

República Bolivariana de Venezuela
Colegio Santiago de León de Caracas
Departamento de Biología

Úlcera péptica y *Helicobacter Pylori* en Venezuela

Integrantes:

Jesús Daniel Contreras
Eliú Monasterios

2001

República Bolivariana de Venezuela
Colegio Santiago de León de Caracas
Departamento de Biología

Úlcera péptica y Helicobacter Pylori en Venezuela

Integrantes:

1. Jesús Daniel Contreras	11
2. Eliú Monasterios	26

2001

República Bolivariana de Venezuela
Colegio Santiago de León de Caracas
Departamento de Biología

Úlcera péptica y Helicobacter Pylori en Venezuela

2001

INDICE

•Portada.....	01
•Índice.....	04
•Resumen.....	05
•Introducción.....	06
•Objetivos.....	25
•Materiales.....	26
•Resultado.....	27
•Conclusiones.....	29
•Bibliografía.....	33

RESUMEN:

El tema principal de este trabajo, es definir el concepto de úlcera, analizando bibliográficamente: los síntomas, las características, los métodos de estudio, tratamientos, etc. También se da un gran énfasis en el tema de la bacteria *Helicobacter Pylori*

En este trabajo vemos también una encuesta realizada a 20 pacientes de una clínica venezolana que después de haberseles realizado una gastroscopia se obtuvo la presencia de úlcera péptica.

INTRODUCCIÓN

MEDICINA INTERNA:

Especialidad médica no quirúrgica relacionada con enfermedades de los órganos internos en los adultos. Los médicos que trabajan en ese campo, conocidos como internistas, están especializados en la prevención de enfermedades y en combatir desórdenes complejos del cuerpo.

Los internistas generales suelen trabajar como médicos de familia, manteniendo una relación prolongada con sus pacientes. Realizan a los enfermos exámenes físicos regulares, ofrecen cuidados preventivos, diagnostican y tratan la mayoría de las enfermedades que no necesitan tratamiento quirúrgico, remitiendo los casos graves o raros a un especialista apropiado. Por ejemplo, si un paciente se queja de problemas persistentes en el estómago, un internista general puede remitir el paciente a un gastroenterólogo, un internista especializado en desórdenes del sistema digestivo.

Dentro del campo de la medicina interna, se reconocen nueve sub-especialidades: cardiología, el tratamiento de las enfermedades del corazón y de los vasos sanguíneos, endocrinología, el estudio de las glándulas y otras estructuras que secretan hormonas, gastroenterología, el cuidado de las condiciones del tracto gastrointestinal, el hígado y el páncreas; hematología, el estudio de la sangre y de los tejidos formadores de sangre, infectología, el estudio de infecciones graves o infrecuentes; nefrología, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del riñón; oncología, el estudio y tratamiento de tumores cancerosos; neumología, el tratamiento de las enfermedades de los pulmones y otras estructuras del aparato respiratorio; y reumatología, el tratamiento de desórdenes relacionados con las articulaciones y otros tejidos conectivos. Una subespecialidad adicional que gana pujanza es la geriatría, el estudio de las enfermedades que afectan a la tercera edad.

El desarrollo y el uso generalizado de muchos avances tecnológicos han permitido a los internistas realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos que antes se consideraban responsabilidad de los cirujanos. Por ejemplo, una técnica llamada endoscopia utiliza un instrumento tubular llamado endoscopio que permite iluminar órganos internos para examinarlos o fotografiarlos, y manipular diverso instrumental en el interior del cuerpo sin necesidad de cirugía. Otro aparato estrecho en forma de tubo llamado catéter cardiaco, permite inyectar fármacos o líquidos directamente en el corazón.

GASTROENTEROLOGÍA:

Especialidad médica que estudia el sistema digestivo humano y las enfermedades que le afectan. Los especialistas en ese campo, llamados gastroenterólogos, estudian y tratan trastornos del esófago, el estómago, el intestino delgado, el intestino grueso y el colon —lo que, en conjunto, se conoce como tracto gastrointestinal—, así como del hígado, la vesícula biliar y otros órganos implicados en la digestión.

