

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTANAMO

ULCERA PEPTICA

Dr. Yoel Ricardo Serrano¹, Lic. Maythe Peláez Llorenté², Dra. Niurka Domínguez Jay³, Dra. Yindra Bustamante Realin⁴, Dr. Roberto Lantigua Barrios⁵, Dr. Javier Pérez Azahares.³

RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo, con el objetivo de caracterizar la incidencia de úlcera péptica en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", de la provincia Guantánamo en el año 2007. El universo de estudio está constituido por todos los pacientes que acudieron al servicio de Gastroenterología, de los cuales fueron seleccionados aquellos con diagnóstico de enfermedad úlcero péptica, 312 pacientes. Predomina el sexo masculino con el 67.6 %, con mayor frecuencia en los grupos de edad de 30-44 y 45-59 años, con el 35.9 %, respectivamente. Los factores de riesgo más asociados son la ingestión de café (71.8 %) y de Ibuprofeno (30.8 %). El APF más frecuente es el antecedente de úlcera péptica (17.9 %). El síntoma más frecuente es epigastria (84.6 %) y, hemorragia (11.8 %), la complicación que mas afectó. La úlcera duodenal es la más frecuente con el 71.8 %.

Palabras clave: ULCERA PEPTICA/epidemiología; ULCERA PEPTICA/etiología.

INTRODUCCION

La úlcera gastroduodenal es una enfermedad conocida desde la antigüedad, cuya historia natural se caracteriza por su cronicidad y tendencia a la recidiva. Actualmente se acepta que la infección por la bacteria *Helicobacter pylori* y el empleo de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) constituyen las causas de la enfermedad ácido péptica en el 90 % de los casos.^{1,2}

¹ *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor. Residente de Gastroenterología.*

² *Licenciada en Enfermería. Instructor.*

³ *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor.*

⁴ *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de Gastroenterología.*

⁵ *Especialista de I Grado en Cirugía. Instructor.*

Esta enfermedad afecta aproximadamente el 10 % de la población mundial, con ligero predominio en los países subdesarrollados. Presenta una tasa de 43 x 1 000 000 y una prevalencia del 0.7 % para ambos sexos en Colombia, y 46 x 1 000 000 por millón y 0.9 %, en Santa Fe de Bogotá.³

En los Estados Unidos la incidencia de esta entidad ha disminuido y se cree que sea debido al uso de antibióticos de amplio espectro por la población en general; a pesar de esto se diagnostican 500 000 casos nuevos cada año, con 4 millones de recurrencias, mortalidad del 2 % y prevalencia del 1.8 % en ambos sexos.²

En Venezuela, estas patologías ocupan una de las primeras causas de morbilidad.⁴ La incidencia anual es de 2.9 por cada 1 000 habitantes⁵; constituye, además, el 10 % de las causas de ingreso en los hospitales de adultos, lo cual produce pérdidas económicas, ya que afecta con mayor frecuencia a pacientes de edad laboral, sobretudo entre los 35 y 45 años.⁶

La polémica sobre la influencia de factores de riesgo en la aparición de úlcera péptica, así como su diverso cuadro sintomático de presentación, es nuestra motivación fundamental para investigar su incidencia y, de esta manera, mejorar el diagnóstico y prevención de esta enfermedad.

METODO

Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo, con el objetivo de caracterizar la incidencia de úlcera péptica en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", de la provincia Guantánamo en el año 2007. El universo de estudio está constituido por todos los pacientes que acudieron al servicio de Gastroenterología, de los cuales fueron seleccionados aquellos con diagnóstico de esta enfermedad.

Los pacientes seleccionados se clasifican según sexo. La edad se dividió en 4 escalas: 15-29, 30-44, 45-59, y 60 y más años.

Se muestra relación de la enfermedad con algunos factores de riesgo, entre ellos: hábitos tóxicos, ingestión de AINES, antecedentes familiares y grupo sanguíneo. Se identifican, además, los síntomas clínicos más importantes referidos por el paciente, conjuntamente, se precisa la aparición de complicaciones y su frecuencia. Finalmente se tiene en cuenta la localización

anatómica de la úlcera, según diagnóstico endoscópico, y se establece relación con la edad de los pacientes.

