



11227 18
20
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
CENTRO MEDICO "20 DE NOVIEMBRE"
ISSSTE

" TRATAMIENTO COMPARATIVO DE LA ULCERA
GASTRICA CON GEL DE HIDROXIDO DE AL Y Mg
MAS METOCLOPRAMIDA, CONTRA RANITIDINA,
EN UNA POBLACION GERIATRICA "

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

P R E S E N T A :

DRA. MA. GUADALUPE CRUZ LOMELI

ASESOR DE TESIS :

DRA. MAYRA RAMOS GOMEZ



MEXICO, D. F.:

1992



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 está 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.

INDICE

	Pag.
Resumen	
Introducción	1- 9
Material y Métodos	10-11
Resultados	12-14
Tablas	15-22
Discusión	23-24
Conclusiones.	25
Bibliografía	26-27
Cédula de Recolección de datos.	

RESUMEN

En vista de que en los últimos años, tanto a nivel mundial --- como en nuestro país, la población geriátrica se ha incrementado, resulta de vital importancia el conocer las patologías que con ma yor frecuencia aquejan a este grupo en particular.

De los padecimientos gástricos, la úlcera en los ancianos, es una enfermedad que nuevamente ha preocupado a los médicos dado -- que la morbi mortalidad es elevada y por otra parte no existe consenso en cuanto al tratamiento idóneo.

En este estudio se revisaron 26 pacientes mayores de 60 años - con úlcera gástrica activa, comprobada endoscópicamente; se dividieron al azar en dos grupos, cada uno de ellos de 13 pacientes, recibiendo el grupo I tratamiento a base de Ranitidina 300mg al - día en dos dosis y el grupo II Gel de hidróxido de Al y Mg 30cc una y tres horas post prandiales más Metoclopramida 10mg 20 minutos preprandiales; evaluándose la evolución clínica y efectos adversos a la terapéutica a las cuatro y 8 semanas y con control en doscópico al finalizar el tratamiento.

La manifestación clínica predominante en ambos grupos, fue la relacionada a hemorragia de tubo digestivo alto.

El 76.9% del grupo I y el 92.3% del grupo II tenían patologías concomitantes. Así mismo el uso crónico de medicamentos fue un -- hecho frecuente en nuestra población.

Los pacientes que se encontraban recibiendo Ranitidina se tor naron asintomáticos en las primeras semanas de tratamiento. Mientras que los pacientes del grupo II además de persistir sintomá ticos presentaron mayor número de efectos adversos ($p < 0.01$).

En lo que se refiere a curación, considerada ésta como ausen cia de úlcera al finalizar las 8 semanas, ambas modalidades tera péuticas presentaron la misma efectividad.

Consideramos que suprimiendo la Metoclopramida y utilizándose antiácidos más potentes, podrían reducirse los efectos adversos - observados, alcanzándose una mayor efectividad con un costo menor

INTRODUCCION

En una parte considerable de países del mundo, se viene observando que la esperanza de vida al nacer de sus habitantes se prolonga como consecuencia de diversos factores. En México se encuentra alrededor de los 69 años. Es evidente que ésto tiene importancia significativa ya que en 1950 la esperanza de vida era sólo de 49 años.

El grupo etario de más de 65 años, consume una fracción considerable de los recursos destinados a la atención médica en nuestro país.

En la actualidad existen en el país más de cuatro millones de personas de más de 60 años y, consecuentemente, se advierten cambios en las estadísticas en lo que se refiere a las causas de morbi mortalidad.

Es importante subrayar que en países muy desarrollados como -- los Estados Unidos de Norteamérica, dos terceras partes del presupuesto en salud se destina para la atención de 15 millones de habitantes que cuentan con más de 65 años de edad en la actualidad.

La patología del anciano tiene características especiales, que requieren de su conocimiento y de su evaluación para diagnosticar dichos padecimientos en forma adecuada y aplicar las medidas terapéuticas necesarias.

La relevancia de los padecimientos digestivos, se pone de manifiesto al señalar que más del 50% de los pacientes que se atienden por primera vez en la consulta externa del INNSZ, tienen un padecimiento gastrointestinal. (8)

A excepción de algunos estudios referentes a la enfermedad del tracto biliar, la úlcera péptica o la diverticulosis, pocas investigaciones directas han abordado el efecto del envejecimiento sobre la prevalencia e incidencia de las enfermedades digestivas. - El cáncer gástrico, la gastritis crónica y la úlcera péptica son hallazgos frecuentes en el viejo, mientras que las gastritis agudas se observan con mayor frecuencia entre los jóvenes. (8)

La úlcera péptica no había sido considerada generalmente como un problema clínico serio en los pacientes geriátricos, ya que la mayoría de los casos se reportaban entre la tercera y la quinta - décadas de la vida. Sin embargo, estudios clínicos y de necropsia han demostrado una prevalencia igual o mayor de este padecimiento en el viejo con relación a grupos de pacientes jóvenes. Más impor- tantemente, el anciano desarrolla un número desproporcionado de - complicaciones graves y muere como consecuencia de úlcera péptica (15).

