

Universidad de Ciencias Médicas
“Dr. José Assef Yara”
Ciego de Ávila
Policlínica Universitaria Belkys Sotomayor Alvarez.



Título: Factores de Riesgo asociados a la úlcera péptica gastroduodenal en pacientes pertenecientes al establecimiento penitenciario provincial de Ciego de Ávila.

Autor: Dr. Guiordan González González
Residente de Medicina General Integral

2014

Universidad de Ciencias Médicas
“Dr. José Assef Yara”
Ciego de Ávila
Policlínica Universitaria Belkys Sotomayor Alvarez.

Título: Factores de Riesgo asociados a la úlcera péptica gastroduodenal en pacientes pertenecientes al establecimiento penitenciario provincial de Ciego de Ávila.

Autor: Dr. Guiordan González González.
Residente de Medicina general integral.

Tutora: Dra. Maribel Tusell Pérez de Corcho
Especialista de 2do grado en Medicina general integral.
Profesor Auxiliar.

Tesis para optar por el título de Especialista en primer grado en Medicina General
Integral

Ciego de Ávila
2014

Dedicatoria:

A mi madre:

Por haberme enseñado tantas cosas y hacerme ver la vida con otra perspectiva,
muchas gracias mamá,

A mis hijos Anna y Kelvin:

Que les he quitado parte de su tiempo para dedicarlo al estudio

A mi esposa:

Por su comprensión, dedicación y ayuda en cada momento para la confección del
presente trabajo.

Con amor

Gracias

Agradecimientos

Primeramente dar gracias a dios por permitirme llegar a la meta deseada satisfactoriamente.

A mi tutora, Dra. Maribel Tusell Pérez de Corcho

Con una muestra de cariño y agradecimiento por todo el amor, apoyo brindado y porque hoy veo llegar a su fin de mis metas de vida.

A mi familia

Por el amor y el apoyo que me brindaron para llegar a la realización de esta investigación en especial a mi madre, y mi esposa que me impulsaron a la realización de la misma.

Muchas gracias.

ÍNDICE:

RESUMEN

• INTRODUCCIÓN.....	1
• OBJETIVO.....	4
• MARCO TEÓRICO.....	5
• MATERIAL Y MÉTODOS.....	11
• RESULTADOS Y DISCUSION.....	18
• CONCLUSIONES.....	25
• RECOMENDACIONES.....	26
• REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
• ANEXO 1.....	30
• ANEXO 2.....	31

RESUMEN:

Existen factores que predisponen la aparición de la úlcera péptica gastroduodenal, con el objetivo de determinar la asociación de factores de riesgos de úlcera péptica en el establecimiento penitenciario provincial de Ciego de Ávila, se realizó un estudio observacional analítico de casos y controles, en el que estuvieron representados por una muestra de 118 internos (reclusos) del sexo masculino, todos mayores de 30 años de edad en el periodo julio 2013 a julio 2014, se tomaron 1 caso por 1 control, por lo que 59 eran enfermos y 59 aparentemente sanos, y todos pertenecientes al mismo régimen de severidad. La recolección de la información se realizó mediante una planilla para recolectar datos donde se recogieron las variables a estudiar, utilizando las historias clínicas, se utilizaron variables cuantitativas y cualitativas, realizando su análisis utilizando la medición del riesgo Odd ratio (OR). Los factores de riesgos fueron evaluados en tablas comparativas, utilizando las variables siguientes (antecedentes patológicos personales y familiares, hábito de fumar, estrés mantenido, ingestión de medicamentos, consumo de alcohol, ingestión de muy comidas condimentadas y el índice de hacinamiento). De estas variables pudimos determinar que la edad que más sobresalió fue entre 55 y 64 años, los factores de riesgos que más incidieron fueron el estrés mantenido, el hábito de fumar y la ingestión de medicamentos sin prescripción médica.

Palabras clave: factores de riesgos/ úlcera péptica.

INTRODUCCION:

La úlcera péptica es una enfermedad de origen multifactorial que se caracteriza desde el punto de vista anatomopatológico por la lesión localizada y en general solitaria de la mucosa del estómago o del duodeno y que se extiende, como mínimo, hasta la muscular de la mucosa. El termino úlcera péptica lo utilizó, por primera vez, Quincke (1882) e indicaban que las propiedades digestivas del jugo gástrico eran las responsables de su producción. (1) En la actualidad se reconoce el papel del ácido clorhídrico y la pepsina, pero está claro que no es la única causa de la úlcera. La edad de aparición es más frecuente entre los 40 y 70 años, con ocurrencia máxima alrededor de los 50 años. Es más frecuente en hombres la úlcera gástrica que en la mujer con una proporción de 2:1, mientras que la duodenal tiende a equilibrar la relación, con una frecuencia de 1,5 a 1. (2)

Cuba se encuentra entre los países con aumento de la prevalencia de úlcera péptica, dado el aumento de los factores de riesgo que conllevan a dicha enfermedad, se estima que el 3,4 % de la población cubana padece de esta enfermedad, debido a los malos hábitos alimenticios, el abuso de medicamentos principalmente los anti-inflamatorios no esteroideos y los salicilatos que son los más consumidos en nuestro país, además del tabaquismo y a la ingestión de café y alcohol, además del estrés. (3; 4)

