

11227
29.12



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios Superiores
Hospital Regional 20 de Noviembre

Aspectos Epidemiológicos de la Enfermedad Acidopéptica en la Consulta Externa de un Servicio de Gastroenterología.

TESIS DE POSTGRADO:

Que para obtener el Título de:

MEDICO INTERNISTA

Presenta:

Dr. Manuel Alberto Barrera Hinojosa

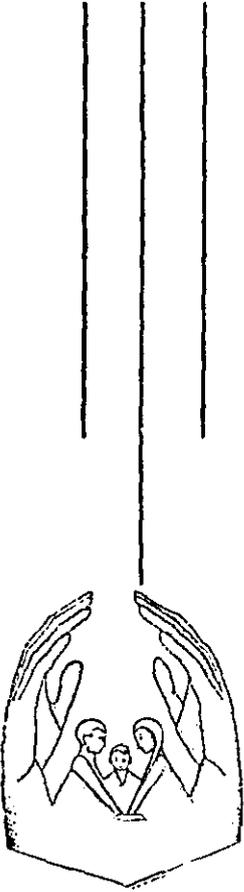
Asesor:

DR. JOEL RODRIGUEZ SALDAÑA

México, D. F.

1988.

FALLA DE OPIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

T E M A R I O :

	PAGINA
I. INTRODUCCION	1
II. MATERIAL Y METODOS	7
III. RESULTADOS	8
IV. DISCUSION	13
V. CONCLUSIONES	15
VI. BIBLIOGRAFIA	16

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DE LA ENFERMEDAD ACIDOPÉPTICA EN LA CONSULTA EXTERNA DE UN SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA.

INTRODUCCION.

La enfermedad acidopéptica es un padecimiento importante, puede esperarse que alrededor del 10% de la población desarrolle esta enfermedad durante su vida; esto conlleva a enormes pérdidas económicas en términos de dinero utilizado para gastos de la salud y ausentismo. Dentro del término "enfermedad acidopéptica", se incluyen varios síndromes y lesiones del aparato digestivo; para simplificar su clasificación se pueden dividir en: enfermedad ulcerosa (esofágica, gástrica, duodenal) y no ulcerosa (erosiva, no erosiva, específica).

La epidemiología primariamente identifica grupos de población con rangos altos o bajos de la enfermedad para determinar la causa de ésta. En el caso de la enfermedad acidopéptica, por tratarse de un padecimiento crónico, es difícil establecer rangos relativos de la enfermedad, y por consecuencia, el conocimiento de la etiología es limitado. El diagnóstico de enfermedad ulcerosa puede hacerse por endoscopia, rayos X o con base en la sintomatología. Este último es el procedimiento menos indicado por ser más inexacto y el primero el más seguro. La aparición de la enfermedad depende del modo de detección, el período revisado y los cuidados aplicados para distinguir entre úlceras gástricas y duodenales; otro problema es que la información que aparece en la literatura a menudo es imprecisa. Por ejemplo, se ha informado que los hombres tienen una incidencia dos veces mayor de úlceras que las mujeres; sin embargo, las mujeres informan cifras más elevadas de prevalencia cuando son entrevistadas en su domicilio, y los hombres en cambio, tienen tasas más altas de hospitalización y mortalidad; a partir de -

1968, la literatura informa que la prevalencia de hospitalizaciones y mortalidad por enfermedad acidopéptica es de 1 y 1.3% respectivamente.

La prevalencia de la enfermedad ha sido estudiada en Finlandia por ejemplo, donde se efectuaron endoscopias a un grupo de controles aparentemente sanos, que participaron en un estudio de carcinoma gástrico y se informaron los siguientes datos:

ULCERA GASTRICA ACTIVA	0.28 %
ULCERA DUODENAL ACTIVA	1.40 %
TOTAL DE ULCERAS ACTIVAS	1.68 %
CICATRIZADAS Y OPERADAS	4.20 %
PREVALENCIA DURANTE TODA LA VIDA	5.88 %

La relación de úlcera duodenal con úlcera gástrica es de 5:1, lo que es comparable a la relación de 4:1 encontrada en otros estudios.

