

ÚLCERA GASTRODUODENAL: PROBLEMÁTICA DE LA MORBILIDAD

Luis Manuel Fernández Machín,¹ Verónica Marlene González García,² Julio Lenin Díaz Guzmán,³ Gil Sarmiento Brooks,⁴ y Olga Infante Pedreira⁵

RESUMEN: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en 4 consultorios atendidos por Médicos de la Familia, pertenecientes al Policlínico "Plaza de la Revolución" para señalar los principales problemas de salud que afectan la morbilidad por úlcera gastroduodenal, en el período comprendido desde enero de 1996 hasta diciembre de 1997. El sexo masculino representó el 65,7 % de la muestra en estudio y los grupos de edades de mayor prevalencia fueron de 31 a 40 años y de 51 a 60. El 42,1 % de los pacientes que refirieron antecedentes patológicos familiares de afecciones gastroduodenales desarrollaron úlcera gastroduodenal. La localización duodenal se presentó en un 77,1 % de los casos. El café fue el más frecuente de los hábitos tóxicos, siguiéndole el alcohol; entre los medicamentos ingeridos, la aspirina representó el 17,1 % de los casos. Los esquemas de tratamiento más empleados fueron la cimetidina y otros medicamentos (74,3 %), los regímenes lácteos (65,7 %) y los antiácidos (62,9 %). La endoscopia y la radiología (40 %) asociada a la endoscopia fueron los métodos más frecuentes para el diagnóstico. Asimismo, el sangramiento digestivo alto fue la complicación más observada (28,6 %).

Descriptores DeCS: ÚLCERA PEPTICA/epidemiología; ÚLCERA PEPTICA/etiología; PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS; MÉDICOS DE FAMILIA; ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD; ENDOSCOPIA/métodos.

En nuestro medio la úlcera gastroduodenal se encuentra entre los 5 primeros motivos de ingreso hospitalario.¹

Su etiopatogenia está supeditada a las resultantes del balance entre los grupos de

factores defensivos y los agresivos. Algunos estudios señalan la asociación de esta afección con el grupo sanguíneo, así como con la frecuencia familiar y la aparición en gemelos homocigóticos, lo que ha logrado

¹ Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente de la Facultad "Comandante Manuel Fajardo".

² Especialista de I Grado en Medicina Interna Verticalizada en Cuidados Intensivos. Profesora Asistente de la Facultad "Calixto García".

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Plaza de la Revolución.

⁴ Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Instructor de la Facultad "Comandante Manuel Fajardo".

⁵ Licenciada en Psicología. Profesora Asistente de la Facultad "Comandante Manuel Fajardo".

incluir la base genética como posible factor causal.² Recientemente se señala con frecuencia la asociación del nicho ulceroso con el *Helicobacter pylori*.¹⁻⁵

La inversión de recursos económicos para poder resolver estos problemas en los últimos años ha sido considerable con la aparición de nuevos fármacos y la creación de nuevos esquemas de tratamiento.⁵

La mejor forma de demostrar la frecuencia de aparición de la úlcera gastroduodenal es mediante el estudio de una población en una localidad definida, donde se estudie la totalidad de la población en un muestreo aleatorio sin que medie otra diferencia que la edad y sexo. En nuestro medio existen las posibilidades de multiplicar el número de estudios sobre esta patología.

Nos propusimos con nuestra investigación la realización de un estudio clínico epidemiológico en 4 consultorios del Médico de la Familia pertenecientes a nuestra área de salud Policlínico "Plaza de la Revolución", para de esta forma tener idea de la gravedad de esta dolencia en la población, con el fin de crear parámetros que nos permitan caracterizar al paciente ulceroso y así promover acciones de salud que ayuden al Médico de la Familia en la lucha contra esta enfermedad.

Métodos

Se realiza un estudio observacional, descriptivo, de carácter retrospectivo, en el Policlínico Docente "Plaza de la Revolución", en el municipio de igual nombre, en el período comprendido desde el año 1996 al año 1997 (ambos inclusive).

