

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**TÉSIS**

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL**

**FACTORES DE RIESGO EN LA GENESIS DE LA ULCERA PEPTICA EN  
PACIENTES DIAGNOSTICADOS POR ENDOSCOPIA DE LOS SERVICIOS DE  
CIRUGIA Y MEDICINA INTERNA DEL HEODRA DURANTE EL PERIODO 2002-  
2005.**

**AUTOR**

**DR. VIDAL ALBERTO FLORES RAMÍREZ.**  
Residente de IV año

**TUTOR**

**DR. GASTÓN BERRÍOS VALLADARES.**  
Cirujano General

**ASESOR**

**DR. FRANCISCO TERCERO**  
Msc. Salud Pública.

**LEÓN - 2006**

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>ANTECEDENTES.....</b>	<b>3</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>4</b>
<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>6</b>
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>7</b>
<b>DISEÑO METODOLÓGICO.....</b>	<b>13</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>15</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>17</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>18</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>19</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>20</b>
<b>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>21</b>

# INTRODUCCIÓN

Por definición una úlcera péptica es un defecto en la mucosa gastrointestinal que se extiende más allá de la muscular de la mucosa y persiste en función de la actividad ácido péptica del jugo gástrico, localizada en el área adyacente al epitelio ácido secretor, de acuerdo a esto puede encontrarse en la parte baja del esófago, estómago, duodeno, en el yeyuno marginal de una anastomosis quirúrgica (gastroyeyuno ) o en el íleon en un divertículo de Meckel con mucosa gástrica.1,2

La úlcera péptica es una patología que afecta la mucosa del estómago y del duodeno principalmente. Su etiología esta dada por pérdidas en el equilibrio entre la acción erosiva del ácido clorhídrico y la pepsina por un lado y por otro el sistema defensivo de la mucosa gastrointestinal.1,3,4

Esta patología esta determinada por múltiples factores, dentro de los que se destacan presencia de H. pylori en la mucosa gástrica, hábitos de vida (fumado, alcohol, ingesta de café, uso de analgésicos no esteroides (AINES) y esteroides), así como patologías médicas como pancreatitis, hepatopatías, etc.1,2,3,4

Se han implicado diversos factores ambientales y genéticos en la úlcera péptica, medicamentos como los AINEs se han relacionado directamente con la úlcera gástrica, principalmente quienes reciben tratamiento a largo plazo como los pacientes con artritis reumatoidea.1,4

En las últimas fechas el H. Pylori se ha convertido en un factor causal importante en la U.P, gran número de investigaciones han demostrado que pacientes normales albergan H. Pylori en el tramo gastroduodenal (20-40%) en tanto que hasta un 100% de las personas con úlcera duodenal tienen H Pylori demostrable, la presencia o ausencia de H. pylori asociada a gastritis es un factor predictivo crucial para la úlcera péptica, de un estudio de 10 años de sujetos asintomáticos sólo 1 de 133 personas sin gastritis en la

evaluación inicial desarrollo úlcera péptica comparado con un 11% (34) de ocurrencia de úlcera en 321 sujetos con gastritis.1,3,4,6

El tabaquismo es otro factor que parece relacionarse con la úlcera péptica, no se sabe el mecanismo exacto pero se piensa que disminuye las defensas de la mucosa de un modo similar a los AINEs.1,3,4,

En los últimos 30 años se ha modificado considerablemente el tratamiento médico de la U.P, hoy se cuenta con diversos medicamentos de eficacia demostrada todas estas modalidades han evolucionado a medida que se avanza en el conocimiento de la fisiología de la secreción de ácido. Al mejorar el tratamiento médico se ha reducido en gran medida la frecuencia de las intervenciones quirúrgicas.4

Aproximadamente el 2% de la población adulta en EEUU presenta úlcera péptica activa y el 10% de la población tendrá la enfermedad toda la vida; en los últimos 40 años la incidencia a disminuido, manteniéndose en ancianos y mujeres. En Asia y África, la incidencia de esta patología es mínima. En la sociedad occidental, desde finales del siglo XIX, constituye la principal entidad clínica, alcanzando su mayor frecuencia hace 30 años, disminuyendo hasta alcanzar una meseta más baja, este hecho está relacionado con las variaciones en la intención por *H. pylori*, como resultado de las proyecciones actuales en cuanto a salud pública en estos países.4

La historia del tratamiento de la úlcera péptica ha ido paralela con la comprensión de la fisiopatología de la enfermedad.3,4,6

En nuestro país, se desconoce la prevalencia real de este problema, no obstante, se considera un asunto de relevancia sanitaria, por el impacto sobre la morbi mortalidad, así como el gasto que conlleva el tratamiento y prevención de las recaídas de esta enfermedad, así como pérdidas generadas a consecuencia de la enfermedad, dentro de las cuales tenemos el ausentismo laboral y la disminución de la productividad.

## **ANTECEDENTES**

En nuestro medio hospitalario se desconoce la prevalencia real de este problema, sin embargo es un asunto de enorme relevancia sanitaria por el impacto en la morbimortalidad que conlleva, así como el gasto en el tratamiento y prevención de las recaídas, además el ausentismo laboral.