En un estudio de incidencia de úlcera péptica llevado a cabo en Dinamarca por Bonnevie, se encontró que la incidencia anual para úlcera duodenal fue de 0.13% para úlcera gástrica de 0.03% y para el diagnóstico de ambas, de 0.02%. En el caso de la úlcera gástrica, ocurrió un gran aumento de la incidencia solamente por arriba de los 40 años; para los hombres, la incidencia fue mayor para aquellos de 60 a 64 años de edad, mientras que en las mujeres aumentó en proporción directa con la edad. En los Estados Unidos de Norteamérica, los datos obtenidos en la encuesta llevada a cabo por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud, mostró una incidencia anual de úlcera péptica de 0.29% en 1975 (no se informó la incidencia de úlceras gástricas y duodenales por separado). Basándose en estas

cifras, puede esperarse que ocurran cerca de 350,000 casos nuevos de úlcera péptica por año en dicho país. Las tasas de hospitalización por úlcera péptica como primer diagnóstico en los Estados Unidos de Norteamérica, han disminuido progresivamente, de 25.2 por 10,000 habitantes en 1965 a 16.5 por 10,000 en 1981. Esto se debe sobre todo, a una disminución en la hospitalización de casos no complicados. Las tasas de mortalidad han disminuido, tanto para úlcera duodenal como para úlcera gástrica; en 1962 se calculaba que para la primera era de 3.5 por 100,000 habitantes y para la segunda de 3.1 por 100,000 habitantes; en 1979 fue de 1.1 por 100,000 habitantes y de 0.9 por 100,000 respectivamente.

En la actualidad se informa un número mayor de muertes por úlcera péptica relacionadas contribuyentes, más que como causas de fondo. Es importante hacer notar que la mortalidad por todas las causas ha disminuido aproximadamente un 30% desde 1950, lo que indica que el descenso en la mortalidad por úlcera péptica puede estar influenciado por factores generales tales como cambios en el estilo de vida que pueden haber afectado más de una enfermedad.

Se ha tratado de correlacionar la aparición de úlcera péptica con variaciones estacionales; sin embargo, los resultados que se han obtenido han sido divergentes y no se pueden sacar conclusiones al respecto. Así mismo, se han relacionado factores ambientales con el desarrollo de úlcera péptica, entre los que se encuentran el tabaquismo. Algunos autores mencionan que los fumadores tienen un riesgo dos veces mayor de padecer úlcera péptica que los no fumadores, y que además tienen una proporción más alta de recaídas. La nicotina se ha relacionado con una disminución en la presión del esfínter pilórico y por lo tanto, permite el reflujo del contenido duodenal al estómago.

Esto puede ser importante en el desarrollo de úlceras gástricas ya que la bilis y la lisolecitina dañan la barrera de la mucosa gástrica y también disminuyen la secreción de bicarbonato pancreático. De los medicamentos utilizados, sólo se ha podido establecer en dos estudios que se relacionen con aumento en la incidencia de úlcera péptica: corticoesteroides y analgésicos (aspirina, acetaminofen y dextroproxifeno); otros antiinflamatorios no esteroideos a menudo utilizados no han sido sometidos a estudios adecuados para determinar si son ulcerogénicos (indometacina, naproxen, ibuprofen, fenprofen y fenilbutazona). Otros factores relacionados con la presencia de úlcera péptica son el alcohol y la cafeína; sin embargo, los datos que apoyan esta afirmación no se han demostrado en el caso del alcohol y son controvertidos en el caso del café.

Además se considera que los episodios de ansiedad y tensión emocional precipitan el desarrollo de úlcera péptica. Sin embargo, los estudios llevados a cabo son contradictorios y las observaciones se han hecho en pequeños grupos de pacientes. La mayor parte de los estudios no han encontrado una relación entre los episodios de estrés en la vida y la aparición de enfermedad subsecuente. En resumen los datos de que la tensión emocional tenga un papel etiológico en la enfermedad ulcerosa péptica son escasos con respecto a los factores genéticos, la úlcera péptica, como en la mayor parte de enfermedades crónicas, se desarrolla como resultado de la interacción de un componente genético con factores ambientales. Los estudios en familias han demostrado que la úlcera péptica ocurre de 2 a 21 veces más a menudo en familiares de primer grado de pacientes con úlcera péptica. Otro dato a favor de los factores genéticos es el hecho de que aquellos sujetos con grupo sanguíneo O, tienen un 37% más de probabilidades de desarrollar úlcera duodenal que los sujetos con otros grupos sanguíneos.

CONTROVERSIAS EN EL TRATAMIENTO DE LA ÚLCERA PEPTICA.

