos de carbono activándolas y las grasas inhibiéndolas y su función principal es frenar la actividad gástrica.

4.2.2 Gastritis

4.2.2.1 Historia

La gastritis tiene sus inicios que remonta hace varios años, en donde el médico William Beaumont realizó las primeras observaciones y relató los cambios examinados en un paciente a través de una gastrostomía, y por Wolf, que consideró sus modificaciones en base a las situaciones de estrés o el uso de bebidas alcohólicas. Schindler explicó por primera vez los cambios percibidos mediante una endoscopia, Palmer y Wood indicaron las alteraciones anatómicas patológicas en las biopsias tomadas a pacientes con gastritis. (Roesch Dietlen & Remes Troche, 2013)

El término de esta patología puede ser descrito de diferentes maneras depende de la apreciación que utilicemos, desde el punto de vista clínicos, endoscópicos, radiológicos, histológicos e incluso bioquímicos. (Muszyński et al., 2016) La gastritis se determina como una inflamación microscópica del estómago con daño mucoso y se necesita de varias biopsias para diagnosticarla. Se habla de gastropatía en el momento que hay un daño de la mucosa gástrica, pero sin la presencia de una inflamación microscópica. Las gastropatías poseen factores irritantes tanto endógenos y exógenos, tales como el reflujo biliar, el alcohol, el ácido acetilsalicílico (AAS) y otros antiinflamatorios no esteroideos (AINE). (R. Angós, 2016)

4.2.2.2 Clasificación

La clasificación dependerá de los hallazgos histológicos, etiológicos, según su evolución del tiempo (aguda frente a crónica), fisiopatológicos, y su patogénesis. Las clasificaciones se diferencian entre gastritis agudas (a corto plazo) y gastritis crónicas (a largo plazo).

Así mismo, el significado de aguda y crónica se emplea para explicar el tipo de infiltrado inflamatorio: inflamación aguda interpretada por infiltraciones de neutrófilos e inflamación crónica por la unión de células mononucleares, especialmente linfocitos, macrófagos y células plasmáticas. En la actualidad no hay una clasificación aprobada acerca de la gastritis. Hay diversas como la del sistema Sydney y el sistema Operative Link for Gastritis Assessment (OLGA).

En la clasificación del sistema Sydney es la más empleada e ingresa datos etiológicos, topográficos y morfológicos a la hora de relatar las biopsias gástricas. Tiene la condición de no contribuir información sobre el riesgo de cáncer en los casos de gastritis crónica atrófica (GCA). El sistema OLGA integra a los fenotipos histológicos que cooperan a mejorar el riesgo de cáncer. (R. Angós, 2016) El sistema OLGA incorporó los sistemas de puntuación semicuantitativa establecidos por el Sistema de Sydney y la guía Internacional de atrofia y directrices, expresa la extensión, ubicación de las lesiones atróficas, metaplásicas en términos de estadificación de la gastritis. (Reza Mashayekhi, et al. 2015)

Aguda

- Gastritis aguda erosiva y hemorrágica
- Gastritis aguda asociada a *Helicobacter pylori*
- Otras gastritis agudas (formas poco comunes)

Crónica

- Gastropatía asociada a *H. pylori*
- Gastritis química
 - Asociada a Aspirina R y otros AINEs
 - Reflujo biliar
 - Otros
- Gastritis atrófica con metaplasia
- Ambiental
- Autoinmunitaria

Formas pocos comunes

- Gastritis atrófica posantrectomía
- Gastritis eosinofílica
- Gastritis infecciosa (diferente a H. pylori)
 - Gastrospirillum hominis
 - Mycobacterium sp.
 - Treponema pallidum
 - Virales
 - Parasitarias
 - Fúngicas
- Enfermedad de Crohn
- Sarcoidosis
- Gastritis granulomatosa aislada
- Gastritis linfocítica
- Enfermedad de Menetrier

4.2.3 Gastritis Aguda

La gastritis aguda es poco común en niños, y se aumenta acorde a la edad, descubriéndose en una prevalencia en sujetos entre la quinta y la sexta década de vida hasta en un 60%. En los países en vías de crecimiento se ha obtenido que casi el 60% de la población ha presentado en algún momento síntomas de gastritis aguda antes de los 50 años de edad. Sin embargo, en los países industrializados consigue cifras hasta de 83 a 94%. (Roesch Dietlen & Remes Troche, 2013)

4.2.3.1 Causas

Puede ser producida por:

1. Ingesta de sustancias tóxicas, entre ellas principalmente el alcohol.
2. Medicamentos: secundaria a la ingesta de diversos fármacos, principalmente el ácido acetilsalicílico y AINES, su empleo es usual, especialmente en la tercera edad, para la inspección de las osteopatías degenerativas.

3. Agentes infecciosos como la bacteria *Helicobacter pylori* que es la encargada de producir alteraciones en la mucosa gástrica que implica a la aparición de gastritis aguda. Cabe recalcar que existe diversas cantidades de agentes patógenos como Norwalk y rotavirus, que pueden ocasionar inflamación aguda de la mucosa gástrica.
4. Estrés.
5. Radiación: Mediante la práctica de la radioterapia abdominal estipula la aparición de gastritis aguda, que por lo general abarca un conjunto de síntomas o también llamado el síndrome dispéptico, que en situaciones pueden ser llegar a tener un dificultoso manejo y advierten la suspensión del tratamiento.
6. Reflujo biliar
7. Traumatismos.

4.2.3.2 Aspectos clínicos

Los síntomas más habituales son dolor o molestias situados en el epigastrio o el cuadrante superior izquierdo del abdomen, estas molestias digestivas son de escasa o moderada magnitud, y se suelen acompañar de sensación de náuseas, vómitos, plenitud postprandial, vinculados en diversas ocasiones con la ingesta de diferentes agentes que son agresores a la mucosa gástrica, como el alcohol o medicamentos, o por irritantes contenidos en los alimentos.

4.2.3.3 Diagnóstico

Para disponer el diagnóstico de la gastritis aguda se realiza por medio de la gastroscopia con toma de biopsias, el cual se debe proceder instante en que se muestra el cuadro clínico. La endoscopia es el principal método para poder determinar el diagnóstico, evaluar la expansión de las lesiones, de igual forma localizar si existe algún tipo de sangrado y descartar otros posibles diagnósticos.

Siempre se debe de proceder a la toma de biopsia en las lesiones más típicas y tomar muestras del antro gástrico para diagnosticar la existencia de *Helicobacter pylori*. (Roesch Dietlen & Remes Troche, 2013).

4.2.4 Gastritis Crónica

La gastritis crónica se la define como la presencia de inflamación crónica que se asocia con úlcera péptica y en estadios más avanzados con un elevado riesgo de padecer adenocarcinoma gástrico. La incidencia de adenocarcinoma gástrico se ha reducido en los países desarrollados, en Europa más de 100.000 personas fallecen cada año por origen de este cáncer. La causa primordial de riesgo hacia el progreso de adenocarcinoma es la atrofia de la mucosa gástrica, que ocurre cuando la atrofia involucra el corpus. La atrofia severa de la mucosa del cuerpo además puede conllevar a una deficiencia intrínseca de fármacos más la deficiencia vitamina B12. (Petersson, Kechagias, & Borch, 2010)

La gastritis crónica se ha distinguido y estudiado desde las primeras décadas del siglo XX, pero tomó más atención no hasta 1982 después del hallazgo de *Helicobacter pylori* por Warren y Marshall. Se ha puesto visible que la bacteria es la causante de la gastritis en una mayoría de los casos, con la viable excepción de una gastritis de origen autoinmune.

Por lo tanto, se puede determinar que la gastritis crónica puede curarse con la erradicación de *H. pylori* y de igual forma la mucosa gástrica, al menos en los casos en los que la gastritis no se desarrolla a las etapas finales atróficas (gastritis atrófica). (Pentti Sipponen & Heidi-Ingrid Maaros, 2015).

4.2.4.1 Etiología

Tiene una similitud con la gastritis aguda, en la crónica se presentan diversos factores que pueden inducir a una inflamación de la mucosa gástrica. Siendo las más importantes:

- Agentes químicos

Son varios los agentes que causan daño crónico a la mucosa gástrica, entre ellos:

a. Fármacos antiinflamatorios no esteroideos.

Son los encargados de la alteración conocida como gastropatía por AINE, mediante un mecanismo de acción que radica en inhibir la producción de prostaglandinas, reduciendo los factores de defensa contra la mucosa gástrica, como son la secreción de bicarbonato y moco, la oxigenación celular y la migración celular.

b. Alcohol y tabaco.

La ingesta excesiva de alcohol puede ocasionar un deterioro en la mucosa gástrica de tipo tóxico, sobre todo por la existencia de acetaldehído. De esta manera, el tabaco va a potenciar la acción inflamatoria del alcohol.

- Infecciones

Existen varios microorganismos y parásitos que son encargados del daño en la mucosa gástrica.

a. Citomegalovirus. Están presentes en los pacientes con inmunodepresión, como los que poseen un trasplante y reciben fármacos inmunodepresores, y en los pacientes que presentan SIDA.

b. Infección por Cándida, Mycobacterium tuberculosis o Treponema pallidum. Presente en los pacientes inmunodeprimidos.

c. Infecciones parasitarias.

- Otros factores: En determinados casos de pacientes que acuden a radiaciones sobre el abdomen provocan cambios en la mucosa gástrica que logran alcanzar hasta la necrosis severa con infiltrado inflamatorio secundario, el cual repercute aproximadamente en cuatro meses. Sin embargo, cuando es grave, puede producir ulceraciones y fibrosis en zonas amplias de la mucosa gástrica.

4.2.4.2 Infección por Helicobacter pylori

Afecta principalmente al antro y porción del cuerpo del estómago, ubicado por debajo de la capa de moco adherente y en relación con la superficie de las células epiteliales.

La secreción de citotoxinas es apta de causar metaplasia gástrica y producir una gastritis folicular. (Roesch Dietlen & Remes Troche, 2013).

Helicobacter pylori es una bacteria micro-aerofílica Gram-negativa propuesta por Carl Woese, capaz de colonizar la mucosa gástrica humana. Se ha identificado como carcinógeno del grupo 1 por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer y se sabe que está asociado con gastritis crónica, úlceras pépticas, gastritis atrófica, metaplasia intestinal y linfoma de Malt o desarrollo de cáncer. Aunque las tasas de infección son similares para hombres y mujeres, aumentan progresivamente con la edad. Aproximadamente el 50% de la población mundial está infectada con H. pylori, con tasas de prevalencia que oscilan entre el 20% y más del 80% en algunos países. La prevalencia estimada es del 70% en los países en desarrollo, principalmente en la población joven, y del 30% al 40% en los países desarrollados. (Mandalari, Bisignano, Cirimi, & Navarra, 2017)

Los datos epidemiológicos sugieren que los factores ambientales son la causa predominante de esta enfermedad. Los factores más importantes que se piensa que son responsables del desarrollo de la gastritis crónica son la dieta y la infección por Helicobacter pylori. (Mandalari et al., 2017)

La infección por H. pylori ha sido asociada con una amplia variedad de otras condiciones médicas en adultos incluyendo entre ellas la enfermedad coronaria, infecciones entéricas recurrentes, enfermedades periodontales, dolor de cabeza, rosácea, alergia a los alimentos, baja estatura, enfermedades de la tiroides y fenómeno de Raynaud. Muchas de estas observaciones carecen de controles apropiados. (Dr. Oscar Brunser, Dra. Sylvia Cruchet, & Prof. Martin Gotteland, 2013). La gastritis crónica, a pesar de esta reacción inflamatoria, solo un 10% al 25% de los individuos infectados desarrollan complicaciones.

La más frecuente es la úlcera péptica duodenal o gástrica, siendo el H. pylori, el factor etiológico más importante del adenocarcinoma y el linfoma de MALT (mucosal associated lymphoid tissue) gástricos. (Farreras Valenti et al. 2014).

4.2.4.3 Epidemiología

La gastritis es un síntoma típico, solamente el 10% al 15% de los sujetos infectados presentan úlceras sintomáticas y aproximadamente el 1% desarrollo cáncer gástrico. H pylori es uno de los patógenos bacterianos más prevalentes en humanos y en los Estados Unidos aproximadamente el 30 - 35% de los adultos están infectados, pero la prevalencia de infección en grupos minoritarios e inmigrantes de países en desarrollo es mucho mayor.

La prevalencia de gastritis por infección de H pylori es mayor en los hispanos (52%), negros (54%), en contraste con los blancos (21%). En general, la prevalencia de H. pylori es mayor en los países en desarrollo y disminuye en los Estados Unidos.

La incidencia de nuevas infecciones en los países en desarrollo oscila entre el 3 - 10% de la población cada año, en comparación con el 0,5% en los países desarrollados.

Los niños de 2 a 8 años en países en desarrollo adquieren la infección a una tasa de alrededor del 10% al año, mientras que, en los Estados Unidos, los niños se infectan a una tasa de menos del 1% al año. (Akiva J Marcus, 2017). La inflamación sin infección por H. pylori apareció más comúnmente en la forma aislada de una parte del estómago que en forma de una inflamación con infección por H. pylori (37% sólo en el antro y en 32% sólo en el cuerpo). (Pentti Sipponen & Heidi-Ingrid Maaros, 2015)

4.2.4.4 Factores de riesgo

La Organización mundial de la Salud en el año 2002, define como factor de riesgo a cualquier característica, exposición o conducta de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal infantil, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene. (Tafari, Chiesa, Caminati, & Gaspio, 2013)

Los principales factores de riesgo que se encuentran en la enfermedad gastritis crónica, son los factores biológicos que tiene cada persona: edad, sexo, raza, entre otros, también los factores sociales donde se incluye la situación socioeconómica, vivienda, ocupación, escolaridad, etc. Así mismo, se encuentran comprometidos los factores conductuales como los hábitos alimentarios, el estrés, el consumo de tabaco, la ingesta excesiva de alcohol. (Ferrante & Virgolini, 2005).

4.2.4.4.1 Hábitos alimentarios

Los hábitos alimentarios son conductas obtenidas a través del tiempo los cuales influyen en nuestra alimentación y salud. Es por ello que se debe llevar una dieta equilibrada, variada, suficiente y completa, acompañada de ejercicio físico para posteriormente prevenir enfermedades crónicas.

Una alimentación variada debe contener todos los nutrientes y grupos de alimentos, además, deben estar en cantidades suficientes para aportar las calorías necesarias y también cubrir con los requerimientos energéticos. (World Health Organization & Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2003).

No obstante, en nuestra región los hábitos alimentarios se identifican por un excesivo consumo de alimentos, que superan a las ingestas calóricas recomendadas para el grupo de la población, específicamente, por la alimentación rica en proteínas, grasas de origen animal, bebidas carbonatadas, frituras y comidas rápidas. Los hábitos alimentarios se ven afectados en la población por el escaso consumo de vegetales, hortalizas, verduras y frutas que aportan los nutrientes y vitaminas necesarias para el organismo. (Palenzuela Paniagua et al. 2014)

La dieta inadecuada de la población plantea un importante reto, ya que puede ocasionar cambios significativos en su estilo de vida. (Ana Isabel Rigueira Faustino Cervera Burriel, 2013).

Así como los hábitos alimentarios son importantes en la vida del ser humano para llevar una salud adecuada, también se debe controlar el estrés, los alimentos consumidos en la calle, el consumo excesivo de café y contar con horarios establecidos para cada comida ya que en personas que llevan una vida desordenada, ya sea por trabajo, estudios u otro tipo de labor, esto puede perjudicar su salud y como consiguiente el desarrollo de la gastritis crónica.

✓ **Pirámide Alimenticia**

Una de las herramientas más utilizadas para obtener buena nutrición mediante la ingesta equilibrada de los alimentos, es la pirámide alimenticia ya que esta es una guía sencilla, la cual proporciona información necesaria de las porciones recomendadas, para el consumo diario de todos los grupos de alimentos. A su vez, la pirámide nos permite elegir una dieta adecuada y saludable, para que en el futuro las personas puedan obtener buenos hábitos alimentarios y de esa forma optimizar la salud de los individuos. (Gámbaro, Raggio, Dauber, & Toribio, 2011)

La pirámide alimenticia está dividida en varias secciones. Cada sección representa un grupo de alimento específico y muestra la ingesta recomendada para cada grupo de estos. El gráfico de la pirámide ilustra una mayor ingesta diaria de alimentos en la parte inferior de la pirámide, y una menor ingesta de alimentos en la parte superior de la pirámide.

La razón por la que las pirámides alimenticias son importantes es porque muestran a la población en general un ejemplo visual de los tipos de alimentos que se deben comer todos los días. La mayoría de las personas no tienen conocimiento acerca de nutrición y una representación gráfica puede hacer que sea fácil de entender sus necesidades dietéticas.

La pirámide de alimentos muestra un equilibrio saludable de varios grupos de alimentos, y es necesario que una persona pueda comer todos los tipos de alimentos con el fin de tener una salud óptima. Si ciertos tipos de alimentos se dejan de lado, puede dar como resultado una falta de nutrientes o incluso llegar a una desnutrición.

En 1974, la primera pirámide alimentaria fue oficialmente presentada al público, con un mensaje que decía: "Buena comida sana a precios razonables". La pirámide de alimentos incluía alimentos básicos asequibles junto con alimentos suplementarios. Los alimentos básicos, incluían productos lácteos, granos, pastas y patatas, se colocaron en la parte inferior de la pirámide de alimentos. Los alimentos suplementarios agregaron a la nutrición los alimentos básicos que faltaban e incluyeron verduras, frutas, carne, pescado y huevos.

Los vegetales y las frutas se colocaron en el centro y el resto en la parte superior de la pirámide de alimentos. («MyPyramid - Info on the USDA Food Pyramid», 2012)

Grupo de alimentos

✓ Lácteos y derivados:

Este grupo de alimentos son casi completos, sobre todo la leche, de gran importancia. Tiene una función plástica y se lo caracteriza como un conjunto de alimentos protectores o de defensa, siendo su principal mineral: el calcio o su macronutriente: la proteína de alto valor biológico. El calcio es el mineral más abundante en los huesos donde tiene un papel estructural y funcional. Los alimentos como la leche, el queso y el yogurt, se los encuentra en gran cantidad. Las personas con trastornos del metabolismo de las grasas (colesterol o triglicéridos).

