



GASTRITIS

FACTORES DE RIESGO EN ADULTOS DE 20-40 AÑOS QUE PRESENTAN GASTRITIS DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO-ABRIL DEL 2021, EN EL CENTRO DE SALUD COMUNITARIO DE LOMANTAN, MUNICIPIO DE LAS MARGARITAS, CHIAPAS.

- Exar Rubeli García Hernández**
- Nohemí Rebeca Pérez Sánchez**
- Araceli Guadalupe García Aguilar.**

Seminario de tesis

Arguello Gálvez Marcos Jhodany

8° cuatrimestre

Licenciatura en enfermería

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS. 11 DE ABRIL DEL 2021

DEDICATORIA

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

I.I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad la gastritis ha tomado una relevancia mayor a la que se le había atribuido, con anterioridad a la razón de que el ambiente en que este se genera ha revolucionado drásticamente a través de los últimos años, hoy en día por diferentes factores los cuales pueden ser hábitos o costumbres que adquieren las personas, se considera que de las enfermedades gastrointestinales que podemos encontrar, una de las más comunes, es la gastritis. Debido al estilo de vida que llevan empiezan a sufrir problemas gástricos, en este caso en personas entre 20 y 40 años en el centro de salud comunitario de Lomantan, quienes se ve afectados con este problema. “La gastritis es una inflamación de la mucosa gástrica, de la capa interna del estómago”. (OPS, 2013).

Se estima que “el 50% de la población mundial está infectada con la bacteria *Helicobacter pilory*”, un bacilo espiral Gram negativo que se encuentra en el epitelio gástrico humano, uno de los hallazgos más importantes para la microbiología y es la bacteria causante de gastritis, se considera que “el 40.6% de la población en el mundo presenta indigestión”, una sensación de malestar en la parte superior del abdomen o el vientre que frecuentemente se presenta después de comer, lo que es un factor determinante para generar gastritis, los fármacos como la aspirina también son un factor, debido a que algunos son demasiado fuertes, por lo cual provoca lesiones a nivel gastrointestinal y aproximadamente. “El 25% de los adultos en el mundo, presenta al menos una vez al mes acidez (ardor) y regurgitación (regreso de los alimentos por el esófago), síntoma característico de reflujo”, lo que causa dolor en la mitad del pecho, detrás del esternón, y en la mitad del abdomen. (Salud, 2016)

La mucosa gástrica resiste la irritación y habitualmente puede soportar un ácido fuerte, sin embargo, cuando sufre gastritis, la mucosa se irrita y se inflama, incluso hasta causar hemorragias repentinas, algo que se menciona como otro factor es el estrés, no se sabe con exactitud como genera la gastritis nerviosa simplemente estar bajo presión, podría estar relacionado con una disminución en el flujo de sangre que va hacia el estómago.

En México, el 80% de la población sufre gastritis que genera dolor estomacal, reflujo e indigestión y apareciendo como consecuencia de dieta inadecuada, mala higiene en la preparación de alimentos y horarios de comida irregulares, los casos de personas con enfermedad de reflujo gastroesofágico son del 20%.

Las tasas de mortalidad más altas se concentran en los tumores malignos en los órganos digestivos, las enfermedades gastrointestinales infecciosas que son la principal causa de diarrea, ocuparon el lugar 23 de las causas totales de muerte a nivel nacional y estuvieron dentro de las primeras 5 causas de muerte ya que hubo una tasa de mortalidad del 4% lo que ubica a la gastritis como una enfermedad agresiva. (Salud, pág. 2).

Es un argumento de que la gastritis va en aumento, de que es necesario atender a las personas que la padecen, antes de que se causen más daño por no cambiar su estilo de vida, como herramientas de trabajo también hay una problemática pues en casos diferentes algunos patrones hacen de sus empleados prácticamente lo que deseen sin importarles su salud.

“En Chiapas se detectaron un total de 100 casos de cáncer gástrico; se incluyeron 84; 41 pertenecían al sexo masculino y 43 al sexo femenino” (L.M CANSECO-AVILA, 2019).

Sería un mito decir que afecta más a un sexo que otro, pues afecta de igual manera a hombre y a mujeres. Además, también como dato puede afectar a niños por malos hábitos como la comida chatarra y en adultos mayores debido a que la edad hace que el revestimiento del estómago se vuelva más delgado.