Se realizó un estudio monográfico por el Dr. E. Guerrero bajo el título de Cirugías por úlcera gastroduodenal en el H.E.O.D.R.A entre 1987 – 1990, en el que concluyó que las cirugías para úlcera gastroduodenal fueron más frecuentes en pacientes mayores de 60 años con predominio del sexo masculino, la sintomatología eran dolor epigástrico, náuseas, vómitos y pirosis. Se concluyó además que la localización más frecuente de las úlceras fueron bulbar y pilórica.<sup>7</sup>

No se encontró otro estudio local en el que se aborde el perfil etiológico de la úlcera péptica en nuestro medio, sobre todo un seguimiento de los pacientes con la impresión diagnóstica de úlcera péptica en nuestros servicios médicos quirúrgicos.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el perfil etiológico de la úlcera péptica en los pacientes ingresados en los servicios de Medicina interna y Cirugía durante el periodo del 2002 -2005?

## **JUSTIFICACIÓN**

Como no se conoce la incidencia exacta de la úlcera gastroduodenal en nuestro medio, ni existe un estudio local que señale factores etiológicos que participen en su génesis y considerando la creciente afluencia de pacientes a la consulta con padecimiento de úlcera péptica, considero de trascendental importancia determinar la etiología más frecuente así como otros factores asociados a la génesis de esta patología.

Aportar datos estadísticos y además información a los médicos, estudiantes y a las autoridades de salud pertinentes para que se implementen las medidas preventivas necesarias que ayuden a combatir esta enfermedad.

## **OBJETIVO GENERAL**

Describir factores etiológicos en los pacientes con úlcera péptica diagnosticados en los servicios de Medicina Interna y Cirugía del H.E.O.D.R.A, durante el periodo 2002 – 2005.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Determinar el grupo etáreo predominante en los pacientes con úlcera péptica.
2. Señalar la relación existente entre el consumo de AINEs y la aparición de úlcera péptica.
3. Señalar la relación causal entre el hábito de fumar, el consumo de alcohol y café y la presencia de úlcera péptica.
4. Señalar la relación existente entre el hallazgo de úlcera péptica (duodenal y gástrica ) y la presencia de H. Pylori en la biopsia de cada tipo de úlcera.
5. Señalar los principales síntomas que refieren los pacientes con úlcera péptica.



## MARCO TEORICO

Se utiliza el término úlcera péptica para definir un grupo de enfermedades ulcerosas de los tramos altos del aparato gastrointestinal, particularmente la porción proximal del duodeno y el estómago. Sus formas más importantes son la úlcera duodenal y la úlcera gástrica, ambas enfermedades crónicas; las úlceras asociadas al síndrome de Zollinger Ellison son consideradas formas de úlceras pépticas.<sup>5,9</sup>

La úlcera duodenal es una enfermedad típicamente crónica y recidivante. Estas úlceras son habitualmente profundas y muy marcadas. Penetran a través de la mucosa y submucosa, a menudo dentro de la capa muscular. En esto se diferencian de las erosiones, que son superficiales y se limitan a la mucosa.<sup>1,5,6,9</sup>

El lecho de la úlcera puede ser claro o contener sangre o un exudado proteico en el que hay eritrocitos y células inflamatorias agudas y crónicas. Más del 95% de las úlceras duodenales se encuentran en la primera porción del duodeno y cerca del 90% se localizan en los 3 cms siguientes a la unión de la mucosa pilórica y duodenal.<sup>1,8</sup>

No se conoce la prevalencia absoluta de la úlcera duodenal, se calculan que se producen en el 6 al 15% de la población, diferencia que se puede explicar por diferencias entre poblaciones. La úlcera duodenal ahora parece tan frecuente en hombres como en mujeres.<sup>4,5</sup>

Aunque muchos conocimientos actuales sobre la etiología de la úlcera péptica son incompletos, los datos existentes sugieren un papel esencial y común para la pepsina y el ácido. El desarrollo de la úlcera o la resistencia a ella depende de un equilibrio entre los factores agresivos y los factores que constituyen la defensa de la mucosa. La úlcera péptica se debe a la superación de ésta resistencia por la agresión del ácido y la pepsina, considerando esto resulta obvio preguntarse como es posible que no todo el mundo padezca de úlcera péptica.

Hemos aprendido mucho acerca de los mecanismos que regulan la secreción ácida y los factores que parecen importantes en la génesis de la úlcera, esto nos da una base lógica para el tratamiento y la prevención de la U.P.<sup>3,4,5,9</sup>

Parece que los factores genéticos son importantes, las úlceras duodenales son alrededor de tres veces más frecuentes en los parientes de primer grado que en la población en general, estos pacientes tienen una mayor frecuencia de grupo sanguíneo O, si bien esta asociación es débil se ha observado un aumento en la incidencia de HLA-B5 en los varones blancos.<sup>4,5</sup>

Se ha observado colonización gástrica por H. Pylori en el 90-95% de las úlceras duodenales y en el 60-70% de las gástricas. Las personas sanas de menos de 30 años de edad tienen una prevalencia de colonización próxima a su edad, la colonización aumenta con la edad y en los mayores de 60 años la colonización se aproxima a su edad. Se ha demostrado que H. Pylori es la causa de varias formas de gastritis aguda y crónica. La colonización de H. Pylori en el duodeno se restringe a áreas de metaplasia gástrica, el microorganismo no invade los tejidos.<sup>3,4,5,9</sup>