Dentro de la etiopatogenia de la úlcera gástrica, se encuentra bien establecido el hecho de que la secreción ácida, no es un fac- tor ineludible dado que la úlcera puede presentarse aún en casos de aclohidria. Más aún, existe un consenso general en cuanto a - que la secreción gástrica de ácido disminuye con la edad. Esta -- disminución se ha calculado en aproximadamente 5mEq por hora por década en el hombre y alrededor de la mitad de este valor en la - mujer. (15)

Considerando lo anterior, se han propuesto un sinnúmero de --- teorías que tratan de explicar la alta incidencia de úlcera gás-- trica en el anciano.

En los pacientes de mayor edad, parece haber una baja en el -- umbral ulcerogénico que pudiera estar relacionada con la baja per-- fusión, la disminución en la capacidad proliferativa del epitelio o ambos.

En los pacientes ancianos, los cambios ateroscleóticos avan-- zados en forma generalizada, disminuyen el flujo sanguíneo y la - función de diversos órganos. Cuando estos cambios ateroscleróti-- cos son prominentes en las estructuras vasculares gástricas se -- producen úlceras que sangran fácilmente. (8, 14)

Por otra parte, en los ancianos existe disminución de la divi-- sión celular epitelial normal, misma que se incrementa con la in-- gesta de antiinflamatorios no esteroideos, lo que aumenta la pre-

valencia de úlcera gástrica en esta población. (8, 11)

En una población determinada de pacientes geriátricos, los --- usuarios de antiinflamatorios no esteroideos fueron cuatro veces más susceptibles de morir por úlcera péptica o hemorragia gastrointestinal alta, en comparación de los pacientes no usuarios de estos fármacos. (7, 18)

El estómago está preparado para defenderse del efecto nocivo que tiene su propia secreción. El que aparezcan o no lesiones pépticas, depende de la presencia de ácido en la luz gástrica y de la capacidad defensiva de la mucosa gástrica frente al mismo.

Por lo común, las drogas que lesionan la mucosa gástrica aumentan la permeabilidad del ácido a través de ella. Es generalmente aceptado que cuando el tejido está sobresaturado de ácido, se produce necrosis y hemorragia. Se ha comprobado que un cierto número de drogas que aumentan la permeabilidad de la mucosa gástrica, -- también producen concomitantemente una disminución de la síntesis o de la calidad del moco, así como inhibición de la síntesis de prostaglandinas. (10, 12)

Otro factor que se ha asociado con la aparición de diversos -- tipos de lesiones gástricas es el *Helicobacter pylori*. La infección del estómago por este agente se ha documentado en pacientes con úlcera gástrica, úlcera duodenal, dispepsia y gastritis; sin embargo muchos millones de personas en Estados Unidos de Norteamérica pueden estar infectadas con este organismo, por lo que el -- rol definitivo de *H. pylori* en estas condiciones es incierto.

La frecuencia de infección por *H. pylori*, es significativamente mayor en pacientes con úlcera (88%) que en los individuos asintomáticos (45%). (5)

Por otra parte, no existe un consenso en cuanto a la predominancia de la enfermedad en relación al sexo. Al parecer en algunas regiones de los Estados Unidos de Norteamérica la relación -- hombre/mujer es 2:1, mientras que en el Reino Unido esta relación

se invierte. (15, 18)

Las manifestaciones clínicas en el viejo, al igual que en ---- otros padecimientos suelen ser bizarras. Por lo general no hay dolor o éste es atípico. Ocasionalmente puede haber pérdida de peso. La pérdida crónica de sangre suele ser el hallazgo más común, manifestado por anemia que puede producir síntomas cardiovasculares o cerebrales.

A pesar de que la úlcera gástrica en todas las edades se localiza preferentemente en la curvatura menor, existe una marcada -- tendencia a tener una localización más proximal en el viejo, ésto se explica por la atrofia que se presenta en las porciones inferiores; 40% se localizan en posición yuxtacardias o en la pared -- posterior.