Se recomiendan de 2 a 3 porciones diarias y de preferencia que sea leche descremada y sus derivados. (MyPyramid, 2012)

✓ **Carnes, pescados y huevos:**

Estos alimentos contienen proteínas de alto valor biológico (de materia nitrogenada), hierro, zinc, esenciales para el funcionamiento del organismo, su función es importante ya que es reguladora y es indispensable considerar que las proteínas son importantes para el crecimiento y el desarrollo de los tejidos corporales; para el mantenimiento y la reparación del cuerpo; para el reemplazo de los tejidos desgastados o dañados; para producir enzimas metabólicas y digestivas.

El valor nutritivo que contiene la carne es comparable al de los pescados y los huevos; se recomienda consumirlos de 2 a 3 raciones al día. Se aconseja consumir carnes magras como pescado, pollo sin piel, conejo etc. (FAO/OMS de Expertos, Food and Agriculture Organization of the United Nations, & World Health Organization, 2012)

✓ **Verduras y frutas:**

Las frutas, verduras son alimentos de gran importancia ya que aportan una gran cantidad de vitaminas minerales, fibra soluble e insoluble e hidratos de carbono garantizando un tránsito intestinal normal, son ricas en agua (75 - 96%). Los glúcidos, especialmente la fructosa, modifican en función de la variedad de alimento 1 - 9% en las verduras entre ellas: nabos, remolacha, alcachofas y para las frutas frescas un 5 - 20%. Son pobres en proteínas (1 - 2%) y en lípidos (trazas). Su consumo diario es imprescindible para conseguir una alimentación sana y equilibrada. Está recomendada un consumo de cinco o más porciones del grupo de las frutas y verduras al día de forma regular, aportando los 400 g/día según la OMS. (Martínez, Blanco, & Nomdedeu, 2011)

La fruta es rica en fibra soluble, lo que se asocia con el efecto de saciedad, regulación de la motilidad gastrointestinal (efecto laxante), reduce el colesterol, tiene una modificación en la absorción de grasas, algunos se excretan como tales en la orina, y una pequeña parte no llega a absorberse y se excreta en las heces.

Se encuentran también los frutos secos que se destacan por su característica importante y su alto contenido energético (563-706 kcal/100g), los cuales aportan el 80% de las calorías totales del alimento. Son pobres en ácidos grasos saturados y ricos en A.G insaturados, principalmente mono insaturados.

Las verduras y hortalizas son ricas en fibra, vitaminas y minerales y a su vez son pobres en lípidos y proteínas. En el grupo de frutas, se sugiere el consumo de frutas enteras (frescas, congeladas, enlatadas, secas) en lugar de jugo de fruta, para asegurar una ingesta de fibra adecuada.

Los diferentes vegetales son ricos en diferentes nutrientes. (Martínez et al., 2011). En el grupo de verduras, se recomienda la ingesta semanal de cantidades específicas de cada uno de los cinco subgrupos vegetales (verde oscuro, naranja, leguminosas, almidón y otras hortalizas) para una ingesta adecuada de nutrientes. (MyPyramid, 2012).

✓ **Granos y Cereales:**

Los cereales de grano entero y productos derivados, junto con otros alimentos ricos en hidratos de carbono complejos, son la base de una alimentación adecuada. La recomendación se centra en priorizar los cereales y derivados integrales o elaborados con harinas de grano entero.

Hay dos tipos de granos: granos enteros y granos refinados. Los granos refinados se han molido para obtener una textura más fina y mejorar su vida útil. El problema con este proceso es que la fibra, hierro y la mayor parte de la vitamina B, se han eliminado. Después de este proceso, el hierro y la vitamina B a menudo se añaden de nuevo (enriquecido). La fibra no se agrega de nuevo, sin embargo, y la fibra es muy importante para la salud del sistema digestivo y para bajar el colesterol.

Se recomienda el consumo de los granos y cereales de 6 a 11 porciones diarias. (FAO/OMS de Expertos, Food and Agriculture Organization of the United Nations, & World Health Organization, 2012) y (MyPyramid, 2012).

Todas las porciones de grano pueden ser de grano entero; Sin embargo, es aconsejable incluir algunos productos fortificados con folato, tales como cereales de grano integral con folato, en estas opciones de grano entero. (Senc & Diciembre 2016, 2016)

✓ **Aceites y Grasas:**

El conjunto de grasas como: mantequilla, margarina, aceites, tocino, son alimentos que aportan grasa. Las grasas forman parte de los tejidos estructurales o de tejidos de reserva. Es importante para la salud ingerir cantidades adecuadas de grasas, además de cubrir las necesidades energéticas, su consumo debe de ser suficiente para cumplir las necesidades de ácidos grasos esenciales y vitaminas liposolubles.

Desempeñan otras funciones de gran importancia biológica, ya que establecen el vehículo de las vitaminas liposolubles y son fuente exclusiva de ácidos grasos esenciales. La mantequilla es una grasa saturada de origen animal, y una fuente muy importante, si bien no imprescindible, de vitamina A, la cual se encuentra en otros muchos alimentos en cantidad suficiente.

El aceite de oliva contiene fundamentalmente grasa monoinsaturada y los aceites germinales (soya, maíz y girasol), proporcionan grasa poliinsaturada. El consumo de las grasas saturadas debe restringirse como medida preventiva y curativa de trastornos del metabolismo lípido (hipercolesterolemias e hipertriglicéridemias). Se recomienda el consumo de grasas con moderación. (MILLÁN, 2012)

4.2.4.4.2 Estilo de vida

La OMS describe al estilo de vida como *“una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.”* (Organización Mundial de la Salud, 2010)

El estilo de vida comprende todos los ámbitos del ser humano: valores, costumbres, conductas, rutinas y actitudes.

De acuerdo con esto, varios investigadores han tratado de formar la definición correcta acerca de estilos de vida saludables, concluyendo de que estos están compuestos por patrones de conductas relacionadas con la salud.

Influyen factores sociales, los cuales actúan de forma distinta dependiendo del sexo de las personas, se conoce que estos afectan mayormente a los hombres por su rol laboral, que los conllevan a tener conductas peligrosas para su salud como la ingesta aumentada de alcohol y tabaco.

Así mismo, se encuentran los factores económicos los cuales inciden en el desarrollo de enfermedades crónicas no trasmisibles, ya que el nivel socioeconómico bajo está asociado al sedentarismo y también a una ingesta inadecuada de vegetales y frutas. Existen otros factores relacionados al estilo de vida que aquejan la salud como aquellos que involucran a la nutrición, el ejercicio físico, hábitos toxicológicos, el estrés y los fármacos. (García Laguna, García Salamanca, Tapiero Paipa, & Ramos C, 2012)

✓ **Estrés**

Según una definición dada por Hans Selye, el estrés se define como una amenaza aguda para la homeostasis de un organismo.

Puede ser real (física) o percibida (psicológica) y planteada por eventos en el mundo exterior o interior. (Dra. Blasina de Camargo, 2011)

Las causas que provocan el estrés no son constantemente negativas, es decir, originadas de situaciones de peligro, dolorosas o perjudiciales. Existen también situaciones que vivimos habitualmente, incluso situaciones más bien rutinarias, que pueden producirnos estrés sin ser necesariamente peligrosas.

Cuando el estrés permanece algún tiempo en las personas este se agudiza, dando lugar a alteraciones patológicas, que puede llegar a ocasionar alguna enfermedad, en caso de que la enfermedad exista, el estrés puede alterar la evolución y retardar el proceso de recuperación de la misma.

El tracto gastrointestinal y el sistema inmunológico son particularmente sensibles a diferentes factores de estrés. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

En los últimos años, la influencia de los factores estresantes psicosociales y ambientales en la patogénesis de las enfermedades gastrointestinales ha aumentado significativamente.

Estudios recientes han indicado, que a pesar de que el *Helicobacter pylori* y los antiinflamatorios no esteroideos son las causas más relevantes en la aparición de la gastritis crónica y la úlcera péptica, también, se ha demostrado que la exposición al estrés puede contribuir al desarrollo de estas patologías y puede impedir que las defensas gástricas y duodenales que están en contra del daño inducido por el ataque de ácidos y pepsinas se encuentren alteradas.

Los posibles factores causales incluyen:

- 1) alteraciones en la secreción de ácido gástrico
- 2) reducción del flujo sanguíneo de la mucosa
- 3) reducción de la secreción de HCO₃
- 4) difusión posterior de ácido
- 5) reducción de la proliferación y restitución de la mucosa lesionada
- 6) alteraciones de la motilidad gástrica. (Dra. Blasina de Camargo, 2011)

✓ **Cigarrillo**

Según la Organización mundial de la salud (OMS) “El cigarrillo es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo.” A demás, el cigarrillo está considerado como el único producto legal que causa la muerte de más de la mitad de sus consumidores habituales, de acuerdo con esto, al año mueren 7 millones de personas por su causa, en donde más de 6 millones son consumidores directos y cerca de 890 000 son no fumadores expuestos al humo ajeno. (Organización Mundial de la Salud, 2017) y (Raúl Ramos & Liana Ávila Salcedo, 2008). A continuación, se encuentra un cuadro de la clasificación de los diferentes tipos de fumadores con sus respectivas definiciones.

TIPOS DE FUMADORES	DEFINICIONES
Fumador	Persona que haya fumado al menos 1 cigarrillo en los últimos 6 meses.
Fumador Diario	Persona que haya fumado al menos 1 cigarrillo al día, en los últimos 6 meses.
Fumador Ocasional	Persona que haya fumado menos de 1 cigarrillo al día; igual se lo considera como fumador.
Fumador Pasivo	Persona no fumadora, pero que igual está expuesta al humo de tabaco ajeno.
Ex Fumador	Persona que haya sido fumadora pero se mantiene en abstinencia por lo menos durante los últimos 6 meses.
No Fumador	Persona que nunca ha fumado o ha fumado menos de 100 cigarrillos en toda su vida.

Tabla N° 2 Tipos de Fumadores

Elaborado por: Jaramillo & Mendiburo. Egresadas de la Carrera Nutrición, Dietética y Estética de la Facultad de Ciencias Médicas de la UCSG.

Fuente: (Ascanio et al., 2015)

En el Ecuador para la población ecuatoriana de 20 a 59 años la prevalencia del consumo actual de tabaco es 31.5%; 38.2% en hombres y 15.0% en mujeres. (Ministerio de salud pública, 2014). Casi el 80% de los más de mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios, donde es mayor la carga de morbilidad y mortalidad asociada al tabaco. (Sandí Brenes & Sandí Esquivel, 2016) El humo del cigarrillo contiene más de 7000 sustancias químicas nocivas y más de 60 sustancias cancerígenas y mutagénicas, entre las más importantes se destaca la nicotina, monóxido de carbono (CO), gases irritantes, sustancias cancerígenas, radicales libres y oxidantes, metales y elementos radioactivos que aparecerán en el humo de la combustión, y que representan los daños funcionales y morfológicos de algunos órganos. (Ruíz Martín, Rodríguez Gómez, Revert, & Hardisson, 2004).

Estudios han demostrado que el cigarrillo puede aumentar el riesgo de padecer patologías pulmonares, cardiovasculares, infecciones, y varios tipos de cánceres, especialmente, el cáncer de pulmón. De acuerdo con lo mencionado, alrededor del 15% de los casos de cáncer a nivel mundial pueden ser a causa del consumo de cigarro, siendo el cáncer de pulmón el de mayor proporción y relación con el hábito de fumar. (Berkowitz Fiebich & Álvarez Lobos, 2017) Más allá del impacto que causa el consumo de tabaco en el sistema cardiovascular y respiratorio, estudios indican que el cigarrillo también puede causar varias enfermedades del sistema gastrointestinal.

De acuerdo con eso, se ha demostrado en varios estudios que el hábito de fumar aumenta la incidencia de gastritis crónica y la aparición de úlceras pépticas. Así también, el tabaco está relacionado al cáncer de estómago, hígado, páncreas y colon, etc. (Berkowitz Fiebich & Álvarez Lobos, 2017)

En el año 1993, varios investigadores demostraron que el consumo de cigarrillo puede tener un gran impacto en el sistema gastrointestinal, por la gran cantidad de partículas deglutidas por el fumador. Está evidenciado que las concentraciones de nicotina en el jugo gástrico son 10 veces mayores que la concentración en el linaje arterial y aumenta 80 veces la concentración en linaje venoso.

Las principales alteraciones producidas por la nicotina en el sistema gastrointestinal son:

1. Reducción o supresión de las contracciones de la pared gástrica
2. Aumento de las secreciones ácidas y reducción del pH del estómago, lo que puede originar la aparición de gastritis y úlceras, o dificultar su tratamiento.
3. La nicotina suprime la liberación de insulina del páncreas (Ruíz Martín et al., 2004) y (Li et al., 2014)

Por otro parte, varios autores señalan que el cigarrillo tiene una mayor posibilidad de causar una infección por *H. pylori*, la cual está íntimamente relacionada con el desarrollo de úlceras pépticas y cáncer de estómago.

Aunque algunos autores expresan lo contrario, las investigaciones mencionan que el hábito de fumar, agrava el desarrollo de la patología y empeora las tasas de erradicación. (Berkowitz Fiebich & Álvarez Lobos, 2017) y (Li et al., 2014).

✓ **Alcohol**

Según la Organización mundial de la Salud (OMS), el alcohol constituye un gran problema de salud pública. Los efectos que se encuentran tanto a nivel físico, mental y social tienen un importante impacto socio sanitario, con importantes consecuencias entre los diferentes grupos de población. (Chang de la Rosa, 2012). Para la población ecuatoriana de 20 a 59 años la prevalencia del consumo de alcohol es 92.6%; siendo 97.5% en hombres y 87.9% en mujeres. La prevalencia más alta se encuentra en el grupo de 30 a 39 años con un 93.6%. (Ministerio de salud pública, 2014)

La OMS publicó un informe en 2012 señalando que el consumo perjudicial de alcohol, causó 3,3 millones de muertes en el mundo ese año. La ingesta excesiva de bebidas alcohólicas no solo puede producir dependencia, sino que también puede incrementar el riesgo de padecer más de 200 enfermedades, como cirrosis hepática, afecciones gastrointestinales, cáncer, trastornos mentales y de conducta, trastornos reproductivos, entre otros. (Chang de la Rosa, 2012) y (World Health Organization, 2014)

Por otro lado, estudios señalan que los efectos nocivos del consumo de alcohol sobre la mucosa gástrica se los conocen desde hace mucho tiempo. Siendo su causa principal la gastritis aguda producida por la ingesta de cantidades excesivas de alcohol. Sin embargo, existen profesionales de la salud que sugieren el consumo de cantidades moderadas de este para aumentar el deseo de comer (anti-anorexígeno). Lo que difiere entre uno u otro efecto es la cantidad consumida de alcohol, como también pueden que tengan relevancia los productos no alcohólicos que se encuentran en las bebidas alcohólicas como la cerveza y el vino.

Diferentes estudios que experimentaron en animales han indicado que cantidades pequeñas de cerveza y vino, causan un incremento de la secreción de histamina y gastrina, pero la administración de la misma dosis de alcohol que se encontraba en etanol no causó ningún incremento de estas secreciones. Por lo tanto, se concluyó que algunos ingredientes de las bebidas no alcohólicas son las responsables de estimular las secreciones gástricas. (Estruch, 2002).

Estudios han demostrado que el consumo de alcohol está considerado como protector contra la infección activa por *H. pylori*. Las conclusiones que arroja la investigación sobre el efecto protector del alcohol contra la infección activa de *H. pylori* sugieren a partir de que está relacionada con sus efectos antimicrobianos; Sin embargo, otros hallazgos han sido inconsistentes y han producido resultados contradictorios. (Zhang et al., 2010).

Otro estudio en el año 1978 indicó que los efectos del alcohol en la mucosa gástrica se originan de acuerdo a una cantidad de 200ml de una bebida alcohólica causando una cierta inflamación de la mucosa, principalmente a nivel del antro y en varias circunstancias esta provoca erosiones y hemorragias.

Sin embargo, aún no se sabe con precisión cuales son los mecanismos que usa el alcohol para causar las lesiones gástricas, aunque investigaciones nuevas mencionan que puede deberse a:

- El aumento en la producción del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α)
- El aumento de la peroxidación lipídica inducida por radicales libres
- El incremento de la apoptosis. (Estruch, 2002)

Por lo tanto, podemos concluir que el alcohol es una sustancia tóxica y dañina, la cual está relacionada con múltiples enfermedades y puede causar hasta la muerte si no se la consume con moderación.

4.2.4.4.3 Fármacos

En la actualidad, los medicamentos forman parte significativa tanto para el tratamiento como para prevenir varias patologías, pero hoy en día su uso indiscriminado constituye un gran problema de salud pública. (Ceballos Escobar & Chancafe Bazán, 2015).

Según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) los antiinflamatorios no esteroideos están conformados como el primer peldaño analgésico. Esto se debe a que los AINEs establecen un conjunto de diversos grupos de fármacos más prescritos y utilizados en el mundo y los cuales contienen varias propiedades analgésicas, antipiréticas y antiinflamatorias. (Itziar de Pablo-López de Abechuco et al., 2012)

Así como los AINEs se utilizan para aliviar varios síntomas de diversas enfermedades, el número de enfermedades crónicas relacionadas con el dolor han ido aumentando en la población de adultos mayores, por lo que la división de gastroenterología y medicina interna de la Mayo Clinic, realizo un estudio en donde la prevalencia de consumo de aspirina era de 60% en personas mayores de 65 años y en otros AINEs fue de 26,1%, siendo el 50% de la población los que consumen diariamente estos medicamentos. (Álvaro Enrique Osorio Franco, MD, 2013)

Los AINEs presentan principalmente problemas en el tracto superior gastrointestinal, produciendo petequias, erosiones, dolor en el epigastrio, dispepsia, gastritis crónica, diarrea y estreñimiento. Estos medicamentos pueden complicar estas enfermedades originando hemorragia digestiva alta, perforación, o úlcera sintomática. (Pérez, Salas, Llanos, & Salazar, 2007) y (Gutiérrez, Cartas, Bermúdez, & Velazco, 2014)

Existen dos mecanismos que lesionan la mucosa gástrica: el efecto toxico local o efecto toxico sistémico.

