



U A I

Universidad Abierta
Interamericana

Licenciatura en Nutrición

“Evaluación del tratamiento nutricional en niños con Gastritis, Reflujo Gastroesofágico y Helicobacter pylori que concurren al Hospital Víctor J. Vilela de la ciudad de Rosario”.

Ibarguren Josefina

Tutor: Lic. Virginia Blanco

Marzo 2011.



Título de la Tesis:

Evaluación del tratamiento nutricional en niños con Gastritis, Reflujo Gastroesofágico y Helicobacter pylori que concurren al servicio de Gastroenterología del Hospital Víctor J. Vilela de la ciudad de Rosario.



Resumen

La alimentación es un elemento clave en el desarrollo de gastritis y otras patologías gástricas, no sólo en la edad pediátrica, sino en cualquier persona. Cabe mencionar que los niños actualmente consumen grandes cantidades de dulces y comidas chatarra, que contienen sustancias que irritan la mucosa gástrica de manera importante. Así mismo no sólo el tipo de alimentos interviene en la producción de estas enfermedades, también el desorden en los horarios de alimentación, comer de manera acelerada y masticar rápidamente aumenta la posibilidad de padecer trastornos gástricos. Este tema es de gran interés para los Licenciados en Nutrición, ya que modificando hábitos de alimentación inadecuados y educando sobre las cantidades, tipos y horarios de ingestas, se pueden modificar la aparición o disminuir los síntomas de estas patologías. Para ello es fundamental que el médico de cabecera (Pediatra o Gastroenterólogo), una vez diagnosticada la patología, derive al paciente al área de Nutrición, quien le debe realizar al paciente o a su entorno familiar un interrogatorio completo sobre su forma de alimentación, gustos, horarios, costumbres, actividades escolares y extra escolares, entre otras, para evaluar su estilo de vida y poder así otorgarles un plan alimentario adecuado, además de educarlos sobre pautas higiénico sanitarias importantes.

El estudio fue de tipo retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal, donde se utilizaron herramientas de tipo cualitativo, las cuales permitieron conocer si los pacientes reciben un adecuado tratamiento nutricional para las patologías en estudio.

Palabras claves: Gastritis, *Helicobacter pylori*, Reflujo gastroesofágico, Alimentación.



Prólogo:

En los niños que presentan ciertas patologías gástricas, llevar a cabo una alimentación adecuada resulta difícil, por ser un rasgo característico en la alimentación de este grupo etario la preferencia del consumo de alimentos chatarra, bebidas azucaradas, golosinas, galletitas dulces, snacks, entre otras. Por lo que resulta fundamental el asesoramiento y tratamiento nutricional para atenuar los síntomas y mejorar la calidad de vida.

Los niños en edad escolar (edad de la población investigada), pasan más tiempo fuera de casa, comen en la escuela, tienen actividades extraescolares, impidiendo muchas veces lograr una alimentación saludable.

Es necesario que los niños descansen correctamente, que se alimenten sanamente, que eviten las comidas abundantes y grasosas, que coman regularmente respetando los horarios y que elijan porciones moderadas. Por lo que el abordaje nutricional es fundamental para orientar al paciente, en la selección de alimentos, las porciones, los horarios, mejorando o manteniendo el aporte adecuado de nutrientes, además de otorgar las pautas higiénicas necesarias para poder controlar los síntomas (náuseas, ardor y dolor estomacal, irritabilidad, entre otros) y mejorar la calidad de vida del paciente previniendo la aparición de complicaciones.





Agradecimientos:

A la Lic. Virginia Blanco quien aceptó ser mi tutora en esta etapa final y siempre estuvo dispuesta a apoyarme en mis ideas, a brindarme todo tipo de información, y a contenerme en todo momento.

Al Dr. Jorge Perochena por ser quien me organizó y guió en este proyecto.

A todos los profesores que desde el primer año me transmitieron conocimientos y experiencias referidas a la carrera y a la vida, enriqueciéndome como persona.

A mi familia por apoyarme incondicionalmente, a Andrés por compartir conmigo cada año de mi carrera dándome empuje y fuerzas.

Y a mi amiga y compañera Aimée por estar conmigo desde el comienzo sin bajar los brazos, soñando juntas por este gran momento.



Índice

Título de la tesis	1
Resumen:.....	2
Prólogo	3
Agradecimientos.....	4
Índice	5
Introducción	7
Planteamiento de problema	8
Objetivos del trabajo	8
Objetivo general.....	8
Objetivos específicos.....	8
Hipótesis del trabajo	9
Marco Teórico	10
Patologías Gástricas	10
Gastritis	10
Síntomas de la Gastritis.....	12
Consejos importantes.	12
Diagnóstico.....	13
Tratamiento de la Gastritis.	14
Modificaciones del estilo de vida.....	15
Helicobacter pylori.....	17
Transmisión.....	19
Manifestaciones clínicas.	20
Métodos diagnósticos.	23
Tratamiento	25
Reflujo Gastroesofágico.	26
Síntomas	27
Pruebas y exámenes.	30
Tratamiento.	32
Pronóstico	35
Posibles complicaciones.....	36
Tipo de Alimentación y selección de alimentos.....	36
La dieta ideal.	37
Alimentos aconsejados.....	37
Alimentos permitidos.....	39
Alimentos limitados	39
Recomendaciones.	41
Antecedentes sobre el tema o Estado del arte	44
Metodología	51
Área de Estudio	51
Características de la Ciudad de Rosario	52
Ubicación.....	52



Conformación de los Distritos	54
Lugar de Estudio. Características:.....	61
Tipo de estudio	63
Población objetivo	65
Universo.	66
Muestra	66
Técnica de recolección de datos e Instrumentos	67
Trabajo de campo.....	69
Análisis e interpretación de los datos.....	70
Resultados y conclusiones.....	108
Bibliografía.....	110
Anexo	113
1 -Encuesta	113
2- Tratamiento medicamentoso en Pediatría.....	121



Introducción

El presente proyecto de Tesis tiene como objetivo investigar sobre Patologías Gástricas como, Reflujo Gastroesofágico, Gastritis y Helicobacter Pylori, presentes en niños de 6 a 12 años que concurren al área de Gastroenterología del Hospital Víctor J. Vilela de la ciudad de Rosario. Además evaluar si una vez diagnosticados, los pacientes son derivados al Servicio de Nutrición para la realización de un adecuado tratamiento nutricional o si el tratamiento de estos niños es exclusivamente médico, a través de la prescripción de medicamentos.

Se realizó dicha investigación con la necesidad de demostrar que la nutrición juega un rol fundamental en la prevención de complicaciones y en el acompañamiento y mejora del tratamiento médico, por lo que es fundamental la realización de un trabajo interdisciplinario.

El rango etario elegido se debe a que son niños que se encuentran en edad escolar (Educación primaria), que muchas veces consumen alimentos en la misma Escuela o que frecuentemente se alimentan fuera de sus hogares, siendo la elección y/o preferencias por dichos alimentos, de forma inadecuada, además de el tiempo dedicado a cada comidas, las pautas higiénicas aplicadas y el ritmo de vida acelerado.



Planteamiento del problema

¿Existe un adecuado tratamiento nutricional en niños de 6 a 12 años que han sido diagnosticados de Gastritis, Reflujo Gastroesofágico y Helicobacter pylori en el área de Gastroenterología del Hospital Víctor J. Vilela de la ciudad de Rosario?

Objetivos del trabajo

Objetivo general

- Investigar si los niños diagnosticados de Gastritis, Reflujo Gastroesofágico y Helicobacter pylori por parte del servicio de Gastroenterología del Hospital Vilela, reciben un tratamiento nutricional por parte del servicio especializado de Nutrición.

Objetivos específicos

- Analizar si los profesionales del área de Gastroenterología derivan los pacientes diagnosticados al área de Nutrición, con el fin de otorgarles un tratamiento adecuado.
- Evaluar cualitativamente el tratamiento indicado y su adecuación o no al diagnóstico.



- Evaluar el grado de adherencia al tratamiento.
- Investigar posibles causas de abandono del tratamiento.

Hipótesis del trabajo

Los niños diagnosticados de Gastritis, Reflujo Gastroesofágico y Helicobacter pylori, de 6 y 12 años que concurren al área de Gastroenterología del Hospital Víctor J. Vilela de la ciudad de Rosario, no reciben un adecuado tratamiento nutricional.



Marco Teórico

A continuación se procederá a generar un marco teórico que detalle cuestiones, características y explicaciones relacionadas a las patologías gástricas citadas y al grupo poblacional elegido, se hará mención de los alimentos recomendados y los prohibidos para tales patologías y se hará hincapié en las recomendaciones fundamentales para mejorar y aliviar los síntomas y por ende mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Patologías gástricas

Gastritis:

La Gastritis es la inflamación de la capa superficial del estomago, llamada mucosa, la cual puede ocurrir debido a diferentes causas: infección, alimentos irritantes al estomago como café, comida picante o condimentada, por alcohol, por uso excesivo de medicinas antiinflamatorias (como en aquellas personas que tienen muchos dolores de articulaciones o dolores de cabeza), hábitos alimenticios inadecuados como no tomar desayuno o estar con el estómago vacío por muchas horas y lo que vemos con extremada frecuencia, por estrés emocional.

La gastritis puede aparecer súbitamente (gastritis aguda), o puede irse desarrollando con el tiempo (gastritis crónica). En la mayoría de los casos, la gastritis puede mejorar rápidamente con el tratamiento adecuado, pero en ocasiones puede ser el origen de úlceras gástricas e incluso de cáncer.



La gastritis aguda suele causar síntomas como dolor, náusea y vómito con mayor frecuencia. Muchas personas con gastritis crónica pueden sentir solamente sensación de saciedad y pérdida del apetito o pueden no tener ningún síntoma.

En ocasiones la gastritis, sobre todo la aguda, puede ocasionar sangrado. En ese caso, podría haber vómito con sangre o evacuaciones muy oscuras. En ambos casos es indispensable consultar con el médico de inmediato.

La gastritis infantil es un padecimiento que puede provocar afectaciones en el crecimiento y desarrollo de los niños porque modifican su ingesta de alimentos, padeciendo ardor en el estómago o pierden el apetito.

La falta de alimentación a un horario establecido produce una descompensación proteica calórica negativa en el organismo del infante lo que se traduce en una malnutrición y en los casos más graves en anemia.

La gastritis es una enfermedad que produce una inflamación de la mucosa del estómago, ocasionada principalmente por la ingesta de alimentos irritantes, medicamentos, estrés o incluso por infecciones causadas por una bacteria.

Cuando un niño presenta síntomas como ardor en la boca del estomago, vómitos, náuseas, hipo y agruras; dolores de cabeza y en el abdomen, es vital en primer instancia acudir al médico familiar para diagnosticar la enfermedad y recibir el tratamiento adecuado a fin de evitar la automedicación, ya que los padres de familia, en la mayoría de los casos, por



ignorancia o desconocimiento recurren a la automedicación comercial como paliativo para mitigar el dolor de manera temporal, lo que representa un riesgo para la salud.

Síntomas de gastritis

Entre los signos y síntomas comunes de gastritis se encuentran:

- Dolor que “quema” en la parte superior del abdomen. El dolor puede disminuir o aumentar al comer.
- Náusea
- Vómito
- Pérdida del apetito
- Sensación de saciedad excesiva después de comer
- Gases
- Pérdida de peso

Consejos importantes

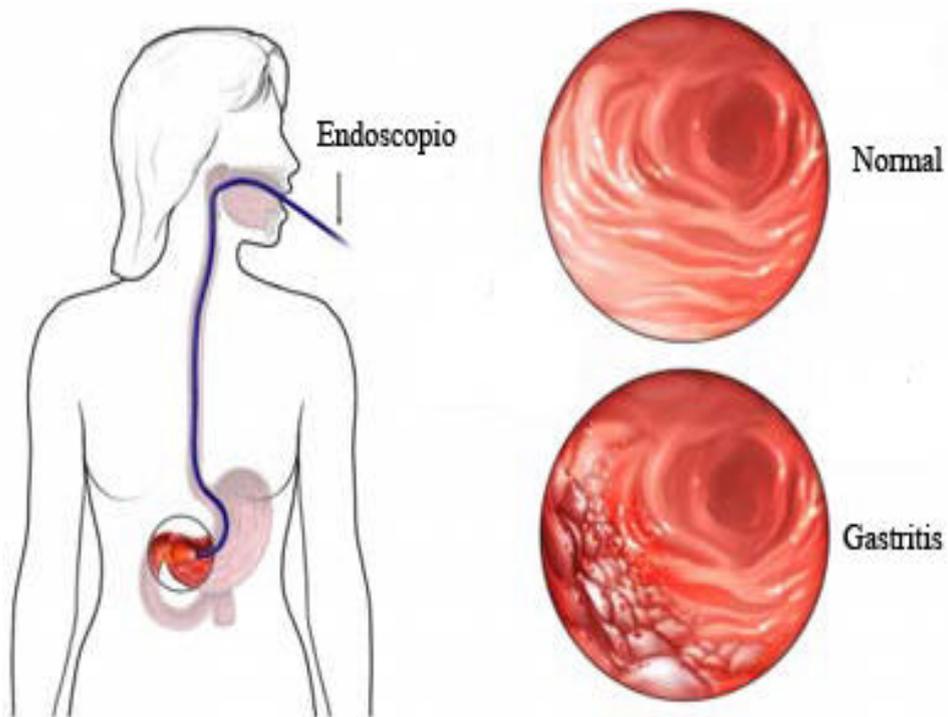
- Comer lentamente y masticar bien los alimentos.
- Procurar tomar la bebida una vez que se haya terminado de comer.
- Identificar el momento en el que ya no tiene hambre y pare de comer.
- A la hora de comer, tomarse su tiempo y buscar un ambiente agradable que no provoque tensiones.
- No saltar ningún tiempo de comida.
- Tratar de realizar cinco tiempos de comida: desayuno, merienda de la mañana, almuerzo, merienda de la tarde y cena.



Diagnóstico

Endoscopia Diagnóstica

La evaluación estándar comprende una endoscopia gastrointestinal alta con biopsia de la mucosa gástrica, para poder determinar la presencia de infección de *Helicobacter pylori*.





Tratamiento de la gastritis

Lo más importante en el tratamiento de la gastritis es tratar la causa de la misma. Si una gastritis aguda se originó por el abuso de alcohol, aspirina y café o el consumo de medicamentos, tendrá que suspenderse el uso de estas sustancias. Si la causa de una gastritis crónica es infección por *H. pylori*, la bacteria tendrá que ser erradicada con antibióticos para evitar complicaciones posteriores como úlcera gástrica o el cáncer de estómago.

Durante la fase de curación de la gastritis la dieta debe evitar alimentos ácidos como cítricos, y debe ser libre de irritantes, picantes y alimentos condimentados los cuales podrían irritar aun más la mucosa.

Para disminuir los síntomas y para favorecer la recuperación de la mucosa del estómago, generalmente se indican también medicamentos para tratar la acidez del estómago, puesto que el ácido gástrico puede irritar el tejido inflamado causando dolor y empeorando la inflamación. Algunos de estos medicamentos neutralizan el ácido del estómago y otros inhiben su producción.

Se aconseja neutralizar el ácido gástrico a través de una terapia de supresión ácida como antagonistas H₂ (ranitidina), Inhibidores de Bomba de Protones (omeprazol), o antiácidos (gel de aluminio y magnesio).

En los cuadros de gastritis aguda, sobre todo en los más graves o cuando hay sangrado, puede ser necesario permanecer en ayuno hasta que la inflamación disminuye con ayuda del tratamiento médico y después se iniciará de nuevo la alimentación poco a poco comenzando con líquidos claros.



Modificaciones del estilo de vida

Algunas modificaciones al estilo de vida pueden ayudar a disminuir los síntomas, a favorecer una recuperación más rápida y a evitar nuevos cuadros de gastritis. Entre estas modificaciones las más importantes son:

- Dejar de fumar
- Alimentarse sanamente, evitando las comidas abundantes y grasosas. Comer regularmente, respetando horarios y con porciones moderadas.
- Mantener un peso corporal saludable
- Hacer ejercicio, principalmente aeróbico al menos 30 minutos la mayor parte de los días de la semana.
- Controlar el estrés.

El estrés también es causa de gastritis. Los niños pequeños también sufren de estrés. Para empezar, las levantadas temprano para ir al colegio. Por lo tanto, no les da tiempo a desayunar, se van literalmente “en ayunas” y su primera comida serán químicos y colorantes. El estrés también se produce por la excesiva carga académica para los niños pequeños, alterando el orden natural y fisiológico para el aprendizaje, pero, los colegios pretenden “elevar” su nivel, sobre cargando al niño con tareas y más tareas.



El niño que no come bien, madruga para levantarse temprano para ir al colegio, ha dormido mal, porque se acostó tarde haciendo tareas y encima de eso, consume químicos y colorantes, seguro padecerá de Gastritis y todas sus consecuencias.

El estrés infantil es un conjunto de reacciones, tanto a nivel biológico como psicológico que se producen por ciertas situaciones que el niño no puede controlar, alterando su equilibrio general.

La infancia es un período que se caracteriza por cambios, adaptaciones; los niños deben hacer frente a esas nuevas situaciones para poder superar las transiciones de una etapa a otra; y son precisamente esos factores o situaciones que producen ansiedad y tensión, llevándolos a comportarse de una manera distinta a la acostumbrada.

Los factores de los que va a depender la reacción de estrés en el niño son:

- Efectos o estímulos que están estresando al niño.
- Percepción que tiene el niño ante estos efectos o estímulos que le causan estrés, es decir tal vez no se siente capaz de enfrentarlos o cree en la capacidad de controlar lo que siente ante algún factor estresante.
- Comportamiento del niño ante situaciones estresantes.
- Impacto que tiene sobre su desempeño escolar, relaciones sociales, familiares, salud física y emocional.



Helicobacter pylori:

El Helicobacter Pylori (HP), reconocido en los últimos 20 años como patógeno para el ser humano, es el agente causal de una infección de distribución mundial, que se inicia en la infancia, pero muestra sus consecuencias más severas en el adulto. Si bien se ha relacionado a gastritis crónica y úlcera péptica tanto en niños como en adultos, el HP ha sido identificado como un importante factor de riesgo para el desarrollo de cáncer gástrico a partir de la cuarta década de la vida. Esto determina que la problemática generada por la infección con HP sea de la incumbencia del Pediatra ya que éste no solo tiene la responsabilidad de tratar la enfermedad de sus pacientes, sino de anticipar los problemas que estos puedan desarrollar en el futuro.

Aproximadamente el 50% de la población mundial está infectada con HP, con su máxima prevalencia en países en desarrollo.

El Helicobacter pylori, ha revolucionado el tratamiento y la manera de enfocar a los pacientes con gastritis. Una bacteria que todavía no la comprendemos totalmente, por lo general infecta a las personas mediante los alimentos y el agua, es especial cuando son niños y se aloja en el estomago. Sorprendentemente no da síntomas en el momento sino entra en una fase de inactividad en la cual “la bacteria duerme” y duerme por muchos años. Solo cuando se despierta se vuelve activa y causa la Gastritis, pero puede permanecer durmiendo toda la vida y nunca dar molestias.



Esta bacteria de la gastritis es muy frecuente en los países en desarrollo como América Central y del Sur.

El *Helicobacter pylori* es el patógeno más común del tracto gastrointestinal en seres humanos, es la causa más frecuente de gastritis crónica, está asociado etiológicamente con úlcera gastroduodenal y algunos cánceres gástricos.

El *H. pylori* es un bacilo gram negativo, espiral y flagelado, que coloniza de forma natural al ser humano y al mono. Es una bacteria no invasora, microaerófila que está altamente adaptada a su nicho ecológico, a través de una variedad de características propias que le permiten, a pesar de la buena protección habitual de la mucosa gástrica contra infecciones bacterianas, penetrar el moco, adherirse a las células epiteliales, evadir la respuesta inmune y así colonizar persistentemente dicha mucosa y desde allí transmitirse.

Su configuración espiral y sus flagelos determinan que *H. pylori* presenta motilidad en su medio mucoso (imagen 1¹ y 2²).