El término de úlcera gigante se encuentra reservado para aquellas que miden más de 3cm. Esta variedad de úlceras tiende a ocurrir más frecuentemente en el anciano y se asocia con un rango -- elevado de complicaciones. (15)

En la actualidad los métodos invasivos de diagnóstico, como la endoscopia, han demostrado ser de mayor utilidad que los métodos radiológicos, principalmente en lo tocante a los padecimientos -- esofagogastroduodenales. Como todos los procedimientos invasivos no se encuentra exenta de riesgos, sin embargo la experiencia demuestra que la endoscopia gastrointestinal en octogenarios, es un procedimiento benigno y que la edad per se no es una contraindicación.

Los hallazgos endoscópicos muestran mayor prevalencia de úlcera gástrica, así como enfermedades esofágicas en pacientes octogenarios sometidos a endoscopia gastrointestinal electiva, en comparación con los pacientes jóvenes con mayor número de úlceras duodenales y endoscopias negativas. (4)

Dada la poca claridad que existe con respecto a la etiopatogenia de la úlcera gástrica en el anciano y/o a la multifactoriedad

de la misma, el manejo médico de esta patología en el viejo resulta un verdadero problema.

Los ancianos requieren generalmente más medicación y atención médica que los jóvenes a causa de las enfermedades crónicas.

Es común que el anciano utilice los medicamentos en forma incorrecta debido a falla de la memoria, demencia, alteraciones en la agudeza visual o abandono y esto incrementa el riesgo de falla terapéutica.

Al referirse al uso de cualquier fármaco, independientemente del grupo de edad en que se utilice, deben de tomarse en cuenta aspectos básicos de farmacología que son: farmacocinética, farmacodinamia, efectos adversos y la toxicidad de un medicamento. (2, 9)

A pesar de que la superficie de absorción del intestino delgado declina con la edad, alrededor de un 10%, esto no ha demostrado tener significado clínico. La edad no ha mostrado que cambie el rango de absorción a nivel del tracto gastrointestinal, pero el tiempo de tránsito en los pacientes ancianos enfermos es prolongado y puede resultar en un incremento en la absorción de las drogas.

El riesgo de sobredosificación en el anciano se incrementa por ineficiencia de las vías metabólicas y en la eliminación de las sustancias. Aunque no exista evidencia de insuficiencia renal en el viejo, hay reducción de la filtración glomerular así como de la secreción tubular.

A nivel hepático el metabolismo también exhibe cambios con la edad y la respuesta de las enzimas microsomales declina con la edad.

Con respecto al tratamiento de la úlcera gástrica, existen actualmente un sinnúmero de opciones terapéuticas, sin embargo en el anciano estas opciones deben considerarse detenidamente, tomando como punto de partida todo lo anteriormente descrito.

A pesar de que, como se comentó previamente, en la etiopatogenia de la úlcera gástrica la secreción ácida no desempeña un papel importante, la mayoría de los investigadores utilizan como tratamiento de elección los antagonistas de los receptores H₂.

Dentro de este grupo, la cimetidina a pesar de ser un medicamento efectivo, por sus efectos adversos y sus interacciones farmacológicas, ha demostrado ser de poca utilidad en la población geriátrica.

La ranitidina, en cambio, muestra pocas interacciones farmacológicas y sus efectos adversos como: elevación de las transaminasas, cefalea, letargia y diarrea son poco frecuentes.

Por su parte, la famotidina, es un medicamento eficaz y con pocos efectos adversos.

La incidencia de efectos adversos con sucralfato es muy baja, pero la interacción con algunos medicamentos frecuentemente utilizados por los ancianos, limita su utilidad.

El bismuto es de gran utilidad en los padecimientos gástricos asociados a *H. pylori*; sus efectos adversos son mínimos, pero en los pacientes ancianos con reducción de la filtración glomerular fácilmente puede ocasionar intoxicación. (2)

Los antiácidos actúan reduciendo la acidez gástrica, reduciendo la actividad péptica y fijando ácidos biliares.

Si bien se ha dicho que a dosis pequeñas pueden calmar el dolor del ulceroso, hoy sabemos que a dosis convenientes pueden tener efectos sobre la cicatrización de la úlcera.

El hidróxido de Al produce con frecuencia constipación y las sales de Mg tienen un efecto catártico. Las sales de Al pueden producir hipofosfatemia, aunque este efecto se observa preferentemente en tratamientos prolongados.