Toda la información es registrada en los informes endoscópicos y se recogen los datos necesarios en la encuesta formulada.

El análisis estadístico se realiza por las medidas de tasa para la incidencia, y proporción y porcentaje para las restantes variables. Los resultados se reflejan en tablas y gráficos para llegar a conclusiones.

RESULTADOS Y DISCUSION

En el período de estudio asistieron al servicio de Gastroenterología del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" un total de 1 508 pacientes, de los cuales se le diagnosticó úlcera péptica a 312 de ellos (20.7 %).

Estos valores son superiores a los encontrados por Hierro González y colaboradores⁷, que registran el 12.8 % en su estudio realizado en un Centro Diagnóstico Integral, de Maracaibo; mientras que Álvarez Sintés⁸, en un estudio realizado en La Habana informa resultados muy inferiores a los nuestros, registrando solo el 1 %. Esta diferencia puede ser debido al tipo de estudio y al medio geográfico donde se realizaron, pues en nuestra población existe una alta incidencia de factores de riesgo, y es en el servicio provincial, posiblemente, donde se realicen la mayoría de las endoscopia en el municipio y provincia.

Predominó el sexo masculino con 208 pacientes (66.6 %), sobre el femenino que estuvo representado por el 33.4 %. Hubo mayor incidencia en los grupos de edad de 30-44 y 45-59 años, con 112 pacientes (35.9 %), tanto para las féminas como para los varones, coincidiendo con toda la literatura revisada (Tabla 1).

El sexo masculino está más relacionado con los factores de riesgo ulcerogénicos, como son los hábitos tóxicos: café, alcohol y tabaquismo; además de existir poca cultura sanitaria a pesar de todos los esfuerzos realizados por el país. Por otro lado, la pirámide poblacional se inclina hacia una mayor proporción de habitantes en estos grupos de edades.

Variados son los factores de riesgo encontrados relacionados con la incidencia de úlcera péptica. En este estudio se encontraron los hábitos tóxicos, los antiinflamatorios no esteroideos y los antecedentes familiares. Se trató de resaltar por cada grupo cuál fue el de mayor asociación con esta enfermedad.

Dentro del grupo de los hábitos tóxicos, resultó ser el más frecuente la ingestión de café (71.7 %), como se observa en la Tabla 2. Este fenómeno puede estar dado por la idiosincrasia de la población donde éste hábito irritante de la mucosa es generalizado. Además, se ha visto relacionado con hemorragias del tubo digestivo como lo informa Crespo Acebal y colaboradores en un estudio de pacientes graves.⁹

El alcohol (48.7 %) y el tabaquismo (25.6 %) ocuparon el segundo y tercer lugar, respectivamente.

El primero altera el proceso de cicatrización y se asocia a pacientes que descuidan su salud y cumplen el tratamiento de forma irregular. Debido a esto se debe plantear que el alcoholismo representa una causa importante de riesgo biopsicosocial para la aparición de úlcera gastroduodenal.

En lo referente al hábito de fumar, la nicotina disminuye el tono del esfínter pilórico con el correspondiente aumento de reflujo duodenal gástrico y, además, disminuye el moco gástrico, así como su viscosidad; por otra parte, distiende el estómago por los gases que aumentan la secreción clorhidropéptica. Se señala que el tabaco disminuye la secreción pancreática de bicarbonato.¹⁰

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) se conocen como inestabilizadores de la barrera mucosa. Estos disminuyen los mecanismos citoprotectores al inhibir la liberación de prostaglandinas. En este estudio se encontraron como los más asociados: Ibuprofeno (30.8 %), Aspirina (17.9 %) y Piroxicam (15.4) (Tabla 3). Esto está en relación con el uso generalizado y, en ocasiones injustificado, de estos medicamentos en nuestro medio donde muchas veces se consume sin prescripción facultativa. Alvarado Bestene^{3,11} coincide con nuestro criterio.