EFEECTO TOXICO LOCAL	EFEECTO TOXICO SISTÉMICO
La mayoría de los AINEs son ácidos leves	Inhibición de la síntesis de la Cicloxigenasa 1, responsable de la síntesis de prostaglandinas gastrointestinales.
Depende del Ph	Disminuye la secreción de bicarbonato y del moco, flujo sanguíneo y perdida hidrofobia de la membrana celular.
El pH bajo permite atravesar membranas lipídicas para entrar a la célula epitelial.	Incrementa la secreción ácida, aumentando las lesiones de la pared gástrica.
Los AINEs se ionizan y quedan atrapados en la célula.	Pérdida del epitelio superficial que se acompaña de extravasación de hematíes y plasma.
Los AINEs dan lugar a concentraciones elevadas dentro de la célula.	Las lesiones erosivas involucran la disminución de sustancias de la capa mucosa. < 3-5cm de diámetro.
Produciendo muerte celular epitelial rápida, hemorragia superficial y erosiones en la mucosa gástrica.	Las úlceras llegan a submucosa o muscular no mayor a 5mm y se encuentran inflamaciones crónicas.

Tabla N° 3 Efectos tóxicos de los fármacos

Elaborado por: Jaramillo & Mendiburo. Egresadas de la Carrera Nutrición, Dietética y Estética de la Facultad de Ciencias Médicas de la UCSG.
(Rodríguez, 2017)

Las complicaciones y las lesiones gastrointestinales van a diferir entre los diferentes tipos de AINEs. Se ha observado en la mucosa gástrica que el ibuprofeno o el diclofenaco son menos perjudiciales que el keptoprofeno y el piroxicam que son gastrolesivos de la mucosa gástrica, dejando en la mitad al AAS (ácido acetilsalicílico) mejor conocido como aspirina, el sulindaco, el naproxeno, y la indometacina. Hay que considerar que las lesiones gastrointestinales pueden incrementarse, a medida que la administración diaria de estos fármacos incrementa. (Jiménez & Cruz, 2000)

4.2.4.5 Cuadro clínico

La gastritis crónica puede deberse a la exposición repetida a un irritante, como se describe para la gastritis aguda, o debido al estrés emocional, o debido a algunos factores desconocidos. Aunque las causas son difíciles de resolver, a menudo se observa en las causas de cáncer de estómago, anemia perniciosa o insuficiencia pituitaria, rayos X o tratamiento quirúrgico del estómago, y una condición inevitable de envejecimiento normal (Akiva J Marcus, 2017)

Dentro del cuadro clínico puede hallarse anorexia, astenia y adinamia, especialmente en los casos de gastropatía con pérdida de proteínas y síndrome anémico y de avitaminosis, cuando se asocia con anemia perniciosa y una insuficiencia en la absorción de vitamina B 12. Es primordial contar con las referencias de abuso de alcohol o tabaco, uso de alimentos irritantes, ingesta continua de AINE, radioterapia o enfermedades inflamatorias del intestino delgado o del colon.

Los síntomas ocurren intermitentemente y son muy a menudo pasados por alto. Cuando ocurren, pueden consistir en pérdida del apetito, náusea leve constante, indigestión recurrente, dolor en el abdomen, una sensación de plenitud, un mal sabor en la boca, anemia y un malestar general del género.

4.2.4.6 Clasificación

- Gastritis superficial: El patrón que influye es la inflamación sin lesión del epitelio glandular, que forma el estadio inicial de las gastritis atróficas.
- Gastritis atróficas: El infiltrado inflamatorio se relaciona con la destrucción y desaparición de las glándulas oxínticas; tiende asociarse con una metaplasia intestinal.
- Gastritis erosiva: La apariencia macroscópica afecta a los nódulos con erosión apical, en la cual histológicamente se asemeja a la inflamación y la pérdida superficial del epitelio que alcanzan dejar una zona de fibrosis.

- Gastritis granulomatosa, en donde se determinan alteraciones tipo granulomatoso con infiltrado inflamatorio tipo Langerhans que corresponden a diversas enfermedades tales como: enfermedad de Crohn, tuberculosis, histoplasmosis, sarcoidosis y sífilis.
- Gastritis eosinofílica o alérgica: Influye predominantemente a niños y jóvenes con la aparición de infiltrado eosinofílico en la lámina propia, seguido de un daño epitelial y necrosis. Habitualmente se descompone también el intestino delgado y el colon, y se conduce con eosinofílica en sangre periférica y elevación de los niveles séricos de IgE.
- Gastritis autoinmunitaria (tipo A). Localizada en el fondo o el cuerpo gástrico, histológicamente afecta a una gastritis atrófica con metaplasia intestinal. La destrucción glandular acompañada a hipoclorhidria, con anemia perniciosa e hipergastrinemia por hiperplasia de las células G del antro. Evoluciona a la atrofia gástrica en la mayoría de los casos.
- Gastritis medioambiental (tipo AB). Sucede en países con alta frecuencia de cáncer gástrico, como Japón y Colombia. Empieza en el límite entre el cuerpo y el antro, y se dispersa en ambas direcciones. Histológicamente concierne a una gastritis atrófica.
- Gastritis folicular o linfocítica (tipo B). Se ubica en el cuerpo y el antro del estómago, con infiltración fundamental de neutrófilos en el epitelio foveolar e infiltración plasmática de la lámina propia, con folículos linfoides prominentes y modificaciones en el epitelio, que se determina como metaplasia intestinal altamente especializada. (Roesch Dietlen & Remes Troche, 2013)

4.2.4.7 Diagnóstico

- Biopsia gástrica

Para una evaluación histológica precisa de la gastritis crónica se detallan 2 puntos importantes:

1. Biopsiar todas las alteraciones macroscópicas y remitirlas en envases distintos y biopsiar la mucosa sana adyacente de las lesiones macroscópicas.

2. Hacer la toma de 2 a 5 biopsias del cuerpo y del antro, en entre ambas curvaturas, y de la incisura angularis. Así se consigue herramienta para el dominio de diagnosticar la infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), la gastritis autoinmune y las diversas gastritis atróficas metaplásicas.

Depende de la biopsia gástrica se puede determinar diferentes tipos de gastritis crónica entre ellas:

- Gastritis Crónica moderada con actividad inflamatoria moderada con colonización hipodensa: es decir con poca colonización.
 - Gastritis Crónica moderada con actividad inflamatoria moderada con colonización densa: es cuando la bacteria *H. Pylori* esta aumentado.
 - Gastritis Crónica Leve Superficial: es un infiltrado inflamatorio con células plasmáticas y linfocitos a nivel del epitelio superficial y puede ser debido agentes químicos como el ac. Gástrico o por uso de medicación que dañen el epitelio generalmente no hay presencia de *H. Pylori*
 - G.C. modera con actividad inflamatoria leve: es cuando hay inflamación con polimorfo nucleares escasos en la lámina propia.
 - G.C moderada con actividad inflamatoria moderada: los polimorfo nucleares están en la lámina propia en el epitelio de la mucosa y en las glándulas gástricas
- Pruebas de laboratorio

Las pruebas no invasivas para *H. pylori* y la medición de biomarcadores serológicos pueden apoyar a predecir los hallazgos que encontraremos en la mucosa gástrica.

- Pruebas para la detección de *Helicobacter pylori*

Las pruebas no invasivas para *H. pylori* se sugiere pedir las al inicio de los estudios diagnósticos, incluso antes de la endoscopia en algunos pacientes con síntomas dispépticos. Hay tres pruebas entre ellas: la serología, la detección de antígenos en heces y la prueba del aliento marcado con ¹³C.

- Marcadores inmunológicos séricos

La delimitación de anticuerpos anti factor intrínseco, anti células parietales y anti - H. Pylori junto con los niveles séricos de gastrina logran a seleccionar pacientes asintomáticos con gastritis autoinmunes y atróficas incipientes para la ejecución de una gastroscopia y la toma de biopsias. (R. Angós, 2016)

4.2.4.8 Prevención

Debe emplearse concretamente a la posible causa, favoreciendo una serie de medidas generales que incluyen:

- a. Recomendar una dieta balanceada y fraccionada.
- b. Evitar las bebidas alcohólicas, el café, el tabaco y los AINEs que son agentes irritantes.
- c. Proporcionar defensores de la mucosa gástrica de acuerdo con cada caso y con la intensidad de los síntomas.

4.2.5 Tratamiento Dietético Nutricional

El tratamiento para la gastritis crónica se indica una dieta blanda gástrica, el cual consiste en cubrir sus necesidades calóricas y de sus nutrientes. El plan de alimentación adecuado gástrico es aquel que accede a la formación del quimo, es de fácil evacuación y beneficia el trabajo intestinal (absorción) en un tiempo mínimo. (Sánchez Franco, 2013)

4.2.5.1 Características de la alimentación gástrica

Las características de la alimentación deben adecuarse a la situación fisiopatológica (hipersecreción, hiposecreción, retardo o aceleración de la evacuación, etc.).

✓ Características físicas

Volumen. La cavidad gástrica dilatada se encuentra estimulada por la secreción, dando como resultado, a mayor volumen una mayor secreción. Se recomienda que la dieta adecuada gástrica este ajustada a alimentos y comidas con un volumen disminuido, para facilitar el trabajo del estómago.

Es importante fraccionar las raciones de la dieta en 4 comidas y 2 colaciones, vigilando que se den periodos de reposo digestivo.

Temperatura. Las extremas temperaturas ocasionan pequeños estímulos sobre la secreción gástrica; por lo general los líquidos calientes tienen una mayor respuesta a estos estímulos, como consecuencia congestionan e irritan la mucosa. Por consiguiente, la dieta gástrica deberá componerse de alimentos que tengan temperatura ambiente o cálida, evadiendo las temperaturas en condiciones extremas.

Consistencia. El estómago subdivide los alimentos por acción química o mecánica. En su mayoría, esta separación no tiene relación con la consistencia inicial del alimento, sino con la consistencia que le da la composición química del mismo, relacionada al trabajo digestivo que demanda la transformación de este en un quimo apto. Por lo tanto, frente a un estómago enfermo, donde interesa ocasionar el mínimo trabajo digestivo, la consistencia apropiada de los alimentos será: líquida, blanda o sólida, pero de fácil disgregación.

Fibra. Un alimento debe adquirir consistencia líquida para que pase al intestino. La fibra dietética insoluble, además de irritar la mucosa del estómago, prolongan la permeancia gástrica, sin lograr aquel estado. Así como también, los alimentos con demasiados residuos, ante todos los vegetales, tienen mucho volumen. Por lo tanto, se debe indicar poca fibra dietética y deberá ser modificada por cocción y subdivisión. (Sánchez Franco, 2013)

✓ **Características químicas**

PURINAS

- De todas las sustancias químicas de los alimentos, son las purinas las que actúan como el mayor estímulo secretor del estómago.
- Son las encargadas de preparar la digestión proteica, razón por la cual las dietas adecuadas gástricas son pobres en purinas y son consideradas las mayores secretagogos gástricos.

PROTEÍNAS

- Las proteínas disminuyen la secreción del ácido gástrico, al degradarse en peptonas perduran más tiempo en el estómago.
- Incrementa la secreción, de acuerdo con el tipo de proteína y cocción.
- Los productos de la digestión proteica son importantes estimulantes de la secreción acida. No obstante, aquellos deben estar presentes en las dietas adecuadas gástricas.

CARBOHIDRATOS

- No estimulan ni inhiben la secreción gástrica, se evacuan rápidamente.
- Solo en el caso de soluciones hipertónicas o CHO complejos, de difícil digestión, llegan adquirir estado de quimo sin inconvenientes.

GRASAS

- Reducen la motilidad y la secreción al estar mayor tiempo en el estómago.
- Sin embargo, hay que tener en cuenta los efectos adversos de los alimentos altos en grasas. (Longo & Navarro, 2007) y (Sánchez Franco, 2013)

4.2.6 Efecto de los alimentos en la digestión y secreción gástrica

Leche:

- Excitante en menor potencia de la secreción gástrica, no tiene purinas, pero si proteínas.
- Las proteínas lácteas puede ser un estimulante menos potente que la de la carne.
- Produce menor jugo gástrico, en volumen medido de secreción ácida.
- Las grasas emulsionadas y libre de estructura determina una pronta secreción del complejo hormonal enterogastrona al llegar al duodeno frena la secreción e inhibe la motilidad gástrica
- Se relaciona con las grasas lácteas y con la propiedad de la caseína que posee efecto neutralizante del ácido clorhídrico.

- Además, posee prostaglandinas y fosfolípidos en niveles de concentración suficiente para ejercer un efecto protector de la mucosa.
- La leche entera con todas sus grasas y cruda, origina un coágulo de mayor tamaño y mayor permanencia que la leche hervida (proteína desnaturalizada) y descremada, cuyos coágulos son más pequeños y blandos y se evacúan con mayor facilidad.
- Se recomienda leche descremada, semidescremada y pasteurizada.

Quesos maduros:

- En la fase cefálica de la secreción, la maduración actúa estimulándola a través del sabor y aroma por la gran cantidad de productos volátiles.
- En la fase gástrica a medida que aumenta la maduración y con ella el hidrolisis proteico o más surgen sustancias volátiles de la secreción clorhidrogástrica.
- Las grasas y sus productos constituyen un estímulo para la mucosa sana y una agresión cuando se trata de una mucosa enferma.
- Los productos derivados del proceso de maduración tienen un intenso aroma y sabor son verdaderos condimentos e irritan y excitan la mucosa gástrica.
- Aumenta el tiempo de permanencia gástrica, excitan e irritan la mucosa, no existe efecto inhibitorio.
- Se recomienda el consumo de quesos frescos poco grasos.

Manteca:

- Es un producto que contiene 85% de grasas no emulsionadas.
- Al no tener grasas emulsionadas, la inhibición de secreción gástrica toma más tiempo. Produce aparición de acroleína, sustancia altamente irritante de la mucosa.
- No se recomienda este tipo de alimento en las dietas adecuadas gástricas.

Aceites:

- La tolerancia y digestibilidad de las grasas varía por el punto de fusión y grado de acidez libre. Cuanto más bajo el punto de fusión, mayor tolerancia y la digestibilidad.
- Cuanto mayor sea el grado de acidez libre, menor tolerancia, la acidez tiene una acción irritante, produciendo una exagerada secreción de la mucosa. Las frituras tienen una costra tostada (película grasa), en el estómago es insoluble/agua, inatacable por los jugos gástricos.
- Cuando la grasa llega al duodeno inhibe la secreción, si además esta grasa está modificada (aparición de acroleína) producida por malestar por irritación de la mucosa.
- Los aceites se deben usar crudos, ya que la aplicación de calor en las grasas hace variar las condiciones de tolerancia y digestibilidad.

Carnes:

- Tejido muscular rico en proteínas y purinas. El efecto de las purinas a nivel gástrico es potente y prolongado; la secreción ácido clorhídrico aumenta.
- Tejido conectivo blando neutraliza la acidez al mezclarse con el ácido clorhídrico. Cuando se cocina, se gelifica por calor, reduce la permanencia gástrica y su efecto neutralizador.
- Las grasas son liberadas después de ablandado, pasan al duodeno, son emulsionadas, una vez emulsionadas tiene poder inhibitorio de la secreción. El jugo gástrico desintegra las fibras de carne, incrementando la superficie de ataque y transformando el colágeno en gelatina.
- Se debe evitar las carnes rojas, vísceras, embutidos etc. Y se recomiendan las carnes blancas como pollo, pescado, conejo, cordero. Etc.

Cereales:

- Ricos en carbohidratos, moderada cantidad de proteínas y grasas, no tienen purinas, contienen particular estructura celular.
- Por los carbohidratos, tienen efecto mínimo sobre la secreción en las tres fases.
- Las harinas finas: Su contenido celular tan fino que el efecto secretor es pobre.
- Las harinas gruesas: Su contenido celular es más grueso, el ácido Clorhídrico deben disolver las pectinas, mayor permanencia en el estómago al igual que los granos. Evitar cereales integrales según tolerancia.
- Bollería y pastelería como galletas con chocolate, croissant o bollos.

Hortalizas:

- Tienen CHO de diferentes tipos (celulosa, almidón, CHO solubles, etc.), poseen pocas proteínas, no contienen grasas, ni purinas, pero tienen estructura celular peculiar.
- Desde el punto de vista de la composición química, el efecto de la secreción de la mucosa gástrica es mínima.
- A diferencia de la estructura celular que tiene acción agresora de la mucosa gástrica.
- Cuando los vegetales llegan al estómago sufren modificaciones relacionadas con la acción del ácido clorhídrico sobre la dilución de los cuerpos pépticos.
- Otros componentes particulares de las hortalizas: entre los más destacados se encuentran los aceites esenciales y los ácidos orgánicos. Ambos componentes actúan en la etapa cefálica y producen aumento de la secreción.
- Los aceites con la aplicación de calor se evaporan, algunos ácidos también, pero otros se quedan y se concentran y pueden actuar sobre la mucosa gástrica e intestinal, llegando a irritar y/o atacar a las mismas. Su tiempo de permanencia en el estómago es prolongado.

- Evitar los vegetales crudos como la cebolla, el ajo, pepino, coliflor, rábano ya que son flatulentos, deben estar siempre cocinados.

Legumbres:

- Las legumbres secas (arvejas, porotos, lentejas, habas, garbanzos, soja, etc.) tienen una composición química variable.
- Tienen una importante cantidad de carbohidratos, proteínas (buena calidad: soya).
- Contienen purinas diferentes de las carnes, pero estimulan la secreción gástrica.
- Contienen estructura celular particular por fuera del grano (cáscara), deben estar siempre cocidos.

Frutas:

- Tienen carbohidratos, específicamente fructuosa, contiene proteínas disminuidas, pocas grasas, con excepciones (palta, coco)
- No tienen purinas, tienen celulosa en las cáscaras, semillas y hollejos, lo que hace que sea fácilmente separable.
- El efecto que ejerce sobre el ácido clorhídrico es muy débil, algunos investigadores indican que funciona como disolvente del mismo.
- No obstante, estos ácidos aumentan el estímulo de la vesícula biliar y el peristaltismo intestinal, por lo cual no se recomienda en gastropatías
- Se recomienda las frutas como la manzana, pera, papaya, banana, durazno, coco.
- Evitar las frutas cítricas como naranja, limón, lima. Etc.