Los antiácidos promueven el desarrollo de alcalosis metabólica que puede ser un problema serio en los ancianos nefróticas. También alteran la absorción, biodisponibilidad y excreción renal de

múltiples fármacos; efectos que pueden modificarse ajustando las dosis y adelantando la toma de otros fármacos a la ingesta de --- los antiácidos. (2, 3)

La metoclopramida ha sido empleada en el tratamiento de la úlcera gástrica, con la intención de aumentar el peristaltismo normal y de abolir el reflujo enterogástrico de bilis, el cual se considera factor patogénico de las úlceras gástricas. Los efectos distónicos o extrapiramidales adversos, aunque infrecuentes limitan el uso de este agente. (6)

En el tratamiento de la úlcera gástrica, la mayoría de los medicamentos han demostrado similar eficacia y éste se encuentra relacionado en gran parte con la duración del mismo. Dado que la -- toxicidad y las interacciones farmacológicas en el viejo limitan el uso de ciertos fármacos a pesar de su eficacia, la ranitidina, famotidina, sucralfato, bismuto así como los antiácidos parecen ser buenas opciones terapéuticas de primera línea en el tratamiento de la úlcera en la población geriátrica. (2)

El sangrado es la complicación más común de la úlcera péptica en el viejo y en la mitad de los casos a dos terceras partes tienen un curso fatal.

Se dice que la mitad de los casos de úlcera sangrante, ocurren después de los 50 años así como que el riesgo se incrementa progresivamente con la edad en rango aproximado de 7% anualmente después de los 70 años.

En más del 75% de los casos el sangrado responde a medidas conservadoras, sin embargo el porcentaje restante requerirá tratamiento quirúrgico.

Algunos de los parámetros utilizados como indicadores de tratamiento quirúrgico son: hematemesis persistente, evidencia de -- choque hipovolémico, hemoglobina menor de 9g/dl, reemplazo inicial de sangre mayor de 1500cc así como historia previa de hemorragia, hemorragia persistente o resangrado y dolor persistente -

después de la admisión. (15)

En los pacientes de 65 años sometidos a cirugía por hemorragia incontrolable, el rango de mortalidad es mayor del 20%. (15)

Los pacientes con hemoglobina de 7g/dl o menor al momento de la admisión, tienen una mortalidad cuatro veces mayor que los pacientes con hemoglobina mayor. (1)

En vista de la alta mortalidad con que cursan los pacientes geriátricos sometidos a cirugía, así como los que cursan con resangrado, en la actualidad se han implementado métodos endoscópicos de hemostasia para los pacientes con hemorragia del tubo digestivo alto, aparentemente con buenos resultados. (17)

Otra de las complicaciones frecuentemente observadas en los pacientes geriátricos con úlcera gástrica, es la perforación. Esta ocupa la cuarta parte de las muertes relacionadas con úlcera. La perforación ocurre 2 a 3 veces más comunmente en los viejos y como era de esperarse la mortalidad se incrementa con la edad. -- (15, 18)

Dada la importancia de la morbi mortalidad que se incrementa con la edad geriátrica a causa de las complicaciones de las úlceras, y en vista de que en nuestro Hospital esta población geriátrica se ha ido incrementando paulatinamente, así como el hecho de que no existe un consenso general en cuanto a la terapéutica medicamentosa, y por otra parte los métodos de tratamiento hemostático de tipo endoscópico, en nuestra Institución se hallan limitados a los pacientes con evidencia de hemorragia de tubo digestivo secundaria a várices esofágicas, se elaboró este estudio con el fin de determinar si existe alguna diferencia en cuanto al tratamiento de las mismas, teniendo en cuenta los efectos secundarios o adversos entre dos medicamentos puestos a prueba. Teniendo como objetivos para el presente estudio:

- a) Conocer la evolución clínica y endoscópica de la úlcera gástrica en el paciente anciano de nuestro Hospital, tratado con dos modalidades terapéuticas (Gel de hidróxido de Al y Mg más Metoclopramida Vs Ranitidina)
- b) Conocer el tratamiento de menor costo, mayor beneficio y -- con menos efectos indeseables de la úlcera gástrica en el - paciente geriátrico.
- c) Valorar la presentación clínica y complicaciones de los pa- cientes tratados con dichos medicamentos.

MATERIAL Y METODOS

Este estudio se realizó en enfermos mayores de 60 años de edad que acudieron al servicio de Gastroenterología provenientes tanto de la Consulta Externa como de Urgencias y de otros servicios de Hospitalización, por presentar hemorragia de tubo digestivo alto o síndrome ácido péptico, en los que se comprobó endoscópicamente la presencia de úlcera gástrica activa; en el lapso comprendido del 10 de septiembre de 1990 al 31 de agosto de 1991.

Los criterios de inclusión utilizados para el estudio fueron:

- Sujetos mayores de 60 años.
- Comprobación endoscópica de úlcera gástrica.
- Aceptación de la terapéutica durante 8 semanas.
- Dos semanas previas no haber ingerido antagonistas de los -- receptores H2.
- Endoscópicamente actividad de la úlcera.
- Comprobación histológica de no malignidad.

