

Comportamiento higiénico-sanitario de pacientes con diagnóstico de úlcera gastroduodenal por *Helicobacter pylori*

Hygienic-sanitary behavior of patients diagnosed with gastroduodenal ulcer caused *Helicobacter pylori*

MsC. Javier Jesús Suárez Rivera^I, Dra. Yaili Milagro Almaguer Betancourt^{II}, MSc. Reinaldo Martínez Garrido^I

^IHospital Universitario Clínico Quirúrgico "Julio Trigo". La Habana, Cuba.

^{II} Hospital Clínico Quirúrgico "Comandante Manuel Fajardo". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: actualmente la infección por *Helicobacter pylori* constituye la infección crónica más extensamente difundida en la especie humana, la cual puede cursar como síndrome dispéptico funcional u orgánico, gastritis, úlcera gastroduodenal y con síntomas subjetivos de cáncer gástrico. Diferentes estudios epidemiológicos cifran prácticamente en el 95 % de los casos la asociación entre úlcera duodenal e infección por *Helicobacter pylori*.

Objetivo: describir el comportamiento de algunas variables higiénicas-sanitarias en pacientes con úlceras gastroduodenales por *Helicobacter pylori*.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo y prospectivo de corte transversal a 908 pacientes con diagnóstico de úlcera péptica y positiva al test rápido de ureasa, en el período comprendido desde enero de 2007 hasta diciembre de 2008, en el Centro de Diagnóstico Integral del municipio «Rafael Urdaneta», estado Miranda, República Bolivariana de Venezuela.

Resultados: predominaron los pacientes que mantenían una higiene alimentaria inadecuada; los que no hervían el agua para tomar; y los que compartían los cubiertos sin previo lavado, elementos que pueden favorecer la infección por *Helicobacter pylori*.

Conclusiones: hay estrecha relación entre la infección por *Helicobacter pylori* y el hábito higiénico, siendo más frecuente en los pacientes con hábito higiénico inadecuado.

Palabras claves: *Helicobacter pylori*, malos hábitos higiénicos, factor de riesgo.

ABSTRACT

Introduction: the present infection caused by *Helicobacter pylori* is the most spread chronic infection in the human species, which could also appear as functional or organic dyspeptic syndrome, gastritis, gastroduodenal ulcer and subjective symptoms of gastric cancer. Several epidemiological studies reveal that practically 95% of cases are associated to duodenal ulcer and *H.pylori* infection.

Objective: to describe the behavior of some hygienic-sanitary variables in patients suffering *H.pylori* gastroduodenal ulcers.

Methods: a prospective cross-sectional and descriptive study was conducted in 908 patients diagnosed with peptic ulcer after positive rapid urease test in the period of January 2007 through December 2008 at the Integral Diagnosis Center of "Rafael Urdaneta" municipality in Miranda state, Bolivarian Republic of Venezuela.

Results: the patients who exhibited poor food hygiene, who did not boil drinking water and who shared unwashed cutlery prevailed. Those elements may favor *H.pylori* infection.

Conclusions: close association between *H. pylori* infection and hygienic habits was found, being more frequent in patients with bad hygienic habits.

Keywords: *Helicobacter pylori*, bad hygienic habits, risk factors.

INTRODUCCIÓN

Actualmente la infección por *Helicobacter pylori* (HP) constituye la infección crónica más extensamente difundida en la especie humana, teniendo una frecuencia de oscilación que afecta entre un 20-50 % de la población mundial. En el caso de los países desarrollados esta frecuencia oscila entre el 20-40 %, mientras que en los países en vías de desarrollo fluctúa entre el 70-90 %.¹⁻³

Estas diferencias se relacionan con los niveles de saneamiento ambiental, hacinamiento y nivel socio-económico de cada país, principales factores de riesgo determinantes para contraer la infección. Ocurre principalmente en la infancia y es rara en el adulto, su transmisión parece producirse principalmente de persona a persona, y no se ha determinado actualmente un reservorio ambiental.^{4,5}