Las personas que sufren reflujo suelen acostumbrarse a vivir con esos síntomas, sin saber que las complicaciones pueden tener un riesgo mortal, una de ellas podría provocar cáncer de esófago, empezando por la regurgitación, pérdida de peso, ardor en el pecho, tos, ronquidos, ocasiona úlceras o sangrado, solo por mencionar algunos síntomas, la gastritis es una de las causas con más frecuencia que motivan la consulta gastroenterológica, pero solo el 25% acude al médico, (pág. 11).

Es entonces en donde entra en relevancia el presente trabajo de tesis porque trataremos de identificar las principales circunstancias de que aparezcan algunos de estos síntomas tempranos, que pueden generar: náuseas, vómitos, sensación de saciedad en la parte superior del abdomen luego de haber comido, aunque en algunos casos la gastritis no suele presentar síntomas, sabemos que hay complicaciones que aparecen con el tiempo si no se llegara a tratar. Podemos mencionar que los factores principales que causan esta enfermedad pueden ser el alcohol, tabaco, alimentos, fármacos, puede que, por cualquier tipo de cirugías importantes, o incluso infecciones a través de la influencia de la genética y por las diferencias en cuanto una persona es susceptible o no a determinadas bacterias.

La falta de conocimiento sobre algunos aspectos en los hábitos de nuestra vida entre otros factores condicionantes pueden influir en el incremento de la gastritis, sin embargo se deben considerar que actualmente los servicios en salud realizan la promoción para la prevención de ciertas enfermedades de gran impacto, a pesar de ello no toda la población

tiene acceso a estos servicios y mucho menos sobre algún tipo de información, en donde los profesionales de la salud cumplen un rol importante en la educación, orientación e información.

I.II JUSTIFICACIÓN

Los motivos que nos llevaron a investigar los factores de riesgo que la gastritis genera con el tiempo, se centran en que ahora la población del estudio que son los adultos de 20 a 40 años, se encuentran más expuestas que el resto de la sociedad debido a sus hábitos.

El número de pacientes ha aumentado en los últimos años por patologías gastrointestinales, la gastritis como patología en si tiene un porcentaje muy alto, dando en estos pacientes signos y síntomas que complican su vida cotidiana, costándole a sus familiares suma de dinero que de una u otra manera se pueden prevenir.

En la actualidad la falta de conocimientos y métodos preventivos hacen que sea aún mayor la tasa de pacientes que visitan las áreas hospitalarias, pensamos que mediante un análisis detallado podemos ayudar a alertar a cerca de los peligros y generar conciencia para investigar más del tema y que en base al conocimiento la gente sepa los efectos producidos por la gastritis, podremos identificar las causas principales y buscar una solución a este problema de salud.

I.III PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN

¿CUALES SON LOS FACTORES DE RIESGO EN ADULTOS DE 20 A 40 AÑOS QUE PRESENTAN GASTRITIS DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO- ABRIL DEL 2021, EN EL CENTRO DE SALUD COMUNITARIO DE LOMANTAN, MUNICIPIO DE LAS MARGARITAS, CHIAPAS?

I.IV OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores asociados a la gastritis en personas de 20-40 años, en el periodo de febrero-abril del 2021 en el centro de salud de Lomantan.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Investigar los agentes causales de la gastritis para su prevención.
- Determinar del grado de conocimiento acerca de los efectos alimenticios en la gastritis.
- Elaborar una propuesta futura para el tratamiento de la gastritis.
- Describir los factores endógenos y exógenos que están asociados con la gastritis en las personas adultas de 20-40 años.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

II.I GENERALIDADES DE LA GASTRITIS

La Gastritis es una patología inflamatoria de una capa del estómago (mucosa gástrica), que se reconoció poco a poco como consecuencia de algunas autopsias realizadas. Estos hallazgos fueron la causa para dar una clasificación de esta, a pesar de las diferencias entre los observadores y con un gran esfuerzo se llegó a una importante conclusión.