La dieta para los pacientes con úlcera péptica está basada más en la impresión y los prejuicios que en los hechos y la poca evidencia con que se cuenta indica que las dietas blandas son ineficaces. Algunos investigadores han sugerido recientemente que las dietas aceptadas durante mucho tiempo han sido incorrectas. En un estudio realizado se instruyó a un grupo de pacientes crónicamente dispépticos a llevar una dieta blanda o una dieta con restricción de carbohidratos. Al cabo de tres meses de aquellos sujetos que recibieron una dieta baja en carbohidratos, el 68% informaron mejoría en sus síntomas y en cambio de los que recibieron la dieta blanda, sólo el 5% informaron mejoría.

Se llevó a cabo otro estudio que demostró que los pacientes que recibían una dieta alta en fibra experimentaron menos recurrencias que aquellos que recibieron una dieta baja en éstas. En este estudio, la mejoría se confirmó por un endoscopista experimentado que no conocía el tipo de dieta que recibía cada paciente.

Los medicamentos utilizados en el tratamiento a largo plazo de la úlcera péptica se han relacionado con algunos efectos colaterales que también deben ser tomados en cuenta ya que este padecimiento tiende a presentar recaídas que pueden ocurrir en forma repetida durante la vida de los pacientes. En algunos pacientes con úlcera, la recaída ocasiona hemorragias en un tercio de los individuos afectados y perforación en 10%, por lo tanto, el tratamiento de la enfermedad acidopéptica debe prevenir la aparición de recaídas. Algunos autores mencionan que el tratamiento de las úlceras con cimetidina y ranitidina mantiene las úlceras en remisión, mientras que el tratamiento con sucralfato las puede mantener curadas. Aún cuando los medicamentos se

administren en forma continua por 5 años o más, los que se utilizan en la actualidad parece que no alteran la tendencia de las úlceras a recaer. Se ha propuesto la hipótesis de que los medicamentos que inhiben la secreción gástrica pueden causar cáncer de estómago; sin embargo; ésto no se ha podido confirmar en el caso de la cimetidina ni de la ranitidina. - Tomando en cuenta los efectos colaterales del tratamiento por vía oral, se han propuesto alternativas, que sin embargo, no son satisfactorias: cirugía gástrica (también se ha relacionado con cáncer), antiácidos (a largo plazo producen defectos óseos, los niveles altos de aluminio se han relacionado con enfermedad de Alzheimer) y prostaglandinas, las cuales hasta el momento no se han utilizado ampliamente como para valorar los efectos colaterales de éstas a largo plazo.

En resumen, las consecuencias laborales de la enfermedad ulcero-rosa afectan la productividad y ocasionan una erogación directa en los E.U. de 1,200 millones de dólares e indirectas de 1,500.

Por los datos comentados anteriormente, resulta interesante analizar éstos problemas desde nuestra perspectiva, por lo que se ha realizado el siguiente estudio epidemiológico.

MATERIAL Y METODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes atendidos en la Consulta Externa del Servicio de Gastroenterología, enviados por los Servicios de Urgencias, Hospitalización, Clínicas de Medicina General o presentados por interconsultas.

En cada uno de los casos se recabaron datos generales (edad, sexo, número de consultas), antecedentes de interés (síndrome acidopéptico, considerado como la coexistencia de dolor abdominal, trastornos digestivos como llenura o retardo del vaciamiento gástrico, agruras, eructos, hipo), ingestión de fármacos o alcoholismo. Además se investigó el síntoma predominante el tiempo de evolución y el número de recaídas; en cuanto a los resultados endoscópicos, se anotaron número de éstos, lesiones concomitantes y localización de cada una. Finalmente, se investigó la respuesta de los pacientes con cada esquema terapéutico y la relación de éstos con la evolución.

Grupo estudiado: los últimos 100 pacientes consecutivos, revueltos en la consulta externa de Gastroenterología de mayo de 1985 a mayo de 1986, con el diagnóstico de enfermedad acidopéptica y sus complicaciones.

RESULTADOS:

NUMERO DE PACIENTES	100
HOMBRES	59
MUJERES	41
X DE EDAD	58.04 AÑOS

De los 100 pacientes revisados, 86 fueron inicialmente revisados en la consulta externa y 13 en el Servicio de Urgencias, el promedio de consultas otorgadas fue 6.19. Se encontró antecedente de síndrome acidopéptico en 61 pacientes, de los cuales 42 manifestaron tener evolución prolongada y 19 refirieron episodios únicos o esporádicos; 58 pacientes refirieron antecedente de alcoholismo, 50 de ellos en forma moderada u ocasional y 8 con alcoholismo intenso; 42 pacientes tuvieron antecedente de ingesta de fármacos, 21 con ingesta crónica de antiinflamatorios no esteroides, 3 ingesta crónica de corticosteroides y 2 con ingesta de ácido acetilsalicílico. La sintomatología referida se presenta en la tabla 1.