En los países en vías de desarrollo la prevalencia de infección es alta, llegando a alcanzar el 90 % y casi la totalidad de la infección es adquirida antes de los 10 años, mientras que en los países desarrollados esta prevalencia es menor y oscila entre 25 y 50 %.³

En los países desarrollados la prevalencia se incrementa con la edad, presentándose como promedio un 35 % en las edades comprendidas entre 25-34 años y un 62 % entre los 55 y 64 años de edad,⁴ sin embargo, en los países en vías de desarrollo este patrón no se cumple y la tasa de infección infantil es muy elevada e inversamente proporcional a las condiciones socio-económicas, llegando hasta un 80 % en algunos de estos países.⁶⁻⁷

La prevalencia de la infección por HP aumenta con la edad en todas las poblaciones estudiadas. Uno de los rasgos más significativos de la infección en el mundo es la diferencia en la aparición de la infección en los niños de países desarrollados con respecto a los niños de países en vías de desarrollo. En el mundo desarrollado la infección no es frecuente en la infancia y toma importancia en la vida adulta.

Esta bacteria coloniza exclusivamente la superficie apical del epitelio gástrico, desencadenando una respuesta inmune inflamatoria local de intensidad y extensión variable. La infección generalmente es asintomática, puede cursar como síndrome dispéptico funcional u orgánico, gastritis, úlcera gastroduodenal y con síntomas subjetivos de cáncer gástrico.⁸

Diferentes estudios epidemiológicos cifran prácticamente en el 95 % de los casos la asociación entre úlcera duodenal e infección por HP. En la localización gástrica tales cifras sobrepasan el 70 % (incluso alcanzan el 100 % en algún estudio reciente).^{1,3,4}

Al ser HP una de las bacterias patógenas más comunes en el ser humano, nos hacemos la siguiente pregunta, ¿Cómo será el comportamiento de las condiciones higiénicas en los pacientes con úlcera péptica gastroduodenal positivo al test de ureasa para detectar presencia de *Helicobacter pylori*, en el municipio «Rafael Urdaneta» del estado Miranda, en Venezuela?, y con estos resultados podremos actuar, de forma tal que nos permita trazar estrategias futuras de prevención individual, familiar y comunitaria para enfrentar esta enfermedad y eliminar la bacteria.

El objetivo de esta investigación es describir el comportamiento de algunas variables higiénico-sanitarias en pacientes con diagnóstico de úlcera gastroduodenal por *Helicobacter pylori*.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo de corte transversal, con los pacientes que asistieron al Centro de Diagnóstico Integral (CDI) del municipio «Rafael Urdaneta», estado Miranda, República Bolivariana de Venezuela, en el período comprendido desde enero de 2007 hasta diciembre de 2008.

La muestra de estudio quedó constituida por 908 pacientes con diagnóstico endoscópico de úlcera péptica gastroduodenal y positivo al test de ureas (específico para determinar presencia del *Helicobacter pylori*).

Se aplicó un cuestionario a la muestra seleccionada en la consulta del departamento de endoscopia superior del CDI. Dicho cuestionario fue elaborado por los propios autores, discutido y avalado por el comité de expertos compuesto por especialistas en Epidemiología del municipio Urdaneta y del estado de Miranda, en la República Bolivariana de Venezuela.

En dicho instrumento se recogieron los siguientes datos que se utilizaron como variables de estudio.

- Higiene de los alimentos: adecuada e inadecuada.

Se consideró adecuado, si usaba agua hervida, filtrada, potable, o de chorro; si se lavaba las manos antes de preparar los alimentos y luego de ir al baño; si no compartía los cubiertos y los platos sin previo lavado de los mismos; y si como máximo solo una vez al mes consumía alimentos preparados fuera del hogar.

Se consideró inadecuado cuando no cumplía con al menos uno de los criterios antes señalados como adecuados.