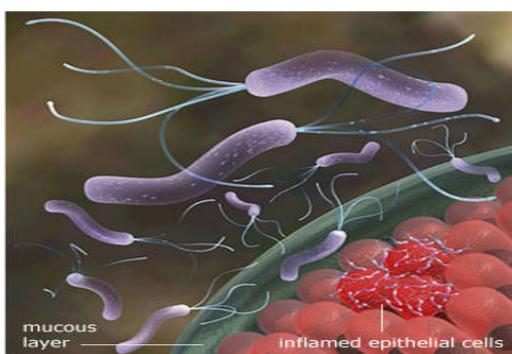


Imagen 1

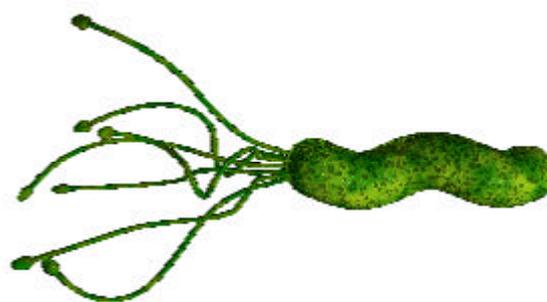


Imagen 2

¹ Imagen 1 extraída de www.bio.davidson.edu/people/sosaratova/assets/Bio307/vinardone/page 01. html

² Imagen 2 extraída de [http://nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates\(2005\)/press.html](http://nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates(2005)/press.html)



Todas las cepas infecciosas de HP producen grandes cantidades de ureasa, (característica que se ha aprovechado para realizar tests diagnósticos). La ureasa ayuda al HP a neutralizar el ácido en su microambiente, degradando urea a amonio y bicarbonato, y además constituye un factor importante en su metabolismo nitrogenado.

Se ha observado que la colonización por *H. pylori* depende de diversos factores como la virulencia del microorganismo, la susceptibilidad del huésped y condicionantes ambientales como el nivel socioeconómico.

Transmisión

La transmisión del HP es conocida solo parcialmente. Se sabe que la infección es adquirida casi siempre durante la infancia y dentro de los primeros 5 años de vida, aunque por lo general permanece asintomática. Es de notar que estudios de reinfección, luego de la erradicación sugieren que, si bien no se produce una inmunidad protectora duradera, los adultos tratados con éxito tienen un riesgo de reinfección muy bajo; mientras que en niños por debajo de 5 años de edad el riesgo es alto. Los incrementos en la prevalencia de HP con la edad, probablemente son el reflejo de la intensa transmisión cuando estos adultos fueron niños.

El HP parece transmitirse con más facilidad dentro de las familias. El único reservorio bien establecido de HP es el estómago humano. Las vías de transmisión no están del todo claras, aunque el hallazgo de productos de HP en la placa bacteriana dental de pacientes infectados, utilizando reacción de cadena de polimerasa (PCR), sugiere la factibilidad de la



transmisión oral- oral. La posibilidad de trasmisión gastro - oral se apoya en el hallazgo de HP viable en vómitos y en muestras de aire colectadas cerca de personas que vomitan; y el hallazgo de HP en aguas servidas y la posibilidad de mantenerse viable en aguas contaminadas con heces durante varios días, apoyan la vía de trasmisión fecal- oral. No existe evidencia de transmisión zoonótica, aunque el HP se encuentra en algunos primates no humanos y ocasionalmente en otros animales.

Entonces, las posibles *vías de transmisión* son:

- De persona a persona: hay mayor incidencia de infección por Hp en niños cuya madre o padre están infectados
- Fecal-oral: se ha demostrado una alta incidencia en poblaciones en vías de desarrollo.
- Oral-oral: se ha aislado *H. pylori* de la saliva y de la placa dental, lo que podría sugerir que la cavidad bucal sea un reservorio natural de la bacteria.

Manifestaciones clínicas

La infección por el *H. pylori* se manifiesta de muy diversas maneras, sobre todo, en la población pediátrica. Tan solo el 20 % de los infectados con HP presenta signos y síntomas. Los síntomas característicos de la gastritis son dolor abdominal tipo ardoroso en la parte media superior del abdomen, náusea, vómito o agruras; cuando predominan el vómito y las agruras, entonces la entidad se denomina enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Por otro lado, la enfermedad por reflujo gastroesofágico también puede manifestarse



exclusivamente con síntomas respiratorios como son tos crónica de predominio nocturno, asma o neumonías de repetición. Cuando la infección por *H. pylori* se complica con la formación de úlceras ya sea en estómago o en duodeno pueden presentarse además de los síntomas anteriores, sangrado de tubo digestivo, el cual puede evidenciarse por vómito con sangre fresca, o bien, con evacuaciones de coloración negruzca muy mal olientes y disminuidas de consistencia, características dadas por alto contenido de sangre proveniente de estómago o duodeno; si el sangrado es muy intenso puede complicarse con anemia. Finalmente también se ha observado que existen pacientes infectados con *H. pylori* que están libres de síntomas, sin embargo se ha sugerido que éstos, en algún momento de su vida presentarán alguna molestia.

En general la enfermedad clínicamente evidente debida a HP, ocurre en los adultos décadas después de la adquisición de la infección, en la forma de gastritis leve, úlcera péptica, atrofia o cáncer gástricos. Los niños, aunque con menos frecuencia, también desarrollan gastritis crónica, úlceras gástricas y duodenales y atrofia gástrica. En la edad pediátrica no existe un cuadro clínico específico de la infección con HP. Las úlceras son raras antes de los 10 años de edad y se manifiestan con dolor epigástrico, acidez, náuseas, vómitos, pérdida del apetito y hematemesis (vómito con sangre fresca, no digerida) o melena (deposiciones de color negro por la presencia de sangre digerida).

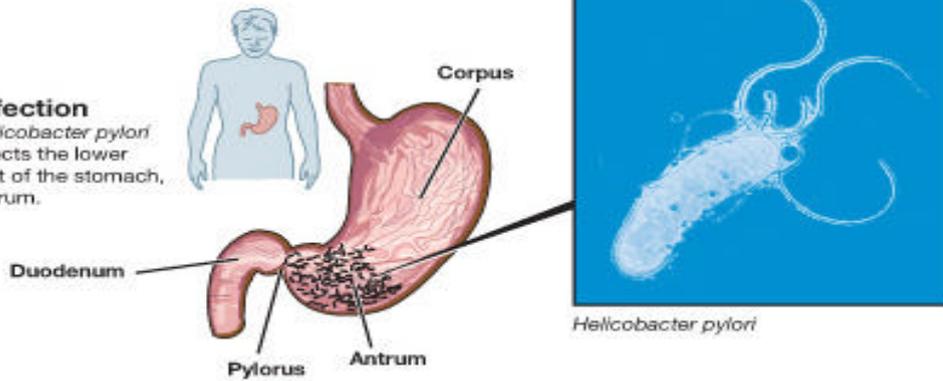


Helicobacter pylori

– the bacterium causing peptic ulcer disease

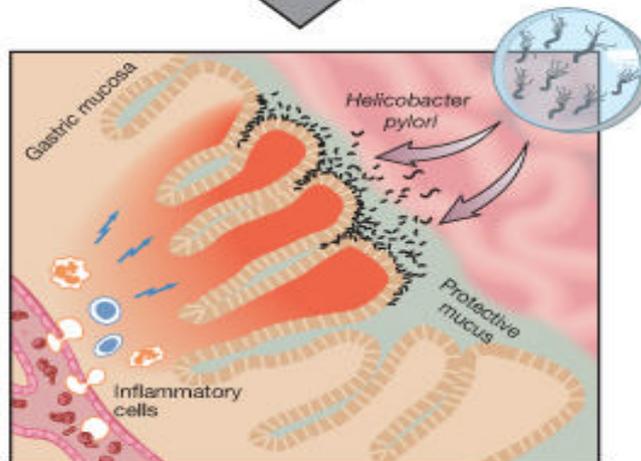
Infection

Helicobacter pylori infects the lower part of the stomach, antrum.



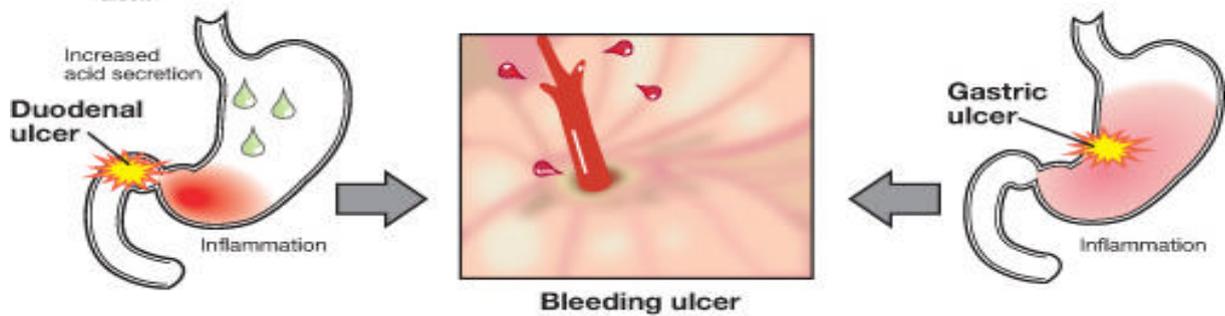
Inflammation

Helicobacter pylori causes inflammation of the gastric mucosa (gastritis). This is often asymptomatic.



Ulcer

Gastric inflammation may lead to duodenal or gastric ulcer. Severe complications include bleeding ulcer and perforated ulcer.



© The Nobel Committee for Physiology or Medicine



Métodos Diagnósticos

Los métodos diagnósticos para HP han sido clasificados como invasivos y no invasivos. Los primeros están constituidos por aquellos realizados en material de biopsia: histología, cultivo y test rápido de ureasa; los no invasivos son varios y han sido considerados en general como ideales para estudios epidemiológicos y de seguimiento, luego de tratamiento de erradicación. Estos métodos presentan peculiaridades en niños que se detallan a continuación.

El método más confiable para el diagnóstico de infección por HP en niños, adoptado como gold Standard (prueba de oro) por varios comités de expertos, es la histología. La sensibilidad y especificidad de este método superan el 90 % en manos expertas. Esta no solo permite la visualización de la bacteria sino una apreciación de los cambios histopatológicos. Obtenido el material de biopsia pueden realizarse además cultivos para HP o el test rápido de ureasa.

Se han desarrollado una variedad de métodos no invasivos. Los primeros en aparecer fueron los tests de anticuerpos medidos por ELISA en distintos fluidos corporales, incluyendo suero, sangre total, orina y saliva. Pero estos no han llegado a un nivel de confiabilidad como para reemplazar a la biopsia gástrica, sobre todo en niños menores de dos años.



La prueba de aliento con C13, identifica la actividad de ureasa asociada a HP en el estómago. Detecta cualitativamente la infección activa, con una sensibilidad y especificidad de más del 90 %. El test está indicado para el diagnóstico inicial de la infección y para el seguimiento de la terapéutica de erradicación. En esta última aplicación, el test debe ser realizado luego de transcurridas al menos cuatro semanas desde la finalización del tratamiento para evitar resultados falsos negativos.

Un nuevo test basado en la detección de anticuerpos policlonales en heces ha sido desarrollado, pero si bien estudios en adultos han reportado una buena sensibilidad, tanto para diagnóstico como para evaluar respuesta al tratamiento, los resultados obtenidos en niños están por debajo de los niveles considerados confiables para confirmar la presencia de HP.

En resumen, el diagnóstico de la infección por H. pylori en niños puede realizarse por métodos que no precisan de endoscopia, como el test del aliento con Urea marcada, distintos métodos serológicos (suero, saliva, orina) y la determinación de antígeno de H. pylori en heces, pero la endoscopia digestiva alta es siempre necesaria para determinar el tipo de enfermedad gastroduodenal producida por la bacteria y además permite tomas de biopsia para examen histológico, cultivo microbiológico con estudio de sensibilidad a antibióticos usados en el tratamiento y optativamente test de ureasa rápida.



Tratamiento

El *H. pylori* es una bacteria difícil de erradicar, generalmente se requiere del uso de dos o más antibióticos a la vez por periodos de 7 a 14 días además de medicamentos que tienen como objetivo bloquear el ácido gástrico contribuyendo así a la mejoría de la inflamación generada y del movimiento esófago-gastroduodenal.

El tratamiento ideal para erradicar HP en niños no ha sido definido. La mayoría de los esquemas terapéuticos utilizados están basados en aquellos efectivos en adultos, pero no existen suficientes estudios en niños como para confirmar dicha efectividad. Es importante tener en cuenta que uno de los determinantes más importantes del éxito es el cumplimiento del esquema terapéutico indicado, por lo cual la comodidad de la aplicación del mismo es un factor que influenciará el éxito en la erradicación del agente.

La mayoría de los esquemas constan de tres medicamentos, administrados dos veces al día, durante una o dos semanas. Las monoterapias y los esquemas basados en dos drogas son ineficientes y aumentan la probabilidad de resistencia. Uno de los esquemas propuestos está basado en omeprazol (1 mg/ K/ día, hasta 20 mg / dos veces al día), claritromicina (15 mg/ k/ día, hasta 500 mg dos veces al día) y amoxicilina (50 mg / k / día hasta 1 gr. dos veces al día), durante 7 a 14 días. Otros dos esquemas están basados en: 1- la combinación de omeprazol, con amoxicilina y metronidazol (20 mg/ k/ día, hasta 500 mg dos veces al día) o 2- claritromicina, metronidazol y omeprazol. La resistencia antimicrobiana primaria puede ser causa de fallo terapéutico, aunque se utilicen esquemas basados en tres o cuatro drogas. La prevalencia de resistencia a metronidazol es variable de país a país y está en relación a su uso frecuente para el tratamiento de protozoarios. Otro tanto ocurre con los demás



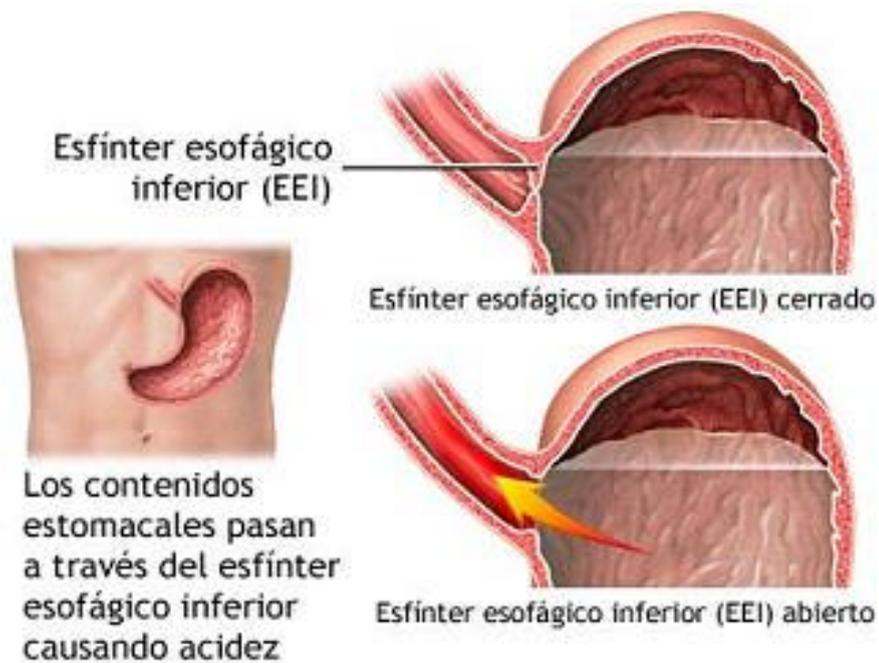
agentes antimicrobianos, por lo cual será importante determinar el patrón de resistencia local.

Reflujo Gastroesofágico:

El Reflujo Gastroesofágico significa ir en contra de un flujo, en este caso, del flujo normal de los alimentos.

El reflujo concretamente es el ascenso del contenido gástrico hacia el esófago torácico. Es decir, el contenido del estómago -sea éste alimento y/o secreciones gástricas- asciende, llegando a la parte superior del esófago y eventualmente a la boca o el exterior, provocando el síntoma más básico, conocido y temido del reflujo: el vómito.

Si los alimentos y el ácido del estómago se regresan al esófago, le producirán irritación y quemaduras, dado que el esófago no produce el moco que protege al estómago del ácido. Cuando el esófago está constantemente irritado por el ácido del estómago, se presentan los síntomas del reflujo gastroesofágico: agruras (pirosis), tos crónica (que dura más de un mes), falta de aire (a causa de un bronco espasmo), dificultad para tragar (disfagia) y en los casos más graves, dolor al tragar (odinofagia) o dolor en el pecho que se puede extender al cuello y la mandíbula; este dolor se debe a inflamación del esófago (esofagitis) y puede ser fácilmente confundido con un infarto de corazón.



Síntomas

Los síntomas más comunes son:

- Sentir que el alimento se puede quedar atrapado detrás del esternón
- Acidez gástrica o dolor urente en el pecho (bajo el esternón) que:
 - aumenta al agacharse, inclinar el cuerpo, acostarse o comer
 - es más probable o peor en la noche
 - se alivia con antiácidos
- Náuseas después de comer



Los síntomas menos comunes son:

- Tos o sibilancias
- Dificultad para deglutir
- Hipo
- Ronquera o cambios de voz
- Regurgitación del alimento
- Dolor de garganta

El reflujo gastroesofágico infantil es un problema que afecta hasta a un 12% de los niños de hasta 11 años de edad, algo que provoca que estos niños sufran ardores o regurgitaciones tras la comida o la cena. El reflujo gastroesofágico es sufrido por niños y adultos, se produce como consecuencia del cierre incorrecto del esfínter esofágico inferior, es decir, la parte final que une esófago y estómago.

Al no estar correctamente cerrada esta válvula, el contenido gástrico que presenta un pH ácido, provoca ardores en la boca del estómago, cuando el contenido gástrico sobrepasa el esfínter esofágico inferior llegando a la garganta o la boca, estaríamos hablando entonces de pirosis, sensación de quemazón o dolor producida en el esófago consecuencia de la regurgitación del ácido gástrico.

Ante este tipo de molestias es necesario acudir al especialista para impedir que el niño termine desarrollando la enfermedad por reflujo gastroesofágico, también denominada ERGE. La pirosis puede desembocar en una lesión de esófago o esofagitis, una inflamación o irritación del esófago que empeora la calidad de vida de quien la padece. Es necesario



tratar la esofagitis por reflujo, para ello el especialista se encargará de determinar las causas, como por ejemplo la presencia de una hernia de hiatos, la reducción de la eficacia del mecanismo antirreflujo esofágico, etc. El esfínter esofágico inferior está menos desarrollado en los niños y es mucho más débil, de ahí que en los primeros meses de vida sea habitual que un niño regurgite, sin embargo, a medida que va creciendo y la válvula se va fortaleciendo, los reflujos deberían remitir.

En algunos casos existe una persistencia en los retornos involuntarios de los alimentos y líquidos que se han ingerido, surgen entonces problemas para conciliar el sueño infantil y el niño experimenta una serie de molestias que empeoran su calidad de vida.

Ante la sospecha de enfermedad por reflujo, lo primero que debe hacer el médico tratante es evaluar la historia clínica del niño. Es relevante conversar con los padres acerca del tipo de alimentación.

Para determinar enfermedad por reflujo gastroesofágico patológico como se ha denominado a esta enfermedad para diferenciarla del reflujo fisiológico- deben darse ciertas condiciones de frecuencia, intensidad y otros síntomas secundarios asociados en el niño. Producto de vómitos intensos y frecuentes, los menores comienzan a comprometer su desarrollo pondoestatural, es decir; empiezan a tener una alza de peso y talla ponderal insuficiente.