TABLA 1

RELACION DEL SINTOMA PRINCIPAL DE INICIO EN ORDEN DE FRECUENCIA

DOLOR ABDOMINAL	42	PACIENTES*
HEMORRAGIA DE APARATO DIGESTIVO	34	
SINDROME ACIDOPEPTICO	12	
ANEMIA	6	
DISTENSION ABDOMINAL	2	
MELENA	1	
VOMITO	1	
DISFAGIA	1	
PERDIDA DE PESO	1	

- * Generalizado 24
- Epigástrico 17
- Hipocondrio derecho 1.

El tiempo de evolución fue referido de años por 59 pacientes, de meses por 39 y 2 pacientes tuvieron una evolución de días solamente. De los 59 pacientes que refirieron evolución de años se especifican en la tabla 2.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TABLA 2

PACIENTES CON EVOLUCION PROLONGADA (EN AÑOS).

1 a 5	36 PACIENTES
6 a 10	9
11 a 15	5
15 a 20	4
20 a 30	3
31 o más	<u>2</u>
T O T A L:	59 PACIENTES

De los 100 pacientes revisados 48 no presentaron recaídas, de los 52 restantes en 36 se comprobó la recaída clínica y radiológica o endoscópicamente, en 15 pacientes se consideró probable por sospecha clínica sin haberse efectuado comprobación radiológica o endoscópica simultánea, y en un paciente no fue interrogado este dato.

Los resultados endoscópicos demostraron en 12 casos una sola lesión y en 88 dos o más lesiones. Tabla 3.

El tratamiento instituido fue dieta en 81 pacientes, antiácidos en 76, cimetidina en 62, metoclopramida 34, ranitidina 4, proglaglandinas 1, operados 1. La evolución y respuesta terapéutica fue la siguiente: asintomáticos 12, con mejoría 62, con sin tomatología persistente 13, abandonaron el servicio 7, defunciones 4, pendientes de nueva revisión 2. Las defunciones estuvieron relacionadas dos directamente con choque hipovolémico, una con hemorragia por várices esofágicas y una con encefalopatía portosistémica y carcinomatosis. Tabla 4.

TABLA 3.

RESULTADOS ENDOSCOPICOS.

LESIONES ESOFAGICAS.

HERNIA HIATAL	57
ESOFAGITIS PEPTICA	50
REFLUJO GASTROESOFAGICO	14
VARICES ESOFAGICAS	8
ESOFAGO CORTO	4
ULCERA ESOFAGICA	2
MALLORY WEISS	1
DIVERTICULO	1

LESIONES GASTRICAS.

NO EXCAVADAS (MACROSCOPICAMENTE)	
GASTRITIS EROSIVA SUPERFICIAL	65 CASOS
GASTRITIS ATROFICA	24
GASTRITIS HIPERTROPICA	7

TABLA 3

LESIONES GASTRICAS

REFLUJO GASTROBILIAR	5
PLIEGUES ENGROSADOS	2
ANASTOMOSIS QUIRURGICAS	2
PILORITIS	1
EXCAVADAS :	
ULCERA GASTRICA	38 CASOS
FONDO, CUERPO, ANTRO	21
PREPILORICA	14
PILORICA	3

LESIONES DUODENALES

NO EXCAVADAS (MACROSCOPICAMENTE)	
DUODENITIS	17 CASOS
BULBITIS	13
POLIPOS	1
EXCAVADAS :	
ULCERA DUODENAL	19

TABLA 4

EVOLUCION Y RESPUESTA TERAPEUTICA

	No. DE PACIENTES	ASINTO- MATICOS	CON MEJORIA	CON SINTO- MATOLOGIA PERSISTENTE	ABANDONA- RON EL SERVICIO	DEFUN- CIONES	PENDIENTES DE REVISION
DIETA SOLA	3	1	1			1	
DIETA, ANTIACIDOS, Cimetidina y METO- CLOPRAMIDA	17	2	12	2	1		
DIETA, Cimetidina Y OTROS	2	2					
DIETA, ANTIACIDOS Y Cimetidina	23	4	14	3		1	1
DIETA Y ANTIACIDOS	15	1	9	3	1		
Cimetidina Y OTROS	1		1				
DIETA Y OTROS	4		3			1	
Cimetidina	1				1		
METOCLOPRAMIDA	1				1		
ANTIACIDOS, Cimetidina Y METOCLOPRAMIDA	2		2				
DIETA, ANTIACIDOS, METOCLOPRAMIDA U OTROS	13	2	7	3	1		
DIETA Y Cimetidina	7		5	1	1		
SIN TRATAMIENTO	11		8	1	1	1	

DISCUSION.