II.I.I DEFINICIÓN DE LA GASTRITIS

La gastritis se basa en datos morfológicos, caracterizada por un evidente infiltrado inflamatorio a mononucleares con o sin polimorfo nucleares, neutrófilos en la mucosa del cuerpo, antro o ambos, aunque no siempre existe una correlación entre el cuadro clínico y los aspectos endoscópicos e histológicos, por ello el diagnóstico de gastritis crónica es principalmente histológico. (Ledesma, y otros, 2010)

II.II EPIDEMIOLOGÍA

Se estima que aproximadamente el 50% de la población está infectada con H. pylori, que es la principal causa de la gastritis La presencia de H. Pylori en el estómago causa gastritis frecuente y repetida que resulta en gastritis crónica. Esta enfermedad es una entidad de alta morbilidad a nivel mundial, su incidencia y prevalencia varía según las regiones y los países. La infección por H. pylori es endémica en los países en desarrollo, incluida Asia. En todo el mundo es una de las causas más comunes que motivan la consulta gastroenterológica. Afecta

aproximadamente al 90 % de la población mundial, asociada a países en vías de desarrollo, adquiriéndose a edades más tempranas en comparación con los países desarrollados. Los infectados por H. pylori provoca una gastritis aguda que evoluciona la mayoría de las veces de una forma asintomática o con síntomas inespecíficos, depende principalmente del estatus socioeconómico; en países en vías de desarrollo, con carencia en lo que se refiere a servicios sanitarios, la infección se adquiere principalmente en los extremos de la vida más que todo en la infancia y, aunque su vía de transmisión no está totalmente descrita. Las estadísticas de mortalidad de la gastritis indican que la mayoría de los casos se informa en Estados Unidos y México Se estima que aproximadamente el 50% de la población está infectada con H. pylori, la cual es la principal causa. (CIDRANES, 2018).

II.III TIPOS DE GASTRITIS

La gastritis se ha clasificado sobre la base de su cronología en aguda o crónica, por su distribución anatómica o mecanismo patógeno y por sus características histológicas.

II.III.I GASTRITIS AGUDA

La gastritis aguda es un problema inflamatorio común que afecta al revestimiento interno del estómago. La gastritis puede ser causada por bacterias o sustancias que irritan el revestimiento del estómago como el alcohol, la nicotina y algunos calmantes (analgésicos). Suelen presentarse rápidamente y duran un par de días. Dependiendo de la gravedad de las alteraciones anatómicas, la gastritis aguda puede ser totalmente asintomática, o incluso puede causar dolor epigástrico o puede manifestarse con una hemorragia potencialmente mortal. En este tipo de gastritis

sobresalen las de origen bacteriano, ocasionadas por la ingestión de alimentos contaminados por microorganismos o sus toxinas. (EQUIPO DE PROFESIONALES MÉDICOS , 2020)

- A. Infección aguda por *Helicobacter pylori*
- B. Otras gastritis infecciosas agudas
 - 1. Bacteriana (aparte de *Helicobacter pylori*)
 - 2. *Helicobacterhelmanni*
 - 3. Flegmonosa
 - 4. Micobacterias
 - 5. Sífilis
 - 6. Víricas
 - 7. Parasitarias
 - 8. Fúngicas

II.III.II GASTRITIS CRÓNICA

La gastritis crónica consiste en la inflamación inespecífica de la mucosa gástrica de evolución progresiva y larga, con una etiología múltiple que se caracteriza por presentar lesiones histológicas crónicas. Su localización principal es en el antro y en el cuerpo gástrico. El agente etiológico principal es la infección por *Helicobacter pylori*. Las gastritis crónicas se subdividen en gastritis linfocitarias, eosinófilas, granulomatosas y gastritis inducidas por la presencia de *H. pylori*. (MARTÍNEZ, 2013). La gastritis crónica se identifica histológicamente por un infiltrado celular inflamatorio formado sobre todo por linfocitos y células plasmáticas, con muy

escasos neutrófilos. La inflamación suele distribuirse en placas, y afecta inicialmente las porciones superficial y glandular de la mucosa gástrica.

La gastritis crónica puede producir hipoclorhidria o aclorhidria. La gastritis crónica puede provocar la atrofia de la función glandular de la mucosa gástrica.

- Aclorhidria significa que el estómago no secreta ácido clorhídrico.
- Hipoclorhidria es la disminución de la secreción de ácido.