Los niños que sufren reflujo patológico rechazan la alimentación, son irritables y lloran con facilidad, ya que por ejemplo, pueden ser afectados por cuadros de esofagitis, que se caracteriza por dolor e incluso sangramiento de la pared del intestino, porque el contenido gástrico que asciende por el esófago, es rico en ácido clorhídrico, lo que produce su



irritación. Incluso la inflamación del estómago puede provocar estenosis o estrechez del mismo y la formación de úlceras que finalmente lleva a un problema de alimentación conocido como disfagia, es decir dificultad para tragar. Asimismo, el ascenso del contenido ácido en la parte alta del sistema respiratorio puede provocar cuadros de laringitis, bronconeumonía y bronquitis obstructiva a repetición por micro aspiraciones y, producto de ello, apneas, es decir episodios de ausencia de respiración.

Cuando se dan estas condiciones, un reflujo que por su frecuencia o intensidad comienza a comprometer el desarrollo de peso y de talla del niño, produce síntomas secundarios a la esofagitis y enfermedades respiratorias, se trata de una enfermedad por reflujo y, en ese caso, hay que estudiarla y tratarla.

Pruebas y exámenes

Tal vez no se necesite ningún examen si los síntomas no son graves.

Si los síntomas son graves o reaparecen después de haber recibido tratamiento, uno o más exámenes pueden ayudar a diagnosticar el reflujo o cualquier complicación:

- A menudo se emplea una esofagogastroduodenoscopia (EGD) para identificar la causa y examinar el esófago (tubo de la deglución) en busca de daño. El médico introduce una sonda delgada con una cámara en el extremo a través de la boca. La sonda se pasa luego hacia el esófago, el estómago y el intestino delgado.
- Esofagografía
- Control del pH esofágico continuo



- Manometría esofágica

Con un examen de sangre oculta en heces positivo se puede diagnosticar sangrado a partir de la irritación en el esófago.

Ante esta situación y como hemos dicho antes, es necesario acudir al especialista para recibir el tratamiento adecuado.

El reflujo tiene importantes consecuencias en la calidad de vida del niño, tiene afecciones en las siguientes áreas:

- Bajo rendimiento escolar de los niños;
- En los hábitos de sueño de los niños;
- En las actividades sociales de los niños.

El importante impacto en la salud mental y física trae consecuencias emocionales. Enojo, frustración, ansiedad y hasta depresión pueden ser consecuencia del reflujo en los niños. Indudablemente, el reflujo puede ser perjudicial tanto para los niños, como para sus familias.

Una vez diagnosticados con reflujo, los niños deben ser tratados individualmente, dependiendo de sus síntomas y su condición.



Tratamiento

Para prevenir la acidez gástrica, evite los alimentos y bebidas que pueden desencadenar los síntomas. Para muchas personas, éstos incluyen:

- El alcohol
- La cafeína
- Las bebidas carbonatadas
- El chocolate
- Los jugos y frutas cítricas
- Los tomates
- Las salsas de tomate
- Los alimentos picantes o grasos
- Los productos lácteos ricos en grasa
- La menta
- Una variedad de menta

Si otros alimentos le causan regularmente acidez gástrica, evítelos también.

Igualmente, realizar los siguientes cambios en sus hábitos alimentarios y estilo de vida:

- Evitar agacharse o hacer ejercicio justo después de comer
- Evitar vestidos o cinturones que le queden muy apretados alrededor de su cintura
- No acostarse con el estómago lleno. Por ejemplo, evite comer dentro de las 2 a 3 horas antes de acostarse.
- No fumar.



- Consumir comidas más pequeñas.
- Bajar de peso si tiene sobrepeso.
- Reducir el estrés.
- Dormir con la cabeza levantada aproximadamente 6 pulgadas. Hacer esto inclinando toda la cama o usando una cuña bajo el cuerpo, no simplemente con las almohadas normales.

Se pueden utilizar antiácidos de venta libre después de las comidas y a la hora de acostarse, aunque no duran mucho tiempo. Los efectos secundarios comunes de los antiácidos abarcan diarrea o estreñimiento.

Otros fármacos de venta libre y de venta con receta pueden tratar la ERGE. Éstos obran más lentamente que los antiácidos pero le brindan alivio más prolongado. El farmacéutico, el médico o la enfermera le pueden decir cómo se los debe tomar.

- Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) son los inhibidores de ácido más potentes: omeprazol (Prilosec), esomeprazol (Nexium), lansoprazol (Prevacid), rabeprazol (AcipHex) y pantoprazol (Protonix)
- Antagonistas de H₂: famotidina (Pepsid), cimetidina (Tagamet), ranitidina (Zantac) y nizatidina (Axid)
- Fármacos que promueven la motilidad: metoclopramida (Reglan).

Las operaciones antirreflujo (funduplicatura de Nissen y otras) pueden ser una opción para pacientes cuyos síntomas no desaparecen con cambios en el estilo de vida y fármacos. La



acidez gástrica y otros síntomas deben mejorar después de la cirugía, pero aún puede ser necesario que tome medicamentos para la acidez. Igualmente, hay terapias nuevas para el reflujo que se pueden llevar a cabo por medio de un endoscopio (sonda flexible que se pasa a través de la boca hasta el estómago).

Los cambios en el estilo de vida, son el primer paso para reducir las molestias.

Aún con todo esto, algunos niños podrían requerir medicamentos para tratarse.

Los inhibidores de la bomba de protones (IBP's), controlan la producción de ácido estomacal y están recomendados para tratar el reflujo en los niños.

Los IBP's curan la inflamación y el ardor del esófago en la mayoría de los niños, incluso en los que no responden a otros tratamientos.

Modificar la dieta de niños preescolares y mayores mediante la reducción de bebidas carbonatadas como los líquidos gasificados, chocolate y comidas picantes.

Diversos investigadores señalan que los niños entre los 3 y los 17 años presentan ERGE aproximadamente entre el 2 y el 8 por ciento del tiempo. Y, la disponibilidad de un tratamiento probado y eficaz como el esomeprazol, único medicamento de segunda generación de su clase, ahora en una formulación ideal para uso pediátrico, con un perfil de seguridad establecido, representa un importante paso en el tratamiento de esta enfermedad crónica.

Las variantes más severas de la enfermedad implican lesión de esófago o esofagitis, una inflamación o irritación del esófago, que empeora la calidad de vida de quien la padece.



Estos tipos de patologías, como hemos mencionado antes, pueden ser causadas también por estrés emocional, que en los tiempos en que vivimos no es raro encontrar en la población infantil.

Pronóstico

La mayoría de las personas responde a las medidas no quirúrgicas con cambios en el estilo de vida y medicamentos. Sin embargo, muchos pacientes necesitan seguir tomando fármacos para controlar sus síntomas.



Posibles complicaciones

- Esófago de Barret (un cambio en el revestimiento del esófago que puede aumentar el riesgo de cáncer).
- Broncoespasmo (irritación y espasmo resultante de las vías respiratorias debido al ácido)
- Tos o ronquera crónicas
- Problemas dentales
- Úlcera esofágica
- Inflamación del esófago
- Estenosis (un estrechamiento del esófago debido a cicatrización por la inflamación)

Tipo de Alimentación y selección de alimentos

En niños más grandecitos, sobre todo los que ya van a la escuela, una de las causas más importantes es la dieta. Estos niños, generalmente no desayunan, o lo hacen consumiendo comida chatarra. Si además, los padres les dan dinero para comprar en el quiosco del colegio, peor comerán, pues en esos quioscos, no venden comida sana. Casi no almuerzan y a veces el único tiempo de comida formal, es la cena, por lo tanto, pasarán grandes períodos de ayuno y consumiendo productos irritantes de la mucosa gástrica.



Para estos tipos de patologías es importante llevar una dieta balanceada y evitar aquellos alimentos y bebidas que pueden provocar síntomas.

Los consejos importantes que deberá darles a los pacientes que presentan estas patologías y síntomas con respecto a la alimentación y selección de alimentos son las siguientes:

- Comer con regularidad y moderadamente.
- Evitar comidas que no se digieran fácilmente.
- Evitar comidas muy abundantes en grasas y condimentos. (con estas medidas también se evita exponerlos a alimentos contaminados con Helicobacter Pylori).

La dieta ideal

****Alimentos aconsejados***

Leche y derivados lácteos: No se recomienda la toma frecuente de leche, ya que a las 2 ó 3 horas de su ingesta produce acidez.

Es preferible consumir leche procesada (total o parcialmente desnatada) u otros lácteos poco grasos (queso fresco, yogur desnatado).

Carnes, pescado, huevos y sus derivados: Carnes con poca grasa, pescado blanco o azul cocinado con poca grasa, huevos revueltos o en tortilla o escalfados o pasados por agua, fiambre de pollo o pavo.



Cereales, papas y legumbres: Prácticamente todos, salvo los indicados en “alimentos limitados”. En relación con las legumbres, se recomienda combinarlas sólo con arroz o papas y verduras, y si aun así no sientan bien, pasarlas por el pisapuré para eliminar los “hollejos” y mejorar su digestibilidad y tolerancia.

Verduras y hortalizas: Casi todas (cocidas, enteras y en ensalada), salvo las flatulentas.

Frutas: Frescas, muy maduras, no ácidas, batidas, asadas, en compota o en puré.

Bebidas: Agua, caldos diluidos y desgrasados e infusiones suaves (salvo las indicadas en alimentos limitados).

Grasas: Aceite de oliva y semillas (girasol, maíz, soja), manteca y margarinas vegetales, en crudo se toleran mejor; mayonesa ligera.



***Alimentos permitidos** (consumo moderado y ocasional)

Leche y derivados lácteos: Leche entera, quesos semigrasos, batidos y postres lácteos tipo flan, arroz con leche (excepto de chocolate y los que llevan nata o están enriquecidos con crema).

Carnes: semigrasas, jamón magro.

Cereales: Cereales integrales y muesli (con frutas secas), según tolerancia individual.

Bebidas: Jugos comerciales no ácidos, fruta en almíbar.

Otros productos: Mermeladas y repostería sencillas, gelatina de frutas y mayonesa convencional en pequeña cantidad.

***Alimentos limitados** (consumir de forma esporádica o en pequeñas cantidades)

Leche y derivados lácteos: Leche condensada, quesos fuertes (grasos, muy maduros o fermentados), lácteos con crema y los que llevan chocolate.

Carnes grasas: fibrosas como el conejo, carne cocida dos veces o muy condimentada, embutidos grasos y vísceras, huevos duros, pescados en escabeche.

Cereales: Pan fresco recién horneado tipo baguette (fermenta en el estómago y crea molestias), galletas rellenas o bañadas con soluciones azucaradas o chocolate, etc.



Legumbres: Evitar las cocinadas enteras y con ingredientes grasos de origen animal (chorizo, morcilla, tocino, etc.).

Verduras: Evitar las flatulentas (col, coliflor, repollo, repollitos de Bruselas, alcauciles, cebolla y ají crudo, etc.), aunque depende de la persona, ya que lo que a unos sienta bien a otros no y viceversa.

Frutas: Fruta no madura y cruda, frutas ácidas, fruta en almíbar, frutas desecadas, frutas confitadas.

Bebidas: Café, descafeinado y té, bebidas con extractos de café, bebidas con chocolate, bebidas con gas y todas las bebidas alcohólicas (irritan la mucosa gástrica y aumentan la acidez).

Grasas: Crema, manteca, panceta.

Otros productos: Extractos para sopas en cubitos, caldos concentrados, miel, fritos grasos, pastelería y repostería, chocolate, frutas secas, salsas picantes, helados (el contraste de temperaturas frío-caliente irrita la mucosa digestiva).



Recomendaciones

Las Patologías Digestivas constituyen una entidad clínica-quirúrgica en la cual el estado nutricional del paciente puede verse comprometido, no sólo porque su ingesta se halla afectada, sino también porque la digestión, absorción, metabolismo y excreción de nutrientes está alterada.

El abordaje nutricional en esta disciplina cumple un rol fundamental para mejorar y/o mantener el aporte adecuado de nutrientes y la calidad de vida del paciente. La evidencia ha demostrado que la nutrición juega un rol fundamental en la prevención de complicaciones y en el acompañamiento y mejora del tratamiento médico. Es importante destacar que si un niño no desayuna de forma adecuada, no podría rendir en la escuela debido a la hipoglucemia que se produce en su organismo; necesitará por tanto, alimentos durante el recreo, de los cuales preferirá productos de elaboración industrial y dulces, alimentos apetecidos por los niños que no exige una preparación previa.

Generalmente se recomienda que coma en horarios regulares, comidas ligeras preparadas con poca grasa (prefiriendo las técnicas culinarias como el horneado, el asado o la cocción al vapor), por supuesto, se debe evitar darle bebidas gaseosas y alimentos con salsas picantes o irritantes.

Debemos señalar que el consumo de la leche en el desayuno está generalizado, mientras que la ingesta de alimentos sólidos destaca en primer lugar panes, seguido de los dulces, pastelitos industriales y cereales y niños que no toman nada de sólidos.



Con respecto a los alimentos que los niños consumen en el recreo son en primer lugar los productos elaborados industrialmente (dulces, golosinas, entre otros) y en segundo lugar, productos caseros (frutas y bocadillos) y tercer lugar los niños que no toman nada.

En la actualidad en la mayoría de la población infantil en edad escolar es palpable el desarrollo de una serie de malos hábitos alimenticios: como el aumento en el consumo de comida chatarra y procesada, mientras que la comida casera y los alimentos de origen natural parecen estar siendo erradicados de nuestras mesas.

Al parecer, las nuevas generaciones no está al tanto de estas opciones alimenticias, que podrían ayudarles a lograr un mejor desempeño, tanto en la escuela como en su vida diaria.

Empecemos proporcionándoles una dieta sana, lo más natural posible. No hay que darles dinero para comprar en el colegio, hay que ayudarlos con las tareas y hay que tratar que cuando se vayan a dormir lo hagan con agrado.

Respetar los horarios de las comidas, darle el tiempo necesario, evitar mirar televisión en esos momentos, aprovecharlos, si es posible para la charla con ellos.

Si comen en los momentos correspondientes, posiblemente no tendrán necesidad de picar fuera de estos horarios y evitaremos el consumo excesivo de alimentos con exceso de grasa, sal y azúcar que consumidos en forma abundante son dañinos para la salud, en la niñez es fundamental la alimentación sana para evitar enfermedades en la adultez.

Procurar que el consumo de alimentos sea en casa y en horarios establecidos, de esta manera se controla más la calidad e higiene de las preparaciones, así como el orden de las



comidas, para evitar periodos de ayuno prolongado; evitar comidas muy abundantes en grasas y condimentos. Con estas medidas también evita a exponerlos a alimentos contaminados con *Helicobacter Pylori*.

Destinar un tiempo especial para cada comida. Tratar que la familia se reúna con tiempo a tomar los alimentos para que mastiquen correctamente y logren una buena digestión.

Enseñarle a los niños que traten de consumir alimentos no tan dañinos en la escuela o a ir variándolos todos los días.

Otro punto que debemos considerar es el movimiento, inducir a los niños a que realicen actividades como algún deporte, bicicleta, natación, etc., es muy importante para evitar el sedentarismo tan perjudicial.

Es en la niñez donde se forman la mayoría de los hábitos, no hay que perder la oportunidad para inculcarles una buena educación alimentaria que les servirá de por vida.



Antecedentes sobre el tema o Estado del Arte.

- **Autor:** John C. Atherton, Martin J. Blaser. “Principios de Medicina Interna”.15^o Edición. Vol II. Mc Graw Hill, pag. 1134.

“La adquisición y la pérdida o desaparición espontáneas de la infección por *Helicobacter Pylori* en el adulto son infrecuentes; se supone que la mayor parte de las infecciones se adquieren durante la infancia. Aparte de la edad, el principal factor de riesgo para la infección es el nivel socioeconómico bajo; el hacinamiento y unos bajos ingresos familiares en la infancia se relacionarán con especial intensidad con la frecuencia de colonización.

El ser humano es el principal reservorio de *H. pylori*. Los miembros de una familia presentan con frecuencia la misma cepa de *H. pylori*, y la colonización es especialmente frecuente en centros infantiles. Estos hallazgos implican que adquirieron la infección por transmisión de uno a otro, pero se desconoce si la transmisión tiene lugar por vía fecal-oral u oral-oral. El ADN de *H. pylori* se ha identificado en el agua, y existen pruebas de que el agua contaminada puede provocar colonización de los seres humanos en países en vías de desarrollo. Se está investigando activamente para determinar cuáles de estas posibles vías de adquisición son más importantes”...

- **Autor:** José Armando Madrazo de la Garza(Jefe del Servicio de Gastroenterología del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS).México Diciembre/Enero 2009.



“La mejor medida preventiva contra la gastritis por estrés es procurar que el niño tenga un mejor estilo de vida, en el que se incluya tiempo para las tareas, así como para descansar y la recreación, además de una alimentación balanceada. No se debe presionar más allá de sus propias capacidades a los niños, ya que esto sólo les produce fuertes cuadros de estrés y frustración, lo cual genera una mayor liberación de ácido en el estómago. También es importante mantener un ambiente familiar en armonía.

Para evitar la gastritis ocasionada por la bacteria *helicobacter pylori*, la cual se contrae por la ingesta de alimentos contaminados, se aconseja no comer en la calle y lavarse las manos antes y después de ir al baño. Se estima que la mitad de los niños mayores de diez años de edad tienen contacto con esta bacteria, pero sólo el 20 por ciento desarrollan la enfermedad”...

- **Autor:** Paul Harris D., Alex Godoy F., Ernesto Guiraldes C. Revista chilena de pediatría *versión impresa* ISSN 0370-4106. Santiago mar. 2001. “Dolor abdominal, dispepsia y gastritis en pediatría. Rol del *Helicobacter pylori*”

Efecto de los AINES (AntiInflamatorios no Esteroides) y del Reflujo Gastroesofágico en la infección por *H. pylori*.

“No hay datos disponibles acerca del uso de AINES y úlcera péptica en niños. De la literatura en adultos, sabemos que los AINES son usados por millones de personas, con un número significativo de complicaciones. Algunos estudios



sugieren que el uso de AINES es el más importante factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones gástricas. Debido a la presencia de *H. pylori* en la vasta mayoría de pacientes con úlcera gástrica, la interacción entre *H. pylori* y el uso de AINES es de gran interés. Erradicada la infección por *H. pylori*, se reduce la incidencia general de úlcera por AINES, aunque la erradicación no elimina el factor de riesgo intestinal en pacientes que continúan con el uso de AINES.

La infección por *H. pylori* podría teóricamente estar involucrada en el reflujo gastroesofágico (RGE). El *H. pylori* no tiene efecto sobre la barrera gastroesofágica, pero tiene efectos predecibles sobre la secreción ácida, la cual une a la infección por *H. pylori*, RGE y enfermedades asociadas. La severidad del RGE y la presencia de complicaciones asociadas están relacionadas a la exposición del esófago a la acidez, la cual está relacionada a la existencia de anomalías en la función de la barrera, tanto como de la secreción ácida. Si en cualquier población o grupo de pacientes la extensión y severidad de la inflamación en el cuerpo gástrico determina el rango de secreción ácida, entonces el promedio de la secreción ácida sería más alta en una población sin infección por *H. pylori* que en una población infectada con la bacteria. La secreción ácida sería más baja en la población con una gastritis severa mayor, y adicionalmente la prevalencia de RGE sería más alta en aquellos sin infección y sin gastritis. Por lo tanto, la cura de la infección por *H. pylori* en un paciente con úlcera duodenal podrá incrementar la percepción del paciente acerca de sus síntomas, los cuales estaban encubiertos por el uso regular de drogas antisecretoras que no son ahora



necesarias para el tratamiento de los síntomas de úlcera duodenal curada en forma definitiva.

Debido a que el RGE en niños está relacionado a relajaciones transitorias en la función del esfínter esofágico inferior, el extrapolar aquellos datos desde adultos a niños no es apropiado. Por tanto, mayores estudios para clarificar cualquier relación potencial entre RGE en niños y la infección por *H. pylori* son necesarios”...

- **Autor:** Dr. Sánchez Nava, Pediatra y Neonatólogo. Publicación de diario EL UNIVERSAL/MEXICO, DF. Febrero 2009.

“Las principales causas por las que un niño puede presentar estrés son: cambio de horarios, exceso de actividades escolares y extra escolares, nacimiento de un hermano, peleas o separación de sus padres, muerte de algún familiar, burlas por parte de sus compañeros, competencias en el colegio y participar en juegos violentos.