La proporción de hombres a mujeres que se encontró en este estudio es de 1.5:1, lo cual es similar a la proporción encontrada por otros autores en años recientes; anteriormente la proporción era de 2:1 en los Estados Unidos de Norteamérica, sin embargo, no tenemos estadísticas nacionales para compararlas. Se ha propuesto que la disminución en la proporción hombres-mujeres, se debe a un descenso en casos recientemente detectados en población masculina y a un incremento real en la prevalencia de enfermedad acidopéptica en mujeres, debida a un incremento en la incidencia y a un incremento en la duración de la enfermedad, ya que el riesgo de desarrollar este padecimiento se incrementa con la edad, y el promedio de vida de las mujeres ha aumentado.

La proporción de úlceras gástricas a duodenales es de 2:1, a diferencia del reporte de la literatura que la relación es inversa, reportando el promedio de 1:4, ésto es debido probablemente a la selección de pacientes que son enviados a esta Unidad.

La evolución de la enfermedad en este estudio fue referida de varios años en 59 pacientes, lo cual es importante considerarlo ya que este padecimiento tiene dos características clínicas muy significativas, la tendencia a recaer y que pueden aparecer recaídas durante muchos años, quizá durante toda la vida de algunos pacientes; esto debe ser tomado en cuenta para el manejo de los pacientes a largo plazo, ya que hasta el momento actual no hay medicamentos que mantengan curados a los pacientes y que prevengan recaídas. Sin embargo, en el grupo de enfermos estudiados el 74% evolucionaron a la mejoría inicialmente, presentando posteriormente recaída el 51%.

Se sospecha que hay muchos factores ambientales que tienen relación con el desarrollo de enfermedad acidopéptica, entre los que se incluyen el uso de fármacos, este dato fue positivo en 42 pacientes del presente estudio, y el uso de alcohol, que a pesar del reporte en la bibliografía que éste no tiene relación, se encontró este antecedente en 50 pacientes.

CONCLUSIONES.

- 1.- La proporción de hombres a mujeres fue similar, 59% hombres y 41 % mujeres.
- 2.- La proporción de úlceras gástricas a duodenales fue de 2:1.
- 3.- El principal síntoma que motivó la consulta fue dolor abdominal.
- 4.- El 59 % de los pacientes con enfermedad acidopéptica tenían evolución previa de varios años .
- 5.- El estudio endoscópico reportó dos o más lesiones en el 88% de casos.
- 6.- El 74% de los pacientes evolucionaron con el tratamiento instituido a la mejoría clínica, en forma global.
- 7.- Es conveniente hacer estudios más amplios en población abierta para hacer estimación de prevalencia en la población general.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Soll A.H., Isenberg J.I. Duodenal Ulcer Diseases. Gastrointestinal disease. Sleisenger y Fordtran (eds). 1983, 625-64.
- 2.- Kurata J.H., Haile B.M. Epidemiology of peptic ulcer disease. Peptic Ulcer Disease, Clin. in Gastroenterology, 1984; 13 (2): 289-307.
- 3.- Kurata J.H., Haile B.M., Elashoff J.D. Sex Differences in Peptic Ulcer Disease. Gastroenterology 1985; 88: 96-100.
- 4.- Wormsley K.G. Assessing the safety of drugs for the long-term treatment of peptic ulcers. Gut, 1984, 25, 1416-1423.
- 5.- Aspirin Myocardial Infarction Study Group. A Randomized, controlled trial of aspirin in persons recovered from myocardial infarction. JAMA. 243.661-669. 1980.
- 6.- Elashoff J.D. & Grossman M.I. Trends in Hospital admissions and death rates from peptic ulcer in the United States from 1970-1978. Gastroenterology, 78, 280-285. 1980.
- 7.- Kurata J.H., Honda G.D. & Frankl H. Hospitalization and mortality rates for peptic ulcers: a comparison of a large IFO and US data. Gastroenterology 83, 1008-1016. 1982.
- 8.- Paffenbarger R.S., Wing A. L. & Hyde R.T. Chronic disease in former college students. Am. J. of Epidemiology. 100, 307-315. 1974.