APARATO DIGESTIVO:

1 Esófago distal

2 Hígado

3 Vesícula biliar

4 Mucosa duodenal

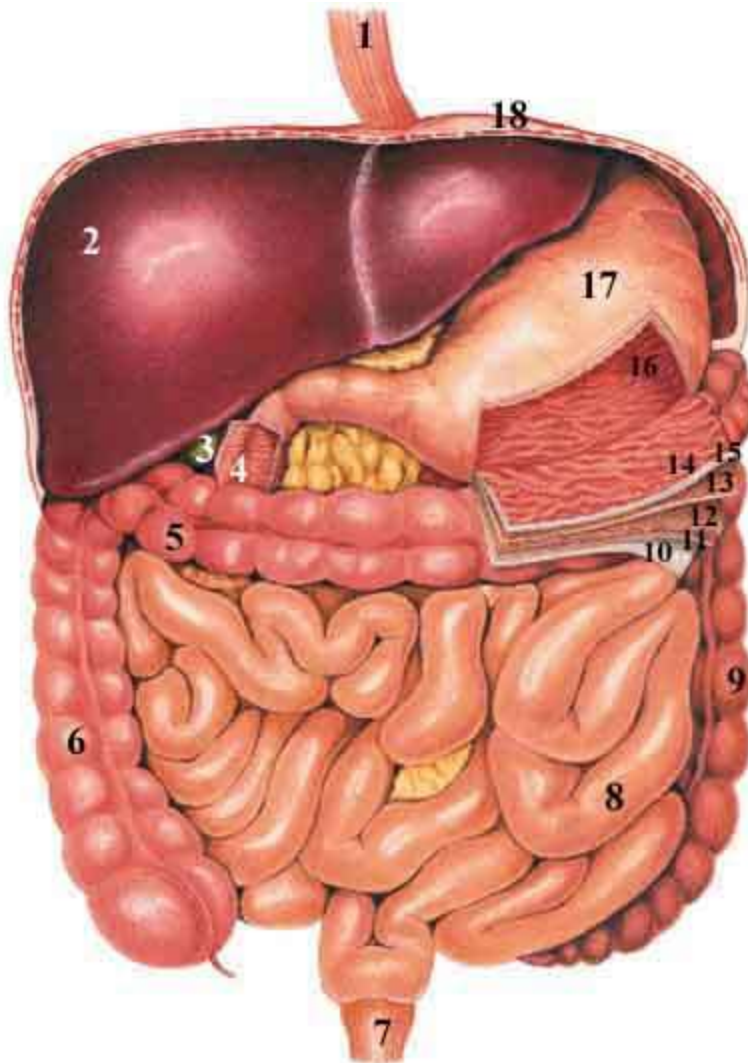
5 Colon transverso

6 Colon ascendente

7 Ampolla rectal

8 Intestino delgado

9 Colon descendente



10 Serosa

11 Capa muscular longitudinalina

12 Capa muscular circular

13 Capa muscular oblicua

14 Muscular de la mucosa

15 Submucosa

16 Mucosa gástrica

17 Estómago

18 Diafragma

1. Esófago distal: Conducto muscular membranoso que pone en comunicación la faringe con el estómago.
2. Hígado: Órgano glandular que segrega la bilis y realiza, además, importantes funciones metabólicas y antitóxicas; en el hombre se halla situado en la parte alta del hipocondrio derecho.
3. Vesícula Biliar: Pequeña cavidad membranosa en el cuerpo que almacena la bilis.
4. Mucosa duodenal: Membrana que tapiza el interior del duodeno.
5. Colon transversal: Porción media del intestino grueso, se encuentra en el hemiabdomen superior.
6. Colon ascendente: Porción inicial del intestino grueso, se ubica del lado derecho del abdomen.
7. Ampolla rectal: Porción final del intestino grueso, se ubica en la pelvis.
8. Intestino delgado: Parte del intestino de los mamíferos, a continuación del estómago.
9. Colon descendente: Segmento del intestino grueso que continua al transversal, se ubica en el lado izquierdo del abdomen.
10. Serosa: Membrana que recubre el exterior de los órganos abdominales.
11. Capa muscular longitudinal: Capa más superficial de la túnica muscular del estómago.
12. Capa muscular circular: Plano medio de la túnica muscular del estómago.
13. Capa muscular oblicua: Capa más interna de la túnica muscular del estómago.
14. Muscular de la mucosa: Delgada capa muscular que se ubica entre la mucosa y la submucosa.