Azúcares y dulces:

- Los azúcares simples, intervienen en la secreción gástrica cuando se hallan en medios hipertónicos.
- Se deben consumir acompañado de las comidas y no consumirlos solos. El dulce de leche tiene un alto contenido graso y azúcar caramelizado por lo que son estimulantes de la secreción.

- Se puede consumir con normalidad las mermeladas a base de frutas sin fibra, jaleas y mieles.

Condimentos y picantes:

- Se utilizan para dar mejor sabor y aroma a las comidas.
- Se clasifican en salados, ácidos, aliáceos (ajo, cebolla), picantes y aromáticos (canela, anís, tomillo)
- En la fase cefálica todos aumentan la secreción gástrica. En la fase gástrica solo algunos son estimulantes como los picantes (pimentón, pimienta, mostaza) y aromáticos (anís, hinojo, jengibre y nuez moscada). Evitar los alimentos preparados industrializados como mayonesa, mostaza, salsa de tomate.

Bebidas:

- Las bebidas carbonatadas (cola), ocasionan incremento de secreción, tienen sustancias muy estimulantes como la colina.
- Sustancias muy excitantes como las infusiones y el chocolate, tienen metilxantinas, aminoácidos libres y grasos, taninos, etc. Las sustancias estimulantes excitan las contracciones de las fibras musculares lisa.
- Las infusiones de café contienen mayor cantidad de taninos y cafeína que el té, lo cual estimulan la secreción gástrica.
- La cafeína aumenta la producción de Ac. Clorhídrico y la motilidad, lo que lleva a mayor severidad de la sintomatología.
- Bebidas como agua con gas, mineral, jugos de frutas con agua, refrescos de fruta etc. No son recomendados en las enfermedades gástricas. (Longo & Navarro, 2007) y (Sánchez Franco, 2013).

4.2.5.3 Recomendaciones en la gastritis crónica

La gastritis crónica puede ser a causa de una dieta inadecuada, por el exceso de alimentos, comidas demasiado condimentadas o picantes, por el abuso del alcohol o cigarrillo, entre otros orígenes.

Por lo que una buena historia dietética es fundamental para reconocer y corregir los desórdenes alimenticios ya que son factores básicos que influyen en su curación. (Téllez Villagómez & Martínez Moreno, 2014).

- Cuando la mucosa del estómago curse con normoacidez o hiperacidez se deberá suprimir todos los alimentos excitantes y condimentados.
- Cuando la mucosa curse con hipoacidez o anacidez, se necesitara una dieta amplia, sencilla, blanca, de fácil digestión.
- El alcohol, los caldos de carnes, los condimentos y picantes están contraindicados
- Suprimir los alimentos que ocasionen una digestión pesada o lenta, como los guisos grasientos, los vegetales fibrosos, proteínas animales, quesos maduros y las semillas.
- Los frutos cítricos y sus zumos, así como las bebidas aciduladas están contraindicados por ser irritantes de la mucosa gástrica. (Téllez Villagómez & Martínez Moreno, 2014) y (Repullo Picasso, 2013).

4.3 Marco Legal

4.3.1 Constitución de la República del Ecuador

DERECHO A LA SALUD

Derechos económicos, sociales y culturales

Art 42.- el estado garantizara el derecho a la salud, su promoción y protección por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familia, laboral y comunitario y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

Derechos del buen vivir

Art. 13.- Las personas y colectividades tienen derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia con sus diversas identidades y tradiciones culturales. El Estado ecuatoriano promoverá la soberanía alimentaria.

Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Derechos de libertad

Art. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas:

2. El derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios.

3. El derecho a la integridad personal, que incluye:

a) La integridad física, psíquica, moral y sexual.

LEY DE DERECHOS Y AMPARO AL PACIENTE

Art. 1.- Definición de centro de salud. Centro de Salud es una entidad del sistema de servicios de salud pública o privada, establecida conforme a la Ley para prestar a las personas atención de salud integral de tipo ambulatorio y de internamiento. Es, además, un centro de formación de personal de salud y de investigación científica. Se consideran servicios de salud a: Hospitales, Clínicas, Institutos Médicos, Centros Médicos, Policlínicos y Dispensarios Médicos.

Art. 2.- Derecho a una atención digna. Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo con la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Art. 3.- Derecho a no ser discriminado. Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Art. 4.- Derecho a la confidencialidad. Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.

5. Formulación de hipótesis

Los hábitos alimentarios y el estilo de vida se relacionan con la gastritis crónica.

6. Identificación y Clasificación de las variables

Las variables de estudio son los hábitos alimentarios, el estilo de vida y gastritis crónica.

Hábitos alimentarios

Definición Conceptual

Los hábitos alimentarios son conductas obtenidas a través del tiempo los cuales influyen en nuestra alimentación y salud. Es por ello por lo que se debe llevar una dieta equilibrada, variada, suficiente y completa, acompañada de ejercicio físico para posteriormente prevenir enfermedades crónicas. (World Health Organization & Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2003)

Definición Operacional

Se midieron los hábitos alimentarios de acuerdo con el consumo de alimentos específicos como el café, comida chatarra, frutas cítricas, chocolate, condimentos y picantes, obtenidos mediante la encuesta dietética.

Interpretación

Tabla N° 4. Interpretación de café según el consumo de tazas diarias

Café	Clasificación
>3 tazas diarias	Frecuente
1 – 2 tazas diarias	Poco Frecuente
0 tazas diarias	Nunca

(Sánchez-Cuén, Irineo Cabrales, Bernal Magaña, & Peraza Garay, 2013)

Tabla N° 5. Interpretación de comida chatarra según el cuestionario de la frecuencia de consumo.

Comida chatarra	Clasificación
2 – 5 veces por semana	Frecuente
1 – 3 veces por mes	Poco Frecuente
0 veces	Nunca

Tabla N° 6. Interpretación de Frutas cítricas según el consumo de las raciones diarias.

Frutas cítricas	Clasificación
2 - 4 raciones diarias	Frecuente
1 – 2 raciones diarias	Poco frecuente
0 raciones diarias	Nunca

(MyPyramid, 2012)

Tabla N° 7. Interpretación de Chocolate según el cuestionario de la frecuencia de consumo.

Chocolate	Clasificación
2 – 5 veces por semana	Frecuente
1 – 3 veces al mes	Poco frecuente
0 veces	Nunca

Tabla N° 8. Interpretación de Condimentos y picantes según la frecuencia de consumo.

Condimentos y picantes	Clasificación
2 – 5 veces por semana	Frecuente
1 – 3 veces al mes	Poco frecuente
0 veces	Nunca

Estilo De Vida

Definición Conceptual

Es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. (Organización Mundial de la Salud, 2010)

Definición Operacional

Se midió el estilo de vida de acuerdo con la siguiente clasificación: tabaco, alcohol y estrés, los cuales fueron obtenidos de la encuesta dietética.

Interpretación

Tabla N° 9. Interpretación de tabaco según el número de cigarrillos fumados durante los últimos 6 meses.

Tabaco	Clasificación
1 diario durante los últimos 6 meses	Si
0 cigarrillos durante los últimos 6 meses	No

(Ascanio et al., 2015)

Tabla N° 10. Interpretación de alcohol según la cantidad de bebidas alcohólicas consumidas a la semana para hombres y mujeres.

Alcohol	Clasificación
7 bebidas por semana mujeres 14 bebidas por semana hombres.	Si
Mujeres y hombres que no consumen bebidas alcohólicas	No

(Sánchez-Cuén et al., 2013)

Tabla N° 11. Interpretación de estrés según los rangos de estrés.

Rangos	Estrés
36 – 48 leve/moderado 60 – 72 alto/Grave	Si
12 – 24 sin Estrés	No

(Lorenzo, 2016)

Gastritis Crónica

Definición Conceptual

La gastritis crónica se la define como la presencia de inflamación crónica que se asocia con úlcera péptica y en estadios más avanzados con un elevado riesgo de padecer adenocarcinoma gástrico.

Definición Operacional

Se mide la gastritis crónica con o sin la bacteria *Helicobacter Pylori*, de acuerdo con los resultados obtenidos de la biopsia gástrica.

Interpretación

Tabla N° 20 Interpretación de la Gastritis crónica según los resultados de la biopsia

Clasificación	Interpretación	
Gastritis crónica - <i>Helicobacter Pylori</i>	Si	No

7. Metodología de la investigación

7.1 Justificación de la Elección de Diseño

El trabajo de investigación posee un enfoque cuantitativo en el cual se medió los fenómenos utilizando la estadística para probar la hipótesis planteada, será secuencial; analizando la realidad objetiva para la obtención de resultados. Tiene un diseño metodológico no experimental de tipo transversal con un alcance correlacional, ya que se pretende relacionar las variables.

A su vez el estudio constó del método de la lógica o razonamiento deductivo, que comienza con la teoría general y de esta se derivan expresiones lógicas específicas denominadas hipótesis, ya que se buscó obtener resultados para diagnosticar la gastritis crónica y encuesta dirigida a la población determinada (18 a 85 años). (Hernández Sampieri et al., 2010)

7.2 Población y muestra- tipo de muestreo

Nuestra población fue de 200 personas adultas que asistieron al centro medico gastroenterológico del Dr. Juan Pablo Jaramillo Eguiguren de la ciudad de Guayaquil, de los cuales se tomó como muestra a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión establecidos para el estudio, de los pacientes encuestados se determinó que dentro del estudio 110 presentan la enfermedad gastritis crónica.

7.3 Criterios de inclusión:

- Pacientes ambulatorios adultos y adultos mayores que acudieron al centro médico gastroenterológico del Dr. Juan Pablo Jaramillo Eguiguren que presentaron un diagnóstico de gastritis crónica y que se realizaron endoscopia digestiva alta.
- Pacientes de prueba positiva y negativa para biopsia y sintomatología de enfermedad digestiva, en el periodo de estudio.

7.4 Criterios de exclusión:

- Pacientes que presentaron otras patologías digestivas como pólipos gástricos, úlceras gástricas, hemorragias digestivas altas y bajas que acudieron al centro médico gastroenterológico del Dr. Juan Pablo Jaramillo Eguiguren.
- Pacientes que presentaron algún tipo de discapacidad para la toma de los parámetros antropométricos.
- Pacientes con problemas psiquiátricos o cognitivos que les impidieron responder las encuestas.
- Pacientes embarazadas y madres lactantes.

7.5 Técnicas e Instrumentos de Recogida de Datos

7.5.1 Técnica.

Observación:

Mediante la observación de la encuesta dietética se determinó los hábitos alimentarios y estilo de vida de los pacientes diagnosticados con gastritis crónica.

Documental:

Mediante la documentación relevante de los resultados de la biopsia gástrica se determinó el tipo de gastritis crónica: leve superficial, moderada con actividad inflamatoria leve y moderada, así como el tipo de gastritis crónica con *Helicobacter Pylori*: Colonización densa e Hipodensa, que tuvieron los pacientes de estudio.

Entrevista:

Se realizó la entrevista a los pacientes que acudieron al centro médico de gastroenterología, mediante preguntas cerradas y abiertas acerca de los datos generales: Antecedentes Patológicos Personales, familiares y quirúrgicos, edad, sexo, hábitos alimentarios, estilo de vida y parámetros antropométricos de los estudiados.

7.5.2 Instrumento.

- **Historia Clínica, Dietética y Nutricional**

Documento fundamental y elemental del saber médico en el que radicó la recopilación de los diversos datos que fueron tomados en el periodo de mayo a julio en el año 2017, del Centro médico de Gastroenterología del Dr. Juan Pablo Jaramillo Eguiguren, en donde se realizó una historia clínica, dietética y nutricional, donde se incluyó los datos generales como los antecedentes patológicos personales, antecedentes quirúrgicos y antecedentes patológicos familiares, además se determinó los resultados obtenidos de los parámetros antropométricos, hábitos alimentarios y estilo de vida de los pacientes.

- **Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos**

El cuestionario de frecuencia de consumo de alimento (CFCA) corresponde a un método directo de estimación de la ingesta alimentaria individual, el cual tiene un formato más estructurado, siendo el más usado en el campo de la epidemiología, ya que buscan la relación que existe entre enfermedades crónicas y el tipo de dieta de los pacientes. (Sabaté, 2014)

En la práctica, el sujeto entrevistado debe contestar cuantas veces ha ingerido algún alimento específico, durante un periodo de tiempo en el pasado, respondiendo en el cuestionario diseñado con ese fin.

Este método utiliza tres ejes fundamentales: lista de alimentos, frecuencia de consumo en unidades de tiempo y una porción estándar establecida como punto de referencia para cada alimento, así como esta puede ser única o puede tener varias opciones para su elección. (Martin-Moreno & Gorgojo, 2007).

- **Biopsia Gástrica**

Se utilizó la información histopatológica de los resultados de la biopsia gástrica para conocer los tipos de gastritis crónica que padecen los pacientes y determinar si tienen o no la bacteria *Helicobacter Pylori*.

- **Balanza médica mecánica con Tallimetro y cinta métrica.**

Se utilizó la balanza médica mecánica con tallimetro y cinta métrica para obtener los parámetros antropométricos correctos. La balanza medica mecánica con tallimetro marca Rice Lake permite medir el peso del paciente con absoluta precisión y posee una capacidad de hasta 200 kg. En el caso del tallimetro, este consta con un rango de 71 cm a 1.98 m.

El peso y la talla fueron tomados a los pacientes en posición erecta, con brazos en ambos lados del cuerpo, manos rectas y extendidas hacia abajo, en bipedestación, sin zapatos, mirada fija al frente y ropa sencilla o ligera. (MILIÁN, CHÉVEZ, & LEIVA, 2014)

La cinta métrica que se utilizó para medir la circunferencia de cintura y cadera fue de marca AnthroFlex (diameter tape measure), consta de 6mm de ancho y 2 m de largo.

Recursos:

Al obtener la información necesaria de las variables correspondientes de los hábitos alimentarios, el estilo de vida y la gastritis crónica – H. Pylori fueron registrados en una hoja de cálculo de Microsoft Office Excel 2016 y Microsoft Office Word 2016. Los datos estadísticos se realizaron a través del programa estadístico en la base de datos de IBM SPSS Statistics versión 23.

- **Cuestionario de problemas psicosomáticos (CPP)**

Se evaluó el estrés por medio de la adaptación del cuestionario de Problemas Psicosomáticos (CPP), el cual permite conocer el grado en el que se encuentre el paciente según los síntomas asociados con el estrés durante los últimos 3 meses. El cuestionario consiste de 12 preguntas, cuyas respuestas se las representa en números siendo de 1 – 2 nunca, 3 – 4 poco frecuente y 5 – 6 frecuente, dando como resultado los siguientes rangos: 12 – 24 sin estrés, 36 – 48 estrés leve/moderado y 60 – 72 estrés alto/Grave.(De Paz, 2013).

- **Software Nutricional Nutrimind**

Nutrimind es un software nutricional que se utilizó en nuestro estudio, ya que nos permitió ingresar de forma rápida los datos personales, de igual forma los datos antropométricos y la frecuencia de consumo de alimentos de los pacientes. El programa es el más usado por los profesionales en nutrición y estudiantes desde el año de 2007, sus formas de diseño de dietas se basan en el sistema mexicano de equivalentes y en la tabla de composición de alimentos de la USDA. Cumple con los requisitos de la “Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.” (Nutrimind, 2017)

8. Presentación de Resultados

8.1 Análisis e Interpretación de Resultados

Tabla 1. Descripción de Género de la Población de Estudio

Género	Frecuencia	Porcentaje(%)
Masculino	31	28,2%
Femenino	79	71,8%
Total	110	100,0%

Elaborado por: Jaramillo M y Mendiburo P. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética de la Facultad de Ciencias Médicas de la UCSG

Análisis e Interpretación de los resultados

En el gráfico 1. Descripción de Género de la Población de Estudio, donde observamos que la población mayoritaria fue de sexo femenino con un 71% (n=79) y en minoría fueron del sexo masculino 28,18% (n=31).

Tabla 2. Diagnóstico Nutricional según IMC

Diagnóstico Nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Bajo Peso	17	15,5%
Norma	40	36,3%
Sobrepeso	29	26,3%
Obesidad	5	4,6%
Obesidad I	19	17,3%
Total	110	100,0%

Elaborado por: Jaramillo M y Mendiburo P. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética de la Facultad de Ciencias Médicas de la UCSG

Análisis e Interpretación de los resultados

En la figura 2. Interpretación del diagnóstico nutricional, el IMC entre la edad de 18 a 65 años; menos de la mitad estuvieron con peso normal 36,3% (n=40), seguido del porcentaje de sobrepeso con un 26,36% (n=29), y con una minoría en pacientes que presentaron obesidad con un 4,55% (n=5).