Muchos estudios registran antecedentes familiares de enfermedad digestiva en los pacientes con úlcera. En nuestro estudio se encontró el 17.9 % con antecedentes de úlcera y gastritis, el 5.1 %. (Tabla 4). Esta asociación está

dada por factores socioeconómicos, hábitos de alimentación, idiosincrasia familiar y estilo de vida de las familias donde los factores genéticos pudieran estar asociados como los informa Alvarado Bestene y colaboradores.³

Se ha observado una frecuente relación de la enfermedad ulcerosa con los factores de riesgo, de ellos, dos grandes grupos modificables como son: los hábitos tóxicos y el uso de los antiinflamatorios no esteroideos; hecho de gran importancia en la prevención y tratamiento de esta enfermedad cuyo curso clínico se puede mejorar si se actúa oportunamente sobre estos factores en nuestra comunidad.

Entre las manifestaciones clínicas más frecuentemente encontradas (Tabla 5) se destacó la epigastralgia (84.6 %) y la acidez gástrica (71.7 %); lo que coincide con la mayor parte de la literatura revisada. Los síntomas como: pirosis, regurgitación, melena y hematemesis, se ven con mayor relación en los casos crónicos y asociados a complicaciones.^{7,11-13}

La hemorragia resultó la más frecuente de las complicaciones con el 11.8 %. Su frecuencia aumenta con la edad y el grupo más implicado es el de 60 y más años. Resultados similares fueron encontrados en un estudio realizado en 4 Consultorios del Médico de la Familia en Cuba, donde el sangramiento digestivo alto fue la complicación más frecuente con el 28.6 %.¹³

Considerando que con la edad aumenta la exposición a los factores de riesgo, aparición de enfermedades y algunos hábitos tóxicos se hacen más evidentes, aumentan las dolencias y necesidades de tomar medicamentos relacionados con la úlcera péptica, como los antiinflamatorios no esteroideos y otros que de una forma u otra constituyen factores agresivos de la mucosa. El proceso de envejecimiento trae aparejado cierto deterioro en las funciones celulares, con la consiguiente atrofia celular, lo que influye negativamente en la barrera de protección de la mucosa; por ello se puede explicar perfectamente que los grupos de edades avanzadas son los más susceptibles a las complicaciones de úlcera péptica.³

Referente a la localización anatómica de la úlcera y su relación con la edad, se constató que la localización duodenal resultó ser la más frecuente (71.8 %), con marcada diferencia respecto a la gástrica (25.6%) y a la gastroduodenal (2.6 %). Hierro⁷ informa esta misma localización como la más frecuente, al igual que Fernández Machin y colaboradores¹³ que encontraron el 77.1 % de úlcera duodenal en el total de los casos estudiados.

Otros como Alvarado Bestene³ plantea que la úlcera gástrica aparece en edades avanzadas donde predominan los factores que deterioran la defensa de la mucosa, mientras que la duodenal se ve con más frecuencia en el adulto joven donde los factores agresivos son más frecuentes como el tabaquismo que estimula la secreción ácida y disminuye el flujo sanguíneo de la mucosa.