Gastritis atrófica crónica

A. Tipo A: autoinmunitaria, predominante en el cuerpo

B. Tipo B: relacionada con *Helicobacter pylori*, predominante en el antro

C. Indeterminada

Formas poco frecuentes de gastritis

A. Linfocítica

B. Eosinófila

C. Enfermedad de Crohn

D. Sarcoidosis

E. Gastritis granulomatosa aislada

II.IV FISIOPATOLOGÍA

Existen varias causas que pueden reducir el flujo sanguíneo de la mucosa y la alteración de la capa protectora de la mucosa gástrica. La infección por *Helicobacter pylori* aumenta la permeabilidad de la mucosa gástrica al inducir una respuesta inflamatoria severa por la mucosa gástrica. Los cambios inflamatorios citotóxicos causados por *H. Pylori* producen una degradación de la mucosa del epitelio gástrico. El alcohol y las drogas antiinflamatorias no esteroideas (NSAID) disminuyen el flujo sanguíneo de la mucosa gástrica. La isquemia relativa de la mucosa sigue a la pérdida de la barrera protectora de la mucosa. La propiedad ácida del fluido gástrico generalmente no permite el crecimiento bacteriano sobre la superficie epitelial de la mucosa. (CIDRANES, 2018)

II.IV.I CARACTERÍSTICAS DE LA BACTERIA

Es un extraordinario e inesperado descubrimiento de que la inflamación del estómago (gastritis), así como la úlcera de estómago y duodeno (enfermedad ulcerosa péptica), son el resultado de una infección del estómago causada por la bacteria *Helicobacter pylori*. Los investigadores Robín Warren y Barry Marshall ganaron un premio nobel por su participación en la investigación y su papel en el desarrollo sobre la bacteria de la gastritis.

Warren observó la bacteria por primera vez el 11 de junio de 1979, al examinar las biopsias del estudio observo una línea azul en la superficie del epitelio gástrico así prosiguió con su búsqueda en todas las preparaciones histológicas, estudió y recogió más casos, en los que la bacteria acompañaba siempre a las lesiones histológicas de gastritis. Fue entonces cuando Marshall quien con un trabajo de investigación colaboró con los microbiólogos para encontrar la técnica de cultivo adecuado para favorecer el crecimiento de la "nueva bacteria" que, aunque no

estaba muy convencido decidió seguir lo que Warren estaba intentando, convertir las gastritis en una enfermedad infecciosa. Fracasaron muchas veces, pero la suerte estuvo de su lado y por fortuna pudieron identificar la bacteria que es similar a las observadas en las preparaciones histológicas. (Gisbert, 2016)

La *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) es un bacilo gramnegativo helicoidal con un tamaño de 0,5µm a 1µm de ancho y de 2,5µm a 4,5µm de largo, presenta una doble membrana celular asimétrica que contiene fosfolípidos en la monocapa interna y lipopolisacáridos, posee de dos a ocho flagelos que le facilitan su movilidad a través del moco que recubre la mucosa gástrica.

Los seres humanos constituyen el único reservorio importante de *H. pylori*, este puede llegar al organismo por diferentes formas, entre ellas por contacto fecal-oral y oral-oral de personas infectadas (Cueva, 2018). Produce una de las infecciones bacterianas más comunes, pues se calcula que entre 50% y 80% de la población adulta mundial la sufre (José, Dossman, Herrera, Bromet, & Moreno, 2016).

Materia fecal: Las personas infectadas excretan esta bacteria por las heces y si su desecho no se elimina adecuadamente es posible la contaminación con el agua y los alimentos para el consumo humano, de esta manera, *H. pylori* llega al estómago de personas no infectadas.

Saliva: Se conoce también como reservorio de esta bacteria la placa dental y cavidad bucal, la cual puede ser transitoria después de eructos, vómitos o maniobras de resucitación boca a boca

Transmisión iatrogénica: La trasmisión también puede darse a través de sondas nasogástricas, endoscopios o cualquier instrumento que no haya sido desinfectado y/o esterilizado adecuadamente.

II.V ETIOLOGÍA

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

Factores exógenos

- *Helicobacter pylori* y otras infecciones
- AINES
- Irritantes gástricos
- Drogas
- Alcohol
- Tabaco
- Cáusticos
- Radiación

Factores endógenos

- Acido gástrico y pepsina
- Bilis
- Jugo pancreático
- Urea (uremia)
- inmunes (Roldán, 2011)

II.VI MANIFESTACIONES CLÍNICAS

II.VI.I SIGNOS

- ✚ Malestar estomacal frecuente.