Tabla 3. Relación entre los hábitos alimentarios y gastritis crónica

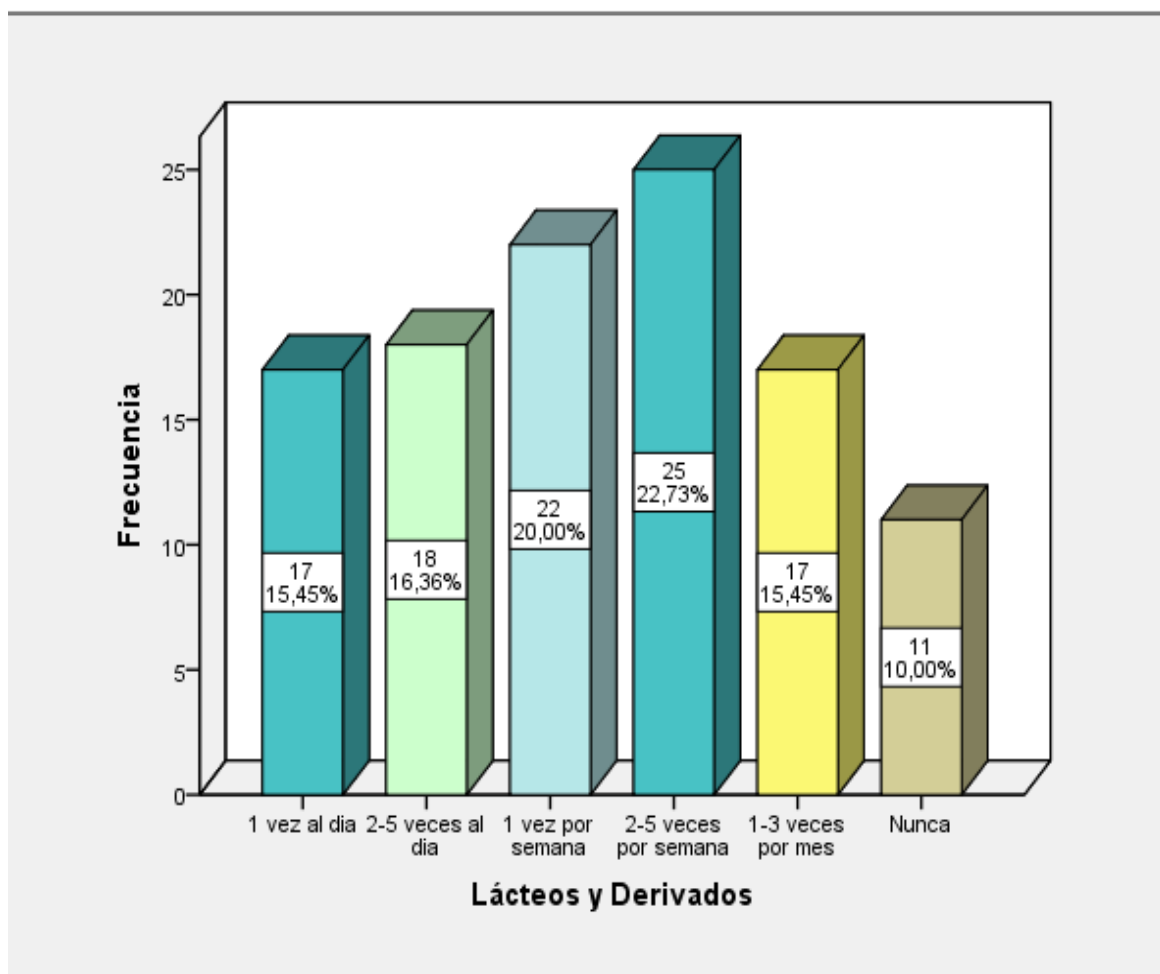
Hábitos Alimentarios		Gastritis Crónica- Helicobacter Pylori						Valor p
		Si		No		Total		
		Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila	
Café	F	38	74,5%	13	25,5%	51	100,0%	0,001
	P.F	6	42,9%	8	57,1%	14	100,0%	
	N	17	37,8%	28	62,2%	45	100,0%	
Condimentos y Picantes	F	20	62,5%	12	37,5%	32	100,0%	0,516
	P.F	32	50,8%	31	49,2%	63	100,0%	
	N	9	60,0%	6	40,0%	15	100,0%	
Chocolate	F	31	75,6%	10	24,4%	41	100,0%	0,004
	P.F	26	44,8%	32	55,2%	58	100,0%	
	N	4	36,4%	7	63,6%	11	100,0%	
Comida Chatarra	F	21	48,8%	22	51,2%	43	100,0%	0,038
	P.F	31	54,4%	26	45,6%	57	100,0%	
	N	9	90,0%	1	10,0%	10	100,0%	
Frutas Cítricas	F	38	67,9%	18	32,1%	56	100,0%	0,027
	P.F	16	41,0%	23	59,0%	39	100,0%	
	N	7	46,7%	8	53,3%	15	100,0%	

Elaborado por: Jaramillo M y Mendiburo P. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética de la Facultad de Ciencias Médicas de la UCSG

Análisis e Interpretación de los Datos

En la tabla 3. Se analizó si existe una relación entre los hábitos alimentarios con la presencia de gastritis crónica, mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson, y se demostró que el alimento que más relación tuvo fue el café (p: 0,001), seguido del chocolate (p: 0,004), comida chatarra (p: 0,038) y frutas cítricas (p: 0,027) y los que no tuvieron relación fueron los condimentos y picantes (p: 0,516). Las siglas corresponden a F= Frecuente; P. F= Poco Frecuente; N= Nunca.

Figura 1. Frecuencia de consumo de lácteos y sus derivados



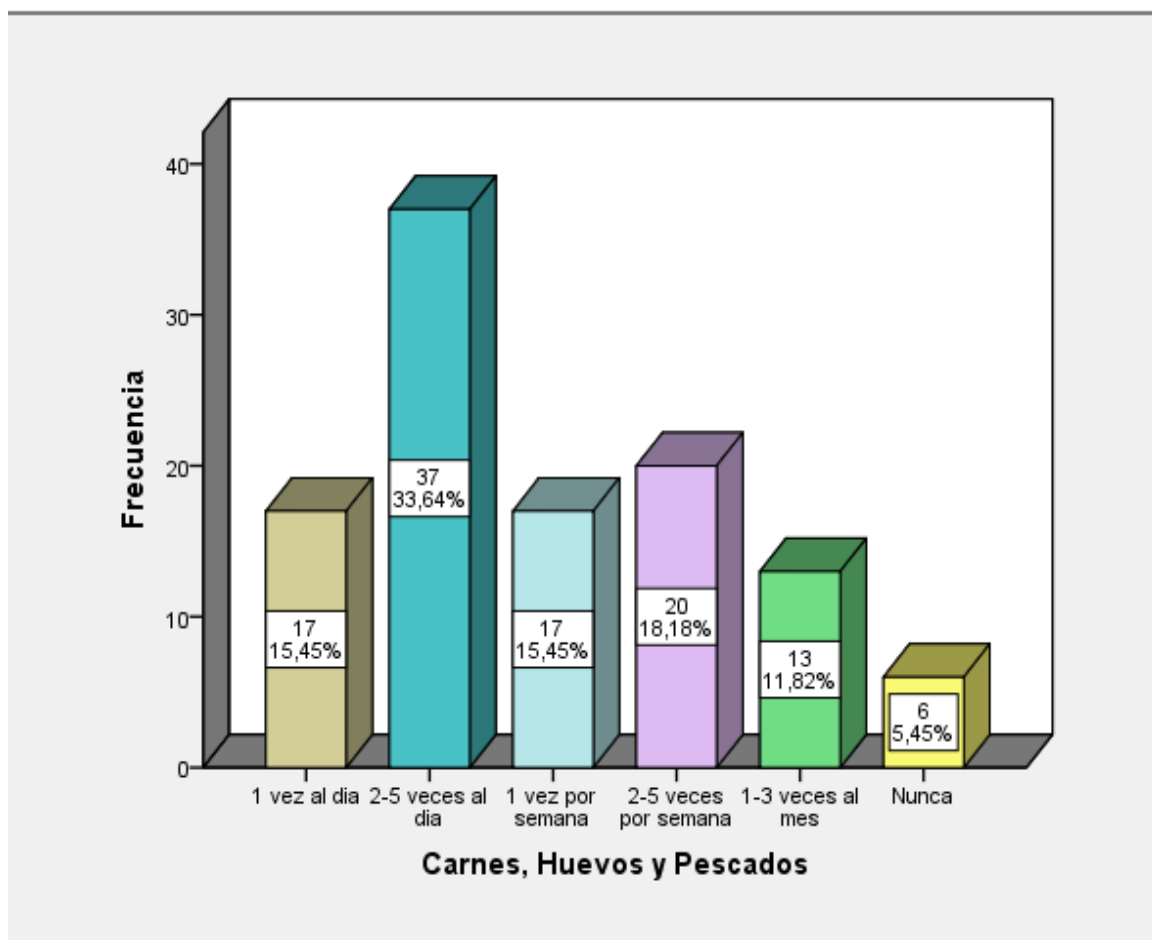
Elaborado por: Jaramillo M y Mendiburo P. Egresadas de la Carrera de Nutrición, iDietética y Estética de la Facultad de Ciencias Médicas de la UCSG.

Análisis e interpretación de los Datos

En la figura 3. Los datos obtenidos determinaron que el mayor porcentaje de investigados mantuvo una frecuencia de 2 a 5 veces por semana de lácteos 22,7% (n=25) y en menor porcentaje los que nunca consumen 10% (n=11).

Los lácteos tienen una función plástica y se lo caracteriza como un conjunto de alimentos protectores o de defensa siendo su principal mineral: el calcio o su macronutriente: la proteína de alto valor biológico. Su consumo excesivo puede provocar la producción de más ácido y pueden empeorar los síntomas de gastritis.

Figura 2. Frecuencia de consumo de carnes, huevos y pescado.



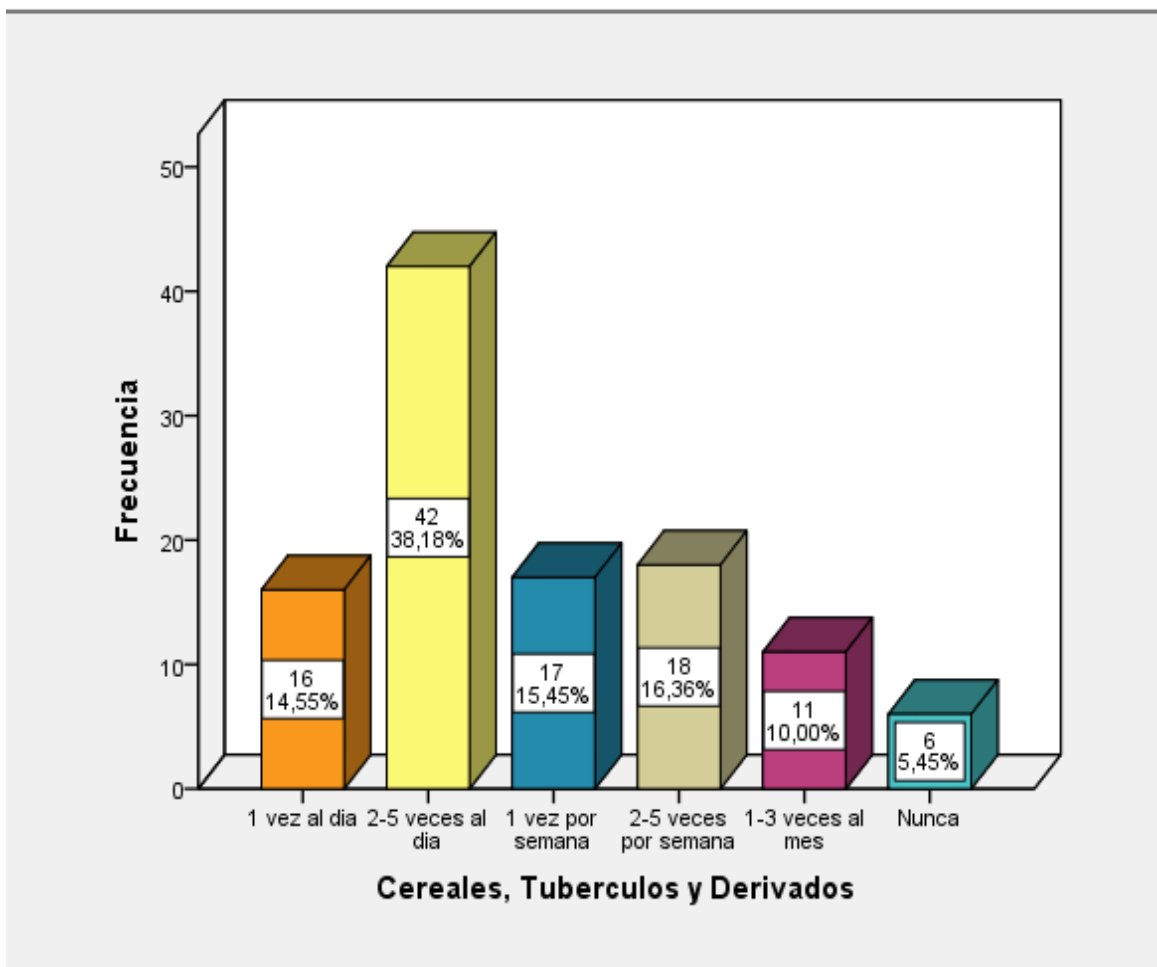
Elaborado por: Jaramillo M y Mendiburo P. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética de la Facultad de Ciencias Médicas de la UCSG.

Análisis e interpretación de los Datos

En la figura 4. Los datos obtenidos determinaron que el mayor porcentaje de investigados mantuvo una frecuencia de 2 a 5 veces al día de carnes, huevos y derivados con un 33,64% (n=37) y en menor porcentaje los que nunca consumen con 5,45% (n=6).

Las carnes proporcionan al cuerpo vitamina b, hierro, zinc y proteínas esenciales para mantener la salud. Su consumo excesivo, especialmente de carnes rojas y procesadas, puede provocar distintos tipos de cáncer, y las purinas a nivel gástrico es potente y prolongado por ende la secreción del ácido clorhídrico aumenta.

Figura 3. Frecuencia de consumo de cereales, tubérculos y sus derivados



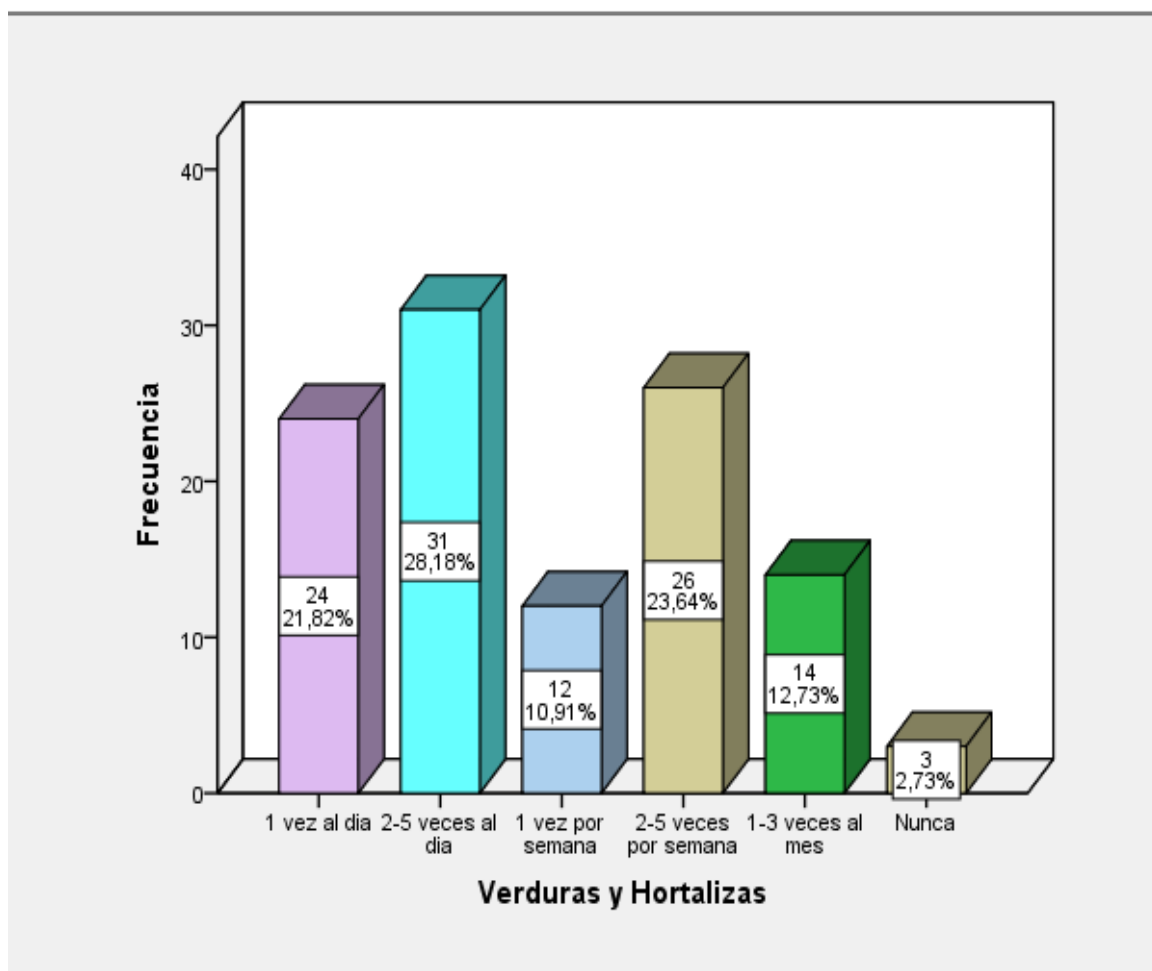
Elaborado por: Jaramillo M y Mendiburo P. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética de la Facultad de Ciencias Médicas de la UCSG

Análisis e interpretación de los Datos

En la figura 5. Los datos obtenidos determinaron que el mayor porcentaje de investigados mantuvo una frecuencia de 2 a 5 veces al día de cereales, tubérculos y sus derivados con un 38,18% (n=42) y en menor porcentaje los que nunca consumen con 5,45% (n=6).

Los cereales, tubérculos y sus derivados son alimentos ricos en carbohidratos, contienen una moderada cantidad de proteínas y grasas, no tienen purinas, contienen particular estructura celular. Por los carbohidratos, tienen efecto mínimo sobre la secreción en las tres fases. El tiempo de permanencia gástrica estará en relación con la cantidad de fibra.