Incluso, situaciones menos obvias como mudarse a una nueva colonia o escuela, ir al dentista o al médico, pasar mucho tiempo solo, llegar tarde a la escuela y romper o perder juguetes o cosas personales, entre otras, pueden provocarle ansiedad.

El estrés no es en sí mismo una enfermedad, sí puede desencadenar algunas, y delicadas, como son la hipertensión, úlceras, colitis, gastritis, asma, diabetes, problemas cardíacos, depresión, infartos, trombosis cerebrales, sicosis severa y obesidad (al comer por ansiedad y no por apetito).



La alimentación es muy importante, la dieta debe ser extremadamente balanceada, evitando comida chatarra y dulces. También es importante que los pequeños ingieran, además de sus tres comidas fuertes, colaciones de frutas o verduras cuando sientan hambre.

Deben dormir 10 horas por las noches y tomar una siesta de una hora máximo por las tardes, para que su organismo trabaje adecuadamente.

Acercarlo a actividades deportivas, artísticas o recreativas que lo distraigan, relajen y además lo mantengan sano físicamente.

Es importante acudir con el médico familiar para atender la gastritis, ya que de no hacerlo oportunamente puede haber complicaciones, entre las cuales las más frecuentes son: sangrados y úlcera gástrica. Una gastritis relacionada con la bacteria helicobacter pylori puede ser condicionante para que después de 20 a 30 años de padecerla se produzca cáncer de estómago”...

- Un estudio sobre la Alimentación y nutrición en edad escolar⁴ dice que la dieta alimenticia abarca el total de los alimentos consumidos en un día y Thoulon-Page (1991) estima que las necesidades reales del niño en edad escolar se deben repartir en:

El desayuno proporciona el 25% de las calorías.

- La comida del mediodía el 30%
- La merienda del 15-20%
- La cena del 25-30%.



Es importante destacar que si un niño no desayuna de forma adecuada, no podría rendir en la escuela debido a la hipoglucemia que se produce en su organismo; necesitará por tanto, alimentos durante el recreo, de los cuales preferirá productos de elaboración industrial y dulces, alimentos apetecidos por los niños que no exige una preparación previa.

Debemos señalar que el consumo de la leche en el desayuno está generalizado, mientras que la ingesta de alimentos sólidos destacan en primer lugar panes en un 38%, seguido de los dulces, pastelitos industriales en un 20% y cereales en un 10% y niños que no toman nada de sólidos un 19%.

Con respecto a los alimentos que los niños consumen en el recreo son en primer lugar los productos elaborados industrialmente (dulces, golosinas...) con un 51% y en segundo lugar, productos caseros (frutas y bocadillos) con un 36% y 19% de niños que no toman nada.

- **Autor:** Ana Muñoz Urribarri, Jaime Cok García, Alejandro Bussalleu Rivera, Delfina Cetraro Cardó, Aldo Maruy Saito, Félix Takami Angeles. Revista de Gastroenterología del Perú ISSN 1022-5129 versión impresa. abr. /jun. 2008, vol.28, no.2, p.109-118. ISSN 1022-5129.

Helicobacter pylori en niños atendidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia durante los años 2003 al 2006.



“Desde que Warren y Marshall describieran por primera vez esta bacteria espiralada, el estudio de la infección por HP se mantiene vigente, sobre todo porque este organismo ha sido reconocido como carcinógeno para cáncer gástrico por la Agencia Internacional para Investigación sobre el Cáncer.

Aún en países con un eficiente sistema de salud pública la prevalencia real de *Helicobacter pylori* en niños es insuficientemente conocida, posiblemente por razones técnicas.

Se cree que al llegar al décimo cumpleaños, 8 de cada diez niños estará infectado en países en vías de desarrollo, versus 1 de cada diez en países desarrollados. La mayoría de los infectados permanecen asintomáticos mientras que el 15% desarrollará úlcera péptica.

Hay evidencia suficiente para asociar la infección por HP (adquirida en la niñez) y el cáncer gástrico (del adulto).

En países industrializados la incidencia de cáncer gástrico disminuye, probablemente en paralelo con la disminución de HP en la población. En países como el nuestro se tiene aún incidencias altas de ambas, aunque con tendencia a declinar”.

⁴Burgos Carro, Nuria. (2007) Alimentación y nutrición en edad escolar. Revista Digital Universitaria 10 de abril 2007 • Volumen 8 Número 4 • ISSN: 1067-6079[Documento www].Recuperado: <http://www.revista.unam.mx/vol.8/num4/art23/int23.htm>

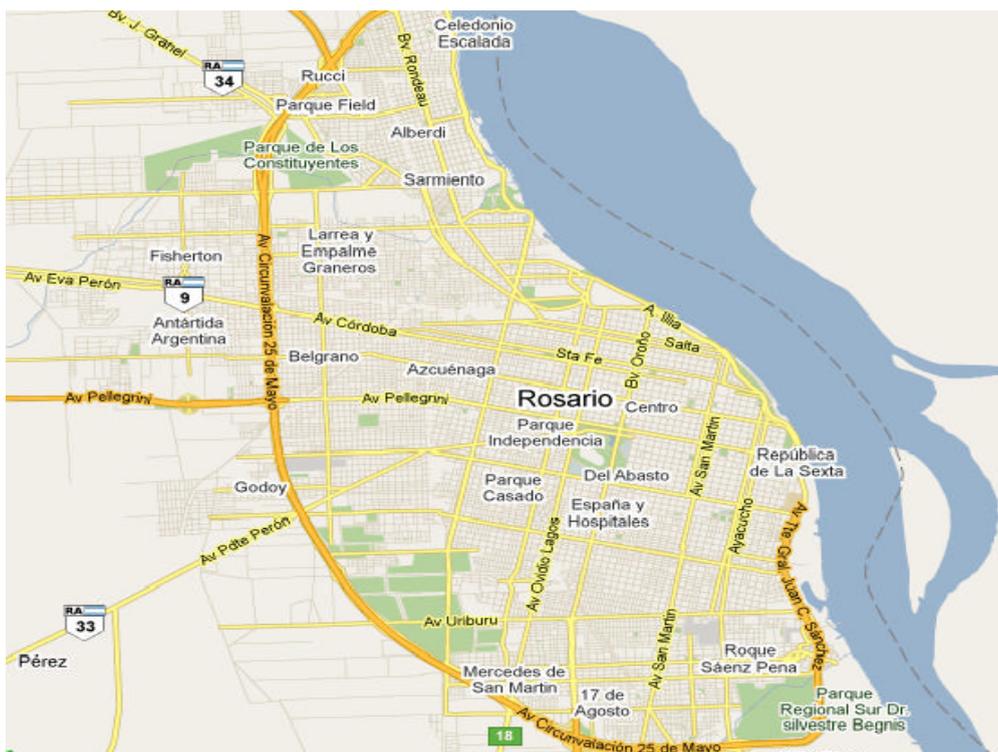


Metodología

❖ Área de estudio:

El trabajo se realizó en el Hospital Víctor J. Vilela de la ciudad de Rosario. Para comprender la ubicación geográfica del mismo se incluyó un mapa de la ciudad de Rosario y una explicación de cada uno de sus distritos.

Ubicación de la Ciudad de Rosario.





Características de Ciudad de Rosario.

Ubicación

La ciudad de Rosario está ubicada en la zona sur de la provincia de Santa Fe, República Argentina, entre los siguientes puntos extremos:

- Latitud: Paralelo 32° 52' 18" Sur y 33° 02' 22" Sur.
- Longitud: Meridiano 60° 36' 44" Oeste y 60° 47' 46" Oeste.
- Altitud sobre el nivel del mar: Oscila entre los 22,5 Y 24,6.

Se encuentra en una posición geoestratégica en relación al Mercosur, en el extremo sur del continente americano.

Es cabecera del Departamento homónimo y se sitúa a 300 km de la ciudad de Buenos Aires.

Es el centro del Área Metropolitana del Gran Rosario, constituida por:

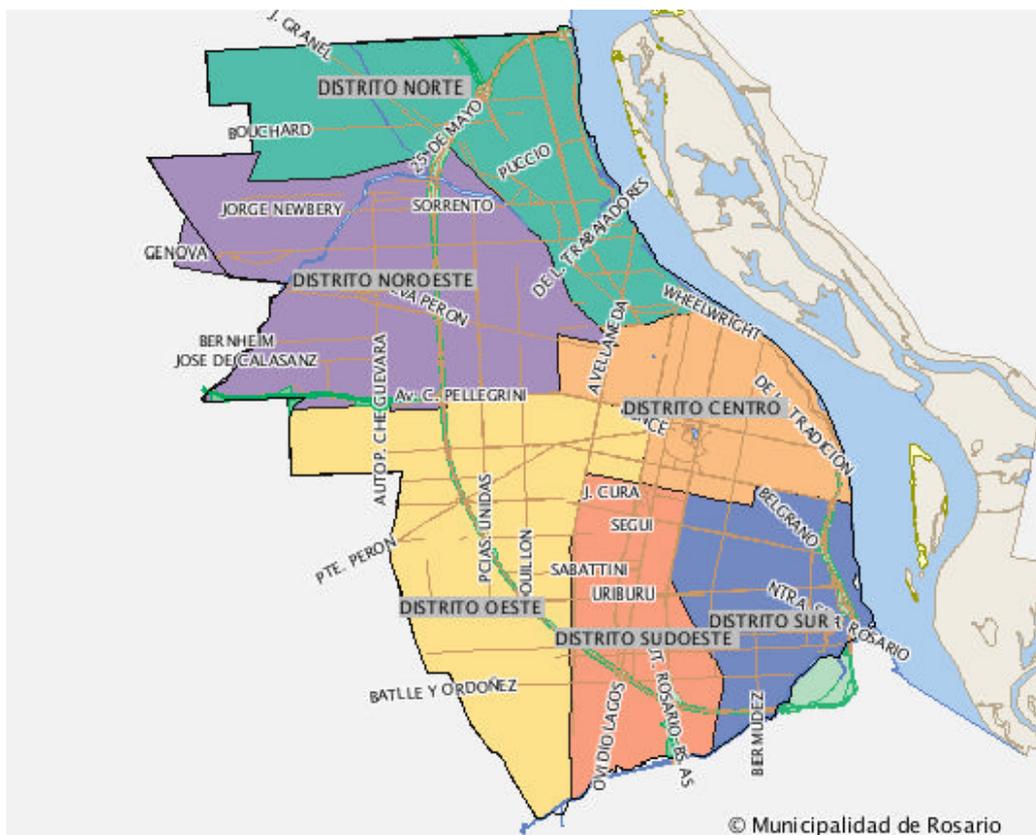
- Rosario
- Villa Gobernador Gálvez
- San Lorenzo
- Pérez
- Capitán Bermúdez



- Granadero Baigorria
- Fray Luis Beltrán
- Funes
- Puerto General San Martín



Conformación de los Distritos



El **Distrito** conforma el área de influencia de cada Centro Municipal de Distrito (CMD) y un territorio más acotado para precisar las siguientes cuestiones:

- La organización de las tareas vinculadas a la desconcentración funcional y operativa de servicios.
- La coordinación de las actividades a desarrollar por las distintas áreas (Salud, Promoción Social, Cultura, etc.).



- La organización de las estructuras comunitarias, encuadradas en el nuevo modelo de gestión.
- La redefinición de las políticas públicas a impulsar por esta administración.

Para los fines más específicos, cada Distrito podrá a su vez englobar nuevas subdivisiones, de acuerdo a las demandas existentes.

Caracterización

Distrito Centro

Población:

228.634 habitantes (25,13% del total)

Superficie:

20,37 km² (11,40% del total)

Densidad de población:

11.224,05 habitantes/km² .

Vivienda:

86.574 unidades

Límites:

Al norte: las vías del ex FFCC Mitre.



Al este: el Río Paraná.

Al sur: Av.27 de Febrero, Av. San Martín, calle Amenábar; Av. Francia y Av. Pellegrini.

Al oeste: las vías del ex FFCC Belgrano (Futura Troncal), calle Santa Fe y las vías del ex FFCC Belgrano.

Distrito Norte

Población:

129.198 habitantes (14,20% del total)

Superficie:

45.072 unidades

Densidad de población:

8.186,46 habitantes/km²

Vivienda:

43.384 unidades

Límites:

Al norte: el límite del Municipio.

Al este: el Río Paraná.



Al sur: las vías del ex FFCC Mitre.

Al oeste: las vías del ex FFCC Belgrano, el límite norte del Parque de los Constituyentes, la calle 1409, el límite del Aeropuerto y el límite oeste del Municipio.

Distrito Noroeste

Población:

155.850 habitantes (17,13% del total)

Superficie:

44,14 km² (24,70% del total)

Densidad de población:

3.530,81 habitantes / km²

Vivienda:

38.956 unidades

Límites:

Al norte: el límite del Aeropuerto, la calle 1409 y el límite norte del Parque de los Constituyentes.



Al este: las vías del ex FFCC Belgrano, la calle Santa Fe y las vías del ex FFCC Belgrano (Futura Troncal).

Al sur: Av. Pellegrini, la Av. de Circunvalación, el Camino Pasco, el Camino de los Muertos, el Camino Cochabamba y el límite del Municipio.

Al oeste: el Arroyo Ludueña y el límite del Municipio.

Distrito Oeste

Población:

125.371 habitantes (13,78% del total)

Superficie:

40,21 km² (22,5% del total)

Densidad de población:

3.117,90 habitantes/km²

Vivienda:

33.508 unidades



Límites:

Al norte: el Camino Cochabamba, el Camino de los Muertos, el Camino Pasco, la Av. de Circunvalación y la Av. Pellegrini.

Al este: Av. Francia, calle Amenábar, el Bv. Avellaneda y las vías del ex FFCC Belgrano.

Al sur: el límite sur del Municipio.

Al oeste: el límite oeste del Municipio.

Distrito Sudoeste

Población:

117.131 habitantes (12,87% del total)

Superficie:

20,19 km² (11,29% del total)

Densidad de población:

5.801,43 habitantes/km²

Vivienda:

31.533 unidades



Límites:

Al norte: calle Amenábar.

Al este: Bv. Oroño, Vías del FFCC Mitre, Av. San Martín.

Al sur: el Arroyo Saladillo.

Al oeste: las vías del FFCC Belgrano (Futura Troncal) y el Bv. Avellaneda.

Distrito Sur

Población:

153.578 habitantes (16,89% del total)

Superficie:

18,76 km² (10,50% del total)

Densidad de población:

8.186,46 habitantes/km²

Vivienda:

45.072 unidades

Límites:

Al norte: calle Amenábar, Av. San Martín y Av. 27 de Febrero.



Al este: el Río Paraná.

Al sur: el Arroyo Saladillo.

Al oeste: la Av. San Martín, las vías del FFCC Mitre y el Bv. Oroño.

Lugar de Estudio. Características:

Hospital de Niños Víctor J. Vilela.



Comenzó a funcionar en **1930**, concebido especialmente para la atención de niños en la primera y segunda infancia por iniciativa del entonces intendente municipal, Víctor J. Vilela.

En 1941 pasó a tener su nombre actual en reconocimiento a su impulsor.

En 1972 se fundó la Primera Escuela Domiciliaria y Hospitalaria.

En 1983 el Ministerio de Educación oficializó la Escuela Domiciliaria y Hospitalaria.



Con el paso del tiempo y los cambios en los modelos de atención, el edificio se fue adaptando para dar mejores respuestas a los problemas de salud de la población infantil.

En 1999 fue inaugurado el Servicio de Hematología y Oncología Pediátrica y la Unidad de Trasplante de Médula Ósea.

El 12 de marzo de 2003 se realizó la primera intervención a una niña rosarina de 9 años que padecía la enfermedad hematológica de Hodgkin.

Así, la habilitación del Centro de Trasplante de Médula Ósea marcó un hito en la salud pública de la región, ya que el hospital pasó a convertirse en la 5º institución pública del país en practicar en forma gratuita este tipo de intervención.

- El efector es un hospital de tercer nivel de complejidad de referencia regional

Realiza atención de niños en la primera y segunda infancia y adolescencia temprana, con patologías agudas y crónicas.

- Cuenta con un sector de internación con una capacidad de 120 camas y 7 salas, integrado por:
 - Cirugía
 - Clínica
 - Infectología.
 - Hemato-oncología
 - Unidad de Terapia Intensiva
 - Atención de quemados.



La Unidad de Terapia Intensiva es la única con características específicas para la atención pediátrica en el sector público de Rosario y su zona de influencia.

Desde 1999 funciona el Servicio de Hematología y Oncología Pediátrica y la Unidad de Trasplante de Médula Ósea. Este emprendimiento fue concebido con la idea de garantizar prácticas médicas especializadas a pacientes pediátricos con enfermedades oncohematológicas.

Este tipo de unidad de trasplante es único en Sudamérica, ya que es uno de los pocos centros de esta especialidad de propiedad estatal y cuya prestación de servicios está abierta a toda la comunidad

Otros sectores

- Ambulatorio de consultorios externos: con especialidades médicas y no médicas.
- Ambulatorio de alto cuidado: se atienden pacientes con patologías complejas.

❖ **Tipo de estudio:**

La investigación es una búsqueda de conocimientos ordenada, coherente, de reflexión analítica y confrontación continua de los datos empíricos y el pensamiento abstracto, a fin de explicar los fenómenos de la naturaleza. La investigación es esencial en el proceso del conocimiento, porque no basta con percibir. Es necesario comprender y explicar, para poder predecir. La investigación debe guardar una autonomía tal que los resultados lleven a



la obtención del conocimiento verdadero, sin deformar la realidad, y, en cambio, ofrezcan bases para transformarla.

El presente estudio es:

Descriptivo:

Consiste en la fase de recogida de información acerca de un fenómeno de salud o de enfermedad observado en una población.

La investigación descriptiva procura brindar una buena percepción del funcionamiento de un fenómeno y de las maneras en que se comportan las variables, factores o elementos que lo componen

Los estudios descriptivos pueden llegar a colocar de manifiesto nuevos problemas y preguntas de investigación, dos aportes que son muy valiosos en la construcción social del saber a través del método científico

Analítico: la Epidemiología analítica diseña estudios para examinar asociaciones entre una enfermedad y determinados factores. Si existe una asociación, trata de demostrar si es una asociación causal.

De corte Transversal: Este estudio es también llamado de prevalencia, ya que permite medir la prevalencia de x enfermedad; a través de este se obtiene una imagen de un punto específico en el tiempo; permite medir la magnitud de un problema de salud en determinada comunidad; se podría decir que es una radiografía de un problema de salud en un lugar y tiempo específico.



La finalidad del estudio regularmente es exclusivamente descriptivo, aunque puede tener carácter analítico, pero con muchas limitaciones.

Las fuentes de información para este tipo de investigación suelen ser los registros hospitalarios o institucionales, registros especiales de ciertas enfermedades, protocolos de autopsia, resultados de exámenes de laboratorio, etc.

Los estudios transversales se realizan con gran rapidez, lo que permite que países con registros sanitarios deficientes dispongan de datos frescos, que contribuyen a la toma de decisiones puntuales.

Retrospectivo: Por tratarse de pacientes que ya han sido diagnosticados, los cuales fueron interrogados. Simplemente se podrían describir como, estudios que se realizan a partir de fuentes secundarias, tales como: archivos, historias clínicas de hospitales, cementerios, registro civil, informes de laboratorio, entre otras. En muchos casos la información ha sido captada por otros con anterioridad.

❖ **Población Objetivo:**

La investigación se realizó en Niños de 6 a 12 años que concurrieron al área de Gastroenterología del Hospital Víctor J. Vilela de la Ciudad de Rosario, por presentar las patologías citadas.



❖ **Universo:**

El Universo está compuesto por 172 niños de 6 a 12 años, que concurrieron en el año 2010, al área de Gastroenterología del Hospital Víctor J. Vilela de la ciudad de Rosario por presentar dichas patologías.

El número de niños se obtuvo de datos del Área de Estadística del Hospital Víctor J. Vilela. Los registros que fueron otorgados por el personal eran del año 2010, del Área de Gastroenterología solamente.