- Disposición de las excretas: adecuada e inadecuada

Se consideró adecuada si tenía servicio de aguas servidas y se consideró inadecuada si no tenían servicio sanitario en el hogar o cualquier estado que no fuera la forma adecuada.

- Condiciones higiénicas: adecuada e inadecuada.

Se consideró adecuado, al presentar una evaluación de adecuada en la higiene de los alimentos y una evaluación de adecuada en la disposición de las excretas. Consideramos inadecuado al no cumplir las condiciones anteriores.

Se utilizó un lenguaje sencillo y claro para preguntar. En todo momento se le comunicó a la persona encuestada sobre la realización del estudio. Se notificó por escrito a los pacientes informándole de la investigación que se le realizaba, además de aplicarle el instrumento de recolección de datos (cuestionario) y se obtuvo su consentimiento para llevar a cabo el mismo, lo cual fue indispensable para garantizar la relación médico-paciente.

Los datos que se obtuvieron se analizaron y presentaron en tablas estadísticas utilizando porcentos y números enteros.

RESULTADOS

Al analizar la tabla 1 vemos que 715 de los pacientes encuestados (78,74 %) refirieron tener una higiene alimentaria inadecuada, y en la disposición de las excretas prevaleció el grupo adecuado con un 66,41 %.

Tabla 1. Condiciones higiénicas sanitarias en cuanto a higiene alimentaria y disposición de las excretas

Condiciones Higiénicas	Higiene Alimentaria		Disposición de las Excretas	
	No.	%	No.	%
Adecuada	193	21,26	603	66,41
Inadecuada	715	78,74	305	33,59
TOTAL	908	100	908	100

En relación a las condiciones del agua de consumo (tabla 2), se observa que los grupos que no hierven el agua son más que el grupo que la hierve, siendo solamente un 5,72 %.

Tabla 2. Condiciones del agua de consumo

Agua de consumo	No.	%
Agua hervida	52	5,72
Agua Filtrada	205	22,57
Agua almacenada	67	7,37
Agua del chorro	584	64,31
Total	908	100

En cuanto a la forma de manipular los alimentos (tabla 3), predominaron los pacientes que lavan los vegetales, con 80,50 %, y los que comparten los cubiertos sin previo lavado (67,07 %).

Tabla 3. Forma de manipulación de alimentos

Forma de manipulación de los alimentos	Si	%	No	%	Total	%
Comparten utensilios de cocina sin previo lavado	609	67,07	299	32,92	908	100
Lavan los vegetales	177	19,49	731	80,50	908	100
Alimentos preparados fuera de la casa	551	60,68	357	39,31	908	100

En la tabla 4 se observa la disposición de las excretas donde el 81,80 % de los pacientes refieren el lavado de mano después de defecar y el 83,37 % refieren defecar en tasas de baño.

Tabla 4. Disposiciones de las excretas

Disposición de las excretas	Si	%	No	%	Total	%
Lava las manos después de defecar	741	81,60	167	18,39	908	100
Defeca en tasa de baño	757	83,37	151	16,62	908	100
Defeca en letrina	105	11,56	803	88,43	908	100
Defeca en alrededores de la casa	35	3,85	873	96,14	908	100

DISCUSIÓN

Las condiciones socioeconómicas e higiénicas así como las características ambientales y genéticas de la población son factores determinantes en la adquisición de la infección por *Helicobacter pylori*. Acerca de las vías de transmisión, existe aún incertidumbre, pero hay evidencias que indican como posibles fuentes de transmisión: el agua, los gatos domésticos y recientemente se ha reportado la mosca doméstica como potencial vector y reservorio.⁹ Otros estudios¹⁰ coinciden en cuanto a la procedencia de los pacientes, se ha establecido