El dolor epigástrico es por mucho el síntoma más frecuente, suele describirse como agudo, quemante o corrosivo. En alrededor del 10% de los pacientes el dolor suele colocarse del lado derecho. Un cambio en el carácter del dolor puede ser indicio de complicaciones, un dolor abdominal brusco puede indicar perforación de la úlcera a la cavidad abdominal, la úlcera duodenal puede dar lugar a hemorragias gastrointestinales agudas con hematemesis o melena, a menudo la pérdida hemática es sutil. Es importante subrayar que muchos pacientes con úlcera activa no tienen síntomas ulcerosos.<sup>4,5</sup>

La exploración radiológica con contraste de bario es útil para identificar las úlceras duodenales, sin embargo hoy en día la endoscopia resulta el método por excelencia para el diagnóstico de las úlceras. La proporción de úlceras que se identifican radiológicamente, dependen en gran medida de las habilidades del radiólogo, con técnicas convencionales de un solo contraste, del 70-80% de las úlceras que se

encuentran en la endoscopía pueden ser identificadas en la exploración radiológica, con técnicas de doble contraste alrededor del 90%.<sup>5,9</sup>

La endoscopía de la parte superior del tubo digestivo ha facilitado el diagnóstico exacto de las úlceras duodenales. La endoscopía puede ser muy valiosa por: 1) detectar una presunta úlcera que no ha podido ser demostrada por radiología, 2) en pacientes con deformidad radiográfica que plantea dudas sobre la actividad de la úlcera, 3) detectar úlceras demasiado pequeñas o superficiales, 4) identificar o excluir una úlcera duodenal como fuente de sangrado digestivo. Además permite la visualización directa y la demostración fotográfica del carácter de la úlcera, su forma, tamaño y localización exacta.<sup>5,8,9</sup>

La mayor incidencia de la úlcera gástrica se observa en la sexta década de la vida, alrededor de 10 años después de la duodenal, estas úlceras son profundas y penetran más allá de la mucosa e histológicamente similares a las del duodeno, casi todas las úlceras gástricas benignas se encuentran en situación inmediatamente distal a la unión de la mucosa antral con la mucosa secretora de ácido del cuerpo, sólo en raras ocasiones en el fondo gástrico. En las úlceras asociadas a ingesta de AINEs puede haber gastritis, localizarse en el antro pero no se limitan a la unión entre la mucosa antral y parietal.<sup>9,13</sup>

Parece que la acción del ácido y la pepsina es importante en la patogenia de la úlcera gástrica, pero al contrario de las duodenales, los enfermos con úlcera gástrica tienen índices de secreción de ácido normales o reducidos en comparación con no ulcerosas, casi nunca se encuentra una aclorhidria verdadera. Del 10 al 12% tienen una úlcera duodenal concomitante.<sup>5,9,14</sup>

La regurgitación del contenido duodenal, sobre todo si contiene bilis, puede producir una lesión gástrica y posterior ulceración.<sup>5</sup>

El síntoma más común es el dolor en el epigastrio, pero a diferencia de las duodenales el dolor es menos típico y puede que no experimenten alivio al comer, de hecho, la alimentación puede agravarlo o desencadenarlo. No se conoce la incidencia precisa de la úlcera gástrica ya que muchos pacientes son asintomáticos. La hemorragia es una complicación frecuente que aparece en el 25% de los enfermos y la mortalidad es mayor, hasta tres veces más, en las perforaciones de las úlceras gástricas aunque esta complicación es menos común que en las úlceras duodenales.<sup>5,9</sup>

Los dos métodos principales para su diagnóstico son la exploración radiológica con bario y la endoscopia, habitualmente se identifica una úlcera gástrica en un 80% en una exploración con bario, y tanto las úlceras benignas como malignas son más comunes en la curvatura menor que en la mayor. Alrededor del 4% de las úlceras gástricas que parecen benignas por radiología son malignas por biopsia o cirugía, por eso a causa de los errores de diagnósticos positivos y negativos falsos no puede utilizarse como único criterio el aspecto radiológico para definir la naturaleza benigna o maligna de una úlcera gástrica.<sup>5,8,9</sup>

Basado en el conocimiento de la estimulación vagal de la secreción de ácido, el tratamiento moderno de la U.P la inició Dragstedt precursor de la vagotomía.

Cualquiera que sea la modalidad de tratamiento que se elija las úlceras gástricas tienden a cicatrizar con más lentitud que las duodenales y los índices de respuesta son en general algo menor. Como los salicilatos y otros AINEs se asocian al desarrollo de úlceras gástricas, los enfermos que la padecen no deben tomar estos fármacos. El alcohol por sus efectos nocivos también debe evitarse. No se ha comprobado el valor de la leche o la crema ni el de las dietas blandas en el tratamiento de la enfermedad.<sup>5</sup>

Las úlceras gástricas benignas deben cicatrizar en un plazo de tres meses de tratamiento energético, se ha utilizado la falta de disminución satisfactoria del tamaño y la ausencia de cicatrización como criterio para sugerir malignidad, sin embargo una cicatrización completa no garantiza la naturaleza benigna de la úlcera ya que alrededor

del 70% de las que acaban confirmándose como malignas experimentaron una cicatrización importante, aunque no completa, con el tratamiento médico.

Las cirugías se reservan para los pacientes que presentan complicaciones o para los que no responden a un tratamiento médico enérgico. Las complicaciones son hemorragia, obstrucción y perforación.<sup>4,5,15</sup>

## **ASPECTOS FISIOLÓGICOS DE LA ÚLCERA PÉPTICA.**

**FACTORES AGRESIVOS:** La mucosa gástrica posee una extraordinaria capacidad para secretar ácido, las células parietales producen ácido clorhídrico. La secreción es estimulada por la gastrina, el más potente estimulante conocido, la mucosa gástrica contiene gran cantidad de Histamina.

El principal estímulo fisiológico de la secreción ácida es la ingestión de alimentos, la ingestión de alcohol y café, así como el hábito de fumar estimulan la secreción ácida del estómago.<sup>4,5</sup>

**DEFENSAS DE LA MUCOSA:** El moco gástrico es importante en la defensa de la mucosa, en condiciones normales esta es continua, los iones de bicarbonato penetran en esta gel de moco contribuyendo al desarrollo de un micro ambiente con un gradiente importante entre la cara a la luz y la cara a la mucosa de iones hidrogeniones.

Las prostaglandinas son importantes también, sobre todo las de la serie E, éstas promueven la renovación de las células epiteliales en respuesta a la lesión.

Debido a su alta actividad metabólica e importante consumo de oxígeno, el mantenimiento de un flujo sanguíneo local normal en la mucosa es un componente esencial en la defensa de la mucosa gástrica.

El *Helicobacter pylori*, bacilo Gram -, en forma de espiral, coloniza la mucosa gástrica del ser humano en el 90% - 100% de las úlceras duodenales y el 60%-70% de las gástricas, la colonización aumenta con la edad, sin embargo la gran mayoría de los pacientes con mucosa colonizada nunca desarrollan ulceraciones y permanecen asintomáticos, los porcentajes aumentan además con la indigencia.,11,15

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

Tipo de estudio: Descriptivo, serie de casos.

Muestra: No se consideró muestra dado que la representatividad del estudio lo compone el universo de pacientes de los Servicios de Cirugía y Medicina Interna durante el período 2002- 2005, a los cuales se les realizó procedimiento endoscópico ( gastroduodenoscopia ), con resultado de úlcera péptica.

Universo: El total de pacientes procedentes de los servicios de Cirugía y Medicina interna a los cuales se le practicó endoscopia durante el período 2002-2005.

Criterios de exclusión: Los pacientes ingresados en otros servicios y/o no tenían reportes endoscópicos de úlcera péptica.

Instrumento de recolección de la información: Lo constituyó una ficha que contenía los datos generales del paciente, antecedente de ingestión de AINEs, de tabaquismo, alcoholismos, toma de café, sintomatología; así como los datos diagnósticos de infección por Helicobacter Pylori.

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

<u>Variable</u>	<u>Definición</u>	<u>Categoría</u>
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Años <20, 20 –49, > 50
Sexo	Clasificación de los hombre o mujeres	M(1) F (2)
Uso de AINEs	Iniciales de agentes antiinflamatorios no esteroideos	Tiempo mayor 6 meses
Infección con H Pylory	De acuerdo a la detección en la biopsia	Posit (+) Neg (-)
Tabaquismo	Dependencia extrema o adicción al tabaco	Un paquete o más al día
Alcoholismo	Dependencia extrema al alcohol	Un botella o más al día
Ingesta de café	Toma regular de café.	Una tasa o más al día



## RESULTADOS

Se revisaron un total de 564 resultados de endoscopías de pacientes hospitalizados, con diagnóstico de úlcera péptica (gástrica o duodenal) realizado en el servicio de endoscopia del departamento de Cirugía durante el periodo 2002-2005, de éstos oficialmente se incluyeron para el estudio un total de 482 resultados, ya que el resto no cumplía con algunos requisitos del estudio o no se encontró expediente clínico.

Del total de 482 pacientes con úlcera péptica correspondieron a 280 para el sexo masculino (58.09%) y 202 para el sexo femenino (41.9%).

La edad, como la literatura refiere, prevaleció en los pacientes de mayor edad; 340 pacientes mayores de 50 años (70.5%), 134 pacientes de 21-49 años (27.8%), y sólo 8 pacientes menores de 21 años (1.6%).

La relación porcentual entre el antecedente de uso de AINEs y la presencia de úlcera péptica en general fue del 42% (202 ptes) de los cuales el 60% (121) eran úlceras gástricas y el 40% (81) eran úlceras duodenales, y la distribución con los diferentes productos en cuanto se pudo indagar con el expediente clínico fue del 15% ASA, 20% diclofenac sódico, 20% ibuprofeno, 5% esteroides y 40% otros AINEs incluyendo indometacina y ketoprofeno.

La sintomatología fue del 100%, razón de la búsqueda de atención médica, así el 30% se presentó con sangrado digestivo alto (melena o hematemesis), 50% refería antecedente de epigastralgia o dispepsia, y el 20% restante refería dentro de otros síntomas reflujo gastroesofágico o pirosis, distensión abdominal, náuseas y vómitos.

El antecedente de tabaquismo se encontró en 154 pacientes para un 32%. El antecedente de alcoholismo fue de 177 pacientes para un 36.8%.

El antecedente de ingesta de café fue de 144 pacientes para un 30%.

La presencia de *Helicobacter Pylori* en la biopsia de pacientes con úlcera péptica en general fue de 269 pacientes para un 56%, sin embargo de éstas el 80% (215) eran úlceras bulbares y el resto 20% (54) eran úlceras gástricas mostrando así la relación evidente entre úlcera duodenal y la infección con *H. Pylori*, muy similar a los diferentes estudios reportados en la literatura donde la prevalencia es mayor en las úlceras duodenales que puede ser más del 90%.

## DISCUSION

El sexo masculino tuvo un ligero predominio sobre el sexo femenino en una relación de 1.3 a 1, similar con lo reportado por la bibliografía consultada.

La úlcera péptica es una enfermedad crónica de aparición principalmente en pacientes de edad avanzada, esto corresponde con el estudio en donde el grupo de edad de más de 50 años tuvo el mayor porcentaje de pacientes con 340, para un 70.5%, en cambio el grupo menor de 20 años reportó sólo 8 pacientes.

El antecedente del uso de AINEs en los pacientes y la presencia de úlcera péptica en general (gástrica y duodenal) fue del 42%, siendo el diclofenac sódico y el ibuprofeno los AINEs de mayor uso, pero no se mostró diferencia estadística importante entre úlcera duodenal o gástrica, pues como refiere la bibliografía la presencia de esta última está fuertemente relacionada con la ingesta de AINEs<sup>3,4,5,9</sup>

El 100% de los pacientes referían algún tipo de sintomatología y fue la razón de buscar atención médica, el principal síntoma fue la dispepsia y/o epigastralgia, sin embargo cabe señalar la alta incidencia de pacientes con sangrado alto (30%) esto es importante pues como sabemos la principal complicación de la úlcera péptica es el sangrado<sup>3,4,5,7,9</sup>

Dentro de los factores de riesgo reportados por la literatura para la aparición de úlcera péptica figuran el hábito de tabaquismo, la ingesta de alcohol y la ingesta de café, los porcentajes encontrados en el estudio para cada uno de estos factores fue 32%, 36.8% y 30% respectivamente, esto es importante porque hay informes que refieren que los factores de riesgo para úlcera péptica son aditivos<sup>3,4,7</sup>

La presencia del bacilo H. pylori en las biopsias reportadas de pacientes con úlcera péptica fue del 56% (269 pacientes), entre úlceras duodenal y gástricas, sin embargo prevaleció la presencia de H.Pylori en las úlceras duodenales con un 80% esto también es fiel a los diferentes estudios y bibliografía consultada donde incluso se ha llegado a afirmar que el bacilo H. Pylori coloniza entre el 90 – 95% de las úlceras duodenales<sup>3,4,5,9</sup>

## CONCLUSIONES

La úlcera péptica es una enfermedad común en nuestra población, principalmente en pacientes mayores de 50 años.

Existe asociación directa entre el uso de AINEs y la aparición de úlcera péptica, además se concluye que un alto porcentaje de la población se auto administra AINEs principalmente ibuprofeno y diclofenac sódico.

Existe asociación entre el antecedente de tabaquismo, alcoholismo, toma de café y la aparición de úlcera péptica.

La infección con H. Pylori se encuentra en la mayoría de las biopsias de pacientes con úlcera péptica lo que nos demuestra su participación en la patogenia de la úlcera péptica, principalmente en las úlceras duodenales (80%).

La sintomatología, especialmente la dispepsia recurrente es el principal motivo de buscar atención médica.

## **RECOMENDACIONES**

Implementar la endoscopia como un examen rutinario en pacientes mayores de 50 años y más en aquellos pacientes con sintomatología gastrointestinal.

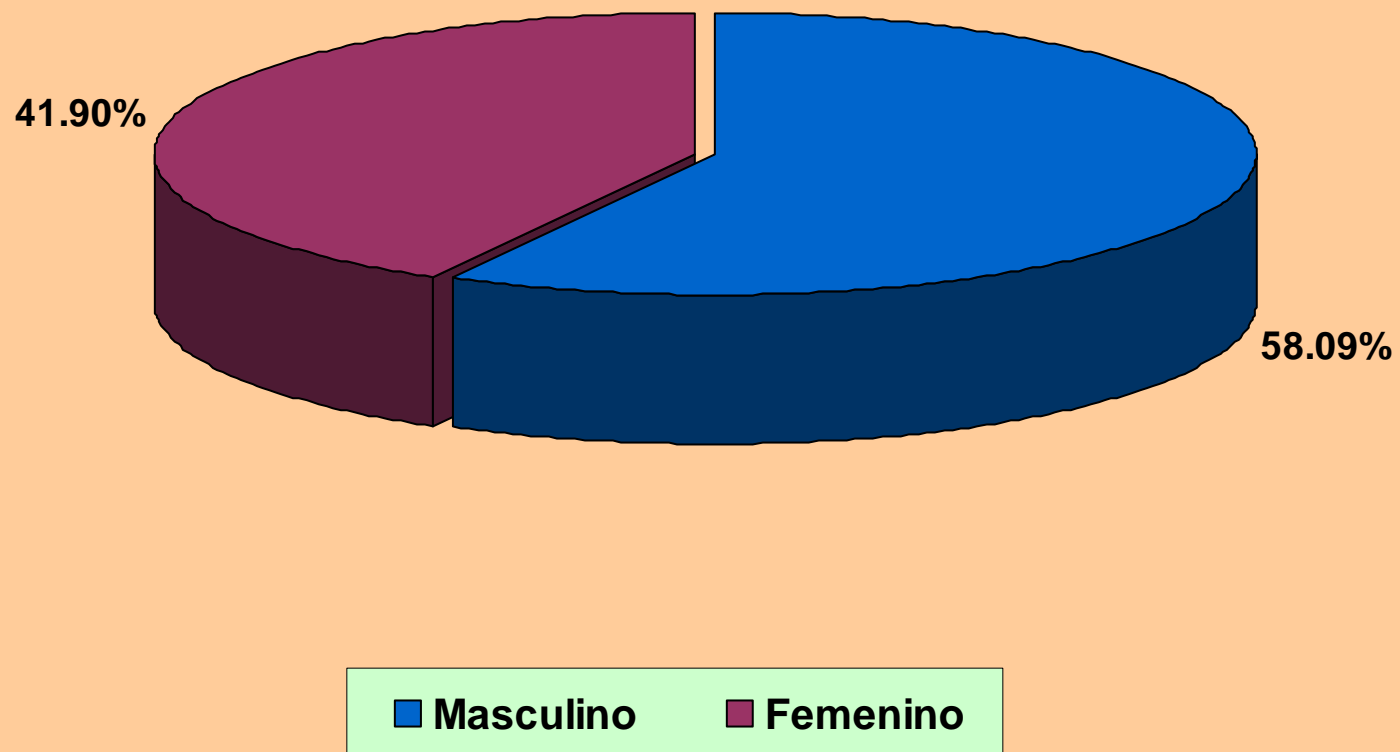
Crear conciencia en la población de lo incorrecto de la automedicación e incentivar la búsqueda de atención médica en caso de persistir los síntomas.

Hacer conciencia en la población de evitar o disminuir la ingesta de alcohol, café y el hábito de fumar.

Iniciar tratamiento erradicador de H. Pylori a todos los pacientes positivos y de alto riesgo, como cáncer y úlcera péptica.

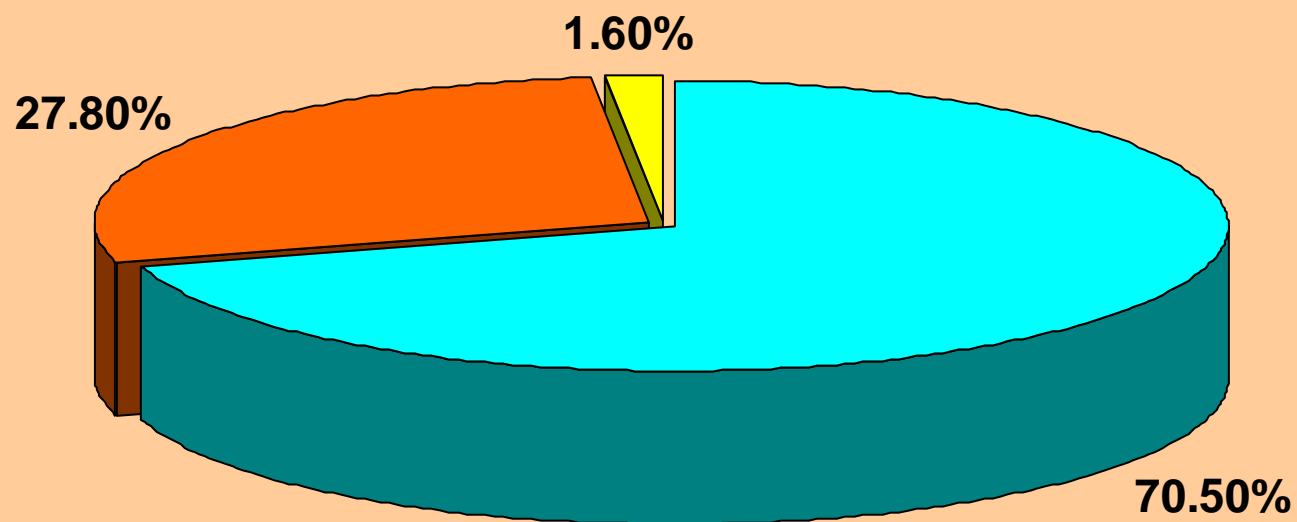
# **ANEXOS**

**Gráfico 1. Distribución por sexo de los pacientes con úlcera péptica HEODRA 2002-2005**



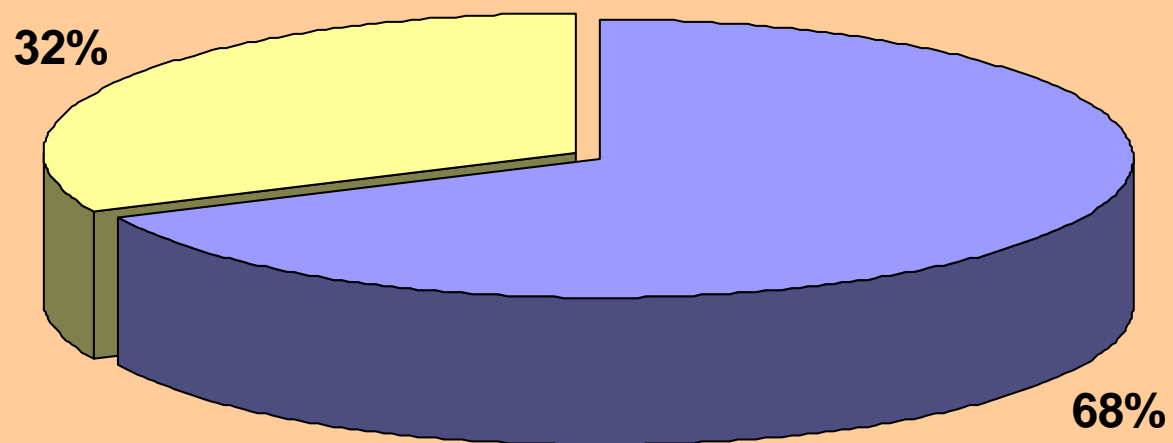


**Gráfico 2. Distribución por edad de los pacientes con úlcera péptica HEODRA 2002 - 2005**



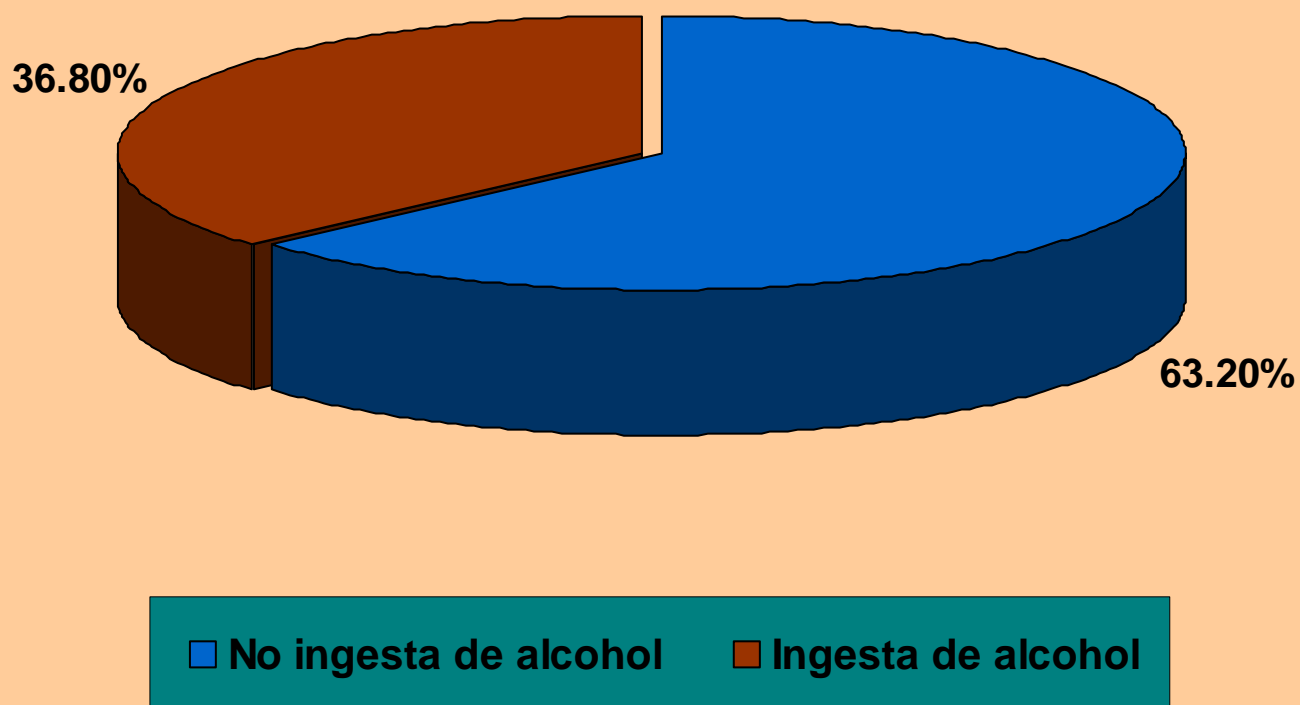
■ Mayor de 50 años ■ Entre 21-49 años ■ Menor de 21 años

**Grafico 3. Antecedente de consumo de tabaco en pacientes con úlcera péptica HEODRA 2002-2005**

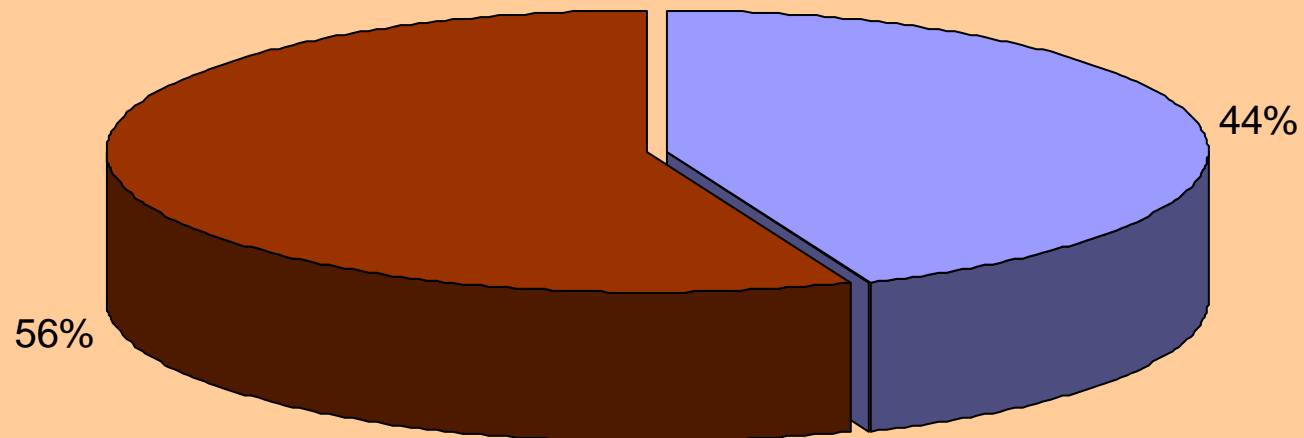


■ No consumo de tabaco    ■ consumo de tabaco

**Gráfico 4. Antecedente de consumo de alcohol en pacientes con úlcera péptica HEODRA 2002-2005**

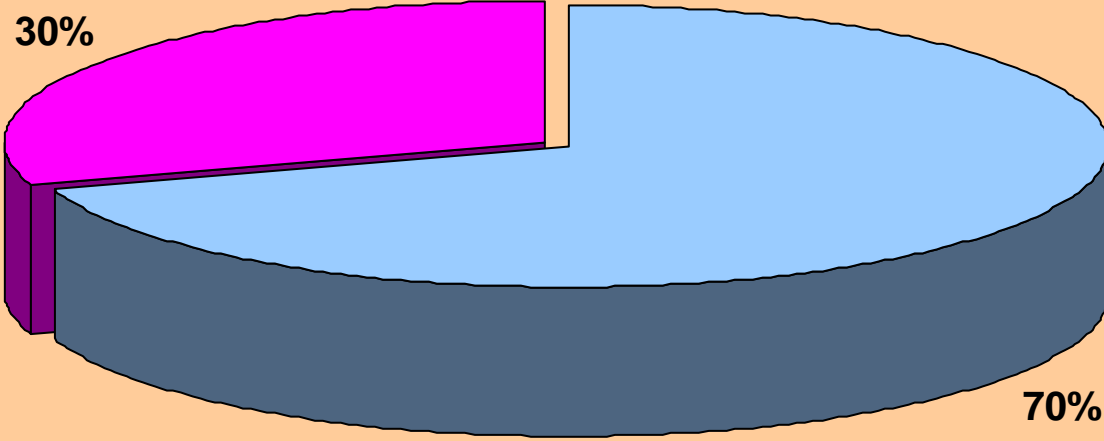


**Gráfico 5. Presencia de H. Pilory en la biopsia de pacientes con úlcera péptica en general HEODRA 2002-2005**



■ No presencia de H. Pilory ■ Presencia de H. Pilory

**Gráfico 6. Antecedente de consumo de café en pacientes con úlcera péptica HEODRA 2002-2005**



## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Schwartz, Principios de Cirugía, Mc Graw Hill, 7ma Edición, Vol II 2000.
2. Keneth J. Welch, Pediatric Surgery, INCPUBLISHERS, Chicago, Vol II. 1990.
3. Jhon L. Cameron, Current Surgical Teraphy, Mosby, 7ma Edición 2004.
4. Sabiston. Tratado de patología quirúrgica. Mc Graw Hill Inter Americana. XV edición, Vol I. 2004.
5. Harrison. Principios de Medicina Interna. Mc Graw Hill Inter Americana. XIII edición. Vol II. 1994.
6. Sleisenger and Fordtran, Gastrointestinal Disease, Sunders, 5ta Edición, Vol I. 2004
7. Guerrero E. Monografía UNAN-LEON, 1990
8. George D. Zuidema, Surgery of the Alimentary Tract, Saunders, 5ta Edición, Vol II, 2002.
9. Lawrence Way. Editorial. El manual moderno S.A de C.V. Diagnóstico y tratamiento clínico. 6ta edición
10. MOSBY. Océano. Diccionario de medicina. 1994
11. Michele Woodley. Alison Whelan. Department of medicine Whashintong. 1990.
12. Instituto Nacional de la Nutrición. Salvador Zubirán. Mc Graw Hill Interamericana. Manual de terapéutica médica. 2000.
13. Howard M. Spiro. Nueva editorial interamericana S.A de C.V. Gastroenterología clínica. 2da edición. 1990.

- 14. Balibrea Cantero. Edición Turav S.A. Tratado de cirugía Tomo II. 1990.**
- 15. Paul F. Nora, Cirugía general, Principios y técnica, 2da Edición, Salvat Editores, Chicago, 1985.**