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes hepatópatas y/o nefróticas.
- Trastornos electrolíticos graves.
- Enfermedad sistémica gravemente descompensada.

Y los criterios de eliminación:

- Abandono del tratamiento.
- Rechazo de la segunda endoscopia de control.
- Presencia de complicaciones que ameritaran tratamiento de urgencia distinto al médico.

Todos los enfermos firmaron hoja de consentimiento.

A todos los pacientes al ingreso a la investigación se les realizó una evaluación clínica integral, así como los siguientes estudios de laboratorio: Biometría Hemática Completa, Química Sanguínea, Electrolitos Séricos (Na, K), Pruebas de Función Hepática (Bilirrubinas, Transaminasas, Colesterol Total, Proteínas Plasmáticas, Tiempo de Coagulación); se evaluaron enfermedades intercurrentes, la ingesta de medicamentos y los hallazgos de la endoscopia

pia de inicio.

Se dividieron al azar, de acuerdo al orden de llegada de los - pacientes, en dos grupos, ambos con dieta blanda sin irritantes, en tercios. Los pacientes del primer grupo recibieron Ranitidina 300mg al día en dos dosis; los del segundo fueron tratados con -- Gel de OH de Al y Mg 30cc una y tres horas post prandiales y Meto clopramida 10mg 20 minutos antes de cada alimento.

Cuatro semanas después se les revisó clínicamente haciendo énfasis en la sintomatología de tubo digestivo alto, aparición de - hemorragia así como en los efectos adversos del tratamiento y se repitieron los estudios de laboratorio de ingreso.

La evaluación final se hizo a las 8 semanas, cuando se les repitió el mismo procedimiento aunado a endoscopia de control.

Los criterios de curación fueron:

- Pacientes que concluyeron las 8 semanas de tratamiento y --- cuya endoscopia final demostró ausencia de úlcera gástrica.

Se consideró fracaso terapéutico cuando:

- Las lesiones ulcerosas persistieron.
- Hubo hemorragia
- Los efectos adversos obligaron a cambiar el tratamiento.

RESULTADOS

Se reunieron un total de 26 pacientes, divididos en dos grupos cada uno de trece individuos.

La distribución por sexo fue de siete mujeres y seis hombres para el grupo I y 8 mujeres y cinco hombres en el segundo (Tabla 1).

La edad fue similar, con un rango de 64-81 años (\bar{x} 72.6 años) en el primer grupo y 64-84 (\bar{x} 73.9 años) en el grupo II ($p > 0.1$).

En cuanto a las manifestaciones clínicas, en ambos grupos predominaron las relacionadas a hemorragia de tubo digestivo alto; en el grupo I todos los enfermos eran polisintomáticos, mientras que en el grupo II 11 (84.3%) lo eran y dos (15.3%) acusaban un solo síntoma (Tabla 2); la melena fue la manifestación más frecuente para ambas poblaciones.

Al ingreso, se encontró anemia en 11 (84.6%) del grupo I y 9 (69.2%) del grupo II, dos pacientes, uno de cada grupo tenían hemoglobina menor de 7g/dl. (Tabla 3)

Hubo hiperglicemia en seis (46.1%) y cinco (38.4%) respectivamente, tres enfermos del primer grupo y dos del segundo eran diabéticos.

Diez enfermos (76.9%) del grupo I y 12 (92.3%) del grupo II tenían patologías concomitantes (Tabla 4).

En ambos grupos 9 enfermos (69.2%) tomaban medicamentos en forma crónica (Tabla 5).

En lo que respecta a la endoscopia, en el grupo I 10 (76.9%) y 13 (100%) del grupo II, las lesiones fueron únicas; dos del grupo I fueron úlceras gigantes; en los pacientes con lesiones múltiples (tres del grupo I) uno tenía cuatro lesiones, dos eran pilóricas pero sin datos de actividad, ésta se demostró en una úlcera gigante del fundus gástrico (Tabla 6).

A las cuatro semanas, 7 enfermos del grupo I eran asintomáticos (53.8%) y sólo dos (15.3%) del segundo (Tablas 7 y 7a).

Dos pacientes de cada grupo (15.3%) habían resangrado, los del

grupo I fallecieron; de éstos últimos en uno coexistió HTAS e ICC y ninguno tenía lesiones gigantes o múltiples (Tabla 8).

En el grupo I ninguno presentó efectos adversos en tanto que éstos se presentaron en seis (46.1%) del grupo II (Tabla 9).

La anemia persistió en tres enfermos del primer grupo y en cinco del segundo aunque con mejoría relativa de las cifras de Hb; y la hiperglicemia en cuatro y seis pacientes respectivamente, la cifra máxima detectada fue de 216mg/dl.

Concluyeron el seguimiento a 8 semanas 10 enfermos (76.9%) del grupo I y 9 (69.2%) del grupo II, ya que un paciente de cada grupo resangró entre las cuatro y 8 semanas y uno del segundo presentó Sx. extrapiramidal que obligó al cambio de tratamiento.

Del primer grupo todos (10) estaban sin síntomas, 8 sin úlcera en la endoscopia y en dos persistió la lesión de menor tamaño que al inicio. Ninguno acusó efectos adversos al tratamiento.

En el grupo II siete estaban asintomáticos y dos con anorexia, en éstos fue donde persistieron las lesiones en la endoscopia de control. Como efecto adverso se detectó constipación en tres sujetos y uno con Sx extrapiramidal ya mencionado, ningún individuo de este grupo falleció (Tablas 10 y 10a).

La anemia persistió en un paciente del grupo I y en dos del segundo grupo y la hiperglicemia en uno y cuatro respectivamente -- con cifra máxima de 180mg/dl, uno de cada grupo era diabético conocido.

En lo que se refiere a curación, se obtuvo en 8 pacientes del grupo I y 7 del grupo II ($p > 0.05$) sin diferencias en ambos grupos (Tabla 11).

La sintomatología cedió en 10 enfermos del primer grupo y 7 -- del segundo (Tabla 12).

Lo más sobresaliente es que del grupo II 7 pacientes presentaron efectos adversos al tratamiento en el curso de la investigación contra cero del grupo I, con una $p < 0.01$ que le da signifi-

cancia estadística.

La mortalidad global fue de 2 (7.6%), todos correspondieron al grupo I, que para éste en particular representa el 15.3% (Tabla - 13).

5

TABLAS

Tabla 1. Relación hombre/mujer

	GRUPO I	GRUPO II
HOMBRES	6	5
MUJERES	7	8
PROPORCION	0.8/1	0.6/1

Tabla 2. Sintomatología al ingreso

	GRUPO I	GRUPO II
MELENA	10	8
HEMATEMESIS	7	2
DOLOR	5	7
PIROSIS	3	6
ANOREXIA	3	5
PLENITUD TEMP.	2	4
VOMITO	2	3
MAREO	2	0

Tabla 3. Incidencia de anemia al ingreso

	LEVE	MODERADA	SEVERA	PORCENTAJE
GPO. I	2	8	1	84.6
GPO. II	2	6	1	69.2

Tabla 4. Distribución de las enfermedades concomitantes

	GRUPO I	GRUPO II
H.T.A.S.	3	5
E.A.D.	4	3
D.M.N.I.D.	3	2
I.C.C.	3	1
T. RIT. CARD.	0	1
OTRAS	0	2

Nota: Tres pacientes de ambos grupos tenían patologías múltiples.

Tabla 5. Antecedente de medicación crónica

	GRUPO I	GRUPO II
A.I.N.E.S.	4	3
H.G.D.	3	2
ANTIHIPERTEN.	0	5
DIGITAL	2	0
ANTIBIOTICOS	1	1
OTROS	3	0

Tabla 6. Localización de la úlcera

	GRUPO I	GRUPO II
ANTRO	3	5
CARDIAS	1+	0
C. MAYOR	5	3
C. MENOR	0	2
FUNDUS	3+	2
INCISURA	4	1
PILORO	2*	0

+ Una úlcera gigante en cada localización

* Asociadas a úlceras en el fundus.

Tabla 7. Seguimiento clínico a las cuatro semanas

	ASINTOMATICOS	SINTOMATICOS	RESANGRADO
GRUPO I	7	4	2
GRUPO II	2	9	2

Tabla 7a. Síntomas persistentes

	GRUPO I	GRUPO II
PIROSIS	2	5
DOLOR	1	2
ANDREXIA	1	3
PLENITUD TEMP.	0	3

Tabla 8. Resangrado

	4 SEMANAS	8 SEMANAS
GRUPO I	2*	1
GRUPO II	2	1

* Ambos fallecieron; ninguno tenía úlceras gigantes ni lesiones múltiples.

Tabla 9. Efectos indeseables a las 4 semanas de seguimiento

	GRUPO I	GRUPO II
CONSTIPACION	0	3
SOMNOLENCIA	0	2
DIARREA	0	1
TOTAL	0	6

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Tabla 10. Total de efectos adversos al término de la investigación

	E. ADVERSOS	NO E. ADVERSOS
GRUPO I	0	13
GRUPO II	7	6

$p < 0.01$ (significativa)

Tabla 10 a. Efectos adversos al término de la investigación

	GRUPO I	GRUPO II
CONSTIPACION	0	3
DIARREA	0	1
SOMNOLENCIA	0	2
SX. EXTRAPIRAMI.	0	1

Tabla 11. Curación al concluir el tratamiento (8 semanas)

	CURACION	NO CURACION
GRUPO I	8	2
GRUPO II	7	2

$p > 0.05$ (no significativa)

Tabla 12. Sintomatología a las 8 semanas

	SINTOMATICOS	ASINTOMATICOS
GRUPO I	0	10
GRUPO II	2*	7

* Ambos pacientes con anorexia

Tabla 13. Relación muertos/sobrevivientes

	MUERTOS	VIVOS
GRUPO I	2	11
GRUPO II	0	13

DISCUSION

A diferencia de lo descrito en la literatura mundial, en nuestro grupo de estudio no hubo diferencia significativa en relación a sexo ni edad de los pacientes.

Como se puede observar, la mayoría de los pacientes de ambos grupos tuvieron como principal manifestación hemorragia de tubo digestivo alto, lo que implica que el grupo estudiado en su mayoría constó de pacientes con úlcera complicada y que a pesar de -- ésto sólo dos pacientes fallecieron por resangrado, lo que es similar a la mortalidad de otros grupos estudiados.

La sintomatología presente en los pacientes no es específica para concluir en un diagnóstico, por lo que se tomó como base el estudio endoscópico para inclusión de los sujetos al estudio, así como método de control de efectividad de los medicamentos estudiados en la cicatrización de la úlcera. Cabe resaltar que en contra a lo descrito por otros investigadores, nuestros ancianos en su gran mayoría al momento de la admisión eran polisintomáticos.

Como era de esperarse, la anemia fue una de las manifestaciones más sobresalientes en ambos grupos y aunque en dos pacientes fue severa, ésta tendió a mejorar en el transcurso del tratamiento.

De acuerdo con el consenso general, una gran proporción de --- nuestros enfermos tenían patologías concomitantes.

Con base en los resultados obtenidos, se observa que más de la mitad de nuestra población contaba con el antecedente de ingesta de medicamentos, entre los que resaltan los antiinflamatorios no esteroideos, los hipoglucemiantes orales y los antihipertensivos.

Llama la atención la localización de las úlceras en nuestros pacientes, que fue con mayor frecuencia en antro y curvatura mayor, no habiendo diferencia entre los dos grupos. Lo mismo que en el grado de actividad de la úlcera que también fue similar para -- ambos grupos; lo que pondría a ambos en las mismas circunstancias para el reto terapéutico; sin embargo ya que la selección de los

pacientes fue al azar, en el grupo I estuvieron los sujetos con úlceras gigantes, de los cuales uno además tenía lesiones múltiples y otros dos tenían lesiones múltiples. Independientemente de que en la literatura mundial se describe que por lo general las úlceras gigantes en los pacientes geriátricos, que es donde más frecuentemente se observan, siguen un curso más grave, nuestros sujetos con úlceras gigantes tuvieron una evolución benigna.

Al analizar la evolución clínica a las cuatro semanas en relación a los síntomas, se encontró una mejoría en más de la mitad de los pacientes del grupo I, mientras que en el grupo II sólo en dos pacientes; además de que en este grupo los síntomas que persistieron son los que en otros estudios se ha observado que mejora la metoclopramida, como es el caso de la pirosis y la plenitud temprana, fenómeno para el que no tenemos una explicación ya que a las 8 semanas estos síntomas habían cedido; y en forma global sólo dos pacientes del grupo II tenían como síntoma anorexia.

En relación al resangrado, ambos grupos se comportaron igual, habiendo evidencia de lesiones únicas y menores de 3cm, con un porcentaje de 23% similar a lo reportado en otras series.

El porcentaje de mortalidad para el grupo I fue de 15.3%, no habiendo defunciones en el grupo II, mientras que el global fue de 7.6%, lo que podría explicarse por lo pequeño de la muestra.

Considerando como criterio de curación la cicatrización de la úlcera, podemos decir que la eficacia de ambas modalidades terapéuticas es similar, con una $p > 0.05$; aunque los efectos adversos tuvieron una incidencia mayor en el grupo II en contraste con el grupo I ($p < 0.01$, estadísticamente significativo). De los efectos adversos el más relevante fue el Sx extrapiramidal que se presentó en un sujeto al final del tratamiento.

Los pacientes del grupo I que persistieron con lesiones se hallaban al final del tratamiento asintomáticos, mientras que los del grupo II que persistieron con úlcera estaban sintomáticos.