que el mayor factor de riesgo lo constituye la clase socioeconómica, es decir, de clase baja, ya sea que provengan de áreas rurales o urbanas. En Venezuela ¹¹ se mostró una prevalencia de infección elevada, tomando en cuenta además que son pacientes residentes de la zona Metropolitana de Caracas, que asistían a consultas privadas y que pertenecen a un buen nivel socioeconómico donde las condiciones sanitarias, higiénicas y ambientales no son un problema. De forma general en Venezuela existe una alta prevalencia de infección por *Helicobacter pylori*, estudios anteriores de nuestro grupo de investigación han evidenciado un 66 % de seroprevalencia en poblaciones infantiles de bajo nivel socioeconómico y variaciones de 40 a 90 % en adultos de diferentes estados del país.

En un estudio poblacional en Chile,¹² recientemente finalizado, se determinó la seropositividad para HP en 1 815 niños y jóvenes de Santiago y Punta Arenas. A los 5 años de edad, el 50 % del grupo socioeconómico bajo y el 18 % del grupo más alto estaban ya infectados. Entre los 25 y 35 años, la prevalencia alcanzó el 70 % en los grupos socioeconómicos bajo y medio y 40 % en el grupo socioeconómico más alto.

Además coincide con estos resultados donde el 82 % de 37 adultos asintomáticos con endoscopia normal eran portadores de *Helicobacter Pylori* en la mucosa gástrica antral y todos presentaban hábitos higiénicos malos con mala manipulación de aguas blancas y negras,⁹ al igual que otras investigaciones donde se presentó una alta prevalencia de infección por HP en población asintomática con condiciones higiénicas desfavorables.¹³

La relación demostrada en una población peruana⁹ entre el riesgo de infección y la fuente de origen del agua para beber, el reciente aislamiento de *Helicobacter Pylori* en deposiciones, la aglomeración intrafamiliar y la aparente correlación demostrada en una población peruana, entre el riesgo de infección y el consumo de vegetales y mariscos crudos,⁹ sugieren fuertemente una vía de transmisión fecal-oral.

En cuanto a los factores relacionados con la edad, la asociación con el consumo de agua ha sido propuesta en la búsqueda de las posibles vías de transmisión dentro de este contexto, y sugiere que el *Helicobacter pylori* está presente en heces de niños en áreas endémicas, aumentando así la posibilidad de contaminación fecal de aguas y alimentos que pudieran servir como vehículos para la transmisión de este germen,^{9,12} en vista de ello Hopkins et al.¹³ evaluó aspectos como hábito alimenticio e ingesta de agua.

En relación al origen de los alimentos, se encontró que aquellos pacientes que ingerían alimentos preparados en casa, exhibieron un menor porcentaje de positividad en comparación con aquellos que ingerían alimentos en la calle,¹³ sin embargo, en la presente investigación no se encontró relación alguna entre estas dos variables.

Las condiciones socioeconómicas e higiénicas, así como las características ambientales y genéticas de la población, son factores determinantes en la adquisición de la infección, se ha establecido que el mayor factor de riesgo lo constituye la clase socioeconómica, es decir, los que son de clase baja, provengan de áreas rurales o urbanas, tienen mayor riesgo de sufrir de esta infección.^{14,15}

La bacteria *Helicobacter pylori* ha sido cultivada a partir de heces humanas y de saliva, aunque su hallazgo en heces ha sido cuestionado ya que los escasos estudios que lo han documentado no han sido del todo convincentes y la forma cocoide cultivada no se considera infectante, por lo que la vía fecal-oral es menos aceptada que la vía oral-oral o gastro-oral como posibles vías de transmisión.

CONCLUSIONES

Existe una estrecha relación entre la infección por *Helicobacter pylori* y el hábito higiénico, siendo más frecuente en los pacientes con hábito higiénico inadecuado.