Figura 4. Frecuencia de consumo de verduras y hortalizas



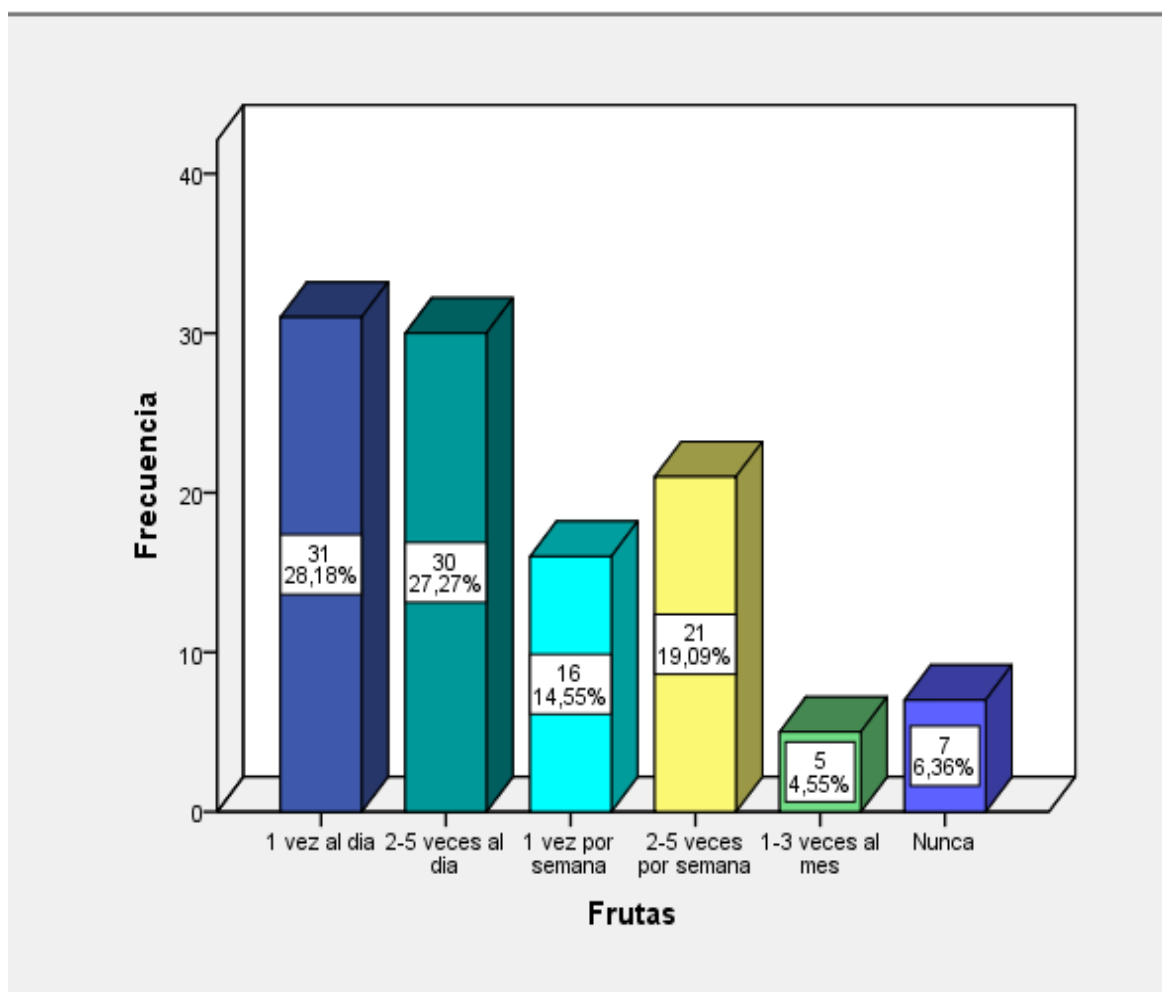
Elaborado por: Jaramillo M y Mendiburo P. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética de la Facultad de Ciencias Médicas de la UCSG

Análisis e interpretación de los Datos

En la figura 6. Los datos obtenidos determinaron que el mayor porcentaje de investigados mantuvo una frecuencia de 2 a 5 veces al día de verduras y hortalizas con un 28,18% (n=31) y en menor porcentaje los que nunca consumen con 2,73% (n=3).

Tienen CHO de diferentes tipos (celulosa, almidón, CHO solubles, etc.), poseen pocas proteínas, no contienen grasas, ni purinas, pero tienen estructura celular peculiar. Desde el punto de vista de la composición química, el efecto de la secreción de la mucosa gástrica es mínima.

Figura 5. Frecuencia de consumo de frutas



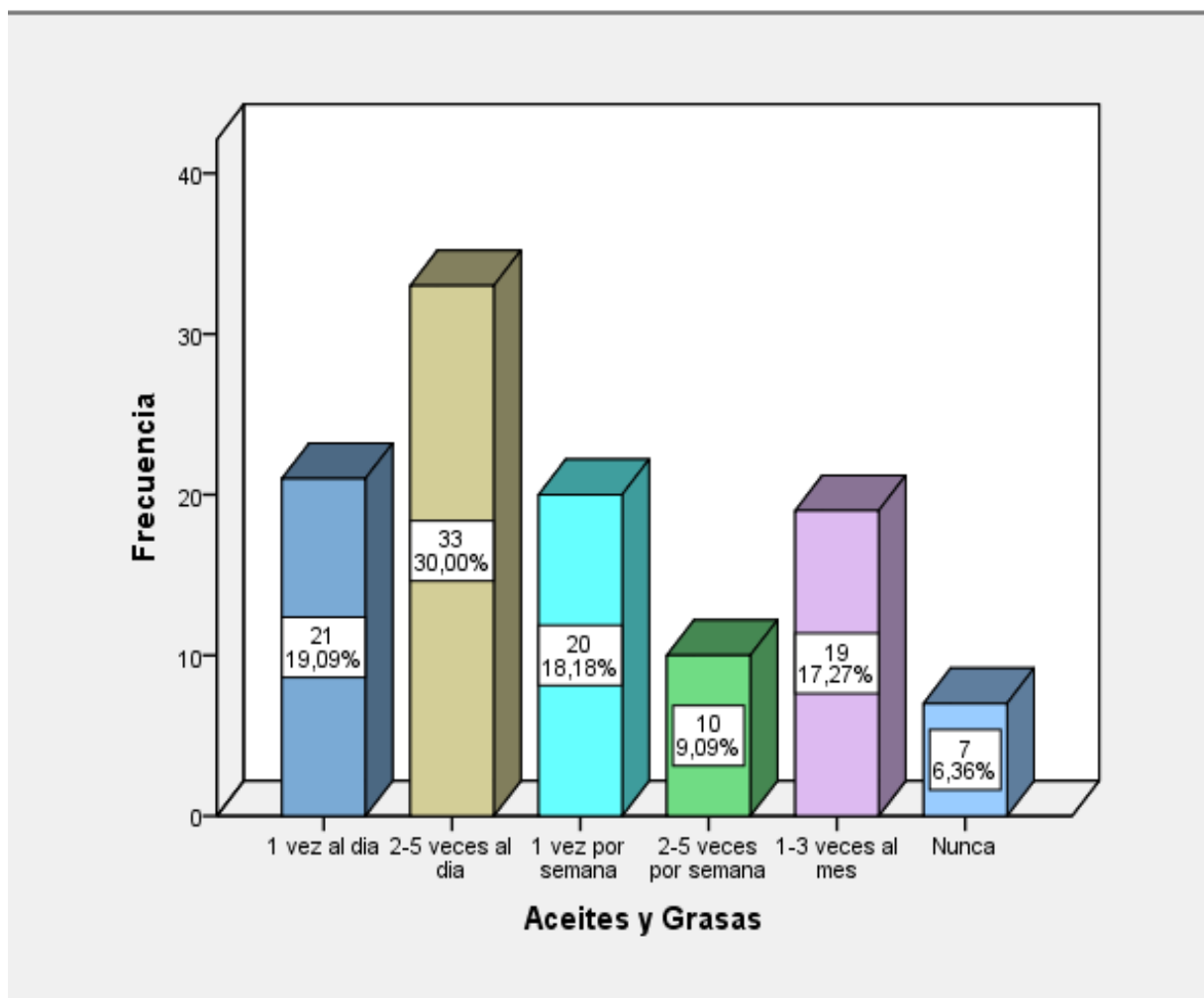
Elaborado por: Jaramillo M y Mendiburo P. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética de la Facultad de Ciencias Médicas de la UCSG

Análisis e interpretación de los Datos

En la figura 7. Los datos obtenidos determinaron que el mayor porcentaje de investigados mantuvo una frecuencia de 1 vez al día de frutas con un 28,18% (n=31) y en menor porcentaje de 1 a 3 veces al mes consumen con 4,55% (n=5).

Las frutas son ricas en fibra soluble, lo que se asocia con el efecto de saciedad, regulación de la motilidad gastrointestinal (efecto laxante), El efecto que ejerce sobre el ácido clorhídrico es muy débil, algunos investigadores indican que funciona como disolvente del mismo.

Figura 6. Frecuencia de consumo de aceites y grasas



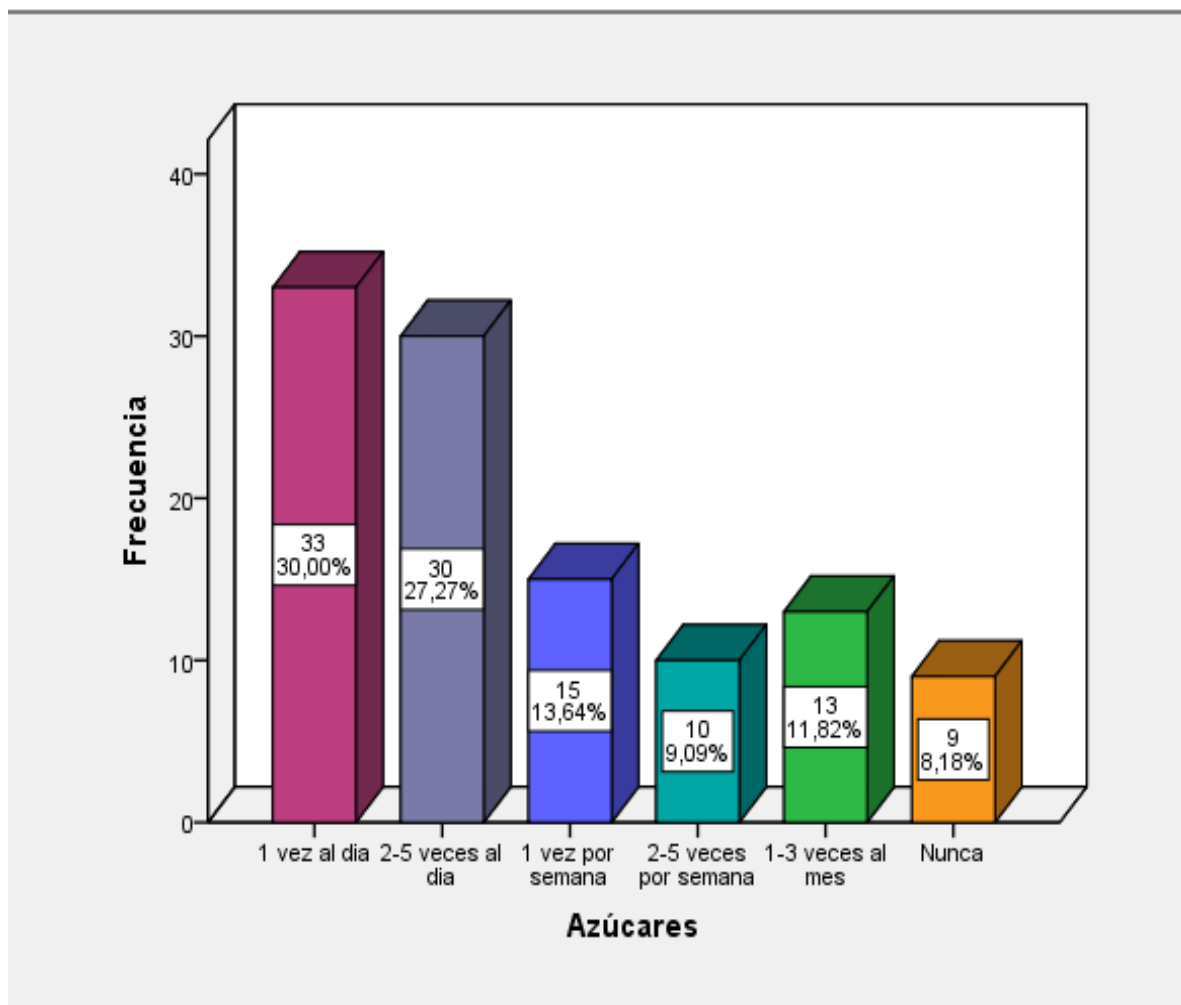
Elaborado por: Jaramillo M y Mendiburo P. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética de la Facultad de Ciencias Médicas de la UCSG

Análisis e interpretación de los Datos

En la figura 8. Los datos obtenidos determinaron que el mayor porcentaje de investigados mantuvo una frecuencia de 2 a 5 veces al día de aceites y grasas con un 30,00% (n=33) y en menor porcentaje los que nunca consumen con 6,36% (n=7).

La tolerancia y digestibilidad de las grasas varía por el punto de fusión y grado de acidez libre. Cuanto más bajo el punto de fusión, mayor tolerancia y la digestibilidad. Cuanto mayor sea grado de acidez libre, menor tolerancia, la acidez tiene una acción irritante, produciendo una exagerada secreción de la mucosa.

Figura 7. Frecuencia de consumo de azúcares



Elaborado por: Jaramillo M y Mendiburo P. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética de la Facultad de Ciencias Médicas de la UCSG

Análisis e interpretación de los Datos

En la figura 9. Los datos obtenidos determinaron que el mayor porcentaje de investigados mantuvo una frecuencia de 1 vez al día de azúcares con un 30,00% (n=33) y en menor porcentaje los que nunca consumen con 8,18% (n=9).

Los azucares simples, intervienen en la secreción gástrica cuando se hallan en soluciones hipertónicas. El consumo excesivo de azúcar común y dulces, puede provocar un aumento de peso, cáncer, diabetes y enfermedades gastrointestinales.

Tabla 4. Relación entre el estilo de vida con la gastritis crónica

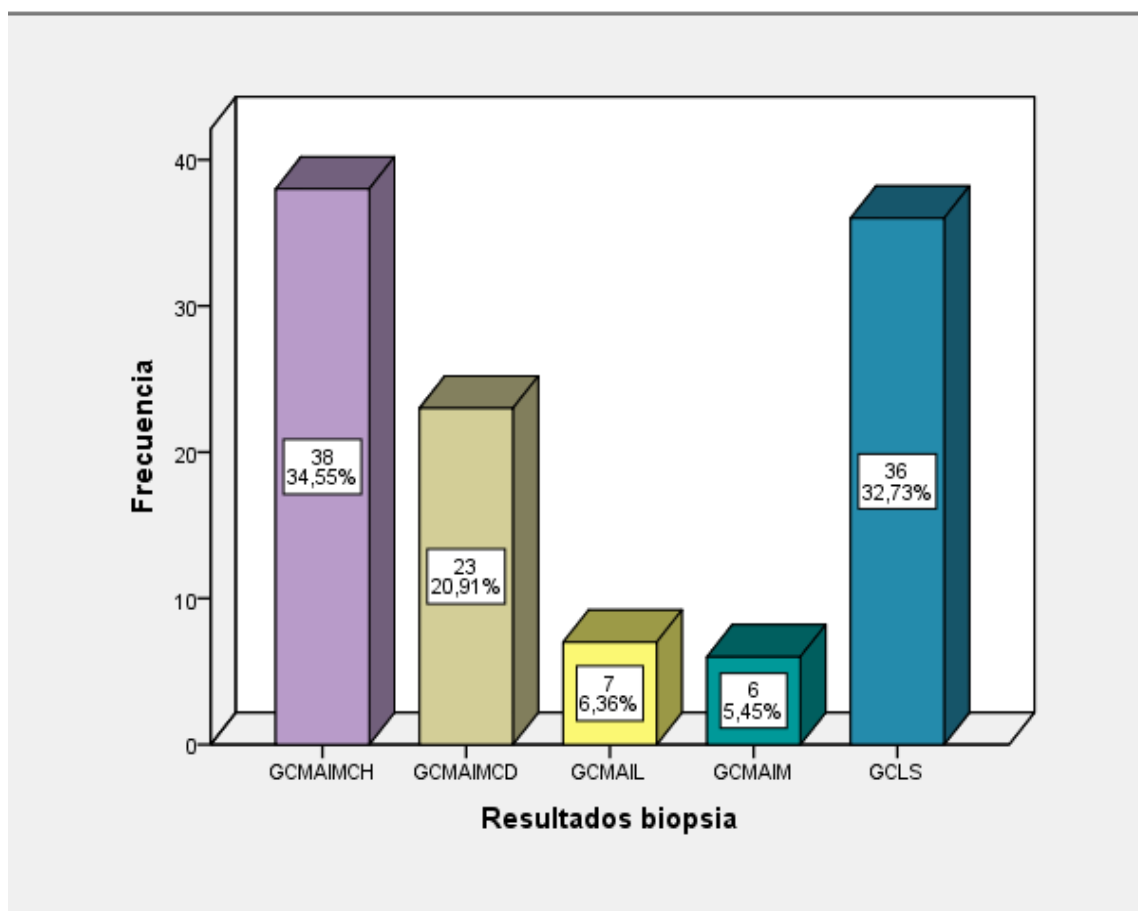
Estilo de Vida		Interpretación Gastritis Crónica						Valor p
		Si		No		Total		
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	
Alcohol	Si	41	67,2%	13	26,5%	54	49,1%	0,068
	No	20	32,8%	36	73,5%	56	50,9%	
	Total	61	100,0%	49	100,0%	110	100,0%	
Tabaco	Si	32	52,5%	22	44,9%	54	49,1%	0,068
	No	29	47,5%	27	55,1%	56	50,9%	
	Total	61	100,0%	49	100,0%	110	100,0%	
Estrés	Si	46	75,4%	45	91,8%	91	82,7%	0,023
	No	15	24,6%	4	8,2%	19	17,3%	
	Total	61	100,0%	49	100,0%	110	100,0%	

Elaborado por: Jaramillo M y Mendiburo P. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética de la Facultad de Ciencias Médicas de la UCSG

Análisis e interpretación de los Datos

En la Tabla 4. Relación entre el estilo de vida con la gastritis crónica; se analizó si existe una relación entre el estilo de vida con la presencia de gastritis crónica mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson, y se demostró que el estrés (p: 0,023) si tiene relación, mientras que no existe una relación estadísticamente significativa con el consumo de alcohol (p: 0,068) y tabaco (p: 0,068).

Figura 8. Resultados de Biopsias



Elaborado por: Jaramillo M y Mendiburo P. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética de la Facultad de Ciencias Médicas de la UCSG

Análisis e interpretación de los Datos

En la figura 10. En nuestra población la mayoría de los pacientes presentan gastritis crónica moderada con actividad inflamatoria moderada con colonización hipodensa (GCMAIMCH), es decir con poca colonización representa 34,55%(n=38), seguido por la gastritis crónica moderada con actividad inflamatoria moderada con colonización densa(GCMAIMCD)-(H. Pylori aumentado) 20,91%(n=23). De los pacientes que son negativos para Helicobacter Pylori, el grupo más frecuente fue la gastritis crónica leve superficial (GCLS) representa 32,73% (n=36), mientras que la gastritis crónica moderada con actividad inflamatoria leve(GCMAIL) representa un porcentaje 6,36%(n=7) y teniendo gastritis crónica moderada con actividad inflamatoria moderada(GCMAIM) con un 5,45%(n=6).

9. Conclusiones

Luego de analizar e interpretar los datos de los pacientes que acudieron al Centro Médico de gastroenterología “Dr. Juan Pablo Jaramillo Eguiguren” de la ciudad de Guayaquil, cumpliendo con los objetivos planteados se dan las siguientes conclusiones:

- Caracterizando a los pacientes de nuestra población se determinó que la frecuencia de gastritis crónica tiene un mayor impacto en el sexo femenino con un 71,8% y con un menor impacto en los hombres correspondiendo a un 28,2%. Se analizó el estado nutricional a través del índice de masa corporal (IMC) como indicador, y se demostró que la categoría de peso normal corresponde al porcentaje más alto con un 35,78%, mientras que el porcentaje fue menor en pacientes que presentan obesidad con el 4,59%.
- En cuanto a los hábitos alimentarios realizada por la frecuencia de consumo alimentario del software Nutrimind y encuesta dietética se demostró en nuestra población que el consumo de café, comidas chatarras, chocolate, frutas cítricas y el grupo de alimentos de la pirámide alimenticia influyen en el desarrollo de la gastritis crónica; las comidas condimentadas y picantes no influyen en el desarrollo de la enfermedad.
- Se confirma la hipótesis que relaciona los hábitos alimentarios con el desarrollo de la gastritis crónica y se niega la hipótesis que relaciona los condimentos y picantes con el desarrollo de la gastritis crónica.
- Según el estilo de vida el estrés tiene una relación estadísticamente significativa con el desarrollo de la gastritis crónica.
- Se niega la hipótesis en nuestro estudio de que el cigarrillo y el alcohol inciden en el desarrollo de gastritis crónica, ya que puede haber un sesgo en los pacientes encuestados, que pueden negar en el momento de la entrevista el consumo de dichos hábitos.
- La Gastritis Crónica en nuestro medio tiene una mayor incidencia en el grupo de pacientes con HP (+).

10. Recomendaciones

Con base en la calidad de información encontrada y los resultados obtenidos se recomienda:

- Se recomienda una evaluación médica y nutricional que permita indagar acerca de los distintos factores que puedan incurrir o favorecer el desarrollo de gastritis crónica, entre ellos factores alimentarios, consumo de sustancias como alcohol y tabaco, así como situaciones de estrés psicológico en los pacientes.
- Resaltar la importancia de una adecuada higiene, almacenamiento y cocción de los alimentos a los pacientes, con el propósito de prevenir infecciones por *Helicobacter pylori* y garantizar inocuidad de las preparaciones que serán consumidas en los diferentes tiempos de comida.
- Concientizar a la población sobre la contaminación cruzada en los alimentos, resaltando la alta incidencia del contagio de la *Helicobacter Pylori*.
- Incentivar un abordaje multidisciplinario que permita brindar un manejo adecuado e integral al tratamiento de la gastritis crónica y otras enfermedades gastrointestinales para favorecer el tratamiento y recuperación de los pacientes.
- Promover la asistencia a controles gastrointestinales y nutricionales a pacientes que presenten signos o síntomas de gastritis para poder intervenir en las etapas tempranas de esta enfermedad y evitar complicaciones a mediano y largo plazo.
- Promocionar hábitos de vida saludables como estrategia de prevención de enfermedades gastrointestinales, a través de charlas periódicas y educación alimentaria y nutricional.

11. Presentación de Propuesta de Intervención

Introducción

La gastritis crónica es una enfermedad inflamatoria de origen múltiple. Entre los principales factores de riesgo se destaca la infección de *Helicobacter pylori* por el consumo de alimentos contaminados con esta bacteria. Un punto de gran relevancia en esta patología es el tipo de alimentos que conforman la dieta de estos pacientes.

Estilos de vida poco saludables, como el consumo de alcohol, estrés y alimentación rica en sustancias irritantes a la mucosa gástrica empeoran el cuadro clínico de esta patología, que, acompañado de un tratamiento médico ineficiente, pueden desencadenar complicaciones, entre ellas, úlceras pépticas y cáncer gástrico.

Es frecuente que los pacientes asocien el consumo de algunos alimentos con molestias epigástricas, en particular los muy condimentados. Sin embargo, no existe evidencia científica de que éstos produzcan daño alguno.

Las recomendaciones dietéticas generales en casos de gastritis que favorecen la reducción de las molestias de esta enfermedad, incluyen: proporcionar una dieta baja en grasas saturadas que prescinda en la medida de lo posible condimentos, limitar el consumo de bebidas alcohólicas, café, tabaco, frutas ácidas y sus zumos, evitar periodos prolongados de ayuno, evitar tiempos de comida irregulares, comer en lugares higiénicos. Asimismo, varios tiempos de comida en pequeñas cantidades parecen ser mejor tolerados que ingestas de grandes cantidades de alimentos en pocos tiempos de comida.

Justificación

La educación alimentaria y nutricional, acompañada de hábitos saludables representa, una estrategia importante en la prevención de los diferentes tipos de gastritis crónica. Así mismo, el tratamiento dieto terapéutico en esta enfermedad es un pilar fundamental coadyuvante al tratamiento médico para recuperar y mantener la integridad de las estructuras gastrointestinales afectadas.

El Centro Médico de Gastroenterología “Dr. Juan Pablo Jaramillo Eguiguren” es una entidad de salud que brinda atención a pacientes con alteraciones o enfermedades gastrointestinales, entre ellas, los diversos tipos de gastritis. Teniendo en cuenta el rol esencial del tratamiento dieto terapéutico en la gastritis crónica, se propone la implementación de un departamento de nutrición clínica en el que se evalúe y atiendan las necesidades nutricionales de cada paciente según su condición médica, con el propósito de favorecer el tratamiento y recuperación de los mismos.

El beneficio directo será para el paciente, puesto que contribuirá de manera general a mejorar su calidad de vida. Además, se proporcionará información al personal médico que resalte la necesidad de mejorar las condiciones de vida y sintomatología de los pacientes con tratamientos integrales e interdisciplinarios.

Objetivos Generales:

- Incorporar el departamento de Nutrición Clínica en el Centro Médico de Gastroenterología “Dr. Juan Pablo Jaramillo Eguiguren” para brindar un tratamiento médico-nutricional integral a los pacientes con enfermedades gastrointestinales que acuden a la mencionada entidad de salud.

Objetivos específicos

- Implementar las herramientas necesarias para la evaluación del estado nutricional y hábitos alimenticios de los pacientes.

- Brindar tratamiento dieto terapéutico adecuado a las necesidades de cada paciente.
- Fomentar actitudes y hábitos saludables en los pacientes.

Misión

- El departamento de nutrición clínica del Centro Médico de Gastroenterología “Dr. Juan Pablo Jaramillo Eguiguren” estará dedicado a brindar un abordaje y seguimiento nutricional integral que fortalezca el tratamiento médico en los pacientes con enfermedades gastrointestinales.

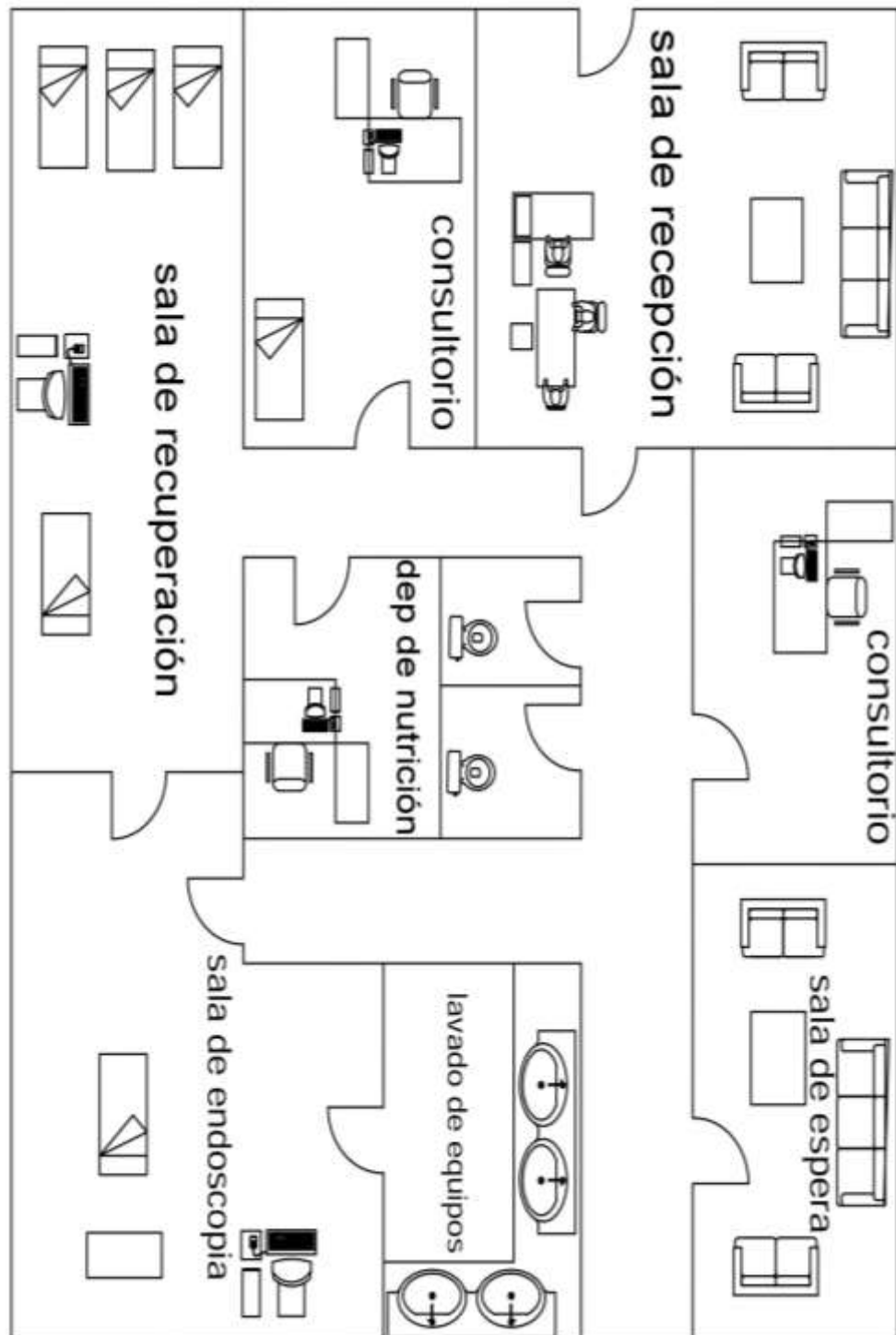
Visión

- Ser un departamento de nutrición clínica de referencia nacional para los centros de salud especializados en gastroenterología.

PROPUESTA:

- Incorporación del departamento de Nutrición Clínica en el Centro Médico de Gastroenterología “Dr. Juan Pablo Jaramillo Eguiguren”
- Educación nutricional y alimentaria adaptada a las necesidades de los pacientes que acuden al Centro Médico de Gastroenterología “Dr. Juan Pablo Jaramillo Eguiguren”.

PLANO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN EN EL CONSULTORIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL DR. JUAN PABLO JARAMILLO EGUIGUREN



Fuente: Centro médico de gastroenterología del Dr. Juan Pablo Jaramillo Eguiguren.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Akiva J Marcus. (2017). Chronic Gastritis: Background, Pathophysiology, Etiology. Recuperado a partir de <http://emedicine.medscape.com/article/176156-overview>
- Alvaro Enrique Osorio Franco, MD. (2013). *Consumo de antiinflamatorios no esteroideos, caracterización del perfil de riesgo de sangrado gastrointestinal y uso de inhibidores de la bomba de protones en una población de la consulta externa de medicina interna*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado a partir de <http://www.bdigital.unal.edu.co/10790/1/598747.2013.pdf>
- Ana Isabel Rigueira Faustino Cervera Burriel, R. S. U. (2013). Hábitos Alimentarios Y Evaluación Nutricional En Una Población. *Nutricion Hospitalaria*, (2), 438–446. <https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.2.6303>
- Armenta, R. (2011, noviembre 29). Estadísticas sobre Gastritis. *gastritis psicologia*. Recuperado a partir de <https://gastritispsicologia.wordpress.com/2011/11/29/estadisticas-sobre-gastritis/>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Estres y Ansiedad* (pp. 52-61). Recuperado a partir de <http://assets.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176391.pdf>
- Barrett, K. E., & Ganong, W. F. (Eds.). (2012). *Ganong's review of medical physiology* (23rd ed). New York: McGraw-Hill Medical.
- Berkowitz Fiebich, L., & Álvarez Lobos, M. (2017). Impacto del cigarrillo en el tracto gastrointestinal: Efecto diferencial en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 42(1). <https://doi.org/10.11565/arsmed.v42i1.401>
- Ceballos Escobar, L. E., & Chancafe Bazán, J. R. (2015). Prevalencia del uso de antiinflamatorios no esteroideos en pobladores del pueblo joven

Saúl Cantoral Huamaní, Chiclayo. *In Crescendo. Ciencias de la Salud*, 2(1), 255-265.

Chang de la Rosa, M., Martha. (2012). El consumo de alcohol como un problema de salud pública. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 50(3), 425-426.

De Paz, E. de la C. (2013). *ESTRÉS LABORAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA*. Universidad de Valladolid Facultad de Enfermería. Recuperado a partir de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/5629/1/TFG-H123.pdf>

Dr Edgar Segarra E. (2011). *segarra e. fisiologia de los aparatos y sistemas*. Universidad de Cuenca.

Dra. Blasina de Camargo, S. (2011). *ESTRÉS, SÍNDROME GENERAL DE ADAPTACIÓN O REACCIÓN GENERAL DE ALARMA*, 9.

Estruch, R. (2002). Efectos del alcohol en la fisiología humana. *Adicciones*, 14(5). <https://doi.org/10.20882/adicciones.519>

FAO/OMS de Expertos, Food and Agriculture Organization of the United Nations, & World Health Organization (Eds.). (2012). *Grasas y aceites en la nutrición humana*. Roma: Fao.

Farreras Valenti, P., Rozman, C., & Cardellach López, F. (2014). *Enfermedades del aparato digestivo: gastroenterología y hepatología*. Barcelona: Elsevier.

Gámbaro, A., Raggio, L., Dauber, C., & Toribio, Z. (2011). *Revista de archivos Latinoamericanos de Nutrición*. Recuperado a partir de <http://www.alanrevista.org/ediciones/ediciones/2011/3/art-11/>

García Laguna, D. G., García Salamanca, G. P., Tapiero Paipa, Y. T., & Ramos C, D. M. (2012). DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA Y SU IMPLICACIÓN EN LA SALUD DE JÓVENES UNIVERSITARIOS, 17(2), 169-185.

- Gutiérrez, M. C., Cartas, U. S., Bermúdez, A. F., & Velazco, V. (2014). Gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos en pacientes con enfermedades reumáticas. *Revista Cubana de Reumatología*, *XVI*(3), 356-364.
- Hall, J. E. (2012). *Guyton y Hall. Tratado de fisiología médica*. Elsevier Health Sciences.
- Itziar de Pablo-López de Abechuco, M. Ángeles Gálvez-Múgica, Daniel Rodríguez, J. Manuel del Rey, Esther Prieto, Miguel Cuchi, ... Fernando Liaño-García. (2012). Uso de antiinflamatorios no esteroideos y monitorización de la función renal. Estudio piloto en un centro de salud de Atención Primaria. *Nefrología*, (32). <https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2012.Jul.11483>
- Jiménez, M. S. C., & Cruz, J. A. de P. (2000). *Tratado de emergencias médicas*. Madrid, España: Arán Ediciones.
- Li, L., Chan, R., Lu, L., Shen, J., Zhang, L., Wu, W., ... Cho, C. (2014). Cigarette smoking and gastrointestinal diseases: The causal relationship and underlying molecular mechanisms (Review). *International Journal of Molecular Medicine*. <https://doi.org/10.3892/ijmm.2014.1786>
- Longo, E. N., & Navarro, E. T. (2007). *Técnica dietoterápica*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Lorenzo, P. D. R. (2016). El estrés, la resiliencia y el engagement en el equipo emprendedor de nuevas iniciativas empresariales con menos de cuatro años de vida. Universidad Pública de Navarra. Recuperado a partir de <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/22631/TFM%20Rodriguez%20Lorenzo%20.pdf?sequence=4>
- Mahan, L. K., Escott-Stump, S., Raymond, J. L., & Krause, M. V. (2013). *Krause dietoterapia*. Barcelona, España: Elsevier.