Fueron seleccionados de forma aleatoria 4 consultorios pertenecientes al Policlínico "Plaza de la Revolución". Se procedió a revisar todas las historias familiares de pacientes mayores de 15 años de los

consultorios escogidos, siendo un total de 3243. Se seleccionó la mitad, a los cuales se les había realizado el diagnóstico de úlcera gastroduodenal (UGD) en los últimos 12 meses de realizada la encuesta. De esta forma nuestro universo quedó integrado por un total de 35 pacientes.

Se determinó la prevalencia de pacientes ulcerosos en la zona seleccionada, por sexo y edades, los hábitos tóxicos y consumo de medicamentos, localización de la UGD, los métodos utilizados para el diagnóstico, así como las complicaciones presentadas. Los resultados se registran en tablas para llegar a conclusiones.

Resultados

En la tabla 1 se aprecia que la edad superior a los 40 años fue elevada en ambos sexos, y el masculino fue más proclive a padecer esta patología; de los 35 casos, 23 (65,7 %) eran hombres.

TABLA 1. Distribución de la úlcera gastroduodenal, según grupo de edad y sexo

Edad en años	Sexo	
	Femenino	Masculino
40 y menos	4 11,4 %	5 14,2 %
Mayor de 40	8 88,6 %	18 85,8 %

Fuente: Encuestas.

Los hábitos tóxicos y consumo de medicamentos favorecedores de la UGD se analizan en la tabla 2. Aquí se comprueba que el café fue el más frecuente (60 %), siguiéndole el alcohol (34,3 %). El 22,9 % de los casos estudiados fumaba.

Con respecto a los medicamentos, la aspirina fue consumida por el 17,1 % de los casos, y le siguieron los antiinflamatorios no esteroideos con el 11,4 % del total.

TABLA 2. Hábitos tóxicos y consumo de medicamentos

Hábitos tóxicos	No.	%
Café	21	60
Alcohol	12	34,3
Tabaquismo	8	22,9
Medicamentos:		
Aspirina	6	17,1
Antiinflamatorios no esteroideos	4	11,4

Fuente: Encuestas.

En cuanto a la localización de la UGD fue más frecuente la ubicación en el duodeno, para un 77,1 % (tabla 3). En relación con el esquema de tratamiento, la cimetidina combinada con otros medicamentos se apreció en el 74,3 % de los casos, siguiéndole en proporción parecida los medicamentos lácteos y los antiácidos.

El tratamiento antihelicobacter tuvo una frecuencia contraria a lo esperado (8,6 %).

TABLA 3. Localización de la úlcera gastroduodenal y el esquema de tratamiento

Localización	No.	%
Duodenal	27	77,1
Gástrica	4	11,4
Ambas	4	11,4
Esquema		
Cimetidina + otros	26	74,3
Lácteos	23	65,7
Antiácidos	22	62,9
Higiénico dietético	16	45,7
Antihelicobacter	3	8,6
Cimetidina	4	11,4

Fuente: Encuestas.

Los métodos de diagnóstico se analizan en la tabla 4. La endoscopia sola o asociada a la radiología se comprobó en

el 40 % de los casos. El método radiológico evidenció una baja frecuencia (20 %).

TABLA 4. Métodos diagnósticos

Métodos	No.	%
Endoscopia	14	40
Endoscopia y Radiología	14	40
Radiología	7	20

Fuente: Encuestas.

La complicación más frecuente fue el sangramiento digestivo (28,6%), siguiéndole la perforación con 3 casos para el 5,7 % (tabla 5).

TABLA 5. Complicaciones presentadas

Complicaciones	No.	%
Sangramiento digestivo alto	10	28,6
Perforación	2	5,7
Síndrome pilórico	1	2,9

Fuente: Encuestas.

Discusión

En nuestro estudio quedó demostrada la prevalencia del grupo de pacientes de más de 40 años y el sexo masculino.