RECOMENDACIONES

Crear conciencia en la población para que adquiera buenos hábitos higiénico-sanitarios, es tarea primordial para el personal de la salud, especialmente el que labora en la Atención Primaria de Salud. Además se deben invertir recursos para estimular la realización de investigaciones que permitan tener información más amplia de la incidencia y prevalencia de las diferentes patologías que afectan el Tracto Digestivo Superior, particularmente en este sector de la población venezolana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dunt BE, Cohen H, Blaser MJ. *Helicobacter pylori*. Clin Microbiol Rev 2006; 10:720-741.
2. Green DW, Gomez G, Greeley GH. Gastrointestinal peptides. Gastroenterol Clin North Am 2005; 18:695-733.
3. Graham DY, Adam E, Klein PD. Epidemiology of *Campylobacter pylori* infection. Gastroenterol Clin Biol 2004; 13:84B-89B.
4. Graham DY. *Campylobacter pylori* and peptic ulcer disease. Gastroenterology 2004; 96:615-25.
5. Buck GE, Gourley WK, Lee WK, Subramanyam K, Latimer JM, DiNuzzo AR. Relation of *Campylobacter pyloridis* to gastritis and peptic ulcer. J Infect Dis .2004; 153:664-9.
6. Chose C, Jerez-Pérez G, van Doorn LJ, Domínguez-Bello MG, Blaser MJ. High Frequency of Gastric colonization with multiple *Helicobacter pylori* Strains in Venezuela Subjects. J Clin Microb: 2005; 43(6): 2635-2641.
7. NIH Consensus Conference, *Helicobacter pylori* in peptic ulcer disease. NHI Consensus Development Panel on *Helicobacter pylori* in peptic ulcer disease. JAMA. 2004; 272:65-69.
8. Kuipers EJ. *Helicobacter pylori* and the risk and management of associated diseases: gastritis, ulcer disease, atrophic gastritis and gastric cancer. Aliment Pharmacol Ther. 2004; 11(suppl 1):71-88.
9. Hopkins RJ, Vial PA, Ferreccio C, Ovalle J, Prado P, Sotomayor V, Russell RG, Wasserman SS, Glenn Morris J. Seroprevalence of *Helicobacter pylori* in Chile: Vegetables May Serve as One Route of Transmission. J Infect Dis 2006; 168: 22-226.

10. Drumm B, Perez-Perez GI, Blaser MJ, Shermann PM. Intrafamilial clustering of *Helicobacter pylori* infection. *N Engl J Med*. 2005; 322:359-362.
11. González G, Sealey M, Viscaya L, Casanova G. Patologías gastroduodenales asociadas a la infección por *Helicobacter pylori*. IX Congreso Venezolano de Bioanálisis. XI Jornadas Científicas de la Sociedad de Bioanalistas Especialistas, 2005; 20.
12. Thomas JE, Gibson G, Darboe MK, Dale A, Weaver LT. Isolation of *Helicobacter pylori* from human feces. *Lancet* 2005; 340:1194-1195.
13. Klein PD, Graham DY, Gaillour A, Opekun AR, Smith EO. Water source as risk factor for *Helicobacter pylori* infection in Peruvian Children. *Lancet* .2005; 337:1503.
14. Figueroa G, Acuña R, Jashes M, Troncoso M, Toledo MS, Arellano L. Respuesta de Anticuerpos IgG en pacientes colonizados por *Helicobacter pylori*. *Rev Med Chile* .2005; 118:1195-1200.
15. González G, Sealey M, Viscaya L, Casanova G. Infección por *Helicobacter pylori* en pacientes y donantes de sangre. IX Congreso Venezolano de Bioanálisis. XI Jornadas Científicas de la Sociedad de Bioanalistas Especialistas, 2005; 19.

Recibido: 14 de julio de 2013.

Aprobado: 2 de octubre de 2013.

MSc. *Javier Jesús Suárez Rivera*. Especialista de 1er. Grado de Medicina General Integral y Coloproctología. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico "Julio Trigo". La Habana, Cuba. javierrivera@infomed.sld.cu