- Mandalari, G., Bisignano, C., Cirimi, S., & Navarra, M. (2017). Effectiveness of Citrus Fruits on *Helicobacter pylori* [Research article]. <https://doi.org/10.1155/2017/8379262>
- Mard, S. A., Khadem Haghighian, H., Sebghatulahi, V., & Ahmadi, B. (2014). Dietary Factors in Relation to *Helicobacter pylori* Infection. *Gastroenterology Research and Practice*, 2014, 1-5. <https://doi.org/10.1155/2014/826910>
- Martínez, C. V., Blanco, A. I. D. C., & Nomdedeu, C. L. (2011). *Alimentación y nutrición: manual teórico-práctico*. Ediciones Díaz de Santos.
- Martin-Moreno, J. M., & Gorgojo, L. (2007). Valoración de la ingesta dietética a nivel poblacional mediante cuestionarios individuales: sombras y luces metodológicas. *Revista Española de Salud Pública*, 81(5), 507-518.
- MILIÁN, L. C., CHÉVEZ, F. A. M., & LEIVA, E. W. B. (2014). MANUAL DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS. 1. Recuperado a partir de <http://www.repositorio.una.ac.cr/bitstream/handle/11056/8632/MANUAL%20ANTROPOMETRIA.pdf?sequence=1>
- MILLÁN, M. T. M. (2012). *Grasas y aceites alimentarios: Toxicología alimentaria*. Ediciones Díaz de Santos.
- Ministerio de salud pública, E. (2014). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: ENSANUT-ECU 2012*. Quito: INEC. Recuperado a partir de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
- Muszyński, J., Ziółkowski, B., Kotarski, P., Niegowski, A., Górnicka, B., Bogdańska, M., ... Siemińska, J. (2016). Gastritis – facts and doubts. *Gastroenterology Review*, 4, 286-295. <https://doi.org/10.5114/pg.2016.57793>

- MyPyramid. (2012). MyPyramid - Info on the USDA Food Pyramid: My Pyramid. Recuperado 31 de julio de 2017, a partir de <http://www.foodpyramid.com/mypyramid/>
- MyPyramid - Info on the USDA Food Pyramid: My Pyramid. (2012). Recuperado 2 de agosto de 2017, a partir de <http://www.foodpyramid.com/mypyramid/>
- Navarro Andrea. (2011). Anatomía quirúrgica del estómago y duodeno. Recuperado a partir de <http://www.sacd.org.ar/dcero.pdf>
- Nutrimind. (2017). Nutrimind Software de Nutrición. Recuperado 12 de agosto de 2017, a partir de <http://www.nutrimind.net>
- Organización Mundial de la Salud. (2010, Agosto de). GLOSARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. Recuperado a partir de <http://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/apas/GLOSARIO%20DE%20PROMOCI%C3%93N%20DE%20LA%20SALUD.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2017, mayo). Tabaco. Recuperado 21 de julio de 2017, a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
- Palenzuela Paniagua, S. M., Pérez Milena, A., Torres, L. A. P. de, Fernández García, J. A., & Maldonado Alconada, J. (2014). La alimentación en el adolescente. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 37(1), 47-58. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272014000100006>
- Pentti Sipponen, & Heidi-Ingrid Maaros. (2015). Chronic gastritis. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 657-667. <https://doi.org/10.3109/00365521.2015.1019918>
- Pérez, P. B., Salas, M. M., Llanos, A. A., & Salazar, Y. X. (2007). EVOLUCIÓN DEL CONSUMO Y GASTO FARMACÉUTICO PÚBLICO DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINEs) EN EL PERÍODO 2001 - 2005. *REVISTA COSTARRICENSE DE SALUD PÚBLICA*, 16(31), 19-25.

- Petersson, F., Kechagias, S., & Borch, K. (2010). Natural history of chronic gastritis in a population-based cohort. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 45(5), 540-549. <https://doi.org/10.3109/00365521003624151>
- R. Angós. (2016). Gastritis.
- Raúl Ramos, & Liana Ávila Salcedo. (2008, de abril del). Fisiopatología del tabaquismo y beneficios de su abandono. Recuperado 21 de julio de 2017, a partir de <http://www.16deabril.sld.cu/rev/238/06.html>
- Repullo Picasso, R. (2013). *Nutrición y salud*. Madrid: Marbán.
- Reza Mashayekhi, Mahsa Molaei, Roya Kishani Farahani, Dariush Mirsattari, & Mitra Rafizadeh. (2015). Gastric atrophy: use of OLGA staging system in practice., 25-29.
- Rodríguez, D. C. F. (2017). LESIONES GASTRODUODENALES INDUCIDAS POR ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS. (AINEs). *Revista de Gastroenterología*, 5.
- Roesch Dietlen, F., & Remes Troche, J. M. (2013). *Gastroenterología clínica*. Editorial Alfil, S. A. de C. V. Recuperado a partir de <http://public.ebib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3219763>
- Ruíz Martín, A., Rodríguez Gómez, I., Revert, C., & Hardisson, A. (2004). Efectos tóxicos del tabaco, 2-7.
- Sabaté, J. (2014). Estimación de la ingesta dietética: métodos y desafíos. *Medicina Clínica*, 100(15), 591-595.
- Sánchez Franco, J. L. (2013). *Tratamiento Dietético Nutricional en Gastritis*. Escuela Superior Politecnica del Litoral, Guayaquil - Ecuador. Recuperado a partir de [https://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/25007/1/Tesis Sanchez.pdf](https://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/25007/1/Tesis%20Sanchez.pdf)
- Sánchez-Cuén, J. A., Irineo Cabrales, A. B., Bernal Magaña, G., & Peraza Garay, F. J. (2013). Infección por *Helicobacter pylori* y su asociación

con el consumo de alcohol. Estudio de casos y controles. *Revista de Gastroenterología de México*, 78(3), 144-150. <https://doi.org/10.1016/j.rgm.2013.06.003>

Sandí Brenes, S., & Sandí Esquivel, L. (2016). TEMA 9-2016: Dependencia a tabaco y su tratamiento. *Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD*, 6(1). https://doi.org/10.15517/rc_ucr-hsjd.v6i1.23068

Senc, G. C. de la, & Diciembre 2016. (2016). Guías alimentarias para la población española (SENC, diciembre 2016); la nueva pirámide de la alimentación saludable. *Nutrición Hospitalaria*, 0(0). <https://doi.org/10.20960/nh.827>

Téllez Villagómez, M. E., & Martínez Moreno, M. (2014). *Nutrición clínica*. México D.F: Manual Moderno.

Tortora, G. J., & Derrickson, B. (2015). *Principios de anatomía y fisiología*. Buenos Aires [etc.: Médica Panamericana.

World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health, 2014*. Recuperado a partir de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1

World Health Organization, & Food and Agriculture Organization of the United Nations. (2003). *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas: informe de una consulta mixta de expertos OMS/FAO*. Suiza: Oms.

Zhang, L., Eslick, G. D., Xia, H. H.-X., Wu, C., Phung, N., & Talley, N. J. (2010). Relationship between Alcohol Consumption and Active Helicobacter pylori Infection. *Alcohol and Alcoholism*, 45(1), 89-94. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agp068>

ANEXOS

ANEXO 1. HISTORIA DIÉTÉTICA Y NUTRICIONAL

INFORMACION GENERAL			
Nombres:		Apellidos:	
Teléfono:		Ocupación:	
Sexo:		Edad:	
Dirección:		Ciudad y Provincia:	
Antecedentes Personales			
Antecedentes Familiares			
Antecedentes Quirúrgicos			

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Talla		Peso		Perímetro de cintura		Perímetro de cadera	
cm	m	lb	kg	cm	Interpretación	cm	Interpretación

CUESTIONARIO DE FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

FRECUENCIA DE CONSUMO				
ALIMENTOS	AL MES 1 - 3	A LA SEMANA 1 / 2-5	AL DÍA 1 / 2-5	NUNCA O CASI NUNCA
LACTEOS				
HUEVOS, PESCADOS	CARNES,			

VERDURAS HORTALIZAS	Y				
FRUTAS					
LEGUMBRES CEREALES	Y				
ACEITES Y GRASAS					
BOLLERIA PASTELERIA	Y				
MISCELANEA (PICANTES, AZUCARES, SALASAS, OTROS ALIMENTOS DE FRECUENTE COSUMO)					

ANEXO 2. ENCUESTA DIETÉTICA

HABITOS ALIMENTARIOS

1. ¿Usted consume comida chatarra como: papas fritas, embutidos, hot dogs, gaseosas, snacks, ¿etc?

Frecuente	
Poco frecuente	
Nunca	

2. ¿Usted consume café o té?

Frecuente	
Poco frecuente	
Nunca	

3. ¿Usted consume chocolate?

Frecuente	
Poco frecuente	
Nunca	

4. ¿Usted consume comidas condimentadas y picantes?

Frecuente	
Poco frecuente	
Nunca	

5. ¿Usted consume frutas cítricas?

Frecuente	
Poco frecuente	
Nunca	

ESTILO DE VIDA

6. De los siguientes síntomas relacionados al estrés, seleccione los números según sus molestias, siendo 1 - 2 nunca, 3 - 4 poco frecuente y 5 - 6 frecuente.

Imposibilidad de conciliar el sueño.	1 - 2	3 - 4	5 - 6
Jaquecas y dolores de cabeza.	1 - 2	3 - 4	5 - 6
Indigestiones o molestias gastrointestinales.	1 - 2	3 - 4	5 - 6
Sensación de cansancio extremo o agotamiento.	1 - 2	3 - 4	5 - 6
Tendencia de comer, beber o fumar más de lo habitual.	1 - 2	3 - 4	5 - 6
Disminución del interés sexual.	1 - 2	3 - 4	5 - 6
Respiración entrecortada o sensación de ahogo.	1 - 2	3 - 4	5 - 6

Disminución del apetito.	1 - 2	3 - 4	5 - 6
Temblores musculares (por ejemplo, tics nerviosos o parpadeos).	1 - 2	3 - 4	5 - 6
Pinchazos o sensaciones dolorosas en distintas partes del cuerpo.	1 - 2	3 - 4	5 - 6
Tentaciones fuertes de no levantarse por la mañana.	1 - 2	3 - 4	5 - 6
Tendencias a sudar o palpitaciones.	1 - 2	3 - 4	5 - 6

7. ¿Usted consume alcohol?

Si	
No	

8. ¿Usted consume cigarrillo?

Si	
No	

9. ¿Usted consume algún medicamento?

--

ANEXO 3.

Menú Dieta Blanda Gástrica

- **Valor calórico total:**

El valor calórico total de la dieta recomendada para el tratamiento de la gastritis debe contener entre 1800 a 2200 kcal.

- **Distribución de la molécula calórica:**

La distribución de proteínas, grasas y CHO, recomendada para el tratamiento dietético de gastritis es la siguiente:

- ✓ Porcentaje de proteínas: 10-15% de la dieta
- ✓ Porcentaje de grasas: 25-30% de la dieta
- ✓ Porcentaje de carbohidratos: 55-65% de la dieta

Tiempo de comida	Preparaciones
Desayuno	-1 taza de melón -1 huevo hervido - 1 pan blanco -1 cucharada de mermelada de fresa -1 vaso de jugo de papaya
Media Mañana	-1 gelatina -1 manzana pequeña
Almuerzo	- $\frac{3}{4}$ de taza de arroz -1 taza de crema de verduras -1 porción de pollo a la plancha -1/2 taza puré de zanahoria -1 pera
Media Tarde	- 1 vaso de colada de avena con leche semidescremada
Merienda	-1 porción de pescado al vapor -3/4 de taza de arroz -1/2 taza de puré de zapallo y papas -Infusión de manzanilla -1 cdta de azúcar

ANEXO 4

CAUSAS

- Alcohol & tabaco
- Infección por bacteria *H. Pylori*
- Medicamentos por AINEs
- Estrés o ansiedad
- Mala alimentación
- Consumo excesivo de café

PIRÁMIDE ALIMENTICIA

Consumo Moderado
Azúcares

1-3 porciones
Aceites y grasas

2-3 porciones
Lleche, yogurt, y queso

2-3 porciones
Carnes, aves, pescado, huevo y nueces

2-4 porciones
Frutas

2-5 porciones
Vegetales

3-10 PORCIONES: Grupo de pan, cereal, arroz y pastas

La pirámide alimenticia es una guía que nos indica las porciones correctas que debemos consumir diariamente de cada grupo de alimentos, para obtener los nutrientes que necesita el cuerpo humano y evitar futuras enfermedades.

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

GASTRITIS Y ALIMENTACIÓN

Gastritis

Esófago

Iritación de la mucosa gástrica

Duodeno

Mucosa gástrica

¿QUÉ ES LA GASTRITIS?

La gastritis se define como la inflamación aguda o crónica de la mucosa del estómago. Sus síntomas son: malestar, ardor o dolor de estómago, hemorragia abdominal, náuseas, vómitos, pérdida de apetito etc.

CLASIFICACIÓN

GASTRITIS AGUDA. Es una enfermedad que se caracteriza por su corto período de permanencia.

GASTRITIS CRÓNICA. Es la inflamación crónica e inespecífica de la mucosa gástrica de origen múltiple.

GASTRITIS EROSIVA. Las erosiones son superficiales y múltiples caso contrario a lo que sucede con una úlcera.

GASTRITIS ATRÓFICA. Esta puede considerarse la última fase de la gastritis crónica.

ALIMENTOS PERMITIDOS ALIMENTOS NO PERMITIDOS

Carnes, pescado, huevos y derivados: Cocinas, asadas o al horno sin grasa. Huevos de cualquier forma sin aceite.

Lácteos y sus derivados: preferiblemente descremados, no se recomienda la toma frecuente de leche ya que produce acidez..

Cereales: Aroz, trigo, maíz, centeno, avena, pasta, galletas María, pan de caja.

Frutas: manzana, pera, papaya, banana, durazno, coco, entre otros, deben ser sin semilla.

Verduras y hortalizas: siempre cocidos: papa, camote, yuca, remolacha, espinaca, garbanzos, etc.

Azúcar y grasas: consumir en poca cantidad.



Carnes: vísceras, cerdo, conejo, cordero graso.

Condimentos y picantes como: pimentón, pimienta negra y roja.

Especies: anís, hinojo, jengibre y nuez moscada

Frutas cítricas como: naranja, limón, lima, kiwi, toronja, etc.

Vegetales crudos: cebolla, ajo, pepino, coliflor, rábano. Etc.

Cereales: integrales según tolerancia, bollería y pastelería como galletas con chocolate, croissants o bollos.

Preparados industrializados: Mayonesa, Mostaza, salsa de tomate

Grasas: mantequilla, margarina, frituras.

Comida chatarra: hamburguesas, hot dog, pizza etc.

Embutidos: salchicha, chorizo, jamón, pepperoni, mortadela.

Alimentos enlatados

Bebidas: gaseosas, azucaradas, café solo o con leche, alcohol, chocolate, bebidas energizantes.

MENÚ EJEMPLO

DIETA BLANDA GÁSTRICA

DESAYUNO

- 1 tz. Leche descremada
- 4 unidades. Galletas María
- 1 tz. Frutas picadas (banana, papaya, manzana)

COLACIÓN

- 1 tz. Colada de avena y 1 cda. Azúcar.

ALMUERZO

- 1 porción. Consomé de pollo sin grasa
- 1 porción. Pollo a la plancha
- 1 tz. Aroz blanco
- 1 tz. Ensalada de papa y remolacha.

COLACIÓN

- 1 tz. Colada de tapioca
- 1 porción. Fruta pera

MERIENDA

- 1 porción. Pescado asado
- 1 tz. Aroz blanco
- 1 tz. Ensalada de vainita y papa.





Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Jaramillo Salazar, María Daniela** con C.C: # **1104688989** ,
Mendiburo Fernández, Pamela Elizabeth con C.C # **0926459819** autoras del
trabajo de titulación: **Relación entre los hábitos alimentarios y el estilo de
vida con la gastritis crónica en pacientes que se realizan endoscopia
digestiva alta con toma de biopsia, del centro médico de gastroenterología
"Dr. Juan Pablo Jaramillo Eguiguren"**, previo a la obtención del título de
Licenciadas en Nutrición, Dietética y Estética en la Universidad Católica de
Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las
instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley
Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital
una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema
Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión
pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de
titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la
información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **13 de septiembre de 2017**

f. 

Jaramillo Salazar, María Daniela
C.C: **1104688989**

f. 

Mendiburo Fernández, Pamela Elizabeth
C.C: **0926459819**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Relación entre los hábitos alimentarios y el estilo de vida con la gastritis crónica en pacientes que se realizan endoscopia digestiva alta con toma de biopsia, del centro médico de gastroenterología “Dr. Juan Pablo Jaramillo Eguiguren”		
AUTOR(ES)	María Daniela Jaramillo Salazar, Pamela Elizabeth Mendiburo Fernández		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Ludwig Roberto Álvarez Córdova		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Nutrición, Dietética y Estética		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciatura		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	13 de Septiembre de 2017	No. DE PÁGINAS:	108 páginas
ÁREAS TEMÁTICAS:	Nutrición y Gastroenterología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	ESTILO DE VIDA; GASTRITIS; DIETA SALUDABLE; CONDUCTA ALIMENTARIA, ALIMENTOS, BIOPSIA, ADULTOS.		

RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):

Introducción: La gastritis crónica se la define como la inflamación de la mucosa del estómago y es ampliamente subestimada en la práctica clínica. Se da, tanto por factores endógenos como exógenos. **Objetivos:** Determinar la relación entre los hábitos alimentarios y el estilo de vida con el dx de la gastritis crónica en pacientes que se realizan endoscopia digestiva alta mediante biopsia en un centro médico privado. **Materiales y métodos:** Este estudio fue con un enfoque cuantitativo, no experimental de tipo transversal con un alcance correlacional. La muestra fue de 110 pacientes de 18 a 85 años de edad que padecían la enfermedad Gastritis crónica, donde se valoraron los hábitos alimentarios y el estilo de vida con dicha enfermedad, mediante una encuesta dietética y el cuestionario de la frecuencia de consumo de alimentos. **Resultados:** Para establecer la relación entre las tres variables se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson. Se determinó mediante el valor p que el consumo de café (0,001), chocolate (0,004), comida chatarra (0,038), frutas cítricas (0,027), influyen en el desarrollo de la gastritis crónica, mientras que los condimentos y picantes (0,516) no tiene relación significativa. En el estilo de vida, el estrés (0,023) está relacionado con el desarrollo de la gastritis crónica, mientras que el consumo de alcohol y cigarrillo (0,068) no tiene relación estadísticamente significativa. **Conclusión:** Se concluyó que los pacientes que acudieron al centro médico presentaron una relación entre la ingesta de alimentos y estilo de vida con el diagnóstico de la enfermedad.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-982642405 +593-980629157	E-mail: daniela_jaramillo@hotmail.com pemf_4@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Álvarez Córdova, Ludwig Roberto	
	Teléfono: +593-99 996 3278	
	E-mail: drludwigalvarez@gmail.com	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		