CONCLUSIONES

Con base en todo lo anterior, podemos concluir que:

- a) La Ranitidina torna más rápidamente asintomáticos a los pacientes ancianos con úlcera gástrica.
- b) La cicatrización de la úlcera gástrica es similar con ambas modalidades terapéuticas, ésto corroborado endoscópicamente lo que implica que la eficacia es similar.
- c) Es necesario realizar estudio endoscópico de control al finalizar el tratamiento elegido, ya que existen pacientes -- con persistencia de lesiones que se encuentran asintomáticos.
- d) Los efectos adversos sólo se observaron al utilizar la combinación de Gel de hidróxido de Al y Mg más Metoclopramida aunque el tratamiento fue el convencional para la fase aguda.
- e) El beneficio obtenido con Ranitidina es mayor en cuanto a -- sintomatología y ausencia de efectos adversos, aunque el -- costo es mayor.
- f) En nuestra población la hemorragia de tubo digestivo es la principal manifestación de la úlcera gástrica.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BOOKER J.A, Johnston M, Booker C.I, Tydd T, Mitchell R: -- Prognostic Factors for Continued or Rebleeding and Death - from Gastrointestinal Haemorrhage in the Elderly; Age Ageing 1987; 16: 208-214.
- 2.- CHIVERTON S.G, Hunt R.H; Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Treatments for Peptic Ulcer Disease in the Elderly Am J Gastroenterol 1988; 83(3): 211-215.
- 3.- DIAZ-RUBIO M: Uso de los Antiácidos en Gastroenterología; Antiácidos en los 80. Fascículo No. 4.
- 4.- ESHCHAR J, Pavlotzky M.M, Cohen L, Tabac Ch: Gastrointestinal Endoscopy in Octagenarians; J Clin Gastroenterol 1986; 8(5): 520-524.
- 5.- GRAHAM D, Klein P.D, Opekun A.R, Boutton T.W: Effect of Age on the Frequency of Active Campylobacter pylory Infection - Diagnosed by the (13C) Urea Breath Test in Normal Subjects and Patients with Peptic Ulcer Disease; J Infect Dis 1988; 157(4): 777-780.
- 6.- GOODMAN Y GILMAN: Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica; Séptima Edición: 118, 119, 942; Editorial Médica Panamericana; México, 1986.
- 7.- GRIFFIN M.R, Ray W.A, Schaffner W: Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drug Use and Death from Peptic Ulcer in Elderly Persons; Ann Intern Med 1988; 109: 359-363.
- 8.- GUTIERREZ L.M, Cruz M.G, Villalobos J.J: Epidemiología de los Padecimientos Digestivos en los Pacientes Geriátricos de un Hospital General; Geriatrika 1991; 7(3): 21-32.
- 9.- ISLAS S, Bañales M: Prescripción Farmacológica en Geriatria; Clin Med Mex 1988; 2(3).
- 10.- IVEY K.J: Drugs, Gastritis, and Peptic Ulcer; J Clin Gastroenterol 1981; 3 (suppl 2): 29-34.
- 11.- LEVI S, Goodlad R.A, Lee C.Y, Stamp G, Walport M.J, Wright N.A y cols: Inhibitory Effect of Non-Steroidal Anti-Infla-

- mmatory Drugs, on Mucosal Cell Proliferation Associated -- with Gastric Ulcer Healing; Lancet 1990; 336 (8719): 840--843.
- 12.- FUGAROLAS G.M: Gastritis Agudas; Antiácidos en los 80; Fascículo No. 3.
- 13.- MORGAN R: Non-Aspirin Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs and Active Gastroduodenal Ulceration in the Elderly; Brith J Rheumatol 1986; 25: 330-332.
- 14.- NAMIKI M: Treatment of Hematemesis and Hematochezia in the Elderly Patients; Nippon-Ronen-Igakkai-Zasshi 1990; 27 (6) 675-679.
- 15.- NARAYANAN M, Steinheber F: The Changing Face of Peptic Ulcer in the Elderly; Med Clin North Am 1976; 60(6): 1159-1172.
- 16.- PURKAYASTHA S.K, Salter R.H, Holmes J.M: Contribution of - the Elderly to a District Hospital Combined Gastroenterology Clinic; Age Ageing 1988; 17: 49-53.
- 17.- STEELE R.J, Park R.G, Crofts T.J: Adrenaline Injection for Endoscopic Haemostasis in Non-Variceal Upper Gastrointestinal Haemorrhage; Br J Surg 1991; 78(4): 477-479.
- 18.- WALT R, Katschinski B, Logan R: Rising Frequency of Ulcer Perforation in Elderly People in the United Kingdom; Lancet 1986; 1: 489-492.