CONCLUSIONES

- El sexo masculino y el grupo de edad de 30-59 años fueron los más frecuentes.
- Los factores de riesgo más asociados fueron la ingestión de café y de Ibuprofeno.
- El antecedente patológico familiar más frecuente fue el antecedente de úlcera péptica.
- El síntoma más frecuente fue la epigastralgia y, la hemorragia, la complicación que más afectó.
- La úlcera duodenal fue la más frecuente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Piñol JF. Enfermedad ulcerosa gastroduodenal. Endoscopia en APS. La Habana : Editorial Ciencias Médicas; 2004.p.98-108.
2. Llanio NR. Gastroenterología. Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1989.
3. Guías de Práctica Clín. Alvarado J. Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia. Proyecto ISS. Colombia : ASCOFAME; 2003.
4. Díaz S, Peleones J, Arcia R, Soto E, Reyes R. Incidencia de Helicobacter pylori en pacientes sintomáticos de vías digestivas. Rev Soc Méd-Quir Hosp Emerg "Pérez de León". 2001 jun; 32(1):47-51.
5. Fábregas RC. Úlcera péptica. Patogenia. Curso de capacitación en endoscopia digestiva superior en APS. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.
6. Roca GR. Úlcera péptica gastroduodenal. Temas de Medicina Interna. tII. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2002.
7. Hierro GA, Hano GO. Endoscopia del tracto digestivo superior. Experiencia en Barrio Adentro Venezuela (2004-2005). Trabajo Presentado Congreso Internacional Cirugía; 2005.

8. Álvarez SR, Adelquis CF, Álvarez S. Epidemiología de la úlcera péptica en siete consultorios del médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr. 1995 mayo-jun; 11(3):232-8.
9. Crespo AL. Morbimortalidad por sangramiento digestivo alto en la Unidad de Cuidados Intermedios Quirúrgicos. Estudio en 365 pacientes. Hospital Militar Central "Dr. Luís Díaz Soto" Rev Cubana Cirug. 2002 jun.
10. Harrison FR. Principles of Internal Medicine. 13th ed. New York: Mc Graw-Hill; 1994.p.1663-788.
11. Monici LT. Úlcera péptica. RBM Rev Bras Med Dez. 2003; 60(NE):25-32.
12. Fernández MLM, González GVM, Díaz GJL. Úlcera gastroduodenal: Problemática de la morbilidad. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000 sept-oct; 16(5):485-90.

TABLA 1. SEXO Y EDAD.

EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
15 - 29	8	2.6	8	2.6	16	5.1
30 - 44	48	15.4	64	20.5	112	35.9
45 - 49	88	28.2	24	7.7	112	35.9
60 y más	64	20.5	8	2.6	72	23.1
TOTAL	208	66.6	104	33.4	312	100

TABLA 2. HABITOS TOXICOS.

HABITOS TOXICOS	No.	%
Café	176	71.8
Alcohol	152	48.7
Hábito de fumar	80	25.6

TABLA 3. AINES.

AINES	No.	%
Piroxicam	48	15.4
Indometacina	8	2.6
Aspirina	56	17.9
Ibuprofeno	96	30.8
Naproxeno	16	5.1

TABLA 4. ANTECEDENTES FAMILIARES.

ANTECEDENTES FAMILIARES	No.	%
Úlcera gastroduodenal	56	17.9
Cáncer gástrico	16	5.1

TABLA 5. MANIFESTACIONES CLINICAS.

MANIFESTACIONES CLINICAS	No.	%
Epigastralgia	264	84.6
Acidez	224	71.8
Pirosis	96	30.8
Regurgitación	64	20.5
Melena	72	23.1
Hamatemesis	24	7.7

TABLA 6. COMPLICACIONES Y EDAD.

COMPLICACIONES	15 – 19		30 – 44		45 – 59		60 Y MAS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hemorragia	2	0.6	16	5.1	7	2.2	12	3.8	37	11.8
Síndrome pilórico	-	-	1	0.3	5	1.6	2	0.6	8	2.5
TOTAL	2	0.6	17	5.4	12	3.8	14	4.4	45	14.3

TABLA 7. LOCALIZACION ANATOMICA DE LA ULCERA Y SU RELACION CON LA EDAD.

EDAD	LOCALIZACION ANATOMICA DE LA ULCERA							
	DUODENAL		GASTRICA		GASTRODUODENAL		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
15 - 29	8	2.6	8	2.6	-	-	16	5.2
30 - 44	56	17.9	56	17.9	-	-	112	35.8
45 - 59	88	28.2	16	5.1	8	2.6	112	35.9
60 y más	72	23.1	-	-	-	-	72	23.1
TOTAL	224	71.8	80	25.6	8	2.6	312	100