15. Submucosa: Capa ubicada debajo de la mucosa, contiene los elementos vasculares y linfáticos del órgano.
16. Mucosa gástrica: Membrana que recubre el interior del estómago
17. Estómago dilatación del tubo digestivo situado a continuación del esófago, donde tiene lugar la quimificación de los alimentos.
18. Diafragma: Músculo ancho que separa la cavidad torácica de la abdominal

APARATO DIGESTIVO:

Conjunto de órganos que, por medios químicos y mecánicos, transforman los alimentos en sustancias solubles simples que pueden ser asimiladas por los tejidos. Este proceso, llamado digestión, varía entre los distintos grupos de vertebrados, un caso único es el de los rumiantes que poseen microorganismos simbiotes en el estómago que se encargan de digerir la celulosa.

La digestión incluye procesos mecánicos y químicos. Los procesos mecánicos consisten en la masticación para reducir los alimentos a partículas pequeñas, la acción de mezcla del estómago y la actividad peristáltica (actividad motora que facilita el avance del bolo alimenticio) del intestino. Estas fuerzas desplazan el alimento a lo largo del tubo digestivo y lo mezclan con varias secreciones.

Aunque los procesos mecánicos son importantes, la transformación de los diferentes alimentos ingeridos en unidades pequeñas utilizables depende principalmente de los procesos químicos, que se realizan gracias a la acción de distintas enzimas. La digestión química se inicia cuando se ingieren los alimentos, las seis glándulas salivares producen secreciones que se mezclan con los alimentos. La amilasa salival es una enzima presente en la saliva que rompe el almidón en maltosa, glucosa y oligosacáridos. La saliva también estimula la secreción de enzimas digestivas y lubrica la boca y el esófago para permitir el paso de sólidos.

A lo largo del tracto digestivo tienen lugar tres reacciones químicas: conversión de los hidratos de carbono en azúcares simples como la glucosa, ruptura de las proteínas en aminoácidos como la alanina, y conversión de grasas en ácidos grasos y glicerol. Estos procesos son realizados por enzimas específicas.

La digestión final y la absorción tienen lugar principalmente en el intestino. La digestión de las grasas ocurre esencialmente en el intestino. Las sales biliares y la lecitina se unen a los monoglicéridos y a los ácidos grasos que de esta forma pueden pasar a través de las células intestinales. Otros nutrientes como el hierro y la vitamina B12 ven facilitada su absorción por la acción de proteínas transportadoras específicas que les permiten pasar a través de las células intestinales.

ACCIÓN EN EL ESTÓMAGO Y EL INTESTINO:

El jugo gástrico del estómago contiene agentes como el ácido clorhídrico y algunas enzimas, entre las que se encuentran pepsina, renina e indicios de lipasa. (Se cree que la superficie del estómago está protegida del ácido y de la pepsina por su cubierta mucosa). La pepsina rompe las proteínas en péptidos pequeños. La renina separa la leche en fracciones líquidas y sólidas y la lipasa actúa sobre las grasas. Algunos componentes del jugo gástrico sólo se activan cuando se exponen a la alcalinidad del duodeno; la secreción es estimulada por el acto de masticar y deglutir e incluso por la visión o idea de cualquier comida. La presencia de alimento en el estómago estimula también la producción de secreciones gástricas, éstas a su vez estimulan la liberación de secreciones digestivas en el intestino delgado donde se completa la digestión.

La parte más importante de la digestión tiene lugar en el intestino delgado: aquí, la mayoría de los alimentos sufren una hidrólisis y son absorbidos. El material predigerido que proporciona el estómago es objeto de la acción de tres líquidos: el líquido pancreático, la secreción intestinal y la bilis. Estos líquidos neutralizan el ácido gástrico con lo que finaliza la fase gástrica de la digestión.

El líquido pancreático penetra en el intestino delgado a través de varios conductos. Contiene tripsina y quimiotripsina, enzimas que continúan la digestión enzimática de las proteínas en componentes más simples que se pueden absorber y utilizar en la reconstrucción de proteínas del organismo. La lipasa pancreática rompe las grasas; la amilasa pancreática hidroliza el almidón en maltosa (al igual que la amilasa salival), que más tarde otras enzimas rompen en glucosa y fructosa, las nucleasas rompen el ADN y el ARN en nucleótidos. La secreción del jugo pancreático es estimulada por la ingestión de proteínas y grasas.

Las secreciones del intestino delgado contienen varias enzimas cuya función es completar el proceso iniciado por el jugo pancreático. El flujo de las secreciones intestinales es estimulado por la presión mecánica del alimento digerido parcialmente en el intestino.