❖ **Muestra:**

La muestra fue de 82 niños, entre 6 a 12 años, que han sido diagnosticados de patologías gástricas tales como Gastritis, RGE y presencia de *Helicobacter pylori*, en el Área de Gastroenterología del Hospital Víctor J. Vilela de la ciudad de Rosario en el año 2010 y que concurren actualmente al servicio de Gastroenterología a controles médicos.

El rango de edad elegido se debe a que estos niños se encuentran en edad escolar, por lo que en muchos casos la alimentación es realizada en la Escuela, pasan mucho tiempo fuera de sus casas y le dedican poco tiempo e interés a la alimentación.



Técnica de recolección de datos e Instrumentos:

Para la realización del presente trabajo fueron necesarios distintos tipos de datos, los cuales se detallan a continuación.

1-La cantidad de pacientes que concurrieron al Área de Gastroenterología del Hospital Víctor J. Vilela en el año 2010 se obtuvo a partir de las Historias Clínicas otorgadas por el personal del Área de Estadística, donde se pudieron registrar en dicho año la cantidad total de pacientes que concurrieron a consultas con Gastroenterólogos. Se pudo detallar cuántos de ellos presentaban el diagnóstico de las patologías citadas y cuántos de los mismos presentaban las edades elegidas.

2- Los datos sobre la derivación al servicio de Nutrición, evolución de la alimentación desde el momento del diagnóstico, alimentación actual, horarios y tipos de comidas, horas de sueño, actividad física, estado socioeconómico, entre otras, se obtuvo a partir de una encuesta⁵ realizada a los pacientes en ciertos casos, o bien a sus padres, en otros.

La encuesta se realizó de forma individual a cada niño, preguntándoles personalmente los datos a responder y completando los casilleros con su respuesta personal o bien contando con la ayuda de sus padres para las respuestas más precisas y concisas, como en el caso de la medicación empleada.

Las preguntas se realizaron en forma sencilla según su edad y nivel educativo.

⁵ Ver Anexo 1. Encuesta



Con estas preguntas se obtuvo información respecto los siguientes datos:

- ❖ Estilo de vida
- ❖ Tipo de alimentación.
- ❖ Preferencias alimentarias.
- ❖ Horas de sueño.
- ❖ Medicación y
- ❖ Hábitos alimentarios.



Trabajo de campo.

Los datos de las Historias Clínicas fueron extraídos durante los meses de Diciembre y Enero, lo cual resultó dificultoso, ya que en el Área de Estadística se manejan las historias clínicas de todas las áreas del Hospital, por lo cual tuvieron que tomarse tiempo para otorgar solamente del área de Gastroenterología, del año solicitado.

Las encuestas a los pacientes fueron realizadas entre los meses de Enero y Febrero y principios de Marzo del año 2011 en la entrada del consultorio de Gastroenterología del Hospital Víctor J. Vilela mientras esperaban a ser atendidos, con previa autorización de la Jefa del Servicio.

La realización de las mismas resultó sencilla gracias a la buena predisposición de los niños, padres y/o tutores, quienes se mostraron atentos a las preguntas e interesados por las mismas.

Los pacientes encuestados son los que concurren actualmente a los controles indicados, ya que su diagnóstico inicial fue realizado en el año 2010.



Análisis e interpretación de los datos.

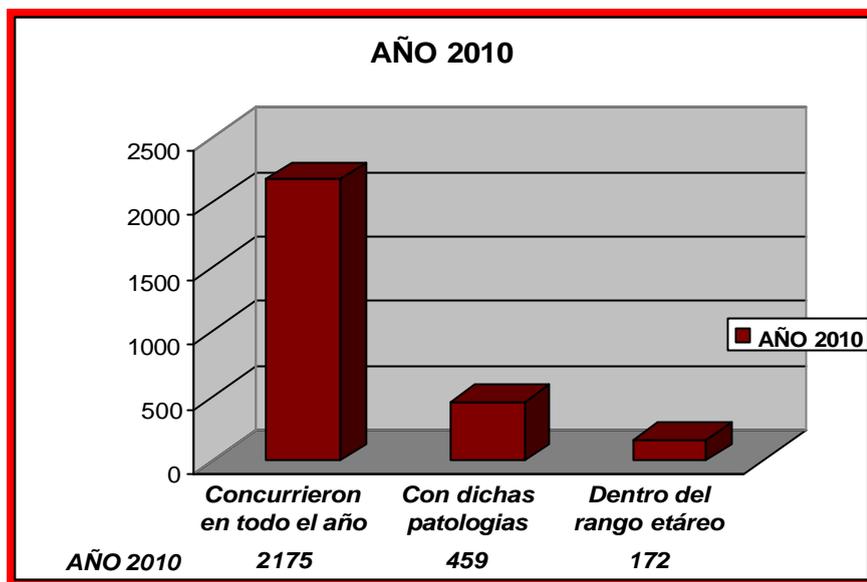
Se comienza con un análisis del gráfico que respecta a la cantidad de pacientes que concurren al área de gastroenterología en el año 2010 en un enfoque general, y así ubicar a la población encuestada, para luego orientarse hacia un análisis más particular donde se analizaran cuestiones relacionadas a los hábitos de consumo (frecuencia de consumo, gustos y preferencias alimentarias, horarios), horas de sueño, consumo de medicamentos, realización de un tratamiento nutricional, entre otras.

Datos:

- Pacientes que concurren al área de Gastroenterología del Hospital Vilela en el año 2010, siendo un Total de 2175.
- Pacientes que fueron diagnosticados de dichas patologías 459.
- Total de pacientes diagnosticados de dichas patologías, dentro del grupo etáreo elegido (6 a 12 años) 172.



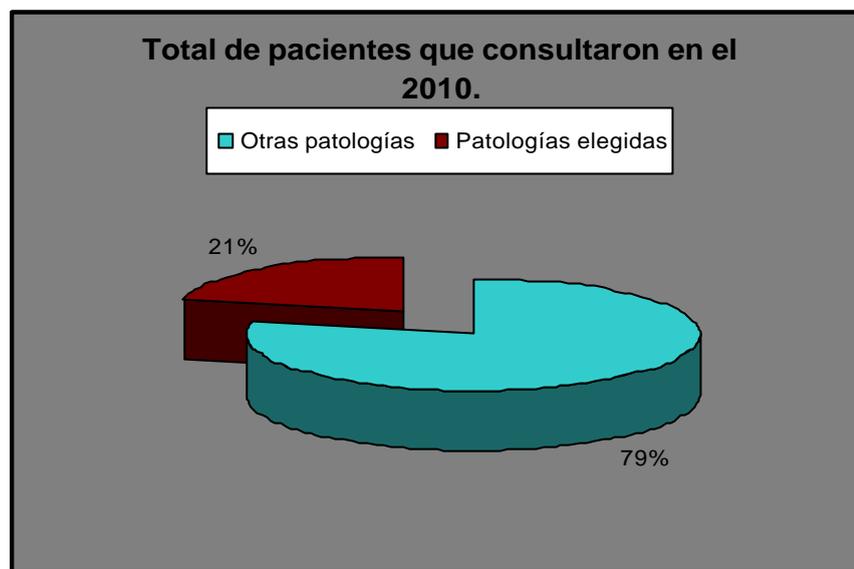
Gráfico 1.



De los 2175 pacientes que consultaron en el Área de Gastroenterología en el Año 2010, un 21,10 % (459 niños) presentaban las patologías en estudio, por ende un 78,9 % (1716 niños) consultaron por diversas patologías.



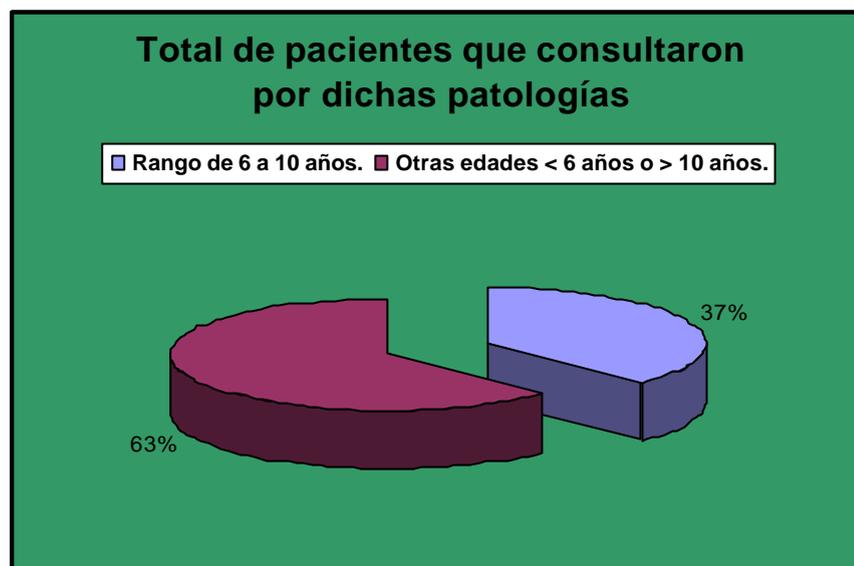
Gráfico 2.



De los 459 pacientes que presentaban las patologías en cuestión, un 37,47 % (172 niños) contaban con el rango de edad elegido, osea, de 6 a 12 años; y un 62,53% (287 niños), tenían distintas edades al rango etario elegido para la realización del proyecto. (Menores de 6 años y mayores de 12 años de edad).



Gráfico 3.



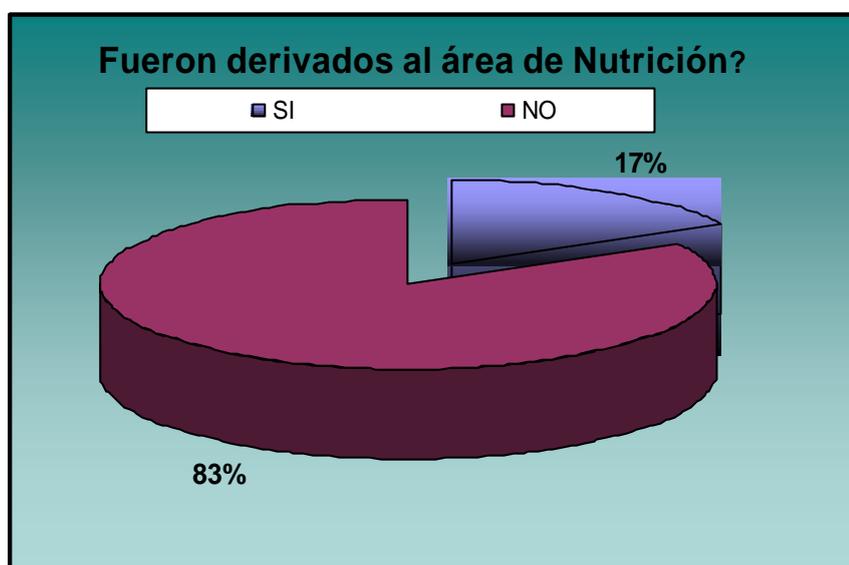
A continuación, se realiza el análisis de las respuestas otorgadas por los pacientes, a través de las encuestas realizadas, para evaluar con mayor profundidad los temas referidos a la alimentación (tipo, gustos, horarios y hábitos) y al tratamiento médico realizado, para la mejora de los síntomas y por ende, de su salud.

Detallaremos cada una de las preguntas realizadas a los pacientes y sus respectivas respuestas en forma de gráficos para una mejor visualización.



- Con respecto a la pregunta si una vez diagnosticados de sus patologías fueron derivados al área de Nutrición para la realización de un plan alimentario adecuado, se obtuvieron las siguientes respuestas.

Gráfico 4.



Fueron derivados al área de Nutrición?	
SI	17,07%
NO	82,92%
Total	100,00%

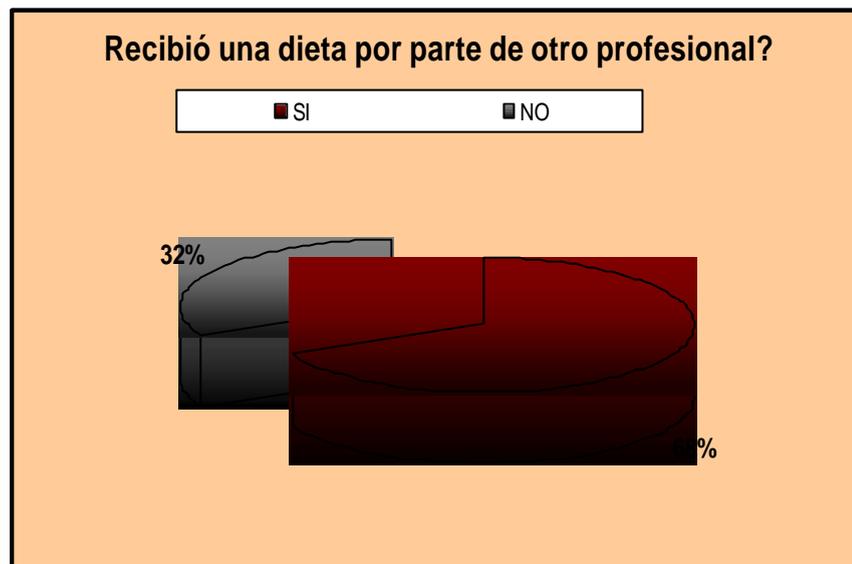
Un 82, 92 % de los pacientes, una vez diagnosticados de dichas patologías gástricas, no fueron derivados al área de Nutrición para la realización de un tratamiento nutricional acorde a dicha patología, y un 17,07% fueron derivados al Servicio de Nutrición, de los



cuales un 64,28% de ellos tenían sobrepeso y un 35,71 % eran pacientes Celíacos, por lo que se puede concluir que la derivación al área de Nutrición se debió a dichas alteraciones y no puntualmente por presentar las patologías gástricas en estudio.

- A los pacientes que respondieron que NO fueron derivados al Servicio de Nutrición se les preguntó si recibieron algún tipo de dieta por parte de otro profesional; las respuestas fueron las siguientes:

Gráfico 5.



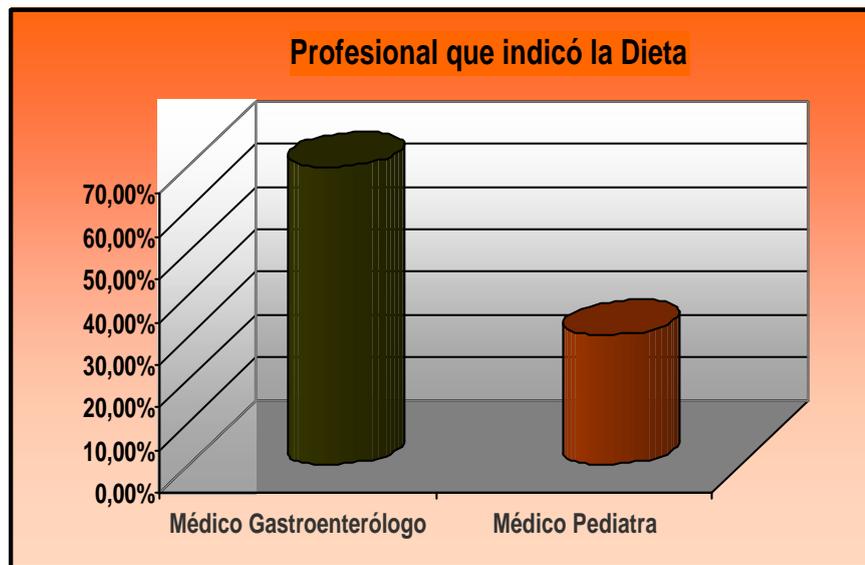
¿Recibieron una dieta por otro profesional?	
SI	67,64%
NO	32,35%
Total	100,00%



Un 32, 35% de pacientes no recibieron ningún tipo de dieta, solamente están tratados con medicación; y un 67, 64 % de los pacientes recibieron una dieta por parte de otros profesionales (no Nutricionista).

- A este último grupo se les preguntó quién les había indicado la dieta, nombrándoles dos tipos de especialidades, como Médico Gastroenterólogo o Médico Pediatra, quienes por lo general orientan al paciente con respecto a la alimentación a seguir en estos casos. Las respuestas fueron:

Gráfico 6.



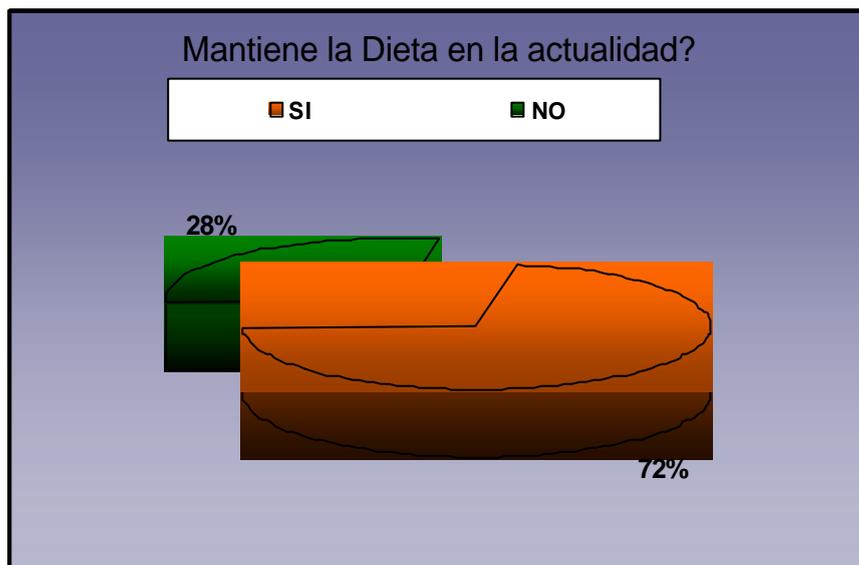
¿ Quien le indicó la dietal?	
Médico Gastroenterólogo	69,56%
Médico Pediatra	30,43%
Total	100,00%



Por lo que analizamos que una vez diagnosticado el paciente, el Gastroenterólogo es mayormente quién trata al paciente, sea con medicación y dieta, o con medicación solamente, sin derivar prácticamente al paciente a realizar un tratamiento nutricional adecuado con un Licenciado en Nutrición.

- Al total de los pacientes que realizan dieta (73,17 % de los pacientes encuestados), sea otorgada por el Nutricionista, por el Gastroenterólogo o por su Médico Pediatra, se les preguntó si mantienen la dieta en la actualidad, siendo que el diagnóstico inicial fue en el Año 2010; las respuestas muestran los siguientes resultados:

Gráfico 7.



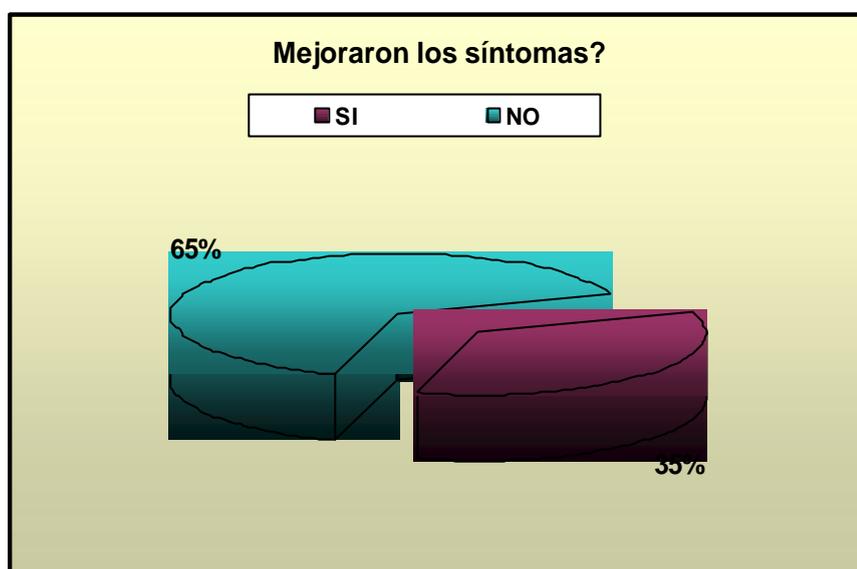
¿Mantienen la dieta en la actualidad?	
SI	71,66%
NO	28,34%
Total	100,00%



Como podemos observar, la mayoría de los pacientes mantienen la dieta que les fue indicada por los diversos profesionales.

- A los pacientes que refirieron mantener la dieta se les preguntó si observaron mejoría de los síntomas, los cuales respondieron:

Gráfico 8.



¿Mejoraron los síntomas?	
SI	34,88%
NO	65,11%
Total	100,00%

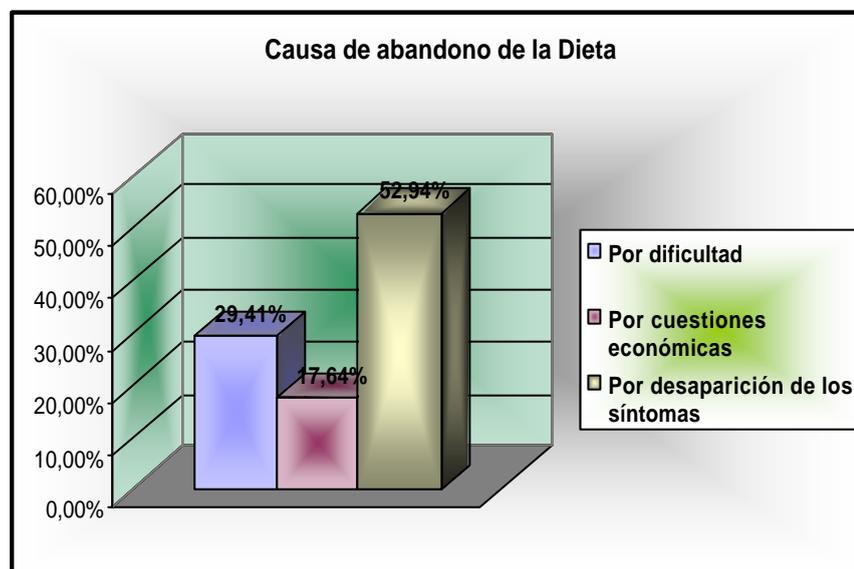
Al indagar a los pacientes que respondieron que no han notado mejoría de sus síntomas, se concluyó que la mayoría de ellos fueron diagnosticados a fines del año 2010 (meses de



Octubre, Noviembre y Diciembre), por lo que el inicio de su tratamiento es relativamente reciente.

- Los pacientes que refirieron no mantener la dieta en la actualidad, la pregunta que se les realizó fue sobre cual es el motivo de ello, dándoles las siguientes opciones para responder:

Gráfico 9.



Causa de abandono de la dieta	
Por dificultad	29,41%
Por cuestiones económicas	17,64%
Por desaparición de los síntomas	52,94%
Total	100,00%

De los pacientes que recibieron dieta por algún profesional y que no la mantienen en la actualidad, la causa principal de ello se debe en un 52,94% a la desaparición de los



síntomas, (este porcentaje se debe a que la mayoría de estos pacientes fueron diagnosticados hace varios meses, o alrededor de un año, es decir, a principios del Año 2010 y sólo asisten a controles, pero ya no realizan dieta específica, ya que los síntomas no persisten).

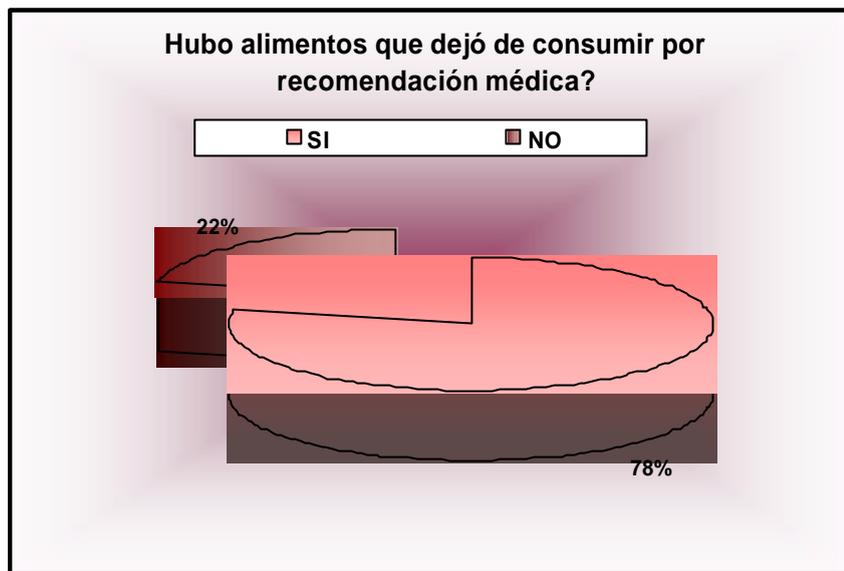
Un 29,41% refirió que les resultaba dificultosa la realización de la misma por ser distinta a los otros integrantes de la casa y eso complicaba su implementación por parte de la madre o tutora.

Y un 17,64% respondió no llevarla a cabo por cuestiones económicas, ya que refieren que los profesionales les han indicado alimentos distintos a su dieta habitual y tienen que comprarlos aparte de la alimentación cotidiana.

- Luego se indagó a los pacientes, que obtuvieron una dieta por parte de los profesionales, sobre si hubo alimentos que dejaron de consumir por recomendación médica, para realizar un análisis del tipo de alimentación; los resultados arrojados fueron:



Gráfico 10.



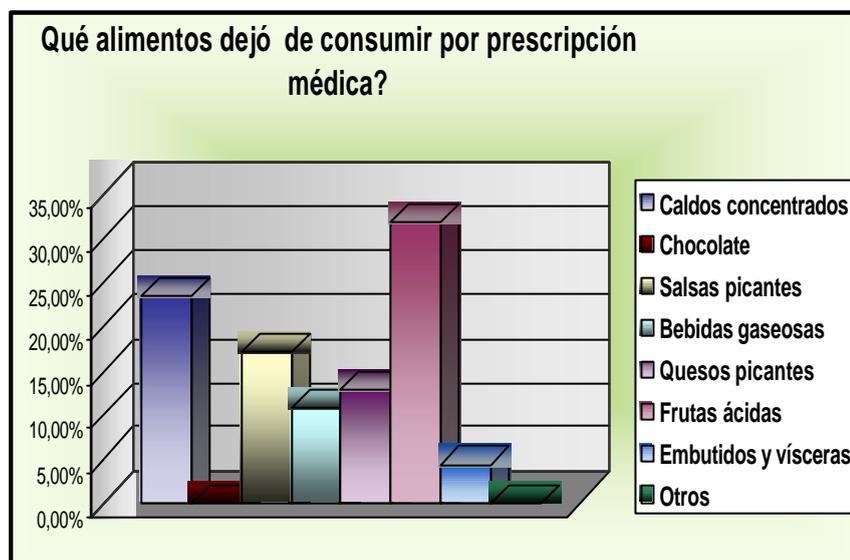
¿Hubo alimentos que dejó de consumir por prescripción médica?	
SI	78,33%
NO	21,66%
Total	100,00%

De los pacientes que respondieron que no dejaron de consumir ningún alimento por prescripción médica, un 53,84% de ellos contestaron que lo que hicieron fue disminuir las cantidades de varios de ellos, sin dejarlos de consumir totalmente.



Los pacientes que respondieron que efectivamente dejaron de consumir alimentos por recomendación médica, la pregunta que se les realizó fue cuáles fueron dichos alimentos, dándoles un listado con algunos de los alimentos que acentúan los síntomas:

Gráfico 11.



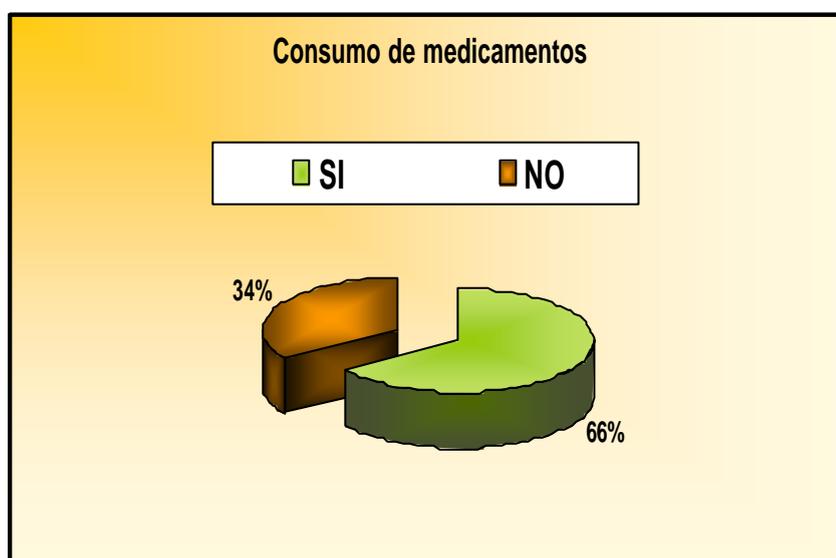
Dejó de consumir alguno de éstos alimentos?	
Alimento	%
Caldos concentrados	23,40%
Chocolate	0,00%
Salsas picantes	17,02%
Bebidas gaseosas	10,64%
Quesos picantes	12,76%
Frutas ácidas	31,91%
Embutidos y vísceras	4,26%
Otros	0,00%
Total	100%



Con respecto a las salsas, las que dejaron de consumir son las picantes, pero si consumen salsas livianas y suaves, lo mismo pasa con los quesos. En el caso del chocolate, no fue nombrado por ningún paciente como alimento que optaron dejar de consumir.

- La siguiente pregunta tiene que ver con si los pacientes se encuentran medicados actualmente o no.

Gráfico 12.



¿Tomás medicamentos actualmente?	
SI	65,85%
NO	34,14%
Total	100%



A los pacientes que respondieron que se encuentran medicados actualmente, se les preguntó que tipo de medicación están consumiendo; y las prescritas por los profesionales son las siguientes⁶ :

En casos de Gastritis y Reflujo Gastroesofágico se usa Ranitidina y Omeprazol.

En presencia de *Helicobacter pylori*, a las drogas mencionadas se le agrega Claritromicina, y en algunos casos se le agrega Optamox si la tolerancia es mala.

- Otra de las preguntas tiene que ver con su alimentación, indagando sobre si hay días en la semana que no come, para poder analizar, por ejemplo: cuestiones económicas, ayunos prolongados, estado de angustia del niño, grado de afectación de la patología, entre otras:

Gráfico 13.



⁶ Ver Anexo 2. Tratamiento medicamentoso en Pediatría.



¿Hay días en la semana que no comés?	
SI	9,75%
NO	90,24%
Total	100,00%

A los pacientes, cuyas respuestas fueron que efectivamente había días en la semana que no comían, se les preguntó sobre la causa de ello, colocándoles ejemplos a marcar.

Gráfico 14.



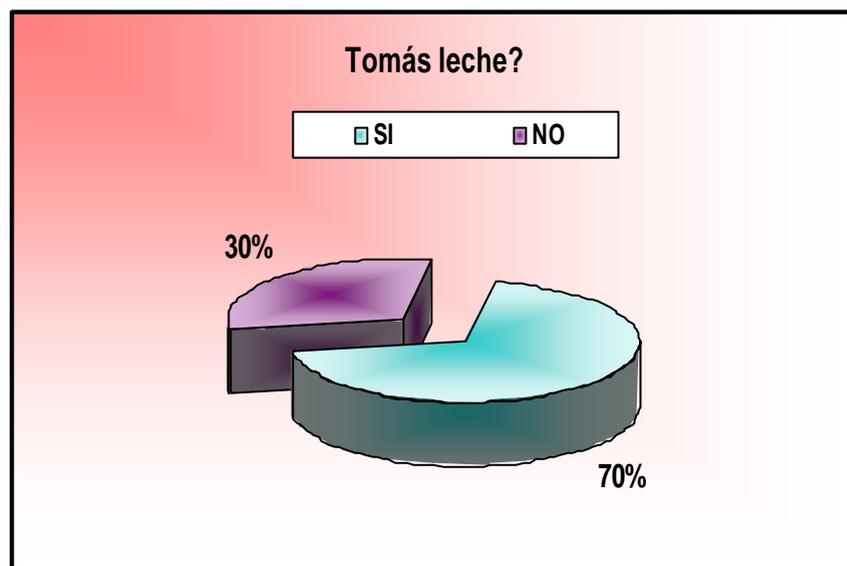
¿Cuáles fueron las razones?	
No tengo comida en casa	12,50%
Me siento enfermo para comer	62,50%
Me siento deprimido para comer	25,00%
Otras	0,00%
Total	100%



Los padres de los niños encuestados refirieron que los chicos hay días en la semana que no quieren comer por no sentirse bien, por lo general las molestias más comunes que presentan son ardores y dolores de estómago y náuseas, lo que lleva a que los niños se angustien y presenten falta de apetito.

- Luego, se pasó a indagar sobre como es su alimentación, nombrando varios alimentos de consumo habitual en ese grupo etario para realizar un análisis de sus preferencias alimentarias.

Gráfico 15.

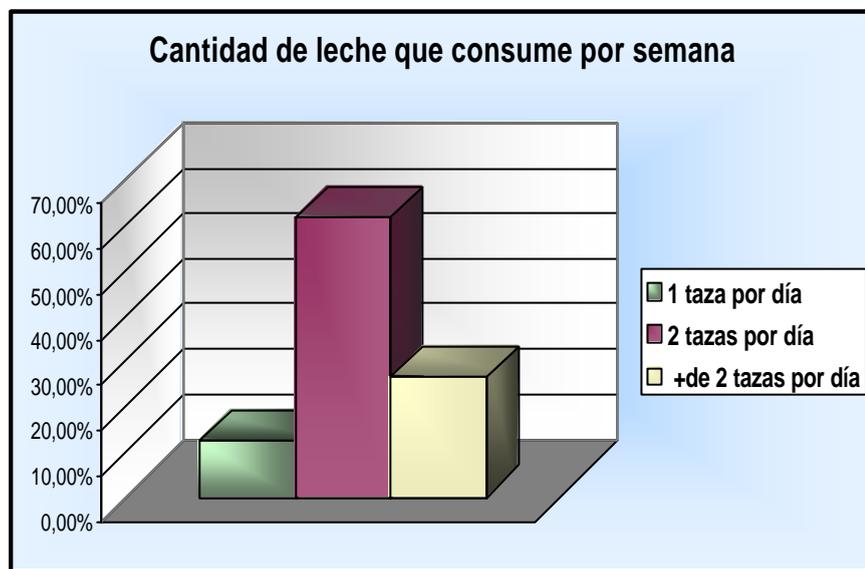


¿Tomás leche?	
SI	69,51%
NO	30,48%
Total	100,00%



Los pacientes que respondieron en forma afirmativa, se les preguntó sobre la cantidad de dicho consumo, otorgándoles ejemplos:

Gráfico 16.



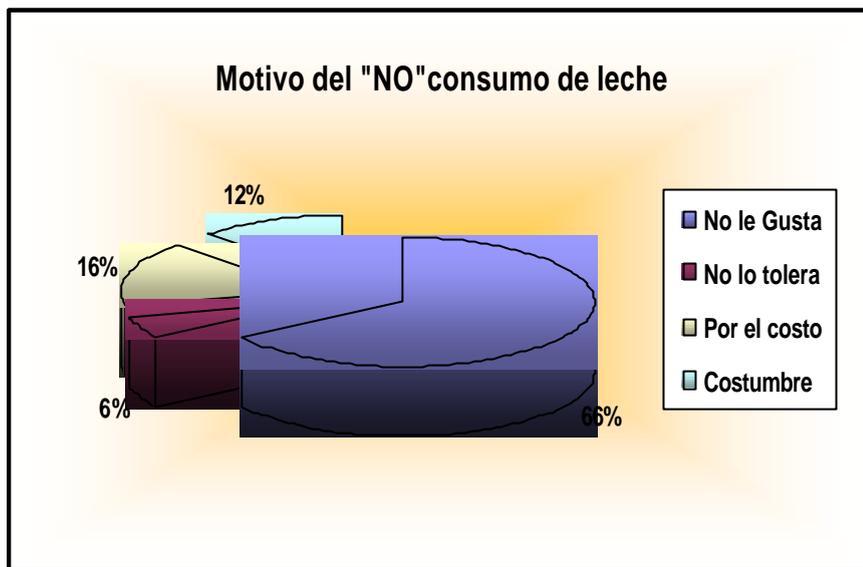
¿Que cantidad a la semana?	
1 taza por día	12,28%
2 tazas por día	61,40%
+de 2 tazas por día	26,31%
Total	100%

La mayoría de los pacientes consumen 2 tazas por día, una al desayuno y otra en la merienda.

Los pacientes que respondieron que no consumían leche, los motivos más nombrados fueron, son los siguientes:



Gráfico 17.



Motivo	%
No le Gusta	65,86%
No lo tolera	5,57%
Por el costo	16,29%
Costumbre	12,28%
total	100,00%

- La siguiente pregunta fue si consume Dulces diariamente, siendo las respuestas de la siguiente forma:



Gráfico 18.



¿Come dulces diariamente?	
SI	86,58%
NO	13,41%
Total	100,00%

Al observar la cantidad de pacientes que respondieron que efectivamente consumían dulces a diario, surgió realizarles la pregunta sobre cuáles eran sus dulces preferidos, y los más elegidos fueron:



Gráfico 19.



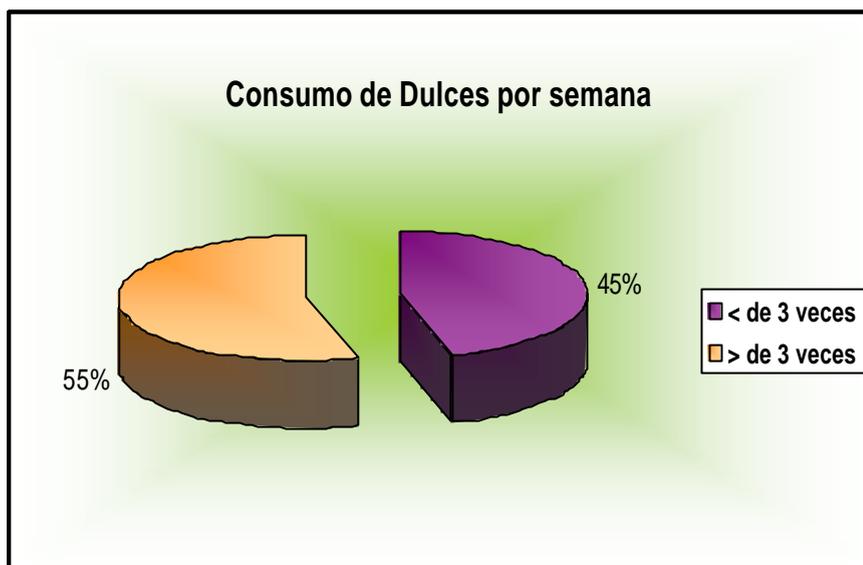
¿Qué dulces comes diariamente?	
Chocolates	11,26%
Caramelos	33,80%
Chicles	9,85%
Alfajores	14%
Facturas	14%
Chupetines	4%
Galletitas	13%
Total	100%

Como se podrá observar, un 33,8% de los pacientes que comen dulces diariamente, optan por elegir los caramelos en primer lugar como golosinas, y los alfajores y facturas como productos de panificación. Lo llamativo resultó que durante la realización de la encuesta, la mayoría de los pacientes se encontraban consumiendo dichos alimentos, ya que asisten en horarios tempranos a los controles y la espera les resulta larga.



Los pacientes que No comen Dulces todos los días, lo hacen:

Gráfico 20.

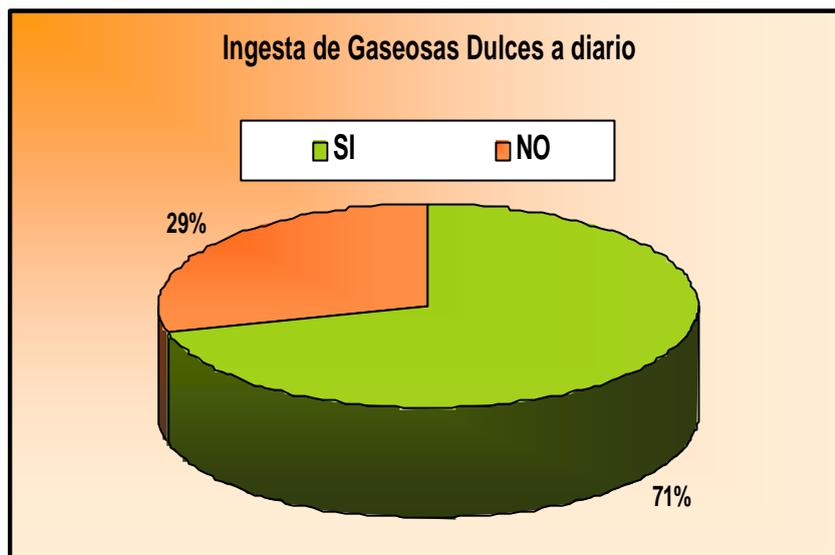


¿Cuántas veces a la semana consumen Dulces?	
< de 3 veces	45,45%
> de 3 veces	54,54%
Total	100%

- Luego se indagó sobre la ingesta de gaseosas dulces.



Gráfico 21.

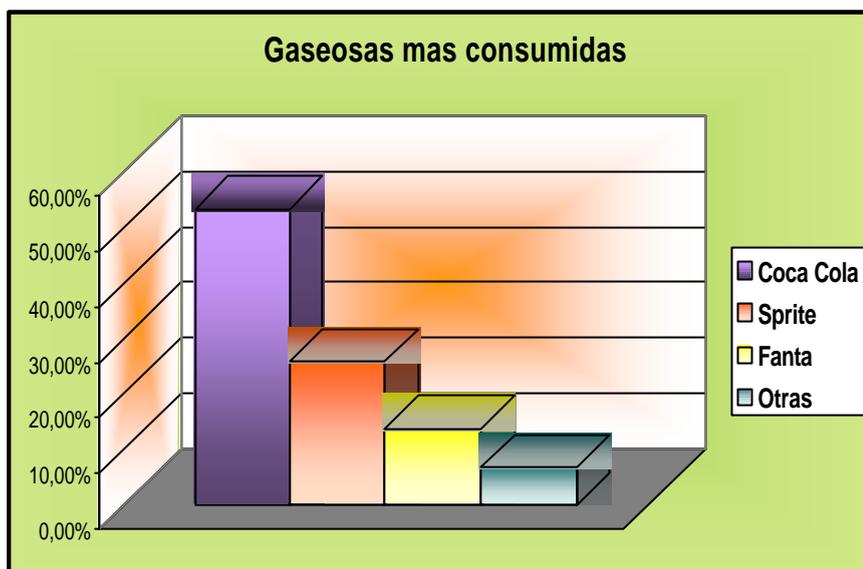


¿Tomas gaseosas dulces a diario?	
SI	70,73%
NO	29,27%
Total	100,00%

A los pacientes que respondieron que Si, se les preguntó cuales gaseosas eran sus preferidas, o las que más ingerían:



Gráfico 22.

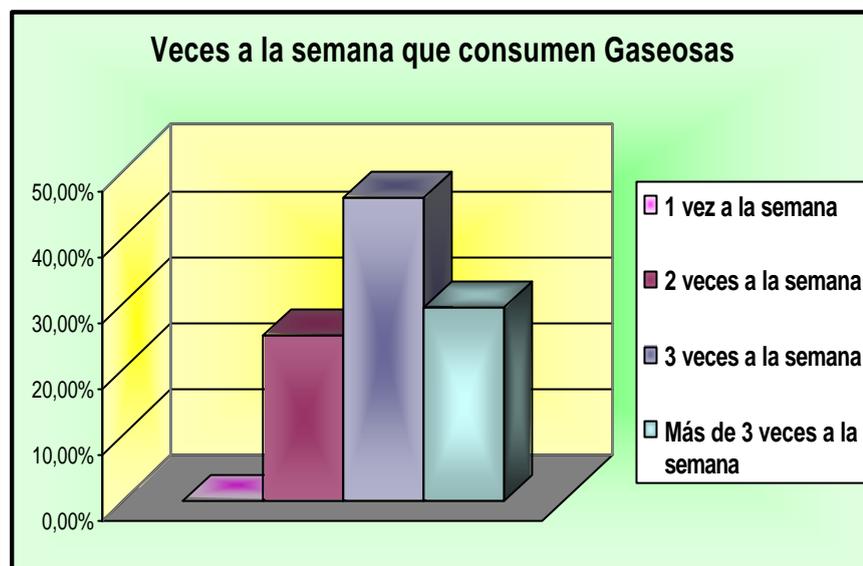


¿Qué gaseosas tomas diariamente?	
Coca Cola	53,44%
Sprite	25,86%
Fanta	13,79%
Otras	7%
Total	100%

Los pacientes que NO consumen todos los días, se les preguntó cuántas veces por semana lo hacen, las respuestas fueron:



Gráfico 23.



¿Cuántas veces a la semana consumen Gaseosas?	
1 vez a la semana	0,00%
2 veces a la semana	25,00%
3 veces a la semana	45,83%
Más de 3 veces a la semana	29%
Total	100%

Los niños encuestados que no ingieren gaseosas todos los días, lo hacen entre 3 y más veces en la semana.

- Otra pregunta realizada a éste grupo etario se refería a si dichos pacientes desayunan todos los días. Respondieron de la siguiente manera:



Gráfico 24.

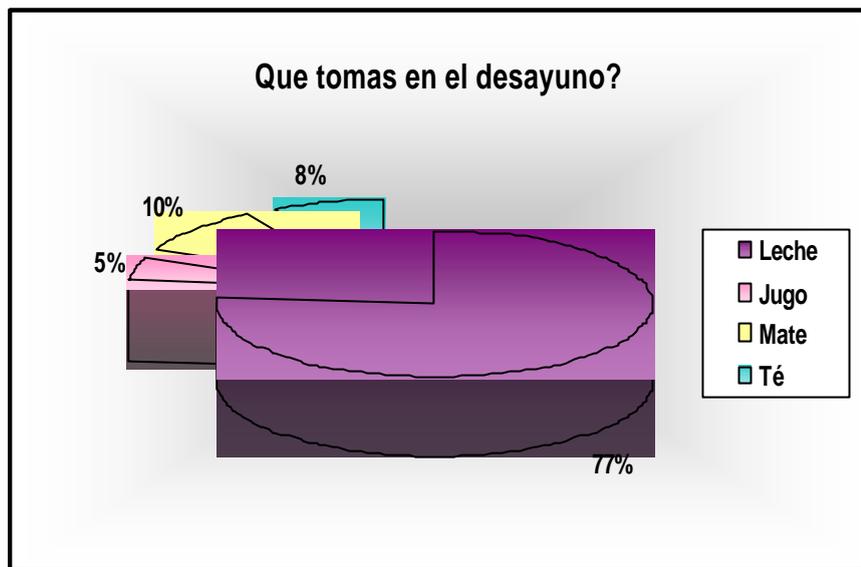


¿Desayunas todos los días?	
SI	71,95%
NO	28,04%
Total	100,00%

Los pacientes que desayunan todos los días, nombraron los siguientes alimentos que mayoritariamente consumen:



Gráfico 25.



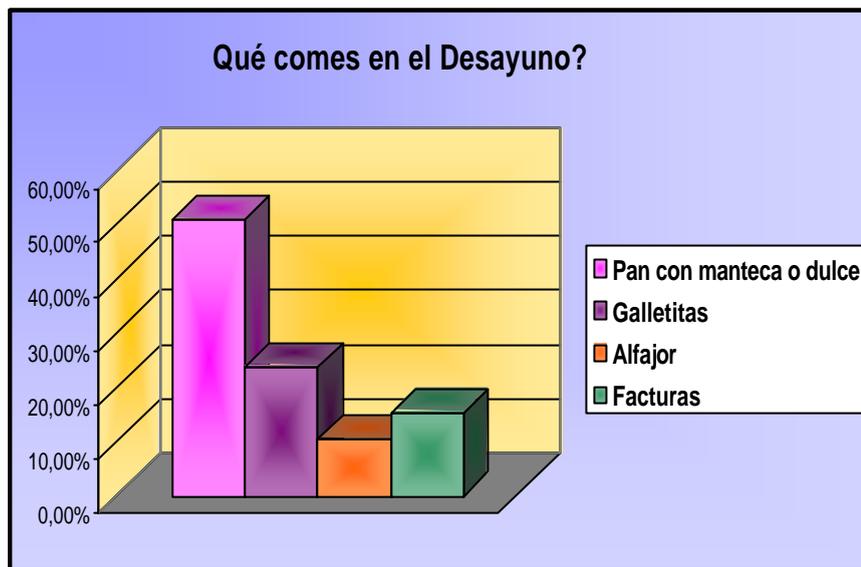
¿Qué Desayunas?	
Alimento Bebible	
Leche	76,27%
Jugo	5,08%
Mate	10,17%
Té	8,47%
Total	100,00%

La parte líquida del desayuno está conformado principalmente por Leche, Mate y Té.

Estos líquidos son acompañados con alimentos sólidos como:



Gráfico 26.

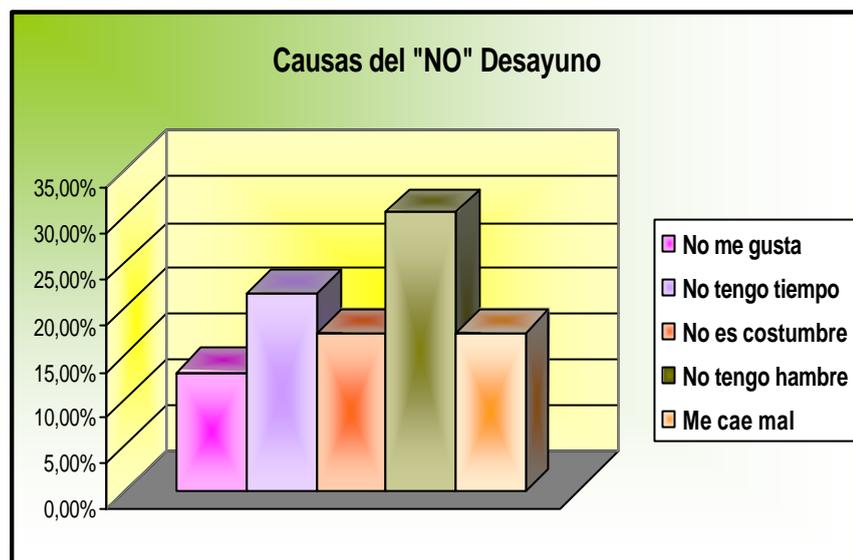


¿Qué Desayunas?	
Alimentos Sólidos	
Pan con manteca o dulce	50,84%
Galletitas	23,73%
Alfajor	10,17%
Facturas	15,25%
Total	100,00%

Los pacientes que No desayunan todos los días, nombraron los siguientes motivos:



Gráfico 27.



Causas del "No" Desayuno	
No me gusta	13,04%
No tengo tiempo	21,74%
No es costumbre	17,39%
No tengo hambre	30,43%
Me cae mal	17,39%
Total	100,00%

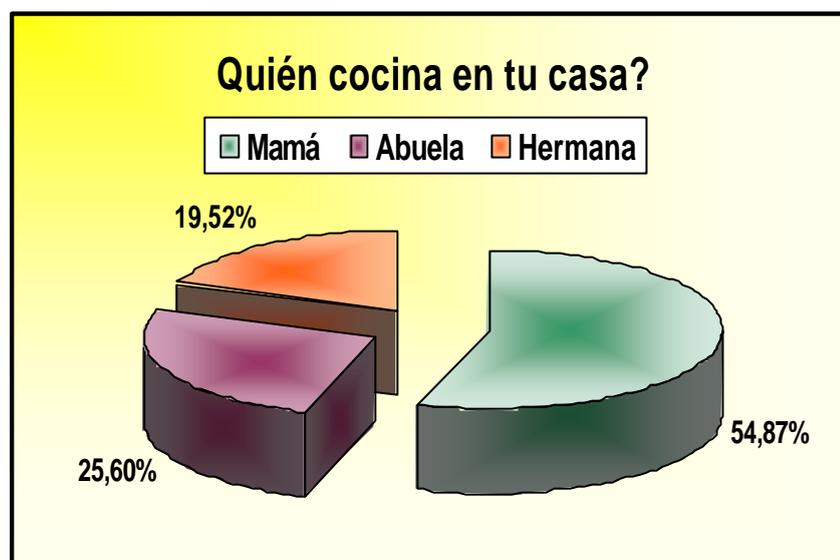
La mayor parte de los niños encuestados refieren no desayunar por no presentar hambre a esa hora, otros dicen que se levantan muy cerca de la hora de entrada a la Escuela y esto no les da el tiempo suficiente para sentarse a desayunar y otros que no pueden desayunar porque les cae mal ingerir alimentos tan temprano, entre varios de los motivos nombrados.

- La siguiente pregunta está referida a quién es la persona encargada en su casa de preparar la comida y de llevar a cabo la dieta otorgada por el profesional. En este



caso no se le dieron ejemplos a marcar, se dejó espacio para que completen libremente. Las respuestas dieron los siguientes resultados.

Gráfico 28.



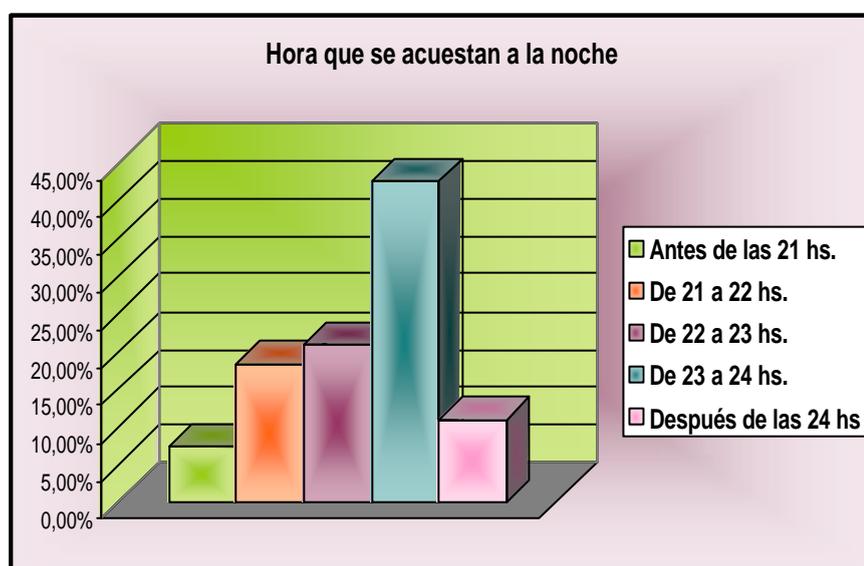
¿Quién cocina en tu casa?	
Mamá	54,87%
Abuela	25,60%
Hermana	19,52%
Total	100%

Lo que demuestra que la madres/ o tutoras son las encargadas de alimentación del niño, en la mayoría de los casos, por lo que es fundamental para los profesionales explicarles detalladamente a dichas madres el tipo de alimentación a seguir y esperando que la lleven a cabo en forma adecuada.



- Luego se encuestó a los pacientes sobre las horas que dormían. Preguntando a que hora se acostaban por la noche y a que hora se levantaban a la mañana, para analizar si descansan las horas suficientes.

Gráfico 29.



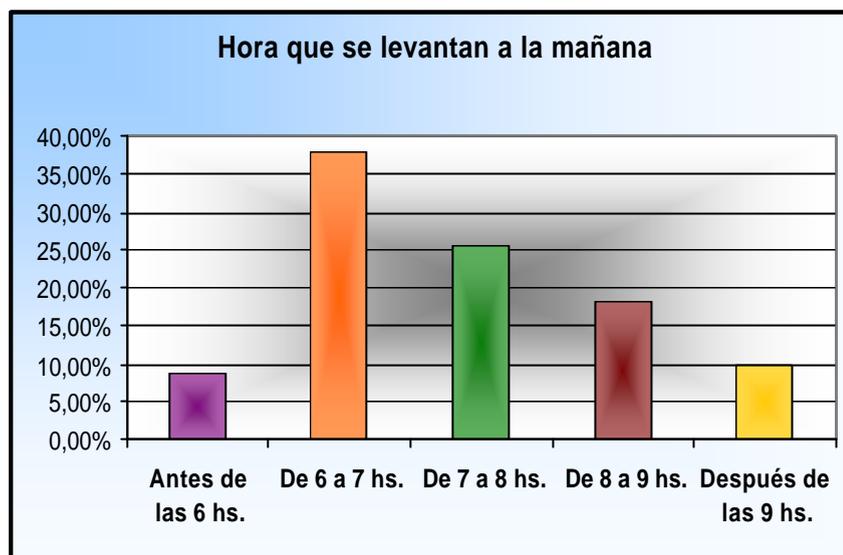
¿A qué hora te vas a dormir por la noche?	
Antes de las 21 hs.	7,32%
De 21 a 22 hs.	18,29%
De 22 a 23 hs.	20,73%
De 23 a 24 hs.	42,68%
Después de las 24 hs.	10,97%
Total	100%

La mayoría de los pacientes se acuestan después de las 22 hs.

A continuación se realiza el análisis de la hora que se levantan:



Gráfico 30.



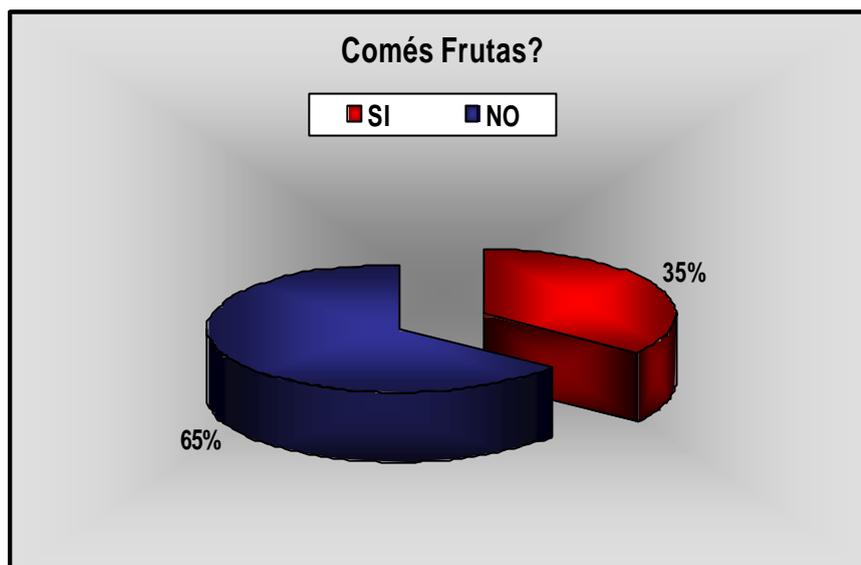
¿A qué hora te levantas a la mañana?	
Antes de las 6 hs.	8,54%
De 6 a 7 hs.	37,80%
De 7 a 8 hs.	25,61%
De 8 a 9 hs.	18,29%
Después de las 9 hs.	9,75%
Total	100%

Como podemos analizar, un porcentaje elevado de los niños encuestados se levanta entre las 6 y las 8 de la mañana, lo que nos demuestra que no duermen la cantidad de horas suficientes para su edad.



- La pregunta que se cita a continuación es sobre si comen frutas diariamente:

Gráfico 31.

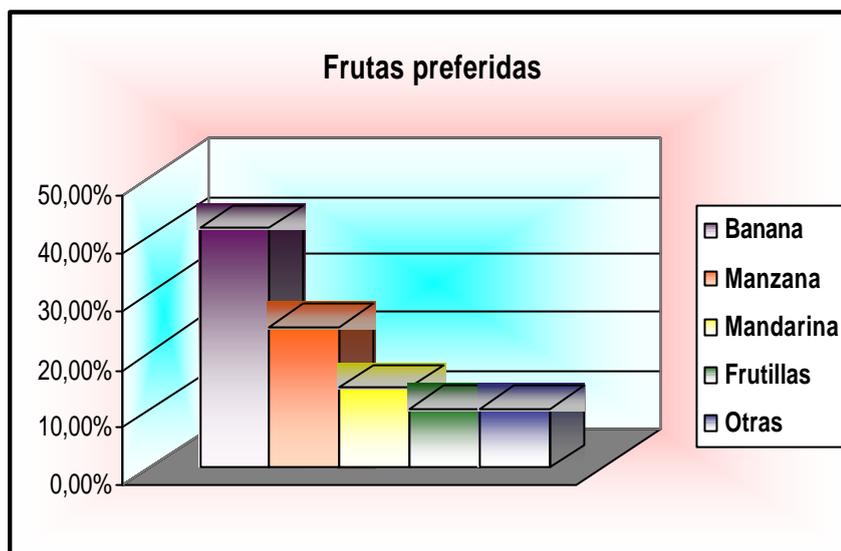


¿Comes frutas diariamente?	
SI	35,36%
NO	64,63%
Total	100%

Los pacientes que respondieron afirmativamente, la pregunta incluyó el tipo de frutas que preferían, y las más nombradas fueron:



Gráfico 32.



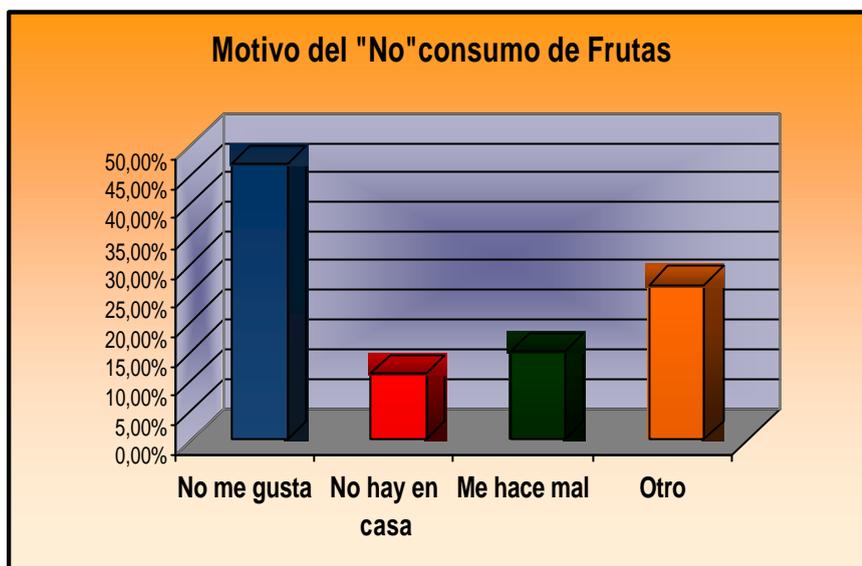
¿Qué frutas preferís?	
Banana	41,38%
Manzana	24,14%
Mandarina	13,79%
Frutillas	10,34%
Otras	10,34%
Total	100%

Las frutas mas consumidas por los niños son Banana, Manzana, Mandarina y Frutillas, siendo las mas evidentes por su sabor dulce.

A los pacientes que refirieron No comer frutas a diario, se les preguntó la causa de ello:



Gráfico 33.

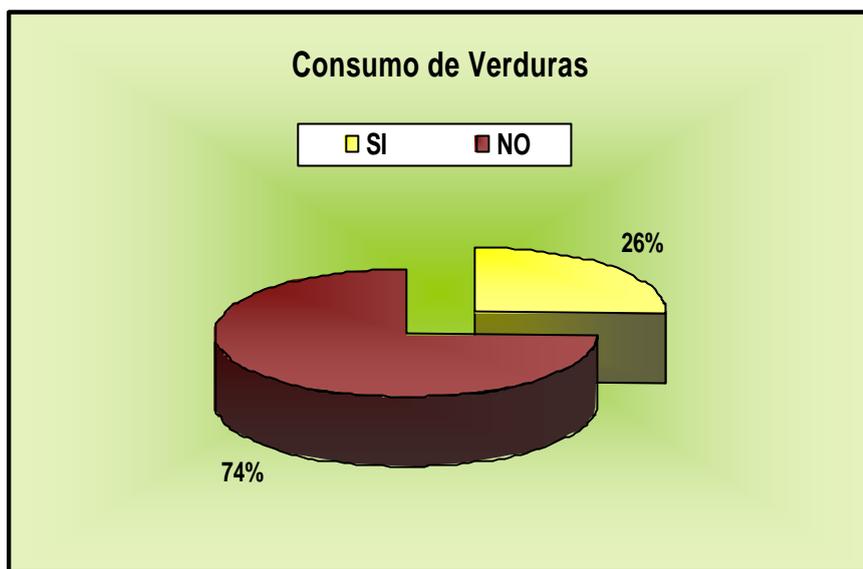


Motivo del "NO" consumo de Frutas	
No me gusta	47,17%
No hay en casa	11,32%
Me hace mal	15,09%
Otro	26,41%
Total	100%

- La última pregunta es sobre si consumen verduras diariamente:



Gráfico 34.

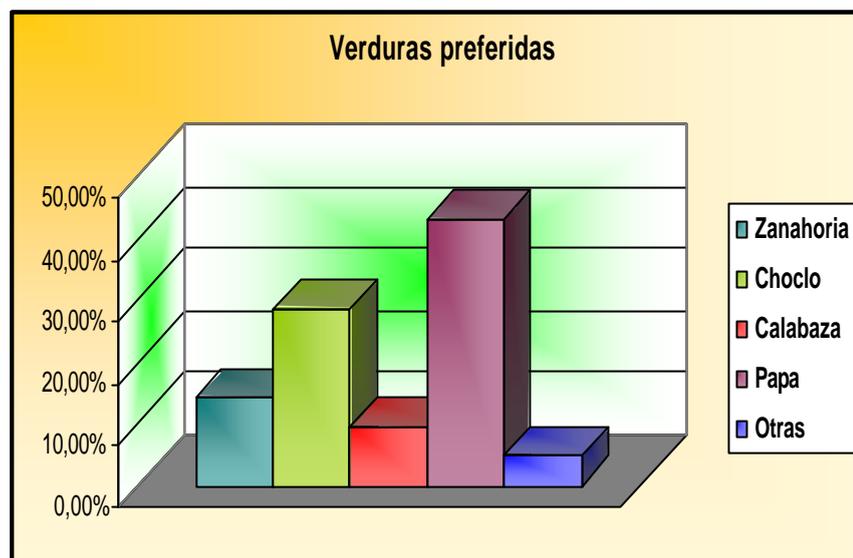


¿Comes verduras diariamente?	
SI	25,60%
NO	74,39%
Total	100%

Los niños encuestados responden que No comen verduras todos lo días, pero lo que hacen algunas veces a la semana. Las verduras preferidas por ellos son:



Gráfico 35.



¿Qué Verduras preferís?	
Zanahoria	14,28%
Choclo	28,57%
Calabaza	9,52%
Papa	42,86%
Otras	4,76%
Total	100%

Las preferidas son Papa, Choclo y Zanahoria, entre otras pocas, ya que no consumen variedad de ellas.

Las causas por las cuales los pacientes No consumen verduras son las siguientes:



Gráfico 36.



Motivo del "NO" consumo de Verduras	
No me gusta	73,77%
No hay en casa	8,19%
Me hace mal	11,48%
Otro	6,55%
Total	100%

El motivo principal en la mayoría de ellos es el mismo, y éste se refiere a que no le gustan las verduras, prefieren otros tipos de alimentos



Resultados y conclusiones.

A partir del análisis de la encuesta realizada a los niños, se observó que los pacientes no son derivados al área de Nutrición para un correcto plan alimentario, acorde a la patología presente, por lo que se confirmó que no cumplían con un tratamiento nutricional adecuado a dicha patología; cumpliéndose así la hipótesis planteada.

Respecto al tipo de alimentos consumidos, pudo observarse que un gran porcentaje de pacientes no ingiere suficientes verduras y frutas, ocurriendo lo contrario, con las golosinas y los dulces, cuyo factor determinante es el gusto y las preferencias alimentarias de los niños.

Otro punto que se evaluó fue las horas de descanso de estos niños y se observó que no duermen las horas necesarias para dicha edad, ya que los niños en edad escolar necesitan tener una cantidad adecuada de sueño (de 10 a 11 horas), para que funcionen en su óptimo nivel. Las demandas cada vez mayores sobre su tiempo - provenientes de la escuela, sus actividades extracurriculares y su vida en el hogar - pueden ser algunas de las causas por las cuales los niños en edad escolar no descansan lo suficiente.

Con respecto al desayuno se observó que la mayoría lo realiza(ya que constituye una contribución importante de la dieta durante el día), pero las preferencias alimentarias para ello no son adecuadas, y otro porcentaje de niños no desayuna(lo que supone una pérdida de energía en comparación con el niño que lo consume), pasando varias horas de ayuno y en el momento de la ingesta eligen para consumir alimentos no- nutritivos.



En la actualidad, se prevé un incremento de las patologías gástricas en niños, debido a la falta de información de algunos sectores sociales, la falta de recursos económicos, de educación, así como también la calidad y ritmo de vida acelerado, y la relación familiar, entre otros factores.

Es importante insistir en la reducción del consumo de televisión, ya que esto produce un impacto para el escolar con respecto al estímulo consumista de grupos de alimentos que se ofrecen en la propaganda por televisión.

Muchos de estos alimentos corresponden a productos manufacturados conteniendo elevadas cantidades de grasa saturada, azúcar y colesterol y en general con ausencia o poco contenido de micronutrientes correspondiendo a algunos de los llamados alimentos basura o chatarra.

El abordaje nutricional en este tipo de patologías cumple un rol fundamental para mejorar y/o mantener el aporte adecuado de nutrientes y la calidad de vida del paciente, jugando un rol fundamental en la prevención de complicaciones y en el acompañamiento y mejora del tratamiento médico, ya que modificando malos hábitos de alimentación, educando sobre las cantidades, tipos y horarios de ingestas, se pueden modificar la aparición o disminuir los síntomas de éstas patologías.



Bibliografía

- ? Farreras-Rozman. *Medicina Interna*. Duodécima edición. Doyma, 1998.
- ? Harrison. *Principios de Medicina Interna*. 15ª Edición. Vol. II. Mc. Graw Hill, 1998. 1134- 1138 p.
- ? Farreras- Rozman. *Medicina Interna*. Decimosexta edición. Vol. I. Elsevier, 2008. 142-150 p.
- ? Bay Luisa B., Rausch Herscovici Cecile, Kovalskys Irina, Berner Enrique, Orellana Liliana, Bergesio Andrea. *Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra*. Arch. argent. pediatr. [revista en la Internet]. 2005 Ago [citado 2011 Mar 16] ; 103(4): 305-316. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752005000400005&lng=es. [Consultado: 13/01/2011].
- ? Godoy F, Alex., Guiraldes C, Ernesto., Harris D. Paul. *Dolor abdominal, dispepsia y gastritis en pediatría. Rol del Helicobacter pylori*. Revista chilena de pediatría versión impresa ISSN 0370-4106. v.72 n.2. Santiago mar. 2001. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062001000200002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0370-4106. doi: 10.4067/S0370-41062001000200002. [Consultado: 28/01/2011]



- ? Herbert López González, Antonio Sánchez Márquez, Nuria Gispert Cruells, Isaías Garduño Hernández. *Helicobacter pylori en niños y su relación con dolor abdominal recurrente*. Revista Mexicana de Pediatría. Vol. 66, Núm. 2 • Mar.-Abr. 1999, pp 51-54.

- ? Dr. Sandro Walter Miculan. *Reflujo gastroesofágico en pediatría*. 3º Curso Anual de Actualización en Pediatría Ambulatoria, Hospital Dr. Ricardo Gutiérrez La Plata. Abril de 2005.

- ? Longo E.; Navarro E. *Técnica dietoterápica*. Editorial El Ateneo, junio 2007.

- ? Torresani M.E.; Somoza M.I. *Lineamientos para el cuidado nutricional*. 3ª ed. Editorial Universitaria de Buenos Aires Eudeba; 2009.

- ? Lorenzo, J; [et al]. *Nutrición pediátrica*. 1ª ed. Editorial Corpus, 2004.

- ? Chevallier Bertrand. *Nutrición infantil*. Editorial Masson, SA Barcelona, 2000.

- ? Municipalidad de Rosario. [Documento www]. Recuperado: <http://www.rosario.gov.ar/infomapas/>. [Consultado: 27/12/2010].

- ? Meneghello Rivera J, Fanta Nuñez E, Grau Martínez A, Blanco O. *Pediatría Práctica en Diálogos*. Editorial Médica Panamericana; 2002.



? De Rosa Ricardo A. *Pediatría: el niño sano, el niño enfermo*. Argentina, Bs. As:
Grupo Guía S. A, 2003.

?
ed. Elsevier Saunders; 2009.

? ed.
Madrid: Ergon; 2006.



ANEXO

1-ENCUESTA

1- DATOS GENERALES

Fecha:.....

Apellido y Nombres:.....

Domicilio:.....Localidad:.....

Teléfono:..... Edad.....

2- HABITOS ALIMENTARIOS

1- Una vez diagnosticada su patología, ¿fue derivado al área de Nutrición?

SI ¿Recibió una dieta especial? **SI** **NO**

NO

Si la respuesta es negativa: ¿recibió algún tipo de dieta por parte de otro profesional?

NO

SI



Si la respuesta es afirmativa marque:

a) ¿quién se la indicó?

Médico Gastroenterólogo	<input type="checkbox"/>
Pediatra	<input type="checkbox"/>

b) ¿la mantiene en la actualidad?

SI

Si la respuesta es afirmativa. ¿Observó mejoría de los síntomas? **SI** **NO**

NO

Si la respuesta es negativa, marque la causa:

Por dificultad	<input type="checkbox"/>
Por cuestiones económicas	<input type="checkbox"/>
Por desaparición de los síntomas	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>



2- ¿Hubo alimentos que dejó de consumir por recomendación médica?

NO

SI

Si la respuesta es SI, marcar cuales:

Caldos concentrados	<input type="checkbox"/>
Chocolate	<input type="checkbox"/>
Salsas picantes	<input type="checkbox"/>
Bebidas gaseosas	<input type="checkbox"/>
Quesos fuertes o picantes	<input type="checkbox"/>
Frutas ácidas	<input type="checkbox"/>
Embutidos y vísceras	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

3- ¿Está medicado actualmente?

NO

SI

Si la respuesta es afirmativa, mencionar:



- ¿Hace cuánto tiempo?.....

- ¿Qué medicamentos toma?.....

4- ¿Hay días en la semana que no comes?

NO

SI ¿por cuál de las siguientes razones?

No tengo comida en casa por cuestiones económicas	
Me siento enfermo para comer	
Me siento deprimido para comer	
Otras	

5-¿Tomás leche?

SI ¿Qué cantidad por día?.....



NO

Si la respuesta es negativa: ¿cuál es el motivo?

No te gusta	
Te hace mal	
No hay en tu casa	

6- ¿Comes dulces diariamente?

SI ¿Cuáles?.....

NO

Si la respuesta en negativa: ¿Cuántas veces a la semana?

Menos de 3 veces	
Mas de 3 veces	

7-¿Tomás gaseosas dulces a diario?

SI ¿Cuál/cuáles?.....



NO ¿Cuántas veces a la semana?.....

Una vez	
Dos veces	
Tres veces	
Más de 3 veces	

8-¿Desayunas todos los días?

SI Nombra 2 o 3 alimentos que más consumís.....

NO

Si la respuesta es negativa, marcar la causa:

No tengo tiempo	
No me gusta	
No es costumbre	
No tengo hambre	
Me cae mal	



9- ¿Quién cocina en tu casa?

.....

10- ¿A qué hora te vas a dormir a la noche?

.....

11-¿A qué hora te levantas por la mañana?

.....

12-¿Comes frutas a diario?

SI ¿Cuáles te gustan más?.....

NO ¿Cuál es el motivo? Marcar:

No me gustan	
Me caen mal	
En mi casa no compran	
Otra	

13-¿Comes seguido verduras?

SI ¿Qué verduras te gustan más?.....



NO ¿Por qué? Indicar la causa:

No me gustan	
Me hacen mal	
En mi casa no compran	
Otra	

ANEXO

2- Tratamiento medicamentoso en Pediatría⁷.



❖ ***Claritromicina:***

Efecto: antimicrobiano, macrólido.

Dosis y vía de administración: 10 mg/Kg. Cada 12 hs. Por Vía Oral. Dosis máx: 500 mg/día.

Indicaciones: neumonía por *Mycoplasma pneumoniae*, tos convulsiva, neumonía por *Chlamydia*, *Legionella*, infección por *Campylobacter* e infecciones respiratorias por cocáceas grampositivas excepto estafilococo. Alternativa en alergia a las penicilinas.

RAM (reacción adversa a medicamentos): las náuseas, los vómitos y la diarrea son las más frecuentes.

❖ ***Omeprazol:***

Efecto: antiulceroso. Inhibidor específico de la bomba de protones H⁺ K⁺ ATPasa de la célula parietal gástrica.

Dosis y vía de administración: 0,4- 0,8 mg/ Kg/ día por VO. Dosis máx: 40 mg.

Indicaciones: úlcera gástrica y duodenal activa, RGE, esofagitis erosiva severa, condiciones patológicas hipersecretoras como el Síndrome de Zollinger-Ellison.

RAM: dolor abdominal, diarrea, vómitos, flatulencia, cefalea. Rara vez alteraciones hematológicas y elevación reversible de las transaminasas.

❖ ***Ranitidina:***



Efecto: antihistamínico H₂. Disminuye la secreción de ácido gástrico, sin modificar la secreción de moco.

Dosis y vía de administración: parenteral: 1 mg/Kg cada 6-8 hs por vía IV o 2 ug/Kg/min en infusión continua. VO: 2-4 mg/Kg cada 12 hs. Dosis máx: 300 mg.

Indicaciones: úlcera gastroduodenal, prevención de la úlcera por estrés, esofagitis por reflujo, síndrome de Zollinger- Ellison.

❖ ***Optamox:***

Composición: Optamox 500 mg comprimidos: cada comprimido contiene Amoxicilina (como trihidrato) 500 mg, Acido Clavulánico (como sal potásica) 125 mg. Optamox suspensión pediátrica: cada dosis (5 ml) de suspensión pediátrica preparada contiene Amoxicilina

Dosificación: Optamox 500 mg comprimidos: Adultos: 1 comprimido cada 8 ó 12 horas, según criterio médico y la gravedad de la infección. Optamox suspensión pediátrica: (1 medida = 5 ml = 250 mg de amoxicilina). Niños de 6 a 12 años: 1 medida (5 ml) cada 8 horas.



Presentaciones: Optamox 500 mg comprimidos: envases conteniendo 8 y 16 comprimidos.

Optamox suspensión pediátrica: envases conteniendo polvo para preparar 60 y 90 ml.

Optamox suspensión lactantes: envase conteniendo polvo para preparar 60 ml.

Acción terapéutica: Es la asociación antibiótica de amoxicilina con clavulanato potásico. La amoxicilina es un antibiótico bactericida de amplio espectro, cuya absorción no es interferida por la ingesta simultánea de alimentos, y que se caracteriza por su alta eficacia

Reacciones adversas: Los efectos secundarios son muy poco frecuentes, generalmente leves y de naturaleza transitoria. Han sido descritos náuseas, vómitos, dispepsias, aceleración del tránsito intestinal. Las náuseas suelen estar asociadas con la administración de dosis

Contraindicaciones: Individuos con antecedentes de hipersensibilidad a las penicilinas, infecciones por herpes virus, mononucleosis infecciosa, pacientes tratados con allopurinol (aumentan las posibilidades de reacciones alérgicas cutáneas). Leucemia linfoidea.

⁷ Extraído de “Pediatria Práctica en Diálogos”. Tratamiento medicamentoso en Pediatría. Pág. 119.