Entre el 5 y el 10% de todas las personas la padecen durante su vida; cada año en Estados Unidos aparecen 350 000 casos nuevos, mientras que la prevalencia es de 18/1000. Sin embargo, en la actualidad su incidencia anual es muy inferior a la de la úlcera duodenal, oscilando entre 0,3 y 0,4 por 1.000 habitantes. En Europa y en EE. UU., su incidencia es la mitad de la de la úlcera duodenal, mientras que en Japón es 5-10 veces más frecuente. En Japón la úlcera gástrica es 5 a 10 veces más frecuente que la duodenal, lo que guarda relación con la ingestión de irritantes de la mucosa gástrica. En los países con bajos niveles socioeconómicos el aumento de la tasa de morbilidad por úlcera péptica se asocia a la presencia del *Helicobacter pylori*, a malos

hábitos dietéticos, la ingestión de té, café, bebidas alcohólicas, tabaquismo, uso indiscriminado de anti-inflamatorios no esteroideos. (5; 6)

La investigación se basa en la asociación de factores de riesgo en pacientes con úlcera péptica gastroduodenal en la población penal, para a su vez disminuir la morbilidad por esta enfermedad. En el establecimiento penitenciario provincial tenemos un universo de 1275 reclusos, que se encuentran distribuidos en 11 destacamentos, más las celdas de aislamiento, por lo que se analizó una muestra de 118 pacientes, principalmente son pacientes mayores de 30 años de edad con hábitos externos incrementados que contribuyen a un aumento de la incidencia de la morbilidad y a la no curación de la lesión en la mucosa gastroduodenal. Los factores de riesgo (hábito de fumar, ingestión de bebidas irritantes de la mucosa, dietas ácidas, la ingestión desproporcionada de medicamentos y el estrés mantenido son los principales factores que favorecen a la prevalencia de la úlcera péptica en la población penal. (7)

Problema de investigación:

¿Cómo se conocerán los factores de riesgo que más están afectando la morbilidad por úlcera péptica en el establecimiento penitenciario provincial de Ciego de Ávila?

Para responder esta problemática se creó una investigación en el establecimiento penitenciario provincial de Ciego de Ávila donde se va a asociar los principales factores de riesgo que predisponen a la úlcera péptica gastroduodenal en la población penal.

Hipótesis:

Existe una serie de factores de riesgo que pudieran estar asociados a la úlcera péptica en pacientes del establecimiento penitenciario provincial de Ciego de Ávila.

Novedad científica:

La novedad está dada a partir de que el resultado de la investigación, permitirá identificar los factores de riesgo en la incidencia de la morbilidad en pacientes con úlcera péptica y de ese modo a disminuir la morbilidad y acrecentando en la comunidad penal, salud y calidad de vida.

Se realizó un estudio observacional, analítico de casos y controles con el objetivo de identificar la asociación de los factores de riesgo en la incidencia de la morbilidad en pacientes con úlcera péptica en establecimiento penitenciario provincial de Ciego de Ávila, desde Julio del 2013 hasta Julio del 2014.

MARCO TEÓRICO:

La úlcera péptica es la pérdida circunscripta de tejido, que alcanza las capas de la mucosa, submucosas y muscular y se producen en porciones del tubo digestivo expuestas a la acción de los jugos gástricos; este concepto incluye lesiones ulcerosas bajas del esófago el divertículo de Meckel revestido de mucosa ectópica y el intestino delgado contiguo a una gastroenterostomía; también el síndrome Zollinger-Ellison se pueden presentar úlceras pépticas. (8)

Su prevalencia es elevada, pues afecta al 10% de la población en algún período de la vida, con una prevalencia de úlcera activa en un momento determinado del 1%. La úlcera gástrica era la forma más común de úlcera péptica en el siglo pasado. Raras veces se presenta antes de los 40 años de edad y su pico de incidencia se sitúa entre los 55 y los 65 años, siendo similar en ambos sexos. La úlcera duodenal alcanzó su máxima prevalencia en la década de los sesenta, descendiendo durante los últimos 30 años tanto en Europa como en EE. UU. Su pico de incidencia ocurre a los 45 años, y aunque en el pasado la úlcera duodenal era 2-3 veces más frecuente en los varones que en las mujeres, datos epidemiológicos más recientes indican que actualmente su incidencia es similar en ambos sexos. Esta tendencia refleja la reducción de su incidencia en varones jóvenes y su aumento en las mujeres. Estos cambios en la incidencia podrían estar relacionados con cambios en la exposición a factores de riesgo. La prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* y el tratamiento con AINE aumentan con la edad, mientras que el hábito de fumar ha descendido en los varones jóvenes y ha aumentado en las mujeres. (9)

La úlcera péptica es el resultado de un desequilibrio entre los factores agresivos y los factores defensivos de la mucosa gastroduodenal. La importancia de la secreción ácida y de la actividad péptica del jugo gástrico en la patogenia de la úlcera péptica es evidente porque, en ausencia de ácido, no existe úlcera. Asimismo, existe una buena correlación entre la eficacia del tratamiento anti secretor en la cicatrización de la úlcera y la supresión de la acidez gástrica. Aunque en ciertos casos, como en el síndrome de