Trabajos recientes plantean que la relación hombre-mujer ha disminuido últimamente.⁶ Otros estudios, reafirman el predominio del sexo masculino,^{1,2} y al referirse a la edad, *Stein*¹ concuerda con nuestros resultados así como otros autores.⁶

En relación con los hábitos tóxicos y consumo de medicamentos, el café evidenció el mayor predominio. Algunos autores señalan el papel de la cafeína como estimulante de la secreción clorhidropéptica.^{1,2,7}

El alcohol y el tabaquismo 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 debíamos plantear que el alcoholismo representa una causa importante de riesgo biosocial de padecer UGD.^{1,2,8-10}

En lo referente al hábito de fumar, la nicotina disminuye el tono del esfínter pilórico con el correspondiente aumento del reflujo duodenal gástrico² y además disminuye el moco gástrico, así como su viscosidad; por otra parte distiende el estómago por los gases que aumentan la secreción clorhidropéptica.² Se señala que el tabaco disminuye la secreción pancreática de bicarbonato.²

El consumo de medicamentos irritantes de la mucosa como la aspirina y los antiinflamatorios no esteroideos, se observó con poca frecuencia probablemente porque los pacientes conocían de la forma en que estos medicamentos podían afectarlos. Es conocido el papel de estos fármacos en la gastritis aguda y en las complicaciones por sangramientos digestivos altos, que evidencia su mecanismo fisiopatológico de deterioro de la mucosa gástrica.^{1,2,7}

La endoscopia resultó ser el medio de diagnóstico que mejor resultado obtuvo y eso coincide a lo planteado por *Harrison*.²

En la literatura *Plebario*¹¹ señala la utilización de otros métodos de diagnóstico tales como:

- Investigación de funciones secretoras y propiedades defensivas del estómago.
- Determinación de hormonas gastrointestinales.
- Determinación de *Helicobacter pylori*.

Estas investigaciones pueden modificar el manejo terapéutico del paciente. En la encuesta realizada por nosotros no fue mencionado ninguno de los procedimientos antes señalados.

El examen radiológico presenta un margen de seguridad del 70 al 80 %, observándose signos directos e indirectos,^{1,2} y por este motivo se asocia con mucha frecuencia a la endoscopia.

Una polémica actual es el uso de un esquema terapéutico en el paciente ulceroso. Esto toma como base los planteamientos realizados en investigaciones recientes que recomiendan la terapia individualizada en concordancia con las características clínicas y los hallazgos encontrados en las pruebas diagnósticas hechas a los pacientes.^{10,12} La mayor importancia se le presta al tratamiento para la erradicación del *Helicobacter pylori*.^{2,4,13-17}

En lo que respecta a la localización de la úlcera, la mayor parte tenía úlcera duodenal. Esto concuerda con lo señalado por *Álvarez Sintet*¹⁸ en nuestro medio. Este autor señala que la úlcera gástrica evidenció una menor frecuencia en su estudio (20,5 %).

Conclusiones

1. La edad mayor de 40 años y el sexo masculino fueron factores importantes a considerar en la patología estudiada.
2. La ingestión de café resultó el hábito más frecuente en nuestro estudio.
3. La úlcera duodenal fue 7 veces más frecuente que la gástrica.
4. La cimetidina sola o combinada fue el medicamento más utilizado en el tratamiento de la UGD.
5. El tratamiento antihelicobacter fue el menos utilizado.
6. Entre los métodos diagnósticos, la endoscopia sola o combinada con la radiología fueron los métodos diagnósticos más frecuentes.
7. El sangramiento digestivo resultó ser la complicación más repetida.

Recomendaciones

1. Extender el estudio a un área mayor.
2. Promocionar las teorías actuales sobre la etiopatogenia y esquema terapéutico en el tratamiento de la úlcera gastroduodenal.
3. Enfatizar en la necesidad de que los pacientes conozcan los factores de riesgo de padecer la enfermedad, y educar a la

población en su control y uso de una terapéutica continuada.

AGRADECIMIENTO

A la enfermera Maribel López Sánchez, por su labor en la mecanografía y redacción del documento, así como poder reducirlo a 5 tablas que fue de incalculable valor.