- ✚ Dolor abdominal.
- ✚ Hinchazón abdominal.
- ✚ Indigestion.
- ✚ Pérdida del apetito.
- ✚ Náuseas.
- ✚ Vómitos.
- ✚ Sensación de ardor en el estómago entre comidas o en la noche.
- ✚ Vómito en sangre o en el café como vómito.
- ✚ Heces negras o alquitranadas. (CIDRANES, 2018)

II.VI.II SINTOMAS

- ✚ Sensación de desmayo o dificultad para respirar.
- ✚ Dolor en el pecho o dolor de estómago agudo.
- ✚ Sudor, palidez y latido cardíaco rápido.
- ✚ Vómitos de grandes cantidades de sangre.
- ✚ Sangre durante el intestino movimientos o intestino feo oscuro. (CIDRANES, 2018)

II.VII COMPLICACIONES

Para la gastritis una de las complicaciones más frecuentes sería la hemorragia, porque esta se encuentra en mayor porcentaje, existen casos en las puede ser bajo pero eso ocurre en números menores.

La úlcera péptica se da mucho más en el género masculino que en el femenino, ataca a personas inestables, depresivas, competitivas, ansiosas e irritables que

normalmente se encuentran bajo presión o por alguna otra causa que les genere nervios. También debemos tomar en cuenta la úlcera gástrica que al igual que la ya mencionada se da más en el género masculino, normalmente las úlceras son comunes a partir de la edad de 30 años, se conoce como dolor de los cuatro tiempos porque se inicia después de las comidas.

La hemorragia digestiva alta es toda pérdida de sangre proveniente del tubo digestivo que normalmente se encuentra mucho en los servicios de urgencias, las formas de presentación son variables, entre ellas se encuentran:

Hematemesis: vómito de sangre fresca o restos hemáticos digeridos.

Melena: deposiciones negras, pastosas, pegajosas, fétidas, similares a alquitrán.

Hematoquecia: sangrado vía anal de una coloración roja con coágulos. (Zarate, 2013).

El cáncer gástrico temprano prácticamente no existe cuadro clínico. En el cáncer gástrico avanzado, predomina la pérdida de peso y el dolor abdominal de localización epigástrica o en ciertos casos difusos, también existe la disfagia, saciedad prematura, vómitos persistentes y anemia por los repetidos sangrados. El cáncer se origina cuando las células del cuerpo empiezan a crecer descontroladamente, se desarrolla muy lentamente con el paso de los años pero ocurren cambios en el revestimiento interno ósea en la mucosa del estómago que por lo general no presenta síntomas y no es posible detectarlo a tiempo.

II.VIII DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico de gastritis no existe una buena correlación de las manifestaciones clínicas, los hallazgos endoscópicos e histológicos, ya que es

posible encontrar en ocasiones severas gastritis en individuos asintomáticos o mucosas gástricas normales en pacientes con síntomas acentuados atribuibles a gastritis. (Roldán, 2011)

Pruebas complementarias de laboratorio

Serología (anticuerpos IgG frente a H. pylori) o prueba del aliento (urea marcada con C13 en aliento) para H. pylori; los pacientes no deben tomar inhibidores de la bomba de protones durante 2 semanas antes de realizar la prueba de urea en aliento para H. pylori.

Los anticuerpos séricos no son confiables por la elevada frecuencia de falsos positivos y por qué los anticuerpos pueden persisten, incluso luego del tratamiento, la prueba de urea en el aliento es más sensible y específica; no obstante, no está disponible en nuestro país. La valoración histopatológica de las muestras de biopsia por endoscópica es el patrón de referencia actual para el diagnóstico efectivo de infección por H. pylori. Las pruebas de antígenos en heces para H. pylori permiten confirmar la efectividad del tratamiento.

Hematocrito (bajo si se produce una hemorragia importante).

Diagnóstico por imagen

El tránsito digestivo alto por lo general no es sensible para diagnosticar la gastritis. La gastroscopia con biopsia es el estándar Gold para el diagnóstico y también detecta H. pylori.

II.IX MEDIDAS DE PREVENCIÓN

El manejo y prevención de la gastritis incluye, en primer lugar, la erradicación de la infección por la bacteria *Helicobacter pylori* que es su principal causa como ya lo hemos mencionado. Una de las principales cosas que debemos tomar en cuenta es cuidar mucho la higiene y calidad de los alimentos que se ingieran, evitar el consumo excesivo de irritantes como el chile o el café ya que pueden ser tomados como factores, de los productos con muchos conservadores y colorantes también hay que medirse, de alimentos fritos, con exceso de grasas o preparados con poca calidad higiénica, como los que se venden en la vía pública, no es recomendable para la salud.

El cigarro y el alcohol se relacionan fuertemente con la gastritis, por lo que se debe evitar su uso y consumo, la automedicación y dejar de tomar aspirinas o fármacos

Antiinflamatorios si se pueden evitar o si son necesarios, pedir al médico algún complemento para contrarrestar el efecto dañino y en tal caso se pueden elegir los que vienen con capa entérica, es decir en cápsulas o si no tiene ningún problema puede consumir lácteos, la leche puede ayudar mucho en estos casos.

Evitar el estrés lo más que se pueda, descansar al menos 8 horas diarias que sería lo adecuado, alimentarse tres veces al día, incluyendo en los alimentos frutas y verduras frescas y respetando en la medida de lo posible los horarios.

(CASTILLO, 2017-1018)

II.X TRATAMIENTO

Se han establecido esquemas combinados de antibióticos como la amoxicilina, claritomicina, metronidazol, tetraciclina. Por otra parte, en el caso de las 17 gastritis inducidas por AINES se plantea el uso de dosis bajas de aspirina para

quienes requieran tratamiento a largo plazo para reducción de riesgo vascular, del uso de inhibidores selectivos de la COX-2 (en casos sin aumento del riesgo cardiovascular) o bien de los AINES inespecíficos menos lesivos a la mucosa gastrointestinal (ibuprofeno, diclofenaco, metoxicam) combinados con el uso de un agente inhibidor de la bomba, un antagonista H₂ o un mucoprotector. Entre las medidas no farmacológicas para el control se recomienda el cese del tabaquismo y del consumo de alcohol, ya que ambos aumentan el estrés oxidativo de la mucosa, con lo que disminuye la velocidad de curación y aumentan la recurrencia, a lo que se añade que en el caso del humo del tabaco el agravamiento de la úlcera péptica porque se atenúa la hiperemia en el margen de la lesión. Por otra parte, se recomienda reducir el consumo de cafeína y controlar el estrés. Ya que esta estimula la secreción de ácido en el estómago, mientras que el abuso del alcohol y el aumento del estrés y la ansiedad puede aumentar el riesgo de favorecer la formación de úlceras y retardar su curación. Aunque el control de estos factores constituye un primer paso en el manejo de la gastritis, debe mantenerse como parte de un estilo de vida sano para prevenir recurrencias. En la mayoría de los casos, se utiliza terapia farmacológica, la cual tiene como objetivos, aliviar los síntomas, y prevenir recurrencias y complicaciones.

II.X.I MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN EL TX DE LA GASTRITIS

II.X.I.I INHIBIDOR DE LA BOMBA DE PROTONES

II.X.I.I.I Omeprazol

Categoría terapéutica: Agente gastrointestinal para el tratamiento de úlcera gástrica o duodenal; Inhibidor de la bomba de protones; Inhibidor de la secreción de ácido gástrico.

Mecanismo de acción: Suprime la secreción gástrica de ácido por inhibición de la enzima H⁺/K⁺ATPasa de la membrana de la célula parietal o bomba de protones; tiene actividad antimicrobiana contra *Helicobacter pylori*.

Administración Oral: administrar antes de alimentos o comidas; la cápsula debe deglutirse completa; no masticar ni triturar; ya que la cubierta entérica de los gránulos se disuelve en pH alcalino, su administración mediante sonda nasogástrica debe ser en jugo ácido (p. ej., jugo de manzana o arándano); es estable 30 min después de mezclarse; para administrar mediante sonda de yeyunostomía, triturar los gránulos y disolverlos en una mezcla de agua a la cual se añade una tableta de bicarbonato de sodio de 650 mg, triturada. Diluir el contenido de un sobre de 20 mg o 40 mg de polvo para suspensión en 15 a 30 mL de agua; mezclar y beber de inmediato; volver a llenar el vaso con agua y beberlo de nuevo; no mezclar con otros líquidos.

Cuando se administra el polvo para suspensión a través de una sonda de alimentación, diluir en 20 mL de agua. Para los pacientes que tienen alimentación continua, evitar las alimentaciones 3 h antes y 1 h después de la administración de omeprazol.

Información para el paciente Puede causar sequedad bucal; no masticar ni triturar los gránulos.

II.X.I.II INHIBIDOR DE H₂

II.X.I.II.1 Ranitidina

Categoría terapéutica: Agente gastrointestinal para el tratamiento de úlcera gástrica o duodenal; Antagonista de histamina H₂.

Mecanismo de acción Produce inhibición competitiva de la histamina en los receptores H₂ de las células parietales gástricas, lo que inhibe la secreción de ácido gástrico.

Administración: Oral, administrar con alimentos y al acostarse.

Parámetros para vigilancia Aminotransferasas de alanina y aspartato, creatinina en suero; cuando se administra para prevenir hemorragia gastrointestinal por estrés, determinar el pH intragástrico y tratar de mantener un pH > 4; secreción gástrica de ácido (< 10 mEq/h).

Información para el paciente: Evitar el consumo de cantidades excesivas de bebidas con cafeína, y ácido acetilsalicílico; cuando se administra por automedicación, consultar al médico si los síntomas de pirosis, indigestión acida o dolor gástrico persisten después de dos semanas o tras del uso continuado del medicamento

II.X.I.III REGULADORES DE ACIDEZ

II.X.I.III.I Hidróxido de aluminio y magnesio

Categoría terapéutica: Antiácido

Mecanismo de acción: Reacciona químicamente para neutralizar o tamponar el ácido existente en el estómago, pero no tiene efecto directo sobre su producción. Esta acción da lugar a aumento del pH del contenido estomacal, aliviando de esta manera la hiperacidez.

También reduce la concentración del ácido del esófago, produciendo por tanto un aumento del pH intraesofágico y una disminución de la actividad de la pepsina, lo que contribuye al control de reflujo gastroesofágico.

Las propiedades adsorbentes y astringentes del hidróxido de aluminio contribuyen a disminuir la fluidez de las heces teniendo acción antidiarreica.

Administración Oral: La dosis inicial es de 1 cucharada (15 ml) 1 y 3 horas después de los alimentos y al acostarse. (Katzung, 2007, p.1054)

II.X.I.IV ANTIMICROBIANOS

II.X.I.IV.1 Amoxicilina

Categoría terapéutica: Antibiótico betalactámico.

Uso: erradicación de *Helicobacter pylori*, para disminuir el riesgo de recurrencia de úlcera duodenal.

Mecanismo de acción: Interfiere con la síntesis de la pared de la célula bacteriana durante la multiplicación activa, mediante fijación a una o más de las proteínas que unen penicilina, lo que deriva en destrucción de la pared celular y actividad bactericida contra microorganismos sensibles.

Administración Oral: puede administrarse con el estómago vacío o lleno; puede mezclarse con fórmulas lácteas, bebidas frías o jugos; administrar la dosis de inmediato después de mezclarla; agitar bien la suspensión antes de usarla

Parámetros para vigilancia: Con tratamiento prolongado, vigilar de manera periódica las funciones renal, hepática y hematológica; vigilar el desarrollo de diarrea.

Información para el paciente: Puede ocasionar decoloración dental (la mayor parte de los casos informados ocurrió en pacientes pediátricos); el cepillado de los dientes o la limpieza dental reducen o eliminan el cambio de coloración.

(Monterroso, Universidad de San Carlos de Guatemala, 2010)

III.II Cronograma de presupuesto

| Gastos | Cantidad |
|--------------|----------|
| Internet | \$150 |
| Copias | \$500 |
| Engargolados | \$100 |
| Trasporte | \$300 |
| Comida | \$200 |
| Total | \$ 1250 |

III.III TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación que utilizamos es cuantitativo, nos basamos en datos estadísticos y numéricos que defienden la teoría que tenemos de que la gastritis es un problema de salud.

Nuestro diseño de investigación es descriptivo porque nos basamos en describir la situación mediante la recopilación, análisis y presentación de los datos que hemos mostrado, la información que proporcionamos es para que sepan cómo se da la investigación.

III.IV AREA DE ESTUDIO

El proceso de investigación se llevara a cabo en el Centro de salud comunitario de Lomantan, municipio de las Margaritas, Chiapas. Con la finalidad de recaudar los datos necesarios para demostrar información verídica y así poder desarrollar mejor nuestro trabajo.

III.V OBJETO EN ESTUDIO

Factores de riesgo en adultos de 20-40 años que presentan gastritis.

Bibliografía

- CASTILLO, J. A. (2017-1018). *FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS*. Obtenido de FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
- CIDRANES, D. D. (15 de NOVIEMBRE de 2018). *Gastritis: tipos, epidemiología, causas, factores de riesgo, signos, síntomas, tratamiento*. Obtenido de Gastritis: tipos, epidemiología, causas, factores de riesgo, signos, síntomas, tratamiento: <https://dolor-drdelgadocidranes.com/gastritis/#:~:text=Epidemiolog%C3%ADa%20de%20la%20Gastritis%20Se%20estima%20que%20aproximadamente,frecuente%20y%20repetida%20que%20resulta%20en%20gastritis%20cr%C3%B3nica>.
- Cueva, P. A. (9 de enero de 2018). *Proyecto de Investigación previa a la obtención*. Obtenido de Proyecto de Investigación previa a la obtención: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32006/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20PREVIA%20A%20LA%20OBTENCION.pdf>
- EQUIPO DE PROFESIONALES MÉDICOS . (26 de FEBRERO de 2020). *GASTRITIS AGUDA*. Obtenido de GASTRITIS AGUDA: <https://ada.com/es/conditions/acute-gastritis/#:~:text=La%20gastritis%20aguda%20es%20causada,tambi%C3%A9n%20pueden%20causar%20esta%20condici%C3%B3n>.
- Gisbert, J. M. (2016). *Helicobacter pylori: su descubrimiento e importancia en la medicina*. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*.
- GUIA TU SALUD. (01 de octubre de 2020). Obtenido de GUIA TU SALUD: <https://www.guiatusalud.com/blog/articulo/10-datos-importantes-sobre-la-gastritis>
- J. I., Dossman, X., Herrera, J. A., Bromet, A., & Moreno, C. (abril-junio de 2016). *Helicobacter pylori y estrés psicosocial en pacientes con gastritis*. Obtenido de Helicobacter pylori y estrés psicosocial en pacientes con gastritis: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28337907>
- L.M CANSECO-AVILA, F.-C.-G. T.-V.-A.-L. (2019). Epidemiología de cáncer gástrico en el tercer nivel de atención en salud en Chiapas. *REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO*, 310-316.
- Ledesma, Z., Gutiérrez, B., Cirión, G. R., Lemus, M. V., Sanabría, J. G., Romero, T., . . . Mirabal, M. (MAYO-AGOSTO de 2010). *Diagnóstico histológico de la infección por Helicobacter pylori en Pinar*. Obtenido de Diagnóstico histológico de la infección por Helicobacter pylori en Pinar: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203415358001>
- MARTÍNEZ, L. C. (2013). Tipos de gastritis y su tratamiento. *OFFARM*, 57-64.
- Monterroso, E. R. (2010). *Universidad de San Carlos de Guatemala*. Obtenido de Universidad de San Carlos de Guatemala: http://www.biblioteca.usac.edu.gt/tesis/06/06_3323.pdf

Monterroso, E. R. (diciembre de 2010). *Universidad de San Carlos de Guatemala*. Obtenido de Universidad de San Carlos de Guatemala:
http://www.biblioteca.usac.edu.gt/tesis/06/06_3323.pdf

OPS. (28 de ABRIL de 2013). *ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD*. Obtenido de ORGANIZACION PARAMERICANA DE LA SALUD:
https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=911:abril-27-28-29-2013&Itemid=972#:~:text=La%20gastritis%20es%20una%20inflamaci%C3%B3n,o%20lesiones%20peque%C3%B1as%20que%20sangran.

Roldán, M. V. (2011). GASTRITIS Y GASTROPATIAS . *GASTROENTEROL*, 39-44.

Salud, G. d. (diciembre de 2016). *Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica*. Obtenido de Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica:
https://salud.edomex.gob.mx/cevece/documentos/difusion/tripticos/2016/Semana%2049_2016.pdf

Zarate, D. A. (2013). *Universidad Finis Terrae*. Obtenido de Universidad Finis Terrae:
<https://www.medfinis.cl/img/manuales/HDA-2.pdf>