Zollinger-Ellison, las úlceras se desarrollan únicamente como consecuencia de una marcada hipersecreción ácida, en general las úlceras pépticas se desarrollan cuando se produce una alteración de los mecanismos defensivos de la barrera mucosa, en general por la infección por *H. pylori* o menos frecuentemente por el tratamiento con AINE, circunstancias que aumentan la susceptibilidad de la mucosa a los efectos lesivos del ácido. Desde hace años se conoce que los pacientes con úlcera duodenal como grupo presentan una secreción ácida gástrica basal y estimulada elevada y una respuesta secretora a la comida más prolongada que los individuos sano. Esta hipersecreción de ácido se ha atribuido a un incremento en la masa de células parietales, a hipertonía vagal, a una mayor sensibilidad de la célula parietal a los secretagogos o a la alteración de reflejos inhibitorios en la liberación de gastrina y de la secreción ácida. La secreción ácida en la úlcera gástrica pre pilórica y en la úlcera gástrica asociada a úlcera duodenal es similar a la de la úlcera duodenal. En la úlcera gástrica tipo I la secreción ácida es normal o baja en relación con la gravedad de la gastritis subyacente. La normalidad de la secreción ácida gástrica en la mayoría de las úlceras duodenales y la secreción ácida normal o baja en las úlceras gástricas sugieren la importancia de la alteración de los mecanismos defensivos de la barrera mucosa en la patogenia de esta enfermedad. (10)

La mucosa gastroduodenal posee una serie de mecanismos defensivos que contribuyen al mantenimiento de la integridad de la mucosa en el medio ácido del estómago. Los factores que participan en este proceso son la secreción de moco y bicarbonato, el flujo sanguíneo de la mucosa gástrica y la capacidad de regeneración celular frente a la lesión de la mucosa (v. cap. Anatomía, fisiología y exploración gastroduodenal). La importancia de cada uno de estos factores ha sido bien caracterizada en modelos experimentales de lesión aguda de la mucosa gástrica, pero su implicación exacta en la patogenia de la úlcera crónica es menos conocida. La infección por *H. pylori* y los AINE son los factores que más comúnmente comprometen la resistencia de la barrera mucosa frente a la actividad ácido péptica del jugo gástrico y son factores independientes en la patogenia de la enfermedad ulcerosa. (11)

La infección por *H. pylori* es la causa de la gastritis antral que precede al desarrollo de la enfermedad ulcerosa. Numerosos estudios han confirmado la presencia de gastritis por *H. pylori* en la mayoría de las úlceras duodenales. En la úlcera gástrica esta prevalencia es algo inferior, alcanzándose el 90% cuando se excluyen las úlceras por AINE. Esta prevalencia es superior a la de los grupos control de edad similar. Además, la relación causal entre esta infección y la úlcera gástrica o duodenal ha sido demostrada por la influencia favorable de la erradicación de esta infección en la evolución de la enfermedad ulcerosa. La infección inicial por *H. pylori* se caracteriza por una gastritis aguda neutrofílica cuya evolución más frecuente es la progresión gradual, a lo largo de décadas, a la gastritis crónica atrófica. (13) En el curso de esta evolución un pequeño porcentaje de los pacientes infectados (aproximadamente un 20%) desarrollarán una enfermedad ulcerosa y una minoría de gastritis eritematosa. La variabilidad en la evolución clínica de esta infección probablemente depende de factores propios de esta bacteria, de su interacción con el huésped y quizá de factores exógenos adicionales como la dieta o el tabaco en general, los pacientes que desarrollan úlcera duodenal suelen tener preferentemente gastritis antral asociada a infección por *Helicobacter*, mientras que la úlcera gástrica se asocia a gastritis difusa de todo el estómago y mayor tendencia a la atrofia gástrica. (12)

Algunas características propias del *H. pylori* parecen estar asociadas a las cepas ulcerogénicas. En base a la presencia o ausencia de la expresión de los productos de los genes *VacA* y *CagA* las cepas de *H. pylori* se han clasificado en 2 grupos fenotípicos. El tipo I (*VacA* +/*CagA* +) incluye las cepas que expresan la citotoxinavacuolizante y la proteína asociada a la citotoxina, mientras que en el tipo II están incluidas las cepas no citotóxicas (*VacA* –/*CagA* –). La infección por cepas del tipo I se asocian a una mayor respuesta inflamatoria y se aíslan más frecuentemente en pacientes con úlcera que en pacientes que sólo presentan gastritis crónica. La susceptibilidad genética individual podría, asimismo, determinar diferencias en la respuesta inmunológica o inflamatoria y, por tanto, en las consecuencias clínicas de esta infección. (13)

Los pacientes infectados que desarrollan una enfermedad ulcerosa duodenal presentan una liberación de gastrina exagerada, y una hipersecreción ácida, en comparación con pacientes infectados no ulcerosos, que puede depender de la mayor respuesta inflamatoria de la mucosa producida por las cepas de *Helicobacter pylori* ulcerogénicas. La curación de esta infección revierte totalmente las alteraciones hormonales e induce una normalización progresiva de los cambios en la secreción ácida. Estos hallazgos indican que esta infección es la causa de las alteraciones funcionales que tradicionalmente han caracterizado a los pacientes con enfermedad ulcerosa duodenal. (14)

Esta hipersecreción ácida ocasiona una sobrecarga duodenal de ácido que, junto a la pérdida de la capacidad del duodeno para neutralizar una sobrecarga ácida, condiciona la acidificación duodenal. Finalmente, estas alteraciones contribuirían al desarrollo de la úlcera duodenal por efecto lesivo directo, o indirectamente a través de la inducción de metaplasia gástrica en el duodeno y su colonización por el *H. pylori*. Estudios endoscópicos prospectivos indican que se desarrollará una úlcera gástrica en un 13% de los pacientes tratados con AINE y una úlcera duodenal en el 11%, comparado con un 0,3% y un 1,4%, respectivamente, en la población general. Globalmente, el riesgo relativo de úlcera es aproximadamente 5 veces superior en los pacientes tratados con AINE que en los no tratados. Asimismo se estima que entre el 2 y el 4% de los pacientes que reciben tratamiento crónico sufrirá alguna complicación ulcerosa, más frecuentemente hemorragia digestiva. El riesgo de hemorragia digestiva es aproximadamente 3 veces superior en los pacientes tratados con AINE que en los no tratados. (15)

La infección por *H. pylori* no parece ser un factor de riesgo para el desarrollo de úlceras por AINE. De hecho, la prevalencia de esta infección en pacientes tratados con AINE es similar en los que desarrollan úlceras que en los que no las desarrollan. Asimismo, los estudios endoscópicos indican en general que la presencia de esta infección no aumenta el riesgo ni la gravedad de las lesiones gastroduodenales por AINE. Ensayos clínicos recientes tampoco han podido confirmar que la erradicación de la infección antes de iniciar el tratamiento con AINE pueda prevenir el desarrollo de úlceras. (16)

El hábito de fumar retrasa la cicatrización de las úlceras, promueve las recidivas y aumenta el riesgo de complicaciones, pero no es un factor patogénico primario. Los mecanismos implicados en el efecto del tabaquismo sobre la enfermedad ulcerosa se han atribuido al aumento de la secreción ácida basal y estimulada, a alteraciones en el flujo sanguíneo de la mucosa y la motilidad gástrica y a la reducción de la secreción pancreática de bicarbonato. Aunque el alcohol a altas concentraciones o el estrés pueden provocar el desarrollo de lesiones agudas de la mucosa, no se ha demostrado que sean factores de riesgo para el desarrollo de úlceras crónicas. (17)

Los síntomas fundamentales de la úlcera péptica, es el dolor que por lo común predomina en el 90% de los casos, que se presenta en forma de crisis separadas por periodos de 15 días a 2 meses. Cada crisis puede durar de unos minutos a varias horas, a menos que se alivie con la ingestión de algún medicamento o anti-ácidos. El dolor se localiza en el epigastrio, aparece en forma de ardor, como sensación dolorosa de hambre, como un calambre o quemante y se irradia al hipocondrio derecho o al mesogastrio en la úlcera duodenal, al hipocondrio izquierdo en úlcera gástrica. La dispepsia es otro de los síntomas fundamentales en el paciente con úlcera péptica, ya que en ocasiones refieren y relacionan con alguna comida en específico, y se puede acompañar de vómitos postprandiales o con restos alimenticios y teñidos de bilis. En el examen físico de forma habitual el estado del paciente se conserva, pero puede presentarse palidez de aparición gradual y brusca, según sea por sangramiento oculto y repetido, o de forma masivo y brusco (hematemesis o melena) siendo esto un sangramiento digestivo alto. El hallazgo en el bazuqueo gástrico, contractura de la pared abdominal en el epigastrio y palidez cutánea mucosa, orienta hacia la perforación de la mucosa gástrica o abdominal. (18)

El examen complementario de mayor precisión es la endoscopia oral, que esta tiene un gran valor pues permite en más de un 95 % de los casos la visualización directa de nicho ulceroso, su localización, carácter de los bordes, si son superficiales o profundos, si tiene signos de sangramiento, las particularidades de la mucosa que le rodea, además se puede tomar biopsia, citología exfoliativa, toma de muestra para la determinación del *Helicobacter pylori* (test de ureasa, tinción de Gram en tejido enviado

a anatomía patológica) etc. Otros exámenes que se pueden realizar es el hemograma que casi siempre es normal aunque en caso de sangramiento muestra una anemia ligera o moderada y en la lámina periférica es de tipo hipocromía. Otro complementario puede ser la gastroquimograma para evaluar la función motora y la evacuación del estómago. El rayos x de abdomen simple puede darnos buen diagnóstico en caso que ocurra perforación y el contrastado nos permite ver los nichos ulcerosos, otro examen y no menos importante son las heces fecales para buscar sangre oculta en caso que se sospeche sangramiento. (19)

El diagnóstico positivo se basa en la recogida de una historia de dolor en el epigastrio que alivia con la ingestión de alimentos y alcalinos. Se debe diferenciar de todo proceso doloroso a nivel del epigastrio e hipocondrios como la gastritis aguda, pancreatitis aguda y crónica, colecistitis aguda, cólico nefrítico, hernia hiatal, disquinesia vesicular, parasitismo intestinal, neoplasias benignas y malignas (linfomas gástricos) etc. Las complicaciones más frecuentes son el sangramiento digestivo alto, el síndrome pilórico, y la perforación. (20)

Las medidas generales del tratamiento constan con el reposo durante la crisis ulcerosa, la dieta que se debe evitar comidas muy condimentadas, con exceso de calor o frío, así como los irritantes de la mucosa gástrica como son el café, alcohol, té. La alimentación debe ser a bases de vitaminas, frutas no ácidas, proteínas y en menor grado los carbohidratos. (21)

El tratamiento específico medicamentoso es a base de antiácidos (hidróxido de aluminio, silogel) que estos se dan principalmente después de las comidas. Como los anti secretores tenemos los antihistamínicos H₂ como la ranitidina, cimetidina, roxatidina, nizatidina, famotidina, estos se deben de administrar siempre antes de las comidas según la dosis que se le recomiende. Otro medicamento son los inhibidores de la bomba de protones como por ejemplo el omeprazol que se recomienda una sola dosis diaria por las mañanas antes de desayunar de 4 a 8 semanas. Se debe usar la triple terapia con antibióticos para erradicar el *Helicobacter pylori*. (22)

OBJETIVOS:

Objetivos Generales:

1. Determinar los factores de riesgo asociados a la úlcera péptica gastroduodenal en pacientes pertenecientes al establecimiento penitenciario provincial de Ciego de Ávila.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar los pacientes que presentaron factores de riesgo, según grupos de edades.
2. Identificar factores de riesgos de acuerdo a las siguientes variables:
 - a) Antecedentes patológicos personales de ulcera péptica.
 - b) Factores exógenos.
 - c) Trastornos psicológicos.
 - d) Antecedentes patológicos familiares de ulcera péptica.
 - e) Índice de hacinamiento
 - f) Tratamiento farmacológico de la ulcera péptica.

MATERIAL Y METODO:

Se realizó un estudio observacional, analítico de casos y controles, el cual tiene como objetivo determinar la presencia de factores de riesgo asociados a la úlcera péptica gastroduodenal en pacientes pertenecientes al establecimiento penitenciario provincial de Ciego de Ávila, en el período de julio 2013 hasta julio 2014.

Se aplicó una planilla de recolección de datos a pacientes y revisión de historia clínica a internos que se encuentran en régimen severo, de ellos se detectó un total de 118 (reclusos) presentan factores de riesgos.

Criterios de inclusión:

1. Dar su disposición para participar en el estudio a través de un consentimiento informado. (Anexo 1)
2. Pacientes con factores de riesgo de úlcera péptica.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes con discapacidad psíquica o analfabetos.

Los métodos aplicados en la investigación:

Métodos teóricos:

- Análisis-síntesis: Permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para solucionar el problema.
- Histórico-lógico: permitió estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el de cursar de la investigación histórica de la ulcera péptica.

- Sistémico: Al valorar el carácter de sistema de los componentes del problema.
- Hipotético-deductivo: nos permitió deducir la hipótesis como respuesta al problema.

Métodos empíricos:

- Observación indirecta: Utilizada en la recolección de la información y realizada por el autor capacitado previamente y la tutora.
- Pruebas documentales y análisis de documentos: Se obtuvo la información actualizada a través de la búsqueda de información, y revisión bibliográfica en infomed e internet.
- Planilla de recolección de datos: Se estructuro una planilla de recolección de los datos, donde se destacaron los factores de riesgos más sobresalientes en la población penal.(Anexo 2)

Método estadístico descriptivo

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y fue resumida en frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el análisis de las variables demográficas se utilizó estadística descriptiva de mediana y desviación estándar

Para describir la relación factores de riesgo y úlcera péptica se realizó una tabla de todos los factores de riesgos que incidieron o no en la úlcera péptica. Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPS versión 15.0, se realizó en cálculo del Odd ratio para la cuantificación de riesgo.

Conceptualización y Operacionalización de las variables

Variables	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	• 30-34 • 35-44 • 45-54 • 55-64 • Más de 64 años.	Edad cronológica.	Número y porcentaje según grupos de edades
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino	Según sexo biológico	Número y porcentaje según grupos de edades
Color de piel	Cualitativa nominal Dicotómica	• Blanco • Negro • mestizo	Según grupos étnicos a que pertenecen.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia.
Valoración nutricional	Cuantitativa continua	• Bajo peso • Normopeso • Sobrepeso • Obeso	Según mediciones antropométricas	Número y porcentaje según grupo de pertenencia.
Actividad física.	Cualitativa	Adecuado	Adecuado:	Número y

	Nominal dicotómica	Inadecuado	cuando realiza ejercicio físico diario. Inadecuado: Cuando no realiza ejercicio físico diario.	porcentaje según grupo de pertenencia.
Factores exógenos	Cualitativa Nominal Dicotómica	• Si • No	Si: Cuando ingiere comidas condimentadas, medicamentos sin prescripción médica, bebidas alcohólicas o cuando consume cigarros. No: Cuando no manifiesta ninguna de las anteriores.	Número y porcentaje según categoría de pertenencia.
APP de Úlcera péptica.	Cualitativa Nominal Dicotómica	• Si • No	Según datos recogidos. (Anexo 2)	Número y porcentaje según categoría de pertenencia.
APF de Úlcera péptica.	Cualitativa Nominal	• Si • No	Según datos recogidos.	Número y porcentaje

	Dicotómica		(Anexo 2)	según categoría de pertenencia.
Factores de riesgo psicológicos.	Cualitativa Nominal Dicotómica	• Si • No	Sí: Cuando presenta ansiedad o estrés. No: Cuando no presenta ninguna de las anteriores.	Número y porcentaje según categoría de pertenencia.
Tratamiento farmacológico.	Cualitativa ordinal.	• Completa • Parcial • Sin respuesta al tratamiento.	Según la respuesta al tratamiento.	Número y porcentaje según categoría de pertenencia.

(⁴) Instrumento: Abarca los factores de riesgo: hábito de fumar, polifarmacia (AINES, salicilatos, exceso de antibióticos, ansiolíticos y antidepresivos), alimentación (comidas condimentadas, alteraciones psicológicas (estrés), antecedentes patológicos personales de úlcera péptica anterior, antecedentes patológicos familiares de úlcera péptica.

Variable independiente	Variable dependiente		
	Presente	Ausente	TOTAL
Presente	a	b	F1 (a+b)
Ausente	c	d	F2 (c+d)
Total	C1 (a+c)	C2 (b+d)	n

Criterio de pareamiento

Caso pareado, relación 1:1 casos-contróles

	Casos-Contróles
1	E-N (Caso Expuesto; Control No expuesto)
2	E-N
3	N-N (Caso y control No expuestos)
4	N-N
5	E-E (Caso y Control expuestos)

Cálculo del odds ratio.

El odds ratio tiene la característica de cuantificar la magnitud de riesgo.

$$OR = \frac{a \times d}{b \times c}$$

$$a \times c$$

Interpretación del valor de OR calculado

El odds ratio indica la magnitud de asociación entre exposición y outcome (en otras palabras, el riesgo de haber estado expuesto dada la enfermedad).

Un valor mayor que 1 indica una mayor frecuencia de exposición de la variable independiente entre los enfermos (casos). Por tanto, el factor actúa asociándose con un mayor riesgo de enfermar.

Finalmente, si el valor del OR calculado es inferior a 1, esto indica mayor frecuencia de exposición entre los sujetos sanos (controles). En este caso, la presencia del factor se asocia reduce el riesgo de enfermar (actuando como un factor de protección). Para definir una exposición determinada como factor de riesgo de una respuesta de interés es necesario que el valor del límite inferior del intervalo de confianza sea mayor que 1.

ANALISIS Y DISCUSION:

TABLA 1: Identificación grupo de edades y factores de riesgo de úlcera péptica en el establecimiento penitenciario provincial de Ciego de Ávila.

EDADES	Nº	%
DE 30- 34 AÑOS	9	7.9
DE 35-44 AÑOS	6	5.0
DE 45-54 AÑOS	39	33.0
DE 55-64 AÑOS	41	34.7
DE 64 Y MÁS	23	19.4
TOTAL	118	100,0

Fuente: Planilla para recolectar datos.

Se estudió una población de 118, se encontró que el más afectado fue el grupo de 55 a 64 años de edad para un (34,7%). De acuerdo al boletín de las enfermedades gastrointestinales, los registros de los factores de riesgos y factores desencadenantes de la úlcera péptica gastroduodenales aumenta a mayor edad del paciente. Lo anterior coincide con lo hallado en nuestro estudio. Esta prevalencia es superior a la de los grupos control de edad similar.

TABLA 2: Antecedentes patológicos personales y ulcera péptica en el establecimiento penitenciario provincial de Ciego de Ávila

Variables	Casos	%	Controles	%	Total	%
SI	52	44.1	0	0.0	52	44.1
NO	7	5.9	59	50.0	66	55.9

Fuente: Planilla para recolectar datos, historia clínica.

Un factor importante en la aparición de la úlcera péptica gastroduodenal son los antecedentes patológicos personales ya que predispone para la reaparición de dicha enfermedad, en nuestro estudio el 44.1% dichos antecedentes mientras el 55.9 % no lo presentó con una relación asociativa estadísticamente OR: 4,733

TABLA 3: Factores exógenos y ulcera péptica en el establecimiento penitenciario provincial de Ciego de Ávila.

Variables	Casos	%	Controles	%	Total	%
Comidas condimentadas	9	7.6	11	9.3	20	16.9
Ingestión de medicamentos sin prescripción medica	19	16.1	23	19.5	42	35.6
Hábito de fumar	31	26.3	25	21.1	56	47.5
Consumo de alcohol.	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Fuente: Planilla para recolectar datos, historia clínica.

En esta tabla se determinó que es hábito de fumar fue el factor de riesgo que más predisposición presentó con un 47.5 % por lo que en este grupo de la población penal son fumadores activos de ellos el 31% son enfermos, la ingestión de medicamentos sin prescripción médica se determinó con un 35.6%, este factor de riesgo se observa muy frecuente en casi todas las prisiones régimen severo como la que tenemos en nuestra provincia por lo que estas dos variables fueron los factores exógenos más sobresalientes en la muestra con una relación asociativa estadísticamente OR: 8,937

.

TABLA 4: Trastornos psicológicos (estrés) y ulcera péptica en el establecimiento Penitenciario provincial de Ciego de Ávila

Variables	Casos	%	Controles	%	Total	%
SI	54	45.8	34	28.8	88	74.6
NO	5	4.2	25	21.2	30	25.4

Fuente: Planilla para recolectar datos, historias clínicas.

El estrés mantenido fue determinado en el establecimiento penitenciario provincial de Ciego de Ávila como el principal factor de riesgo por lo que el 74.6 % de la muestra, en estudio se encontró con dicha situación psicológica debido a las condiciones que ellos se encuentran y de estos el 45.8 % de la muestra son casos y el 21.2% de los controles presentan el factor de riesgo, esto coincide con estudios anteriores así como la literatura revisada con una relación asociativa estadísticamente OR: 7,909

TABLA 5:Antecedentes patológicos familiares y ulcera péptica en el establecimiento penitenciario provincial de Ciego de Ávila

Variables	Casos	%	Controles	%	Total	%
SI	37	31.6	12	10.2	49	41.5
NO	22	18.6	47	39.3	69	58.5

Fuente: Planilla para recolectar datos, historias clínicas.

En este grupo no es relevante los antecedentes patológicos familiares con respecto a la literatura revisada, por lo que el mayor porcentaje general predominó en un 58.5% de los que no tenían antecedentes patológicos familiares que en los que sí tienen, pero pudimos comprobar que el 31.6% de los casos enfermos si tienen dicho antecedente con una relación asociativa estadísticamente OR: 0,953.

TABLA 6: Índice de hacinamiento y ulcera péptica en el establecimiento Penitenciario provincial de Ciego de Ávila.

Variables	Casos	Controles	%
Alto	78	40	100
Bajo	0	0	0.0

Fuente: Planilla para recolectar datos, historia clínica.

Atendiendo al índice de hacinamiento se ha encontrado aunque no se haya encontrado literatura que esta variable que se emplea es un factor predisponente a la infección por el *helicobacter pylori*, por lo que en el establecimiento en estudio se encontró en la muestra que todos los pacientes presentan un índice alto, por lo que esto puede ser motivo fundamental para esta enfermedad con un 100% de hacinamiento ya que los destacamentos se dividen en cubículos y galeras, con una relación asociativa estadísticamente OR(24.266).

TABLA 7: Tratamiento farmacológico y ulcera péptica en el establecimiento Penitenciario provincial de Ciego de Ávila.

Variable	Casos	Controles	%
Completo	15	0	25.4
Parcial	38	0	64.4
Sin respuesta al tratamiento.	6	0	10.2

Fuente: Planilla para recolectar datos, historia clínica.

Con respecto al tratamiento farmacológico y la ulcera péptica, se comprobó que el 64.4 % de los pacientes tuvieron un tratamiento parcial, por lo que esto apoya que en los antecedentes patológicos personales, los pacientes presentaron una recaída por el mal uso de los fármacos indicados y administrados en el establecimiento penitenciario provincial de Ciego de Ávila con una relación asociativa estadísticamente OR (5.135).

CONCLUSIONES:

El grupo de edades que más afectado por ulcera péptica gastroduodenal en el establecimiento penitenciario provincial de Ciego de Ávila, fue el de 55 a 64 años por encima a los demás grupos, con respecto a los antecedentes patológicos personales se conoció que los controles no han padecido nunca de ulcera péptica anteriormente mientras que en los casos predominó que la gran mayoría si habían padecido de dicha enfermedad anteriormente, los factores de riesgo exógenos que más prevalecieron fueron, el estrés mantenido, el hábito de fumar y las ingestión de medicamentos sin prescripción médica, estos por encima de los controles, con respecto los antecedentes patológicos familiares no se encontró una relación asociativa en los grupos a la enfermedad además un factor de riesgo que aunque no se describe en la literaturas, que es el índice de hacinamiento que en ambos grupos se encuentran afectados esta variable se encuentra en un 100%.

RECOMENDACIONES:

1. Extender el estudio a otros establecimientos penitenciarios de la provincia y del país.
2. Hacer acciones de promoción y prevención de salud, sobre los factores de riesgos que más sobresalieron.
3. Aumentar las actividades de capacitación sobre el manejo de los factores de riesgo de la úlcera péptica para los médicos que colaboran en las prisiones del país.

Referencias Bibliográficas

1. Anderson MA et al(2010): Endoscopic ultrasound is highly accurate and directs management in patients with peptic ulcer duodenal. Am J Gastroenterol 95:2271, [PMID: 11007228]
2. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU et al(2010):.Lo que usted necesita saber sobre úlcera péptica. (Publicación de los NIH 10–1556s) Abril.
Disponible en:
<http://www.pepticulcer.gov/publications>
3. R. Álvarez Sintés. Temas De Medicina General Integral. vol. II cap.20 pag.786-789. Editorial Ciencias Medicas .La Habana 2007.
4. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico de Salud 2010[Internet]. © 1999-2012[citado 12 Feb 2012].[aprox. 87 pantallas]. Disponible en:
<http://files.sld.cu/dne/files/2011/04/anuario-2010-e-sin-graficos1.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. Prevención del Úlcera péptica [Internet].© OMS;2012[citado 12 Ene 2012].[aprox. 2 pantallas]. Disponible en:
<http://www.who.int/pepticulcer/prevention/es/>
6. Organización Mundial de la Salud. Tratamiento de la úlcera péptica [Internet].© OMS;2012[citado 12 Ene 2012].[aprox. 2 pantallas].Disponible en:
<http://www.who.int/pepticulcer/treatment/es/>
7. Archivo central del centro penitenciario de Ciego de Ávila. (2013) Servicios Médicos del MININT. Ciego de Ávila.

8.CASTRO, L.et al(2010): "úlceras pépticas", Acta Gastroenterol. Latinoam. 24: 175–93.
34. D ESCHENES, M.

9. Valenzuela J, Rodés J.(2009): Gastroenterología .Vol 2, Ed Medite- rráneoVol 2: 757- 62. 2.- Rodés J. Tratado de Hepatología Clínica. 4ª ed., Masson Barcelona 2009; Tomo 1: 1046-56

10.-Rollhauser C, Fleischer D.et al(2009): Ulcers and nonvariceal bleeding. Endoscopy; 31: 17-25.

11. Laine L, Peterson W. et al (2008): Bleeding peptic ulcer. N Engl J Med 331: 717-27.

12. Freeman M, Cass O, Peine C, Onstadt G.et al(2011):The non-bleeding visible vessel versus the sentinel clot: natural history and risk of rebleeding. Gastrointestinal Endosc; 39: 359-66.

13.Rockall T, Logan R, Devlin H, Norhtfield T. et al(2006):Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. GUT; 38: 316-21.

14. Anuario Estadístico, Dirección Nacional de Salud Pública, 2013 p.84.

15. BJORKMAN, D.J., KIMMY, M.B.(2009):"Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and gastrointestinal disease: pathophysiology, treatment and prevention", MAR- APR:13(2)119-29.

16. BRANDSTTER, G.; MARKS, J.N., et al(2010):"A multicenter randomized, double-blind comparison of roxatidine with ranitidine in de treatment of patients with uncomplicated ben gastric ulcer disease MAY-JUN 17(3):467-78.

17. GOMOLLON GARCIA, F. et al(2009): ``Infección por helicobacter pylori'', Ed. Madrid, España.
18. GRENDELL, H.; MCQUAID KEMETH, R. Y FRIERMAN SCOTT. et al(2011): ``Diagnóstico y tratamiento en gastroenterología'', 3ra ed., Ed. El manual moderno, S.A. university, Washington D.C. EE.UU.
19. JUTABHA, R. Y JENSEN, D.M. et al(2010): ``Diagnóstico y tratamiento en gastroenterología'', 3ra ed. México D.F. JAN-73(1)128-32.
20. LEON, B.R Y RECAVARREN ARAS, S. et al(2008): ``Helicobacter pylori, gastritis y enfermedad ulcerosa péptica(Editorial)'' Acta gastroenterol Latinoam.,22:61.
21. LOGAN, R.P.; BARDHAN, K.D.; CELESTIN , L.R. et al(2010); ``Eradication of helicobacter pylori and prevention of recurrence of duodenal ulcer'' university of Washington D.C.
22. SCHOTZE, K.; HENTACHEL, E.; et al(2011): ``treatment of peptic ulcer disease and change in serum aluminium concentration'' university of Philadelphia. EE.UU.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN.

Título del Proyecto: Factores de Riesgo asociados a úlcera péptica gastroduodenal en pacientes pertenecientes al establecimiento penitenciario provincial de Ciego de Ávila.

Yo _____ paciente del Establecimiento Penitenciario Provincial de Ciego de Ávila con número de Identidad _____ doy mi disposición a participar en la investigación de forma consiente y voluntaria. Para la misma he sido informado por parte de los autores de esta sobre las características y objetivos del estudio, siendo sincero y respondiendo correctamente la entrevista. Los datos personales no serán publicados

Para constancia de mi aprobación firmo la presente:

Firma: _____

Paciente

Firma: _____

Investigador

ANEXO 2

Anexo 1. Planilla de recogida de datos de factores de riesgos.

Fecha:

Datos Generales:

Nombre: _____ 1er Apellido: _____ 2do Apellido: _____

Edad: _____

Destacamento: _____ Provincia: _____

Caso _____ control _____

FACTORES DE RIESGOS

Antecedentes patológicos personales de úlcera péptica gastroduodenal: _____ Sí _____ No Tratamiento farmacológico: _____ Completa _____ Parcial _____ Sin respuesta al tratamiento. Factores exógenos : _____ Comidas condimentadas. _____ Ingestión de medicamentos sin prescripción médica. _____ hábito de fumar. _____ Consumo de alcohol.	Variables socio demográficas: _____ Índice de hacinamiento: _____ Bajo _____ Alto _____ Valoración nutricional _____ Bajo peso _____ Normo peso _____ Sobrepeso _____ Obesa Actividad física: _____ Ejercicio físico diario. (adecuado) _____ No ejercicio físico diario. (inadecuado) Factores de riesgo psicológicos. _____ Ansiedad. _____ Estrés. _____ Color de piel _____ Blanca _____ Negra _____ Mestiza
--	--

Muchas gracias.