SUMMARY: A descriptive and retrospective study was conducted in 4 family physician's offices from the "Plaza de la Revolución" Polyclinic to stress the main health problems affecting morbidity from peptic ulcer between January, 1996, and December, 1997. Males accounted for 65,7 % of the sample under study, whereas the highest prevalence was observed in the age groups 31-40 and 51-60. 42,1 % of the patients who had pathological family history of gastroduodenal disorders developed peptic ulcer. The duodenal localization was present in 77,1 % of the cases. Coffee was the most frequent of the toxic habits, followed by alcohol. Among the drugs taken by the patients, aspirin represented 17,1 % of the cases. The most used schemes of treatment were cimetidine and other drugs (74,3 %), the milk diets (65,7 %) and the antacids (62,9 %). Endoscopy and radiology (40 %) associated with endoscopy were the most frequent methods used for diagnosing. Likewise, high digestive bleeding was the commonest complications (28,6 %).

Subject headings: **PEPTIC ULCER/epidemiology; PEPTIC ULCER/etiology; PRESCRIPTIONS, DRUGS; PHYSICIANS, FAMILY; PRIMARY HEALTH CARE; ENDOSCOPY/methods.**

Referencias bibliográficas

1. Stein JH. Internal Medicine. 3ra. ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1990:326-43.
2. Harrison FR. Principles of Internal Medicine. 13 ed. New York: Mc. Graiu-Hill, 1994: 1663-788.
3. Bennett B. Tratado de Medicina Interna. 20 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 1996:757-72.
4. Stein JH. Internal Medicine. 4 ed. St. Louis: Mosby-Year Book, 1994:412-23.
5. Rodríguez M, González F. Nuevos conceptos sobre la dieta en la úlcera péptica. Rev Cubana Alimen Nutr 1997;11(2):105-10.
6. Farreras B. Medicina Interna, 12 ed. Barcelona: Ediciones Diyina, 1992:76-97.
7. Colectivo de Autores. Medicina General Integral, La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1987;t 3:63-9.
8. Felman M. Life events, stress and psychosocial factors in men with peptic ulcer diseases. A multidimensional case controlled study. Gastroenterology 1994;91:370-96.
9. Smith F. Fisiopatología. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1983;t 2:1220-81.
10. Rindell G, Celebiogeni F. On the natural history of peptic ulcer. Scand J Gastroenterol 1994; 29(11):879-82.
11. Plebani M, Viannelo F, Mario F. Laboratory medicine in ulcer disease. Clin Biochem 1994;27(3):141-50.
12. Rex DK. An etiology approach to management of duodenal and gastric ulcer. J Fam Pract 1994;38(1):60-7.
13. Blaser MJ. Hypothesis on the pathogenesis and natural history of Helicobacter pylori induced inflammation. Gastroenterology 1992;102:720.
14. Go M, Braham DU. How does Helicobacter pylori cause duodenal ulcer diseases. The bog,

- the host or both. *J Gastroenterol Hepatol* 1994; (Suppl);58-60.
15. Moshkowits M, Koricko FM. Seasonal variation in the frequency of *Helicobacter pylori* infection a possible cause of the seasonal occurrence of peptic ulcer disease. *AJ Gastroenterol* 1994;88(5):731-3.
 16. Asaka M, Ontaki F. Causal role of *Helicobacter pylori* in peptic ulcer relapse. *J Gastroenterol* 1994;29(Suppl 7):138.
 17. Anibale B, Manganiello M. Peptic ulcer and duodenal stenosis. Role of *Helicobacter pylori* infections. *Ital J Gastroenterol* 1995; 27(1):26-8.
 18. Álvarez S, Adalgais F, Álvarez M. Epidemiología de la úlcera péptica en 7 consultorios del médico de familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1995;11(3):232-8.

Recibido: 16 de julio de 1999. Aprobado 5 de enero del 2000.

Dr. Luis Manuel Fernández Machín. Lugareño No. 115, entre Luaces y Montoro, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba.