



11226



149

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
HOSPITAL REGIONAL ISSSTE PACHUCA, HIDALGO

FRECUENCIA DE ULCERA PEPTICA EN LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE  
EN PACHUCA HGO.

Trabajo que para obtener el Diploma de Especialidad en Medicina Familiar  
Presenta.

Dr Manuel Hugo Orozco Soberanes.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Pachuca Hgo, 1995

ISSSTE



HOSPITAL  
GENERAL  
PACHUCA

2002



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.

**FRECUENCIA DE ULCERA PEPTICA EN LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE  
EN PACHUCA HGO.**

Trabajo que para obtener el Diploma de Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Dr Manuel Hugo Orozco Soberanes.

**AUTORIZACIONES**



~~Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega~~  
Jefe del Departamento de Medicina Familiar.  
Facultad de Medicina. UNAM.



DR. Amulfo Irigoyen Soria.  
Coordinador de investigación del  
Departamento de Medicina Familiar.  
Facultad de Medicina. UNAM.



Dr. Angel Gracia Ramirez.  
Coordinador de Docencia.  
Departamento de Medicina Familiar  
Facultad de Medicina. UNAM

**FRECUENCIA DE ULCERA PEPTICA EN LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE  
EN PACHUCA HGO.**

Trabajo que para obtener el Diploma de Especialidad en Medicina Familiar

Presenta

Dr. Manuel Hugo Orozco Soberanes.

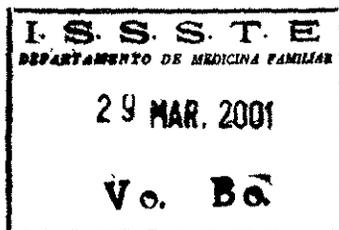
NOMBRE DEL PROFESOR TITULAR

*NAJERA*  
DR. BENJAMIN NAJERA ISLAS  
Profesor Titular del curso de Especialización en Medicina Familiar  
Para médicos Generales, ISSSTE en Pachuca Hidalgo

*[Signature]*  
Dr. Gilberto Mijangos Vargas  
Asesor de Tesis.

*[Signature]*  
Dr. José Castro Canté.  
Asesor de Tesis.

*[Signature]*  
Dra. Leticia Esnaumizar Jurado.  
Jefa del Departamento de Medicina Familiar y Educación Médica Continua  
Jefatura de servicios de Enseñanza ISSSTE.



**A MIS PADRES**

**Que me dieron tanto cariño  
Y apoyo, para terminar mi  
Carrera**

**A MI ESPOSA E HIJOS**

**Que me dan su cariño y  
Apoyo**

**A MI HERMANO Y TIA**

**Por su gran ayuda que  
Siempre me han brindado.**

**AL DR JOSE CASTRO CANTE**

**Por su gran ayuda para la reali-  
zación de este trabajo**

**AL DR GILBERTO MIJANGOS VARGAS**

**Por su ayuda en el inicio de este trabajo**

# INDICE

MARCO TEORICO	1 – 24
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
JUSTIFICACION	26
OBJETIVOS	27
HIPOTESIS	28
METODOLOGIA	29
CRITERIOS DE INCLUSION	30
CRITERIOS DE EXCLUSION	31
VARIABLES	32
PROCEDIMIENTO DE CAPTURA DE LA INFORMACION	33
CONSIDERACIONES ETICAS	34
RESULTADOS	35
CUADROS Y GRAFICAS	36 - 43
ANALISIS	44
CONCLUSIONES	45
BIBLIOGRAFIA	46 - 47
CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS	48

## MARCO TEORICO

### FISIOLOGIA-GENERAL

El moco gástrico es secretado por el epitelio superficial y las células mucosas en el cuello de las glándulas. El moco forma un gel flexible que se adhiere a la superficie del epitelio gástrico y que se compone de glucoproteínas. La secreción de ácido gástrico se estimula frotando la mucosa o aplicando irritantes químicos tales como ácido o soluciones hipertónicas.

La secreción de moco también es estimulada por la serotonina y algunos péptidos gastrointestinales.

Una de las funciones del moco gástrico es la lubricación. Sin embargo, su función principal es probablemente la de formar una delgada capa de gel en la cual las células epiteliales de la superficie secretan bicarbonato a fin de proteger al epitelio superficial contra el ácido gástrico.

### SECRECIÓN DE PEPSINOGENOS:

La mucosa gastrointestinal secreta pepsinógenos que son proenzimas inactivas. A pH menor de cinco, los pepsinógenos son divididos en pepsina. Las pepsinas son responsables de la actividad de las proteasas a pH siete o mayor.

Se han identificado varios pepsinógenos en el jugo gástrico humano. Estos pepsinógenos constituyen dos grupos inmunológicamente diferentes, el pepsinógeno I y el pepsinógeno II. Los pepsinógenos se han localizado principalmente en las células principales, pero también en las células del cuello mucoso de la mucosa secretora de ácido y en las glándulas pilóricas y las de Brunner del duodeno.

La histamina y la gastrina producen una secreción moderadora de pepsinógeno en el hombre.

La serotonina estimula la secreción de pepsinógeno, mientras que las prostaglandinas, el polipéptido inhibitorio gástrico (gip) y el polipéptido intestinal vaso activo (vip) inhiben la secreción de pepsinógenos.

### SECRECIÓN DEL FACTOR INTRÍNSECO

El factor intrínseco es una glucoproteína secretada por la mucosa gástrica, forma un complejo con la cobalamina (vitamina B12). En la mucosa gástrica del hombre se ha localizado el factor intrínseco en las células parietales. Como es de esperarse, la secreción del factor intrínseco aumenta cada vez que se estimula la secreción de ácido gástrico.

### SECRECIÓN DEL ÁCIDO GÁSTRICO:

Mecanismos a nivel de la célula parietal. El ácido se forma en los canaliculos secretores de la célula parietal. Las microvellosidades de los canaliculos secretores contienen una ATPasa que puede ser específica de las células parietales. La H<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, ATPasa es la bomba de protones en la membrana de los canaliculos secretores, por lo que esta es la etapa terminal del proceso de secreción del ácido. Es posible inducir la inhibición selectiva de la H<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, ATPasa con benzimidazoles que inhiben la secreción de ácido basal y estimulan tanto in vivo como in vitro.

## LA HISTAMINA

La histamina es un estímulo muy potente de la secreción de ácido. La ubicación de la histamina que participa en la regulación fisiológica de la secreción de ácido gástrico aun no se conoce con seguridad.

La mucosa gástrica de todas las especies contienen mastocitos que almacenan histamina, aunque no hay una relación topográfica distinta entre los mastocitos y las células parietales. El mecanismo por el cual la histamina participa en el control fisiológico de la secreción de ácido aun esta lejos de ser claro

## MECANISMO DE LA REGULACION DE LA SECRECION DE ACIDO IN VIVO

Secreción basal de ácido: La velocidad basal de secreción de ácido en el hombre varia cada hora y tiene a seguir un patrón circadiano, con una menor velocidad en la mañana y una mayor en la tarde.

La concentración sérica basal de polipéptido pancreático puede servir de medición indirecta y aproximada del tono vagal, ya que la activación vagal es un mecanismo de liberación predominante de este péptido

La secreción basa de ácido gástrico y la concentración sérica basal del polipéptido pancreático son controlados por el tono vagal. La secreción basal de ácido en pacientes con ulcera duodenal se reduce fuertemente mediante todos los tipos de vagotomía.

Distensión gástrica: En el hombre, la distensión del estomago provoca la secreción de ácido gástrico principalmente mediante una activación del reflejo neural y no mediante la liberación de gastrina. La vagotomía gástrica proximal reduce considerablemente, aunque no anula la respuesta ácida a la distensión del fondo en pacientes con ulcera duodenal

Hipoglucemia Insulinica: La hipoglucemia insulinica causa aumentos de los niveles sanguíneos de epinefrina, la epinefrina libera gastrina liberada puede suscitar secreción de ácido gástrico

La Gastrina. Se ha encontrado la mayor concentración de gastrina en el antro, pero en el hombre la concentración de gastrina en el duodeno proximal también es relativamente alta. La alimentación ficticia parece suscitar un pequeño aumento de la concentración sérica de gastrina de cinco a quince pg/ml en sujetos sanos y en pacientes con ulcera duodenal. La liberación vagal mínima de gastrina en el hombre puede tener algún efecto sobre la secreción de ácido estimulada vagalmente.

## INHIBICION DE LA SECRECION DE ACIDO:

Acidificación Antral: La acidificación antral inhibió las respuestas ácidas a una comida y la hipoglucemia insulinica tanto en pacientes con ulcera duodenal como en sujetos sanos. Sin embargo, el efecto inhibitorio fue significativamente menor en ellos pacientes con ulcera duodenal, lo cual indica un defecto de la inhibición por acidificación antral en pacientes con ulcera duodenal.

**Distensión antral:** La distensión antral estimula la secreción de ácido en pacientes con úlcera duodenal pero inhibe la secreción de ácido en sujetos sanos.

**Acidificación duodenal:** Esta inhibe la secreción de ácido gástrico tanto en el perro como en el hombre. En el hombre, el grado de inhibición producido por la acidificación duodenal es más variable y aun no se resuelve si la inhibición es igualmente pronunciada en sujetos sanos u en pacientes con úlcera.

La acidificación del duodeno más allá del bulbo libera secretina. La secretina tiene el efecto farmacológico de inhibir la secreción del ácido gástrico

**Grasa en el intestino delgado:** La administración duodenal de grasa en forma absorbible inhibe la secreción de ácido gástrico. La inhibición es efectiva contra la secreción de ácido estimulada por histamina es convertida y puede depender de la cantidad de grasa administrada

## FISIOPATOLOGIA

**Mecanismos de defensa de la mucosa:** El epitelio gástrico tiene los siguientes factores que contribuyen a su defensa:

**Preepiteliales:** El moco gástrico en forma de mucina asociada a proteínas y lípidos que forma un gel en cuyo interior se secreta un líquido con alto contenido de bicarbonato que neutraliza el pH ácido. El contenido glucídico forma la viscosidad para retardar la permeación a los iones de hidrógeno

Los fosfolípidos además forman moléculas anfipáticas que forman una capa hidrófoba con sus ácidos grasos no polares. Destaca la dipalmitoilfosfatidilcolina (DPPC) que también es el principal componente del factor tensoactivo (surfactante) pulmonar que recientemente se descubrió también en el estómago ligada a la mucina gástrica. Finalmente se ha descubierto el factor de crecimiento epidérmico secretado por las glándulas submandibulares y las de Brunner con acción protectora probablemente a través de la somatostatina endógena

**Epiteliales:** Las uniones intercelulares de la superficie apical pueden resistir pH de 2.5 o menos reparando con rapidez los defectos en su continuidad por la restitución mucosa, por migración celular sin reproducción y que repara lesiones pequeñas. Esto depende de concentraciones intracelulares de calcio y de microfilamentos e independiente de los microtubulos o de los niveles de prostaglandinas.

Otro mecanismo es la concentración de bicarbonato que refleja las condiciones de la microcirculación y de la integridad de las bombas de sodio-hidrógeno y cloro-bicarbonato de la membrana celular.

**Postepiteliales:** Andre Robert acuñó el término citoprotección para caracterizar la cualidad de las prostaglandinas (PG) para proteger la mucosa gástrica más allá de su efecto antsecretor. Tal vez la acción citoprotectora de las prostaglandinas se limite a mantener un adecuado flujo sanguíneo en la mucosa que es fundamental para la restitución celular y para la formación de una capa protectora compuesta por moco, fibrina y dentritos celulares, que forman un microambiente alcalino subyacente al epitelio dañado a partir del cual se inicia la reepitelización.

## ULCERA PEPTICA

LAS ULCERAS pépticas se encuentran en relación física directa con la secreción péptica y pueden ocurrir en estómago, píloro, duodeno, esófago, yeyuno y divertículo péptico de Meckel Aunque es conveniente conservar el concepto unitario de las úlceras pépticas, debemos tomar en cuenta que las úlceras gástrica y duodenal tienen muchos puntos de diferencia, y que es posible que, en estos casos, actúen factores etiológicos distintos. En pocas palabras, la úlcera duodenal (y las úlceras de boca anastomótica) están relacionadas con la hipersecreción de +ácido, y la úlcera gástrica, quizá con disminución de la resistencia de la mucosa Aunque mucho hemos aprendido de la evolución natural de las úlceras, debemos aceptar que, hasta el momento, los hechos básicos de su etiología han escapado de la ciencia médica

Una de las muchas facetas interesantes del problema de úlcera péptica es la variación de la frecuencia en el siglo pasado. Antes, las úlceras gástricas agudas de la mujer joven eran la causa principal de ingreso en el hospital; ahora es raro ver este tipo de paciente. La frecuencia de la úlcera gástrica crónica en un momento dado ha cambiado poco desde 1920, pero la de las úlceras yustapilóricas (entre ellas las duodenales) que afectan sobre todo a los varones jóvenes y de mediana edad, es de más del doble en los 20 años transcurridos entre las dos guerras mundiales. La experiencia en el Central Middlesex Hospital sugiere que esta evolución no ha proseguido, y que el número de pacientes tratados por úlcera péptica disminuye

### FRECUENCIA ACTUAL

Un problema recurrente de la práctica médica es tener una imagen completa de la frecuencia de una enfermedad Los que trabajan en hospitales y en medicina privada ven dos grupos diferentes, puesto que los casos más graves llegan a los hospitales. Para resolver este problema, debe hacerse una investigación del público en general. En una prueba de este tipo en 6047 habitantes de Inglaterra, la frecuencia de úlcera péptica activa e inactiva en el varón había subido a un máximo apenas inferior a 10 por 100 en el grupo de edades de 45 a 54 años de edad En la mujer, la frecuencia mas alta fue de 6 por 100 en el grupo de edad de 55 años

La frecuencia en los grupos de edad mayor en la mujer reflejó en parte la frecuencia en un momento dado de úlcera gástrica aguda entre las muchachas a principios de siglo. Al considerar estas cifras de frecuencia, hay que tener en mente que aproximadamente 25 por 100 de estos casos tienen antecedentes de una crisis, seguida quizá por algunos años sin síntomas, o quizá por recurrencias leves nada más Más o menos en 50 por 100 hubo síntomas recurrentes a intervalos variables, pero con ciertos cuidados produjeron poca o ninguna pérdida de tiempo de trabajo. El 25 por 100 restante habían sufrido dolor intenso o complicaciones molestas, y, si no se había hecho operación radical, quienes sufrían las molestias ya la necesitaban

El mismo cuadro general de frecuencia en un momento dado se tiene en los estudios de úlcera péptica en la necropsia. La frecuencia de úlcera gástrica aumenta lentamente con la edad, pero la úlcera duodenal puede ocurrir con más frecuencia entre los 45 y los 64 años de edad, y menos después de 65 años. Esta diferencia de edades coincide con la teoría de que, en tanto la úlcera duodenal ha aumentado en frecuencia, la generación que tiene ahora más de 65 años de edad no ha sido expuesta en su juventud a los factores ulcerógenos en el mismo grado que la generación más joven.

## PROPENSION A SUFRIR ULCERA

Hay diferencias interesantes en la frecuencia de la úlcera. Estas se han encontrado en los estudios de distribución geográfica, patrón de clase social y tipo de ocupación. Puede ocurrir úlcera péptica a la vez que ciertas enfermedades en particular. Hay diferencias notables relacionadas con los factores constitucionales, como grupo sanguíneo y actividad secretoria gástrica. Hay también relación con el factor ansiedad, con sus consecuencias entre tensión mental y temperamento.

## FACTORES AMBIENTALES

### FRECUENCIA GEOGRAFICA

Hay variaciones notables en la frecuencia de las úlceras gástrica y duodenal, pero nuestros conocimientos se basan más en la razón variable úlcera duodenal / úlcera gástrica y en las impresiones clínicas, que en las comparaciones de frecuencia absoluta obtenida por estudios de la población. En sólo una comunidad, una aldea pesquera de Noruega del Norte, las úlceras gástricas superan en número a las duodenales. En los demás sitios, la úlcera duodenal es más numerosa que la gástrica. En Inglaterra hay diferencias notables con una razón úlcera duodenal / úlcera gástrica mucho más alta en Escocia que en Londres. Droga hizo un estudio clínico cuidadoso del problema de la úlcera péptica en India, y encontró que había 13 veces más casos en la población de Madras que en la de Punjab. En toda India la úlcera gástrica era de 30.1, y la razón varón / mujer de 18.1. En el sur de India, la úlcera duodenal era una enfermedad de las clases pobres, agrícolas y trabajadoras, y afectaba a todas las castas y credos, pero fue algo rara en las clases superiores, y se creyó también rara entre los pescadores de la costa. También se ha señalado diferencias notables en la frecuencia de la úlcera péptica distintas partes de Nigeria.

### FRECUENCIA POR CLASES SOCIALES

En Inglaterra hay diferencias notables por clase social en la frecuencia de las úlceras gástrica y duodenal. Las úlceras duodenales están distribuidas por toda la población, pero la úlcera gástrica es escasa en los grupos profesionales y abunda en las clases trabajadoras.

Es posible que estas diferencias de clase sean un factor en las diferencias geográficas en la razón entre úlceras gástricas y duodenales

En los diferentes países, sin embargo, esta diferencia de clase social no se aplica de modo general, y no es igual en India del Sur, donde la úlcera duodenal predomina entre la gente muy pobre

## FACTORES AMBIENTALES

### TIPO DE OCUPACION

La investigación ocupacional por Doil, Avery Jones y Buckatzsch reveló un aumento de la frecuencia de las úlceras, en especial la duodenal, entre médicos y ejecutivos. Los mejores medios de diagnóstico contribuyeron desde luego a que la frecuencia fuera más alta entre los médicos, puesto que hubo un número desproporcionado con melena sola como síntoma manifestante, que obligó a que se ejecutara un estudio radiológico con comida de bario

Esto, sin embargo, sugirió que los otros grupos han sido subestimados. No se pudo confirmar la creencia común de que los conductores de autobús están expuestos en particular a la enfermedad. Los trabajadores agrícolas tenían una frecuencia total baja, por la poca frecuencia con que sufren úlcera duodenal.

### DIETA

La mayor frecuencia de úlcera gástrica entre las personas más pobres de la comunidad inglesa sugiere un probable factor dietético. Pulvertaft encontró que una proporción mucho mayor de los varones con úlcera duodenal que de los del grupo de control tomaban más de una cucharadita de azúcar en las bebidas al día

Clave ha acumulado pruebas que sugieren que la úlcera péptica se acompaña con un consumo alto de carbohidratos refinados, en comparación con cereales y carbohidratos no refinados. Este autor atribuye el problema a la extracción, durante el proceso de refinación de las partes de la planta que contienen proteínas, y que la falta de proteínas en estos alimentos refinados resta poder a los mismos para amortiguar el ácido gástrico. Malhotra y colaboradores relacionan también la úlcera péptica con el consumo de ciertos cereales

Relacionan la gran frecuencia no con la eliminación de la proteína del cereal, sino con la falta de residuos, que, al disminuir la necesidad de masticar, disminuyen el poder amortiguador de la saliva mezclada con los alimentos, de modo que la comida amortigua menos ácido gástrico

## TABACO, ALCOHOL Y MEDICAMENTOS

Las pruebas obtenidas en pacientes hospitalizados demuestran que el promedio de vida entre los no fumadores es menor entre los pacientes con úlcera péptica que entre los pacientes de control, y la diferencia es mayor en la úlcera gástrica que en la duodenal. La mortalidad por úlcera péptica es también mas alto entre los fumadores que entre los no fumadores. Las úlceras tienden a curar con mas rapidez en los pacientes que dejan de fumar, que en quienes no lo hacen.

Todos estos hechos sugieren que el consumo de tabaco es un factor etiológico en el desarrollo de úlcera péptica, aunque no esta claro si la distribución mundial de la enfermedad tiene relación con el tabaquismo.

Las cifras de Estados Unidos de Norteamérica sugieren que es común ver úlcera gástrica con cirrosis alcohólica. Hay muchas pruebas que sugieren que el tratamiento con aspirina, fenilbutazona o corticosteroides produce o activa una úlcera péptica.

## FACTORES CONSTITUCIONALES

### FRECUENCIA POR SEXOS

La úlcera péptica es, en esencia, una enfermedad del varón, y 80 por 100 de los casos son varones. Durante los años reproductivos de la vida, la mujer tiene inmunidad relativa, notable en particular durante el embarazo, pero que parece disminuir en la menopausia. La relación entre sexos varia según el tipo de úlcera, y la proporción de mujeres aumenta de manera progresiva cuando se comparan las úlceras gástricas pilóricas crónicas y las agudas. Entre la úlcera gástrica aguda con hematemesis y que se diagnostica en la gastroscopia hay una relación de 1.1.

No sólo son menos comunes las úlceras entre las mujeres, sino que son menos mortífera, lo que se explica de manera principal por la poca tendencia a la perforación aguda en la mujer joven.

### EDAD

La frecuencia de la úlcera péptica en los diferentes grupos de edad, y debe distinguirse de las probabilidades de desarrollo de úlcera. Por la edad de iniciación de las úlceras observadas en un estudio de población, y el número de años hombre vividos en cada grupo de edad, fue posible calcular la probabilidad anual de desarrollo de úlcera. Esta es casi constante, y se encuentra quizá en su máximo entre 35 y 64, o que da una proporción de 3.2 úlceras por 1000 varones. La impresión de que las úlceras ocurren con mas frecuencia en los varones jóvenes se debe a que no se toma en cuenta el número relativo de la población en riesgo de sufrirla.

## GRUPOS SANGUINEOS

Aird, Bentall, Mehigan y Roberts fueron los primeros en demostrar que las personas con úlcera péptica pertenecen con más frecuencia al grupo sanguíneo O, lo que ha sido confirmado por Clark y Doll y colaboradores tanto en casos de úlcera duodenal como de úlcera gástrica

El riesgo relativo de úlcera duodenal entre las personas del grupo O, en comparación con los grupos A, AB y B es de 1:28:1, en tanto que el de úlcera gástrica es de 1:16:1. Se ha observado en relación más íntima en la úlcera de boca anastomótica, y Doll, Newell y Swynnerton han concluido por sus propios datos y por otros datos publicados que el riesgo de úlcera de boca anastomótica entre las personas del grupo O es 1:8 veces mayor que entre las personas que pertenecen a los otros grupos

Es de interés la observación reciente de que la hemorragia por úlcera péptica parece tener relación con el grupo sanguíneo O. Esto hace pensar que hay una asociación primaria entre el grupo sanguíneo O y la tendencia hemorrágica, y que la relación con úlcera es secundaria, porque muchas de las úlceras, en especial las de grupo sanguíneo conocido, tienen probabilidad de descubrirse porque sangran. Se necesitan más informes al respecto

Las sustancias del grupo sanguíneo son mucopolisacáridos, y se distinguen entre ellos por sus propiedades antigénicas. No parece haber una sustancia antigénica importante de grupo sanguíneo en el grupo O, pero los que pertenecen a este grupo tienen un mucopolisacárido llamado "sustancia H" que es escaso en las personas que pertenecen a los otros grupos. Estos mucopolisacáridos se encuentran en pequeña cantidad en los glóbulos rojos, y en cantidades mucho mayores en los tejidos y líquidos corporales, y, por lo común, en las secreciones salival y gástrica. No todas las personas, sin embargo, secretan su sustancia de grupo sanguíneo hacia la saliva, y otra relación con la úlcera péptica que es independiente de la agrupación sanguínea ABO consiste en que los pacientes ABH no secretores tienen mayor tendencia a la ulceración que los secretores. Esta relación se refiere a las úlceras duodenal, gástrica y de boca anastomótica, y tiene la misma intensidad que el efecto del grupo ABO. Estas observaciones interesantes coinciden con otros estudios, que han demostrado mayor tendencia al carcinoma gástrico entre los sujetos no secretores del grupo sanguíneo A.

El modo de acción de estos efectos genéticos es incierto. Las observaciones de Glyn, Holborow y Johnson, y de Szulman, sugieren un posible efecto de resistencia tisular, y otros autores han demostrado que las sustancias del grupo sanguíneo se encuentran en las mucosas gástrica y duodenal, y que su concentración es afectada genéticamente en cuanto a secreción y no secreción.

Las primeras investigaciones indicaban que la secreción de ácido tendía a ser mayor en los sujetos del grupo O que en los del grupo A.

Los resultados en personas más jóvenes han sido contradictorios.

Hanley ha encontrado prueba de que la concentración de pepsinógeno sérico es un poco más alta en el grupo O que en el grupo A, pero no pudo demostrar si el estado secretor ABH influye en la secreción de ácido. Evans y colaboradores han demostrado que las sustancias de grupo sanguíneo aparecen en la secreción no parietal del estómago, pero el problema sigue muy confuso. Otro campo de estudio es la relación de una isoenzima sérica de la fosfatasa alcalina con el grupo sanguíneo y el estado secretor.

## ASPECTOS HEREDITARIOS

No hay duda que la frecuencia de la úlcera en un momento dado es mayor entre los parientes de sujetos ulcerosos que entre la población en general. Hay diversos informes de gran frecuencia de úlcera en los parientes cercanos de los ulcerosos, en comparación con los controles, pero ha sido difícil descartar la objeción de que el paciente con úlcera se interesa más en buscar casos semejantes en su familia que el paciente que sufre una enfermedad distinta.

Con el estudio de población como control, Doll y Buch demostraron un exceso de más del doble entre los parientes cercanos de los sujetos ulcerosos. Al extender este estudio, Doll y Kellock encontraron pruebas de herencia independiente en la úlcera gástrica y duodenal. Así, los parientes de enfermos con úlcera gástrica tienden a sufrirla, lo que además ocurre también en la misma generación. No se sabe hasta ahora si esta tendencia hereditaria se debe a alteración hereditaria de la resistencia tisular o a susceptibilidad a la ulceración, o si se debe de manera directa a factores ambientales y hábitos hereditarios más que a características constitucionales de algún tipo.

## HIPERSECRECIÓN DE ÁCIDO

Es probable que la hipersecreción sea uno de los factores constitucionales relacionados con las úlceras duodenales y antrales, aunque debe reconocerse que por lo menos la secreción de 50 por 100 de los pacientes ulcerados en estos sitios se encuentra en el promedio normal. Parece haber un umbral de secreción por debajo del que no ocurre úlcera duodenal. La hipersecreción de ácido puede deberse a respuesta demasiado intensa de una masa normal de células secretoras a un mayor de lo común. Las pruebas con que contamos señalan que el sujeto con úlcera duodenal tiene una masa mayor de células secretoras, a un estímulo submáximo, o a respuesta normal de una masa de células parietales mayor de lo común. Las pruebas con que contamos señalan que el sujeto con úlcera duodenal tiene una masa mayor de células secretoras que las personas normales.

Los estudios de Kay aclaran mucho el problema. Este autor ideó una técnica en la que usa dosis muy grandes de histamina y previene los efectos generales de esta con un antistamínico. Demostró que el volumen de la respuesta gástrica crecía al aumentar hasta cuatro veces la dosis normal de histamina por peso corporal, pero, si seguía aumentando la histamina, no se producía un volumen mayor de secreción gástrica. Así, se ha demostrado que esta respuesta máxima está relacionada con la masa de células parietales del estómago. La respuesta secretora máxima mayor de lo normal en la mitad de sus pacientes con úlcera duodenal, coincide con las observaciones patológicas de Cox, que encontró en un estudio de necropsia no sólo de estómagos más grandes en los pacientes con úlcera duodenal, sino también exceso en el número total de células parietales, a juzgar por los recuentos celulares.

El aumento en la masa de células secretoras se debe a dos causas; hereditaria, hiperplástica, por hiperestimulación dietética durante mucho tiempo o adenoma pancreático (síndrome de Zollinger-Ellison).

Además del aumento de la masa celular secretora en la úlcera duodenal hay también prueba en que el mecanismo que inhibe la secreción gástrica es deficiente en algunos casos. No está clara todavía la importancia relativa del aumento del impulso secretor, el aumento de células secretoras y la falta de mecanismos inhibidores normales en la producción de la gran secreción interdigestiva de los pacientes con úlcera duodenal, varía de un paciente a otro

En caso de úlcera del cuerpo del estómago, tiende a haber hiposecreción gástrica con disminución de la acidez del contenido gástrico hacia la neutralidad, después que el estómago se vacía por la noche

## FACTORES ENDOCRINOS

La inmunidad relativa de la mujer a la úlcera duodenal, y el hecho de que el estilbesterol es eficaz en el tratamiento del varón con úlcera duodenal, sugiere que las hormonas sexuales son un factor en el desarrollo de la úlcera. En apoyo a este concepto, se ha visto que la úlcera péptica es rara durante el embarazo. La frecuencia de úlcera péptica y sus complicaciones durante el embarazo ha sido investigada por Baird. De 1915 a 1961 hubo 22994 ingresos en el central Middlesex Hospital, pero solo 12 eran pacientes embarazadas con úlcera péptica o dispepsia. Durante el mismo período, 402 mujeres de 45 años de edad o menos fueron admitidas para tratamiento de úlcera péptica. La frecuencia de úlcera péptica como causa de muerte en la mujer embarazada de 1951 a 1960 en Inglaterra fue semejante a la frecuencia en todas las mujeres en la época de gestación. Se ha visto perforación o hemorragia por úlcera péptica durante el embarazo en 37 pacientes. Estos hallazgos no permiten afirmar que hay inmunidad especial a la úlcera péptica entre las mujeres embarazadas.

Al hablar de hormonas suprarrenales, es importante separar el papel de la glándula suprarrenal en la fisiología, incluso su posible papel bajo condiciones de tensión, y la situación clínica en que se administran grandes cantidades de corticosteroides. La excreción de 17-cetosteroides y 17-hidroxycorticosteroides es menor en el varón con úlcera duodenal que en la población de control, y no hay pruebas directas en la actualidad que relacionen la úlcera péptica con la función suprarrenal. Es difícil relacionar las pruebas de terapéutica corticosteroide y la úlcera péptica, puesto que esos medicamentos suelen administrarse con otros, en particular aspirina. Es probable que las grandes dosis de corticosteroides produzcan úlcera péptica o agraven una úlcera persistente; es dudoso que aparezca esta complicación cuando se usan dosis menores.

Las relaciones entre hiperparatiroidismo y úlcera péptica no están claras. En la Clínica Mayo, 9 por 100 de 442 pacientes con tumor paratiroideo tenían úlcera péptica. Esta frecuencia es semejante a la de la úlcera en la población general.

Sin embargo, de 16 pacientes en los que había adenoma paratiroideo con adenoma pancreático, 12 tenían úlcera péptica. Es frecuente esta relación entre úlcera péptica y adenomatosis en más de una glándula endocrina, y es determinada de manera genética.

El síndrome ha sido revisado por Ballard, Frame y Hartsock, quienes señalan seis generaciones de una familia en las que estaban quizá afectados 17 de 42 miembros, 15 de los 17 tenían hiperparatiroidismo, y 10 tenían úlcera péptica, y, de éstos, siete murieron por perforación.

Wermer describe otra familia grande y señala que los cambios hiperplásicos del tubo gastrointestinal pueden ser otra expresión del gen que produce neoplasia adenomatosa en las glándulas endocrinas

La relación entre tumor de células insulares pancreáticas y úlcera péptica intratable, padecimiento conocido como síndrome de Zollinger-Ellison, puede ocurrir como manifestación única del "síndrome de adenoma múltiple", y en otros casos el tumor pancreático existe aislado.

## RELACION CON OTRAS ENFERMEDADES

Hay aumento de frecuencia de úlcera péptica en caso de enfisema intenso y cor pulmonale. La úlcera duodenal es frecuente en las mujeres con cirrosis biliar, pues disminuye la neutralización del contenido duodenal. En caso de úlcera duodenal, sobre todo en varones jóvenes, hay con más frecuencia lesión de las arterias coronarias.

## RELACION CON ANSIEDAD Y PERSONALIDAD

Todos los clínicos coinciden en que la ansiedad aguda es el factor más importante para precipitar complicaciones de úlcera péptica, y que la ansiedad crónica tiende a hacer intratable la úlcera. No se trata nada más de ansiedad aguda, pues con ella hay posibilidad de acumular la tensión emocional, y persistir con ansiedad. A veces es difícil valorar el grado de frustración o resentimiento ocultos. En la práctica, es imposible decir hasta donde una recaída se debe a tensión nerviosa, y que tanto se debe a otros factores agravantes concomitantes, en particular fatiga física por insomnio, largas horas de trabajo y tabaquismo excesivo como reacción a la tensión.

La fatiga es con seguridad tan importante como la ansiedad en la exacerbación de los síntomas ulcerosos, punto confirmado con frecuencia por los médicos que sufren úlcera péptica. Los que están más expuestos a la ansiedad sostenida por su trabajo, como los médicos o los encargados de conservar la producción industrial, tendrán una proporción mayor de úlceras con manifestaciones clínicas que quienes llevan una vida protegida y tranquila.

Ansiedad, frustración, resentimiento, fatiga, tabaquismo y comidas irregulares pueden explicar que una úlcera aguda, iniciada por otros factores, se haga crónica.

No son la causa primaria, sino factores agravantes importantes.

Este reconocimiento del factor ansiedad no es el mismo cuando hablamos de que la úlcera péptica aparece en particular en una sección de la comunidad con un patrón particular de personalidad.

La tesis de que las úlceras pépticas tienden a aparecer sobre todo en personas hipersensibles, imperativas y con sentido excesivo de responsabilidad, tiene una base muy insegura. El factor ansiedad fomenta que la úlcera se haga crónica y aparezcan complicaciones, pero el patrón de personalidad, tiene una base muy insegura. El factor ansiedad fomenta que la úlcera se haga crónica y aparezcan complicaciones pero el patrón de personalidad de los sujetos ulcerosos corresponde al resto de la población.

## CUADRO CLINICO

Es típico que haya dolor epigástrico relacionado con las comidas, aliviado por álcalis, y que se presenta en crisis que duran unos cuatro días o algunas semanas, pero hay muchas variantes. La úlcera duodenal suele manifestarse con dolor que aparece dos horas después de haber comido, se calma con alimentos y despierta al paciente entre una y dos de la mañana. En caso de úlcera gástrica, el dolor aparece entre media hora y una hora después de las comidas, y se calma con álcalis o vómitos. En la práctica, hay imbricación importante de la sintomatología entre las úlceras gástrica y duodenal, y no puede hacerse una distinción fiel sólo con la historia clínica.

La localización del dolor varía mucho. Puede percibirse en tórax a la altura del esternón, alrededor del ombligo o incluso en hipogastrio. A veces el dolor predomina en el flanco, por debajo del reborde costal, se irradia hacia dorso y simula un dolor renal, sobre todo en el lado derecho. A veces se percibe sólo en dorso, y puede pensarse que su origen es muscular, "dorsalgia dispéptica". El dolor puede ser un malestar mínimo o tener gran intensidad. El momento de iniciación varía mucho, y es frecuente que el dolor ulceroso se manifieste sin relación con las comidas, en particular al terminar el día.

El alivio con álcalis, aunque es una regla, puede desaparecer, en particular cuando la úlcera sufre penetración crónica hacia una víscera vecina. A veces no hay dolor, y la úlcera se manifiesta por primera vez cuando sufre hemorragia o perforación.

Pirosis, anorexia, náuseas, vómitos y sialorrea sin dolor, que aparecen en crisis que duran unos cuantos días, pueden ser los únicos síntomas de úlcera péptica.

Quizá la característica más importante de los antecedentes ulcerosos sea la periodicidad de los síntomas.

Estos cuadros clínicos poco comunes plantean un problema diagnóstico, sobre todo en los pacientes en que el radiólogo tiene dificultad para descubrir la úlcera.

Esto ocurre sobre todo en las úlceras del techo del antro pilórico, y en la úlcera duodenal posbulbar. En estos casos, habrá quizá un acumulo de informes negativos antes de que se descubra la existencia de la úlcera, quizá por complicaciones clínicas, gastroscopia o laparotomía. Suelen diagnosticarse en éstos pacientes neurosis abdominal, pancreatitis crónica o lumbago. Es común que sufran una neurosis secundaria por la incertidumbre de su vida y la incapacidad de sus médicos para lograr un diagnóstico físico. En la práctica, estos pacientes tienen antecedentes numerosos, claros y no exagerados por las características de fantasía tan comunes del verdadero neurótico.

El sujeto ulceroso sufre dolor que no es del tipo del retortijón intenso. En la mujer joven tiene mucha importancia recordar que la litiasis biliar puede producir dolor recurrente día tras día en la parte superior de abdomen, que al principio puede pensarse es producido por úlcera péptica. En todos los casos típicos con hallazgos radiológicos negativos es mejor hacer colecistografía.

Hay diversas razones por las que los pacientes sufren síntomas atípicos. La úlcera con cicatriz gruesa puede ser insensible al dolor, en tanto que el pilorospasmo produce reflujo esofágico y prosis.

Puede ocurrir anterospasmo, y el paciente se queja de flatulencia. A veces la úlcera penetra hacia los tejidos circundantes y produce dolor parietal en dorso. La úlcera de boca anastomótica puede adherirse a diafragma y pared torácica, con lo que se producirá dolor intenso, diagnosticado muchas veces como neuritis intercostal. Aun sin extensión parietal, las referencias del dolor pueden ser vagas. Como el intestino anterior es, desde el punto de vista de embriología un órgano de la línea media, la referencia del dolor puede ser hacia cualquier lado, y puede percibirse dolor izquierdo en caso de úlcera duodenal. En cada persona el umbral del dolor es distinto, algunas no son sensibles, y otras lo son demasiado. En cierto número de pacientes con dolor poco intenso o sin él, o que tienen equivalentes del dolor, como crisis recurrentes de náuseas y vómitos, se observa en el examen físico que son muy insensibles a los estímulos dolorosos.

Hay ciertos problemas recurrentes de diagnóstico, y éstos se refieren en particular a úlcera duodenal posbulbar, úlceras gástrica y duodenal gigantes, y distribución entre úlceras simples y malignas.

## DISTINCION ENTRE ULCERA GASTRICA SIMPLE Y MALIGNA

Un problema vital en el tratamiento de la úlcera gástrica es distinguir entre las úlceras simples y las malignas. Se ha dicho con frecuencia, en particular en Estados Unidos de Norteamérica, que 10 por 100 de las úlceras gástricas son malignas, y, en consecuencia, todas deben tratarse por medios quirúrgicos. Esta afirmación de la frecuencia es quizá correcta, pero no permite emplear la radiología y la gastroscopía para llegar al diagnóstico diferencial.

Debe hacerse distinción entre las úlceras de la porción vertical del estómago, por ejemplo, entre un ángulo y cardias, y las de la porción horizontal del estómago, por ejemplo, entre curvatura menor del antro y ángulo. Las úlceras de la porción horizontal del estómago tienen un riesgo mucho mayor de malignidad que las de la vertical, y se puede afirmar que la úlcera que se proyecta con limpieza desde la porción vertical de la curvatura menor nunca es maligna. Una úlcera que se forma en la línea de la curvatura menor es siempre sospechosa, lo mismo que una úlcera cuya base suele ser demasiado plana o un poco irregular. En la endoscopia, y a veces en la citología y en la biopsia gástrica, y mediante prueba terapéutica cuando está indicada, puede hacerse el diagnóstico con mucha precisión, y el estudio de vigilancia en el Central Middlesex Hospital demostró que la posibilidad de pasar por alto una úlcera fue menor del 1 por 100.

No es fácil distinguir a veces entre úlcera simple y úlcera maligna en la laparotomía, y no son raros los errores en ambos sentidos. Parece que radiología y gastroscopía son medios mucho más precisos de diagnóstico correcto en el caso inicial que inspección y palpación en la laparotomía. Es muy difícil confundir una úlcera maligna con una simple en caso de perforación aguda. Puede hacerse diagnóstico equivocado de úlcera maligna en la laparotomía, cuando la gran úlcera simple tiene mucha inflamación y linfadenopatía. Se han visto muchos casos en los que el cirujano confiaba que la úlcera era simple. Un punto importante es la poca frecuencia de la clasificación aórtica en el carcinoma gástrico, en comparación con la úlcera gástrica simple. Esto fue señalado por primera vez por Elkeles, y nuestras propias observaciones lo han confirmado. Hasta ahora no se sabe, sin embargo, si la calcificación es menos común en el carcinoma del estómago o más común en la úlcera gástrica.

Siguen las discusiones en cuanto al riesgo de degeneración maligna en las úlceras gástricas simples. Nuestra experiencia sugiere que la degeneración maligna secundaria es muy rara en caso de úlcera simple. En las úlceras malignas, la lesión suele haber sido maligna desde el principio, pero a veces puede haber sufrido digestión péptica secundaria muy extensa.

## TRATAMIENTO MEDICO DE LA ULCERA PEPTICA

El tratamiento médico ideal de la úlcera péptica debería producir curación rápida sin efectos colaterales indeseables y con poco riesgo de recaída. Hay muchas pruebas de que bastantes de los actuales tratamientos son, en el mejor de los casos, sintomáticos, y no alteran la evolución prolongada de la enfermedad. Ahora se conocen muchas medidas que aumentan la cifra de curaciones de úlcera gástrica, pero no contamos con datos semejantes para la úlcera duodenal por las grandes dificultades radiológicas para demostrar el cráter en duodeno.

Las úlceras pépticas tienen una gran tendencia natural a curar, que puede ser auxiliada con medidas médicas. El hecho de que el tratamiento médico es con frecuencia sintomático no significa que la mayoría de los pacientes requieran tratamiento quirúrgico. Una característica notable de un estudio de necropsia practicado en Leeds, señala que la cicatriz de úlcera duodenal era casi tres veces tan común como el cráter ulceroso.

En la encuesta de Fry publicada en General Practice, 16 por 100 de los pacientes con úlcera péptica tuvieron que someterse a cirugía de elección en un periodo de 5 a 15 años. Después del ingreso en el hospital, en el que se pudieron seleccionar los casos mas graves, 24 a 38 por 100 en las diferentes series de pacientes con úlcera gástrica requirieron cirugía durante un periodo de 5 a 25 años, y 21 a 24 por 100 de los pacientes con úlcera duodenal, la requirieron durante un periodo de 7 a 15 años. Contamos con los siguientes medios de tratamiento médico.

## REPOSO

La experiencia clínica sugiere que la reducción del ritmo de trabajo, o, si es necesario, el reposo en cama, acorta el periodo de síntomas ulcerosos. Se ha demostrado la ventaja del ingreso en el hospital sobre el tratamiento de los pacientes externos para fomentar la curación de la úlcera gástrica. No hay datos comprobados que demuestren un periodo de remisión de los síntomas. Los informes publicados señalan que, como es de esperarse, los pacientes con úlcera duodenal tienden a liberarse de esos síntomas cuando dejan el hospital después de un periodo de tratamiento médico, pero que el número de recaídas es alto, más del 80 por 100 en 5 a 10 años, aunque muchas de las recaídas son leves.

La ansiedad puede ser un factor que agrave los síntomas ulcerosos, y, en el caso individual, es un aspecto importante de tratamiento. Para establecer buena relación con el paciente se necesita tiempo, intimidad y paciencia. La liberación de la tensión emocional enclaustrada tiene gran valor terapéutico, pues, con mucha frecuencia, el paciente considera insuperables sus dificultades, y éstas

se han hecho para él mucho más importantes de lo que son en realidad. Los sedantes ayudan mucho en el paciente, pero las pruebas controladas con cuidado no apoyan el empleo de fenobarbital en cada paciente con úlcera gástrica o duodenal.

## DIETA

Cuando los pacientes tienen dolor de estómago rechazan, naturalmente, la comida. La dieta ha sido un medio principal de tratamiento durante muchos años, con objeto de disminuir la secreción de ácido, amortiguar el ácido secretado y evitar la irritación de la úlcera. Varios estudios controlados han puesto en duda la eficacia de las dietas terapéuticas clásicas para pacientes externos. Como resultado de estos estudios, Doll ha señalado: "No veo justificación para seguirles complicando la vida a los pacientes exigiéndoles una dieta especial"

Si las dietas clásicas no tienen ya sitio en el tratamiento de la úlcera péptica, ¿es útil cualquier recomendación dietética? Parece útil la consistencia líquida o semisólida de los alimentos en las fases agudas de la úlcera péptica, quizá porque esté retrasado el vaciamiento gástrico. Algunos pacientes necesitan nada más este régimen, e incluso sólo unos cuantos días. El alimento suele aliviar el dolor de la úlcera, y buena ayuda sintomática son los alimentos frecuentes. Esto puede ser explicado por las observaciones que demuestran que la acidez máxima antes de la comida tiende a disminuir cuando los pacientes reciben la misma cantidad de alimento, dividida en porciones cada dos horas, en vez de cada cuatro horas. Hay pocas pruebas de que sea preferible la dieta con muchas proteínas a la dieta con muchos carbohidratos.

Los pacientes con úlcera péptica suelen estar molestos cuando toman alimentos fritos, por lo que conviene evitarlos. El consumo de café y té debe ser moderado. No parece haber razón para suspender vino o cerveza con las comidas, pero deben evitar antes de ellas, lo mismo que el exceso de alcohol.

## ANTIACIDOS

Los antiácidos se prescriben para aliviar el dolor de la úlcera o para reducir la acidez del contenido gástrico durante un tiempo prolongado, con objeto de fomentar la curación de la úlcera. El goteo de antiácidos por sonda no aumenta el ritmo de curación de la úlcera gástrica. No contamos con datos sobre el efecto del tratamiento antiácido continuo en la úlcera duodenal, pero hay razones suficientes para utilizar los antiácidos con intensidad.

La eficacia de los antiácidos es limitada, por el ritmo al que dejan el estómago. Una dosis de antiácido suficiente en teoría para neutralizar el ácido gástrico secretado durante muchas horas, reduce de hecho la acidez a un nivel bajo durante menos de una hora. En consecuencia, para que sea eficaz, el antiácido debe neutralizar mucho ácido con rapidez. La reacción lenta con el ácido no es virtud sino desventaja. Las soluciones o las suspensiones finas reaccionan con más rapidez con el ácido que las tabletas o los polvos gruesos; los líquidos pueden también cubrir el contenido gástrico, en tanto que es probable que los preparados sólidos se sedimenten en la curvatura mayor y ejerzan solo acción local. Hay cuatro compuestos, bicarbonato de sodio, carbonato de calcio, óxido e hidróxido de magnesio, que son muchas veces tan eficaces como los otros antiácidos comunes en su poder neutralizante y en su poder de acción.

Por desgracia, cada uno de estos compuestos produce efectos colaterales si se administra en cantidades grandes. El bicarbonato de sodio puede producir alcalosis, el carbonato de calcio estreñimiento e hipercalcemia, y los compuestos de magnesio diarrea. Por esta razón deben usarse antiácidos que se absorben mal aunque son menos eficaces, sobre todo los de aluminio, si se requieren dosis frecuentes. Los compuestos de magnesio son seguros y pueden usarse en dosis que producen evacuaciones un poco sueltas, son útiles para contrarrestar el efecto astringente de los compuestos de aluminio o calcio.

Para aliviar el dolor, la rapidez de acción es importante y necesaria; los efectos colaterales no menos importantes si se administran dosis poco frecuentes. Un preparado líquido quelado, glucaldrato de sodio (Gly maxil) puede ser más conveniente un polvo que se tome con agua o una tableta que se mastique y degluta. El dolor regular puede prevenirse con una dosis de antiácido. Estas dosis se administran mejor de media hora a una hora antes de las comidas, y en el momento de dormir, o a la mitad entre los alimentos que se toman cada dos horas.

Para conservar la acidez baja dentro del estómago, se necesita un preparado que se administre de manera continua o cada hora. Además de eficacia, son importantes sabor agradable, falta de efectos colaterales, comodidad de administración y costo. Las tabletas de antiácidos que se absorben mal son eficaces si se disuelven en la boca con frecuencia o de manera continua entre las comidas. Las tabletas que contienen glicinato de aluminio, disueltas en la boca cada hora o cada dos horas entre las comidas, son útiles en particular. En el paciente cuyo dolor no se alivia, es mejor tomar muestras de la secreción gástrica para ver si el régimen que se está usando reduce con eficacia la acidez gástrica.

El único método de administración de antiácidos durante el sueño es por goteo intragástrico continuo. Se obtiene cierta reducción de la acidez gástrica con leche, un litro cada ocho horas, y se logra una reducción mayor si se añade bicarbonato de sodio, 20 g/l. Hubo más aumento de peso y quizá alivio del dolor más aumento el ritmo de cicatrización de las úlceras. Puede recomendarse, como tratamiento sintomático a corto plazo en los pacientes con dolor ulceroso intratable, un goteo intragástrico de leche alcalinizada, o de manera alternativa, de glucaldrato de sodio, 20 a 40 g en un litro de agua.

## **MEDICAMENTOS ANTISECRETORES**

Los medicamentos atropínicos deprimen la secreción gástrica estimulada tanto por el vago como por la gastrina. Este es sólo uno de sus efectos en el cuerpo; entre los otros están depresión de las secreciones salival y pancreática y de la movilidad gástrica. La incapacidad de influir en el estómago nada más es quizá una razón por la que se discuten los resultados del tratamiento con estos medicamentos.

Hace poco se publicaron varias pruebas terapéuticas controlada de estos medicamentos, y los resultados son contradictorios. Friedlander comparó hexametonio, metantelina y un placebo en el tratamiento de la úlcera duodenal, u administro los medicamentos en dosis que producían efectos colaterales con frecuencia. La metantelina fue algo útil para el alivio inicial del dolor, pero no hubo otras diferencias en síntomas, ritmo de curación o grado de recurrencia en los tres grupos.

Melrose y Pinkerton encontraron que la poldina, en dosis que produce efectos colaterales ligeros o falta de los mismos, no redujo el número de exacerbaciones agudas durante un período de nueve meses, en comparación con el grupo de control; se obtuvieron resultados semejantes cuando el medicamento se administró en una dosis mas alta y produjo efectos colaterales. Sun ha estudiado la cifra de recaídas en la úlcera duodenal curada, y encontró que os pacientes que tomaban tricloamol o glucopirrolato tenían menos recurrencias que los pacientes que recibían un placebo. Hubo ciertas pruebas experimentales de que estos medicamentos potencian el efecto de los antiácidos. Se necesitan más estudios controlados de estos medicamentos.

La acetazolamida y los medicamentos que están relacionados con ella interfieren la secreción de ácido, pero hasta ahora no contamos con una forma práctica de aplicarla.

## ULCERA DUODENAL

La úlcera duodenal comprende alrededor del 80% de todas las formas de úlcera péptica. La preponderancia de los hombres varía de 3.1, a 10.1, pero se encuentran diferencias significativas en cuanto a los sexos, antes de la pubertad o después de la menopausia. Aunque la úlcera gástrica es relativamente más frecuente en la mujer, la frecuencia absoluta de la úlcera duodenal en el sexo femenino es mayor que la úlcera gástrica.

### FISIOPATOLOGIA

En el desarrollo de la úlcera duodenal en un determinado paciente, existen una multiplicidad de factores causantes y contribuyentes.

Hipersecreción de jugo gástrico, resistencia tisular y trastornos en la motilidad, factor genético, factores neuropsiquiátricos, factores endócrinos, otras enfermedades predisponentes. En la cirrosis

Hepática, la pancreatitis crónica a la fibrosis quística, el enfisema pulmonar crónico y la artritis reumatoide.

### SINTOMAS

Los síntomas de la úlcera duodenal tienen un patrón notablemente uniforme.

La aparición de dolor, seguida por el alivio de la molestia después de la ingestión de alimentos o alcalinos. El dolor es constante como sensación de mordedura, de quemadura, o de hambre, en la parte alta y media del epigastrio o un poco hacia los lados de la línea media, en especial a la derecha.

El dolor por lo común comienza de dos a dos horas y media después de las comidas, y por lo común desaparece inmediatamente después de la ingestión de alcalinos o comida. El dolor puede despertar al paciente entre la media noche y las tres de la mañana, casi nunca está presente al despertar antes del desayuno.

### DIAGNOSTICO

El criterio más importante en el diagnóstico de la úlcera duodenal es la producción de la secuencia típica de dolor- alimento- alivio. En la población general son síntomas frecuentes una variedad de datos inespecíficos como la pirosis, el eructo, la intolerancia a ciertos alimentos y una molestia vaga, difusa en el abdomen.

El examen a los rayos X con bario, es la prueba diagnóstica más importante.

## TRATAMIENTO

Tratamiento medico se ha concedido prácticamente toda clase de regímenes dietéticos y medicamentosos, en un tiempo o en otro.

Antiácidos, fármacos anticolinérgicos, tratamiento dietético, reposo, sedantes y tranquilizantes, (psicoterapia), prohibiciones, radiaciones del estómago.

## TRAMIENTO QUIRURGICO

Las indicaciones para la intervención quirúrgica en estos pacientes con la úlcera duodenal, son las complicaciones de la enfermedad, 1) Perforación; 2) Obstrucción Orgánica; 3) Hemorragia incontrolable; 4) Que sea refractario al tratamiento medico.

## TRATAMIENTO ACTUAL DEL SINDROME ACIDO PEPTICO

Las enfermedades gastrointestinales llamadas acidopépticas tienen etiopatogenia diferente, inclusive pueden variar en un mismo individuo en distintos tiempos de su evolución porque las alteraciones que las producen no son unifactoriales sino dinámicas y cambiantes. Por lo anterior no es posible contar con un medio ameto mágico para su tratamiento.

Es difícil señalar la fisiopatología de la úlcera en un individuo, aunque parece válido decir "sin ácido, no hay úlcera" para fines clínicos lo relevante es ¿cuanto se debe disminuir la secreción de ácido?

Es indudable que muchos de los pacientes con úlcera péptica tienen un curso clínico benigno, donde los bloqueadores H<sub>2</sub> controla con celeridad el dolor y le induce cicatrización objetiva de la úlcera. Sin embargo en 40 y hasta 70% de pacientes con estas características la úlcera duodenal también cicatriza con placebo en el curso de seis semanas.

Es así como el Dr. Fordtran no encontró diferencia en un estudio de 1560 pacientes con úlcera péptica en la presencia de complicaciones, la única diferencia fue un alivio más pronto del dolor.

En efecto, pacientes con úlcera que cicatrizaron y son incluidas en estudios de mantenimiento si tienen disminución en la recurrencia de hemorragia de 15 a 18% en estudios retrospectivos, lo cual se confirmó en fecha reciente en forma prospectiva, al disminuir la hemorragia de 26 a 9% con la administración de ranitidina por la noche (150mg). (5,7)

## IMPORTANCIA CLINICA DEL HELICOBACTER PYLORI

Existen evidencias convincentes de que esta bacteria puede causar gastritis aguda y se ha demostrado que coloniza inicialmente el antro y más tarde se disemina al fondo, se asocia con gastritis aguda y supresión de la secreción de ácido.

Los estudios de prevalencia han demostrado una frecuencia de 75% en sujetos mayores de 65 años. En otro estudio se demostró que 54% de un grupo de niños con escasos recursos tenía la prueba de urea gástrica positiva que contrasta con una frecuencia de 30% en niños de uno a 10 años con mejor nivel socioeconómico.

Se ha encontrado esta bacteria asociada en gastritis tipo B, úlcera duodenal, dispepsia no ulcerosa y cáncer gástrico.

Cuando se encuentra la bacteria en padecimientos ácido pépticos se recomienda la administración de una terapia triple, la cual tiene la ventaja de tener actividad luminal y sistemática. Los agentes que tienen actividad luminal son bismuto, tetraciclinas, amoxicilina, o ampicilina y quizá furazolidona. La combinación con índice de erradicación del 90%

*Señal en la gastritis tipo B.*

## GASTROPATIA POR ANTINFLAMATORIOS NO ESTEROES

La aspirina y los medicamentos anti inflamatorios no esteroides (AINE) de uso muy frecuente en la practica clínica, pueden dañar la mucosa gastrointestinal

Se dice que de un grupo de 2000 enfermos de artritis reumatoide, se calcula que alrededor de 26% se hospitalizara en un año por complicaciones atribuibles al uso de AINE, calculándose una mortalidad de 1 por cada 1000 enfermos por año. Las sales de mayor potencial ulcerogeno al piroxicam, tolmestina, y sulindac. La aspirina y en general los AINE provocan entre 15 y 60% de ingresos por hemorragia digestiva aguda en los EUA. En estudios endoscópicos Zeilder encontró lesiones en la mucosa gástrica que iban desde la hemorragia subepitelial hasta úlceras con vaso visible, 22% de los enfermos no tenia síntomas. Por otro lado no se encontró lesiones en 45% de pacientes que se quejaban del aparato digestivo, (8,9,16,17,18).

## ENFERMEDAD ULCEROSA GASTRODUODENAL.

Úlcera duodenal: Esta consiste en una rotura de la mucosa del duodeno que sobrepasa la musculares mucosas. Es una entidad crónica y recidivante, y posiblemente se trate de una serie de procesos de distinta etiología, conducta fisiopatologica y respuesta terapéutica con un nexo común: la lesión ulcerosa.

Este padecimiento puede afectar casi al 10% de la población general, observándose en los últimos años una disminución de factores como la sobrecarga de trabajo y el consumo de sal. Es mas frecuente entre los hombres en relación de 2.5:1.

El dolor es el síntoma mas constante y característico de la úlcera duodenal. Está presente en el 80% de los casos y se localiza habitualmente en epigastro. Clásicamente es rítmico relacionado con las comidas, calmándose tras la ingesta de alimentos o alcalinos. Hasta un 80% presentan dolor nocturno y en ocasiones la primera manifestación puede ser la hemorragia o perforación.

El tratamiento puede ser a base de dieta retirando únicamente los alimentos que no se toleren, tratamiento farmacológico a base de antagonistas de los receptores H<sub>2</sub> y bloqueadores de la bomba de protones así como medicamentos con efecto protector de la mucosa como el sucralfato y el dicitrato tripotásico.

Se ha observado que del 5 al 15% de las úlceras quedan sin curar después de un tratamiento de ocho semanas a dosis plenas y el mantener la dosis durante mas tiempo no mejora de forma importante el índice de curaciones, aunque en general se debe a influencias de factores externos como el tabaco y el tamaño de la úlcera, la edad del paciente y el tiempo de duración de la enfermedad ulcerosa. En estos casos se recomiendan algunos ajustes en el tratamiento medicamentoso y de no resultar llevarle a cirugía con vagotomía troncular más piloroplastia o la vagotomía troncular más antrectomía.

## ENFERMEDAD ULCEROSA GASTRICA.

Esta consiste en una rotura de la mucosa del estómago que sobrepasa a la muscularis mucosae. Es menos frecuente que la úlcera duodenal, y poco común antes de los 40 años, su incidencia aumenta paulatinamente hasta los 60-70 años, en que se estabiliza. Afecta casi por igual a ambos sexos.

En algunos estudios la incidencia anual de la úlcera gástrica es de 0.31 por 100,000 habitantes mayores de 15 años. La mayoría de los pacientes se agrupan entre los 45-65 años y son poco frecuentes los que tienen menos de 40 años, no existe diferencia entre ambos sexos salvo en mayores de 70 años, en que predominan las mujeres, y en las asociadas a úlcera duodenal que predominan en los hombres en proporción 2:1.

**Cuadro clínico** Puede adoptar una gran diversidad clínica, si bien el dolor abdominal es usualmente el primer síntoma y está presente en el 80% de los casos y se ha considerado típico que el dolor sea aliviado con la ingesta de alimentos y que reaparezca de 1 a 3 horas tras la misma, pero esto sólo ocurre en el 50% de los pacientes, mientras que el 25% se exacerba. Otros síntomas pueden incluir náuseas y vómitos en úlceras prepilóricas con obstrucción parcial o total del píloro y pérdida de peso. Puede aparecer además pirosis, alteraciones del ritmo intestinal y síntomas dispépticos vagos. Puede hacerse presente como una hemorragia digestiva alta, abdomen agudo por perforación, etc.

El diagnóstico puede hacerse por radiología utilizando medio de contraste que puede detectar un 80 a 90% de las úlceras mediante técnica de doble medio de contraste y la endoscopia que es un estudio obligado con toma de biopsias múltiples a fin de descartar malignidad. Este estudio tiene una tasa de diagnósticos de 98% y es un estudio de seguimiento y aseverar cicatrización.

El tratamiento también es dietético con fraccionamiento de las comidas y evitar aquellos alimentos para los que se presente intolerancia.

El tratamiento medicamentoso es a base de antagonistas de los receptores H<sub>2</sub> con una tasa de curación a las 4 y 6 semanas de alrededor del 10%; los inhibidores de la bomba de protones con similar tasa de efectividad, los antiácidos acompañando a los anteriores ya que es dudoso su efectividad en forma aislada. (3,4,5,10,20,21)

## GASTRITIS CRONICA

Los cambios patológicos de la gastritis crónica en tres clases GASTRITIS CRONICA, GASTRITIS CRONICA ATROFICA Y ATROFIA GASTRICA

La gastritis crónica casi siempre es asintomática, pero pueden presentarse síntomas vagos y molestias, episódicas o persistentes. Estos incluyen uno o varios de los siguientes: Náusea al ver u oler alimentos, sensación o distensión o dolor al comer, en relación con la cantidad de comida. Saciedad fácil, mal sabor de boca, en particular antes del desayuno o vómito posprandial y malestar epigástrico, sordo y difuso, o sensación de quemadura.

A veces el dolor epigástrico, poco intenso a la palpación. La hemorragia es poco frecuente, pero puede encontrarse sangre oculta en las heces con anemia microcítica hipocromica resultante.

*Se desconoce la causa de la gastritis crónica, pero se presenta en asociación con el carcinoma gástrico, la anemia perniciosa, los pólipos gástricos, todos los tipos de tiroidopatías, el esprue, las enfermedades crónicas debilitantes la insuficiencia pituitaria o suprarrenal, la diabetes mellitus el síndrome de sjögren, la deficiencia crónica en hierro, la radicación y la cirugía gástrica, el empleo crónico de ácido acetil salicilico y el envejecimiento normal.*

#### DATOS DE LABORATORIO.

Anemia pro hemorragia o crónica, la presencia de sangre oculta en las heces, y las alteraciones de la secreción gástrica.

La hipoclorhidria es la regla en los casos tempranos en la atrofia gástrica completa se encuentra aclorhidria Puede presentarse hipoalbuminemia.

## ULCERA GASTRICA

### PRECUENCIA Y LOCALIZACION

Clínicamente, las úlceras gástricas son menos frecuentes que las duodenales en una relación de 1:4 más o menos, los estudios de autopsia muestran una frecuencia casi igual, predomina el sexo masculino en una relación de 3.5:1, un poco menor que la de las úlceras duodenales.

Aunque las gástricas pueden aparecer a cualquier edad, tienden a aparecer a cualquier edad, tienden a ocurrir entre los 45 y los 55 años.

Las úlceras gástricas aparecen con mayor frecuencia en el antro o en la unión del tejido del antro y del fundus. Por lo común son únicas y a menudo localizadas en la curvatura menor o en el área prepilórica

### FISIOPATOLOGIA.

Se han propuesto varias teorías para explicar la aparición de la úlcera péptica benigna en el estómago, Dragstedt sugiere que las úlceras gástricas se deben a la hipersecreción de jugo gástrico de origen hormonal, dependiente de la liberación prolongada o excesiva de la gastrina del antro

Se ha sugerido que la regurgitación de bilis en las partes proximales del estómago es más frecuente en pacientes con úlcera gástrica, y que tal regurgitación daña la mucosa de tal manera que se presenta la úlcera péptica

Otras hipótesis que se han propuesto son disminución de la resistencia del estómago a la ulceración por lesión del epitelio o por una disminución en el moco gástrico

### DATOS CLINICOS

Hay úlceras gástricas asintomáticas, algunas se encuentran por casualidad y otras se dan a conocer por las complicaciones graves, como la perforación o la hemorragia

De hecho, a menudo la comida agrava el dolor. La molestia puede ser urgente o en forma de calambre, y menos localizada y más difusa que la que se encuentra en enfermos con úlcera duodenal. Frecuentemente hay náuseas, anorexia, y vomito que pueden presentarse sin obstrucción.

Es común en el paciente la pérdida de peso, los síntomas de úlcera gástrica tienden a ser crónicos a menudo no ceden al tratamiento médico y reserdivan con frecuencia

## DIAGNOSTICO

El diagnóstico depende casi por completo del examen radiológico y gastroscópico.

El examen radiológico con bario permite descubrir la úlcera gástrica en la mayor parte de los casos y es del 80 al 85% seguro en la diferenciación de una úlcera gástrica benigna o maligna

- 1.- Examen radiológico del estómago
- 2 - Gastroscopía
- 3.- Examen citológico del jugo gástrico
- 4.- Examen del ácido gástrico.

## TRATAMIENTO.

El tratamiento médico de la úlcera gástrica es idéntica al de la duodenal excepto que no se deben emplear los anticolinérgicos.

El tratamiento quirúrgico está indicado en la perforación, hemorragia, obstrucción y resistencia a la terapéutica, las mismas indicaciones del tratamiento quirúrgico de la úlcera duodenal.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

**ULCERA PEPTICA.** Es una entidad nosológica de origen multifactorial como se ha podido observar en lo escrito anteriormente y comprende una serie de padecimientos originados en cualquier porción del tubo digestivo alto, puede presentarse en forma aguda condicionando estado grave, que pone en serio riesgo la supervivencia de los individuos o bien manifiesta como una enfermedad crónica con sintomatología persistente, molesta e incapacitante a las personas que la padecen. Como ya se menciona un alto porcentaje de la población presenta alguna vez en su vida manifestaciones de este padecimiento y un gran número de ellos con afecciones severas que requieren manejo intervencionista y aun en estos hay recurrencias de la sintomatología (Temas de Med.) Int. Gastroenterología II, 4 (557-569), (1994) por ello siempre es conveniente contar con datos que evidencien su frecuencia y distribución entre la población que normalmente ocurre a las entidades de salud a fin de poder aplicar las medidas que de alguna manera puedan prevenir tanto su aparición como su continuidad y en la última instancia su complicación con base en los últimos adelantos médicos, por lo que surge el siguiente problema en nuestra localidad ¿Cuál es la frecuencia de Úlcera péptica en el Hospital General de Pachuca del ISSSTE?

## **JUSTIFICACIONES**

La úlcera péptica es una enfermedad crónica, aguda y frecuente a nivel mundial, nacional y estatal (Gastroenterología Clínica Avery Jones Estadísticas de morbilidad) con una frecuencia mayor en el sexo masculino. La cual genera gastos por medio de consultas, medicamentos, estudios de laboratorio y gabinete, incapacidad, en ocasiones llegando a enfermedades patológicas como el CA.

Es una patología de fácil abordaje clínico, viable, haciendo una buena semiología del padecimiento, se obtiene un diagnóstico presuntivo que se puede confirmar a través de un auxiliar de diagnóstico confiable como la endoscopia disponible en la Clínica Hospital Pachuca ISSSTE.

Lo cual nos permite diagnósticos a tiempo que nos permitan establecer tratamientos oportunos para mejorar la calidad de vida del paciente

## **OBJETIVOS**

**OBJETIVO GENERAL** Determinar la frecuencia de úlcera péptica en la Clínica Hospital ISSSTE en Pachuca Hgo

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

Determinar la frecuencia de Úlcera Gástrica.

Determinar la frecuencia de Úlcera Duodenal

Determinar la frecuencia de Gastritis

Determinar la frecuencia por sexo.

Determinar la frecuencia por Grupos de Edad

## **HIPOTESIS**

**Dado que el presente trabajo es de carácter descriptivo no requiere hipótesis.**

## **METODOLOGIA**

### **TIPO DE ESTUDIO:**

Descriptivo, Transversal y Retrospectivo.

### **POBLACION, LUGAR Y TIEMPO:**

Adolescentes y Adultos, Derecho Habientes de la Clínica Hospital ISSSTE Pachuca Hidaigo, de 1993 a 1995.

### **TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

Corresponde a una muestra no aleatoria, incluyendo al total de los 105 expedientes de pacientes con diagnostico de Ulcera Péptica.

## **CRITERIOS DE INCLUSION**

**DERECHO HABIENTES ADSCRITOS AL ISSSTE PACHUCA.**

**SEXO MASCULINO  
FEMENINO**

**EDAD. RANGO: Entre 15 y 89 años.**

**EXPEDIENTES Características**

**Historia Clínica Completa.**

**Signos y Síntomas de Úlcera Péptica**

**Auxiliar de Diagnóstico, Laboratorio Sangre Oculta en heces, Gabinete,  
Endoscopia.**

### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

NO DERECHO HABIENTES

EDAD MENOR DE 15 AÑOS Y MAYOR DE 89 AÑOS

EMBARAZADAS.

### **CRITERIOS DE ELIMINACION**

EXPEDIENTES INCOMPLETOS

**VARIABLES.** Se emplearon variables de tipo cualitativo y cuantitativo.

<b>VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>
1 - EDAD	AÑOS
2 - SEXO	MASCULINO FEMENINO
3.- OCUPACION	ACTIVIDAD DIARIA
4.- CUADRO CLINICO	MANIFESTACIONES CLINICAS
AUXILIARES DE DIAS	ENDOSCOPIA
5.- LABORATORIO Y GABINETE DIAGNOSTICOS	BH, SOH, GRP
6.- Dx. ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA ULCERA GASTRICA ULCERA DUODENAL GASTRITIS DUODENITIS	

## **PROCEDIMIENTO DE CAPTURA DE LA INFORMACION**

Se acude al departamento de estadística de la Clínica Hospital ISSSTE Pachuca Hgo, para revisar las hojas del informe diario de labores del médico, seleccionando todos los pacientes con diagnóstico de úlcera péptica, para posteriormente acudir al archivo clínico y revisar los expedientes y se obtiene la información en cuanto a.

CUADRO CLINICO

DIAGNOSTICO

RESULTADOS DE LABORATORIO Y GABINETE

ESTADISTICA BASICA

### **CONSIDERACIONES ETICAS**

El presente trabajo adopta las medidas establecidas por la declaración de Helsinki para trabajos de investigación biomédica.

## **RESULTADOS**

Se encontró que en el rubro de edad de 35 a 44 años es más frecuente la Úlcera Péptica.

En el sexo se encontró que el femenino predomina levemente.

Dentro de la ocupación se encontró más en el empleado.

La Gastritis sobre sale en el diagnóstico.

En las manifestaciones clínicas el dolor Epigástrico predomina.

En el estudio de gabinete, por medio de la Endoscopia se encuentra con mayor frecuencia la Úlcera Duodenal.

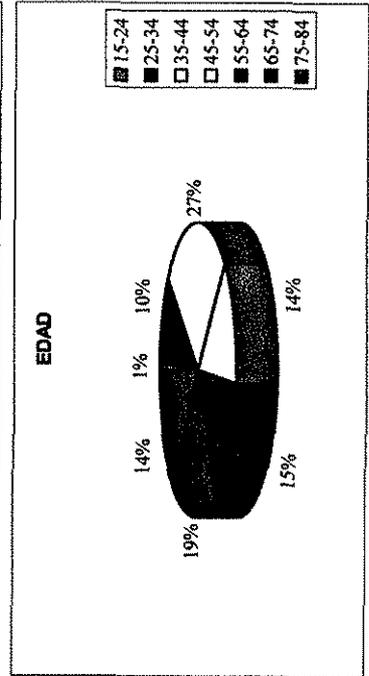
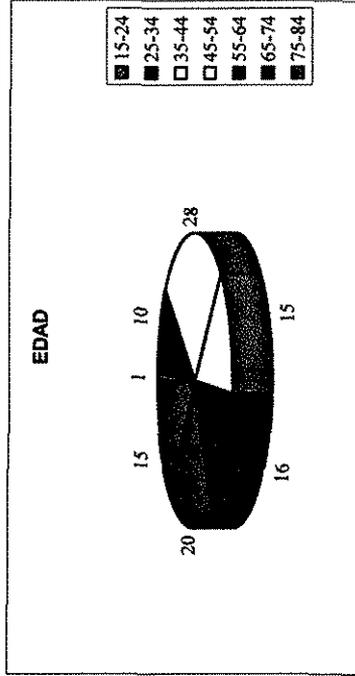
En el laboratorio la sangre oculta en heces es más frecuente la negatividad.

En el grupo Sanguíneo el tipo O es más frecuente.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DETERMINAR LA FRECUENCIA DE ULCERA PÉPTICA EN LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE PACHUCA  
EDAD

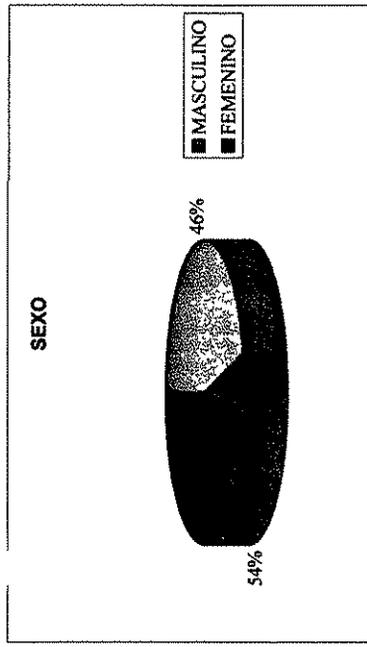
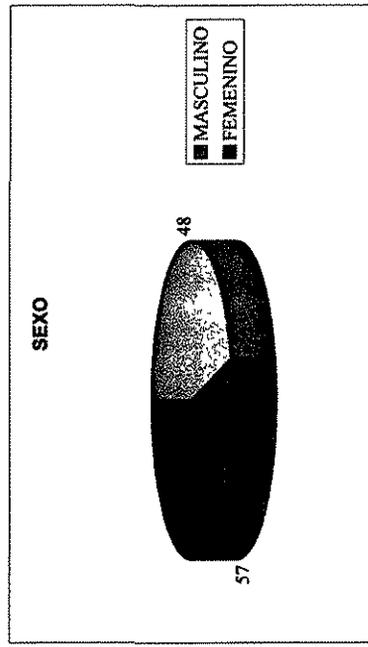
EDAD	NUMERO	%
15-24	1	1
25-34	10	10
35-44	28	27
45-54	15	14
55-64	16	15
65-74	20	19
75-84	15	14
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>100</b>



FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DETERMINAR LA FRECUENCIA DE ULCERA PÉPTICA EN LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE PACHUCA SEXO



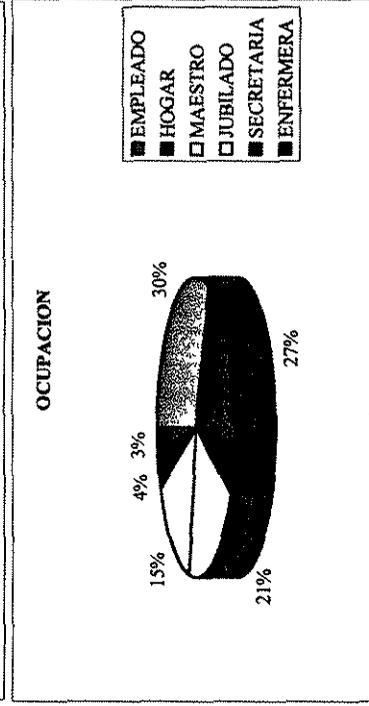
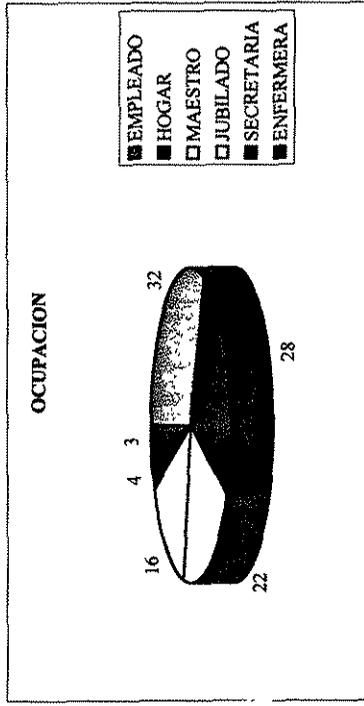
SEXO	NUMERO	%
MASCULINO	48	46
FEMENINO	57	54
TOTAL	105	100

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

DETERMINAR LA FRECUENCIA DE LA ULCERA PÉPTICA  
EN LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE PACHUCA  
OCUPACION

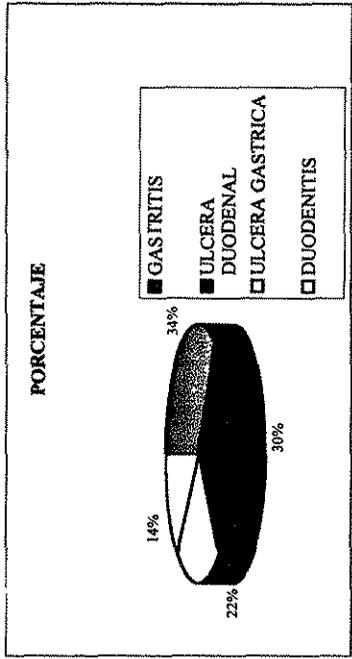
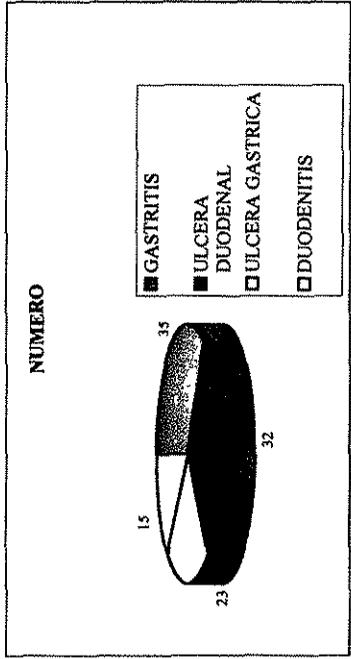
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

OCUPACION	NUMERO	%
EMPLEADO	32	30
HOGAR	28	27
MAESTRO	22	21
JUBILADO	16	15
SECRETARIA	4	4
ENFERMERA	3	3
TOTAL	105	100



DETERMINAR LA FRECUENCIA DE ULCERA PÉPTICA  
EN LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE PACHUCA  
DIAGNOSTICO

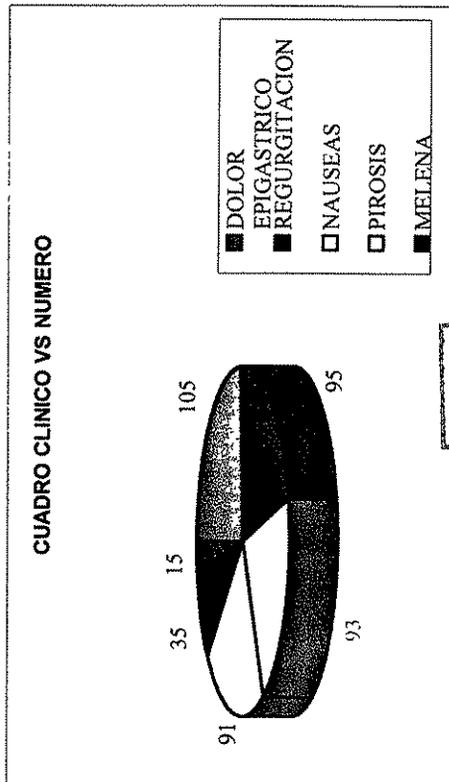
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



	NUMERO	%
GASTRITIS	35	33
ULCERA DUODENAL	32	30.0
ULCERA GASTRICA	23	22.0
DUODENITIS	15	14
TOTAL	105	100

DETERMINAR LA FRECUENCIA DE LA ULCERA PÉPTICA  
 EN LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE PACHUCA  
 MANIFESTACIONES CLINICAS

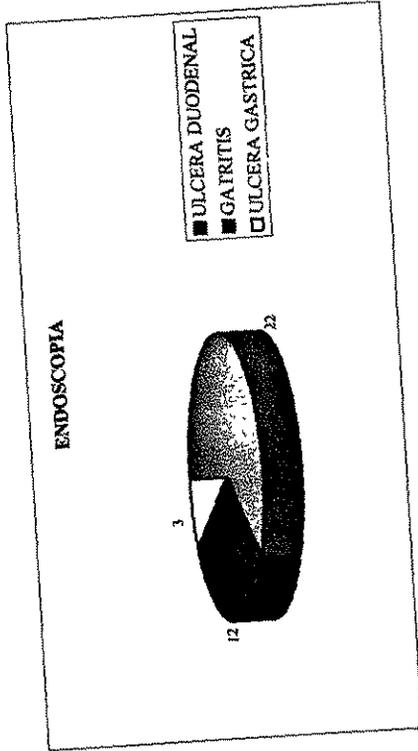
CUADRO CLINICO	NUMERO
DOLOR EPIGASTRICO	105
REGURGITACION	95
NAUSEAS	93
PIROSIS	91
MELENA	35
HEMATEMESIS	15



TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

DETERMINAR LA FRECUENCIA DE ULCERA PÉPTICA  
 EN LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE PACHUCA  
 GABINETE



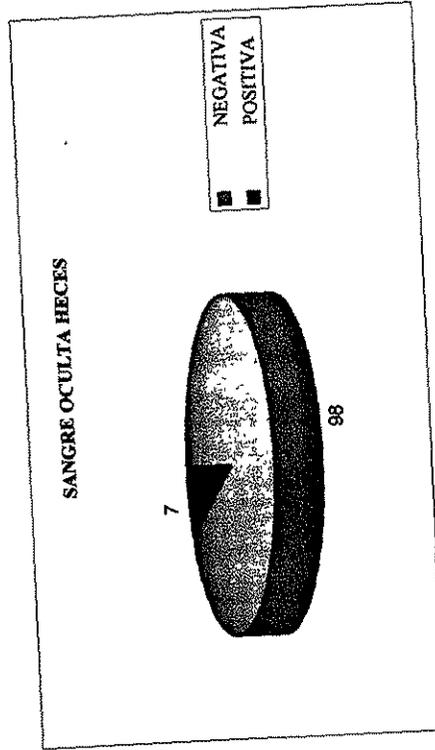
TESTE CON  
 FALLA DE ORIGEN

ENDOSCOPIA	NUMERO
ULCERA DUODENAL	22
GATRITIS	12
ULCERA GASTRICA	3
TOTAL	37

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

DETERMINAR LA FRECUENCIA DE ULCERA PÉPTICA  
 EN LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE PACHUCA  
 LABORATORIO

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

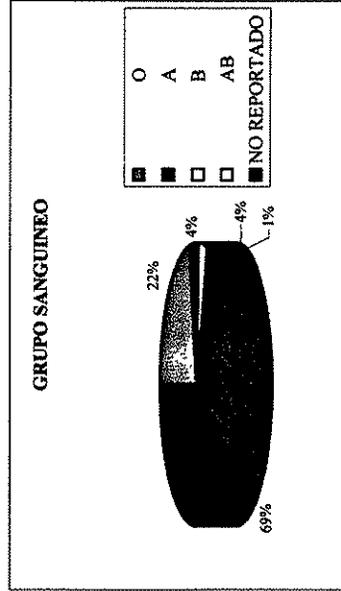
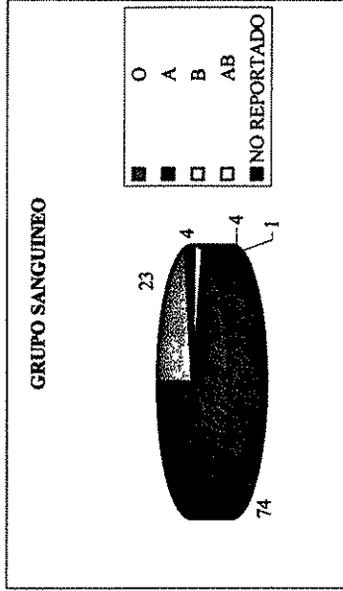


SANGRE OCULTA HECES	NUMERO
NEGATIVA	98
POSITIVA	7
TOTAL	105

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

DETERMINAR LA FRECUENCIA DE ULCERA PEPTICA  
 EN LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE PACHUCA  
 LABORATORIO

GRUPO SANGUINEO	NUMERO	%
O	23	21.90
A	4	3.8
B	4	3.8
AB	1	0.9
NO REPORTADO	74	70.4
TOTAL	105	100.80



TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

## ANALISIS

En el presente estudio encontramos que la edad promedio de padecer ulcera péptica es de 35 a 44 años, realizado en la Clínica Hospital Pachuca ISSSTE, no variando de lo ocurrido en el Central Middlesex Hospital, (WATKINSON, G, 1960).

La ulcera péptica es, en esencia, una enfermedad del varón, y 80 por 100 de los casos son varones, así lo explica J M de la Vega, y la Central Middlesex Hospital (WATKINSON, G, 1960) En este estudio realizado en la Clínica Hospital Pachuca, encontramos un ligero aumento en las mujeres, probablemente por ser quienes más acuden a consulta.

La investigación ocupacional practicada por DOLL, AVERY, JONES y BUCKATZSCH reveló un aumento de la frecuencia de la ulcera péptica, en el empleado, concordando con lo encontrado en el presente estudio.

En el cuadro clínico según EDWARDS Y COGHILL (1966) Brit Med. la sintomatología más frecuente en este padecimiento es el dolor en epigastro, a sí mismo también en este trabajo la frecuencia mayor en la sintomatología clínica es el dolor en epigastro.

De acuerdo a laboratorio AIRD, BENTALL, MEHIGAN Y ROBERTS fueron los primeros en demostrar que las personas con ulcera péptica pertenecen con mas frecuencia al grupo sanguíneo O, también en el presente estudio que se realizo en la Clínica Hospital Pachuca encontramos que predomina, el grupo O.

Con respecto a sangre oculta en heces encontramos de la Central Middlesex Hospital un 16 por 100 mientras que en el estudio que realizamos solamente encontramos 7 pacientes positivos y con una negatividad de 98 pacientes (Mayor en porcentaje)

Con relación a los estudios de gabinete, realizados mas endoscopias y encontrándose como diagnostico más frecuente la ulcera duodenal y con relación al diagnostico clínico es mas frecuente la gastritis, teniendo la misma similitud de la Central Middlesex Hospital y el actual trabajo realizado en la Clínica Hospital Pachuca ISSSTE

## **CONCLUSIONES**

Se concluye que en el presente trabajo realizado en el Hospital General de Pachuca del ISSSTE la frecuencia de úlcera péptica en el periodo de 1993 a 1995 fue de 61.2 %.

En cuanto a la edad los grupos más afectados fue de 35-44 y 45-64 años representa mas del 59% de la población estudiada.

En cuanto al sexo se observa un discreto aumento en el femenino 54%

En cuanto a la ocupación la población más estudiada fueron empleados federales.

En cuanto al cuadro clínico el hallazgo mas importante fue el dolor en epigastrio y la regurjitación , curiosamente la pirosis es un signo que nos orienta sobre un DX ulceroso pero los pacientes no lo refieren tanto.

Llama la atención que en cuanto a sangre oculta en heces se presentaron 98 casos negativos reportándose 12 casos de gastritis.

Predominando la úlcera duodenal.

El principal diagnostico sigue siendo la úlcera duodenal y le sigue la gastritis.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Herbert F Helander Anatomía del Esófago y del Tracto Gastrointestinal Conceptos Actuales Sobre Enfermedades Ácido Péptica ASTRA 1 1-18,1990
2. A Gómez Caturia et al Fisiología del Esófago TRATADO DE MEDICINA PRACTICA (MEDICINE) Cuarta Edición 1 1-5, Enero 1993
3. Grossman M Y, Guth P H, Insenberg Ji, et al A New Look Set Peptic Ulcer Ann Int Med, 1976, 84-57
4. Spiro H M Prptic Ulcer is not a Disease-Only a sign J Clin Gastroenterology, 1987, 9 623
5. Grossman M Y, Kurata J H, Rotter J Y y Col Peptic Ulcer. New Therapies, New Diseases. Ann Inter Med 1981, 95:609
6. Feldman M Walker, P Green J L, y Col. Life Events. Stress and Psychosocial Factors in men with Peptic Ulcer Disease Gastroenterology, 1986, 91: 1370
7. Ballesteros – Amozurrutia, M Tratamiento Actual del Síndrome Ácido Péptico Temas de Med Int. Gastroenterologia II, 4 (557 - 569), 1994
8. Wolsen H C et al La Enfermedad de Ménnétrier: ¿Una forma de Gastropatía Hipertrófica o de Gastritis? Gastroenterology 104 (5). 1310-1319, mayo de 1993
9. Shubert TT, et al, Factores de Riesgo de Ulcera Las interacciones entre la infección por Helicobacter pylori, el uso de no esteroides y la Edad The American Journal of Medicine 94(4) 413-418. Abr. 1993
10. Raj K Gayal Enfermedades del Esófago Harrison. Principios de Med Interna Undécima Edición. Tomo II Parte siete 1515-1524,1989.
11. Megrand F Bonnet F, Garnier M Lormuliate H. Characterization of Campylobacter pyloridis by Cultive Enzimatic Profile and Protein Content J Microbiol. 1985, 22 1007-1010
12. Dunn BE, Campbell CP Pérez-Pérez gi, Blaser ms Purification and Caracterizacion of Urease from Helicobacter pylon, j Biol Chem 1990, 265:964-969

- 13 Goodwin CS, Worsly BW Microbiology of Helicobacter pylori Gastroenterology Clin North Am, 1993; 22 5-19
- 14 Dehesa- Violante, M Importancia Clínica de Helicobacter pylori Temas de Med Int Gastroenterología II, 4(557-569),1994
- 15 Klausner AG, et al ¿Que hay detrás de las Dispepsias? Digestive Disease and Sciences 38(1) 147 – 154, enero 1993
- 16 Brutt JH, Bathel JS, Moore RA Clinical Spectrum of the Upper Gastrointestinal Effects of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs Am J Med 1988,84 (Suppl 2ª) 5
- 17 Langman MJS Coggon D. Spigelhalter D Analgesic Intake and the Risk of Acute Upper Gastrointestinal Tract Bleeding Am J Med 193,74-79
- 18 Pérez- Huacuja R, Nigl – Navarrete IM Gastropatía por Antinflamatorios no Esteroides Temas de Med Int Gastroenterología II,4(557-569),1994.
19. Fendrick, Chernew, Hirt y Bloom Estrategias de Manejo Alternativo en Pacientes con Sospecha de Enfermedad Ulcerosa Péptica. An Int Med 3,6 241-250 Nov-Dic 1995
20. P Escartin Muñoz-Ortiz, et al. Enfermedad Ulcerosa Gastroduodenal Tratado de Medicina Práctica (MEDICINE) Cuarta Edición 2 70-81, Feb. 1993
21. Arenas Márquez H, et al. Enfermedad Ácido Péptica. Motivos de Reintervención Revista Médica del IMSS 2(30),73-78 1992.
22. Avery Jones Gummer Lennard Jones. Gastroenterología Clínica Segunda Edición Dr. F Avery Jones, Dr. J W P. Gummer, Dr J E Lennard-Jones Traducido por Dr. Santiago Sapiña Renard Edición en español Ed Interamericana 1997-24-octubre

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**ISSSTE**  
**SUBDELEGACIÓN GENERAL MEDICA**  
**SUBDELEGACIÓN MEDICA HIDALGO**

**CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS**

1.- NOMBRE FECHA

2 - EDAD

3.- SEXO

4.- CEDULA DE REGISTRO

5 - OCUPACION

	PRESENCIA	AUSENCIA
A) CUADRO CLINICO. Agruras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pirósis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en Epigastrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hematemesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Melena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regurgitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO.

LABORATORIO.

	GRUPO SANGUINEO	
	S O H POSITIVO	<input type="checkbox"/>
	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>
GABINETE	REPORTE DE ENDOSCOPIA	

B) DIAGNOSTICO. Ulcera Gástrica	<input type="checkbox"/>
Ulcera Duodenal	<input type="checkbox"/>
Gastritis	<input type="checkbox"/>

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**