La función de las sales biliares en la digestión es ayudar a la absorción de las grasas, que emulsionan y las hacen más accesibles a las lipasas que las hidrolizan. La bilis, segregada por el hígado y almacenada en la vesícula biliar, fluye al intestino delgado tras la ingestión de grasas. La observación de una ictericia obstructiva (que impide la secreción biliar) pone de relieve la ineficacia de la digestión de grasas en ausencia de bilis.

La absorción de los productos de la digestión a través de la pared del intestino delgado puede ser pasiva o activa. El sodio, la glucosa y muchos aminoácidos son transportados de forma activa. Por lo tanto, los productos de la digestión son asimilados por el organismo a través de la pared intestinal, que es capaz de absorber sustancias nutritivas de forma selectiva, rechazando otras sustancias similares. Los hidratos de carbono sólo se pueden absorber como monosacáridos; las proteínas se absorben como aminoácidos, aunque ciertas proteínas pequeñas pueden atravesar la barrera intestinal. El estómago y el colon —en el intestino grueso— tienen también la capacidad de absorber agua, ciertas sales, alcohol y algunos fármacos. La absorción intestinal tiene otra propiedad única: muchos nutrientes se absorben con más eficacia cuando la necesidad del organismo es mayor.

En el adulto, la superficie replegada de absorción del intestino supone 140 m² La absorción está favorecida también por la longitud del intestino delgado que es de 6,7 a 7,6 m como valor medio.

Las sustancias hidrosolubles, tales como minerales, aminoácidos y algunos hidratos de carbono, pasan al sistema de capilares del intestino y a través de los vasos del sistema portal, directamente al hígado. Sin embargo, muchas de las grasas se vuelven a sintetizar en la pared del intestino y son recogidas por el sistema linfático, que las conduce a la circulación sistémica a través del sistema de la vena cava. Con ello se evita el primer paso a través del hígado.

EXCRECIÓN:

El material no digerido se transforma en el colon en una masa sólida por la reabsorción de agua hacia el organismo. Si las fibras musculares del colon impulsan demasiado rápido la masa fecal por él, ésta permanece semilíquida. El resultado es la diarrea. En el otro extremo, la actividad insuficiente de las fibras musculares del colon produce estreñimiento. Las heces permanecen en el recto hasta que se excretan a través del ano

Muchos trastornos de la absorción reciben el nombre genérico de malabsorción; uno de los más importantes es el esprue.

ENFERMEDADES DEL TRACTO GASTROINTESTINAL:

Entre las dolencias más comunes que los especialistas deben tratar se encuentran las enfermedades del estómago, el órgano que recibe, almacena y digiere parcialmente la comida en los primeros estadios de la digestión humana. La gastritis, por ejemplo, es una inflamación del revestimiento del estómago que suele provocar dolor abdominal, náuseas y vómitos.

Puede estar causada por la bacteria *Helicobacter pylori*, por una infección viral, o puede deberse al estrés, a distintas alergias, a reacciones al alcohol, o a determinadas sustancias. Es necesario identificar el agente causante para poder tratar la inflamación.

Los gastroenterólogos también están especializados en el tratamiento de úlceras pépticas, llagas y erosiones en el revestimiento del estómago o la primera porción del intestino delgado, llamada duodeno. Las úlceras superficiales causan indigestión y otras molestias, las úlceras responsables de erosiones más profundas pueden provocar una hemorragia abdominal que, en caso de no ser tratada, puede llevar a la muerte. En los últimos años, los investigadores han encontrado un vínculo sugestivo entre la *Helicobacter pylori* y las úlceras crónicas. Los gastroenterólogos prescriben antibióticos que matan esa bacteria, así como medicamentos que combaten la acidez del estómago o reducen la secreción de ácidos digestivos.

También se tratan muchas enfermedades relacionadas con otros órganos implicados en la digestión. El esófago, por ejemplo, puede inflamarse a causa de la presencia de ácido gástrico procedente del estómago, causando pirosis. Esta dolencia, conocida como reflujo del ácido, puede combatirse con pérdida de peso, fármacos que limitan la secreción y acidez del ácido gástrico y procedimientos quirúrgicos. En el hígado, los desórdenes más normales son la hepatitis, una inflamación causada por una infección o por agentes tóxicos, y la cirrosis, que suele estar provocada por el alcohol y que puede dar lugar a que el hígado deje de funcionar. Los gastroenterólogos también tratan cálculos biliares (masas de materia sólida encontradas en la vesícula biliar), inflamación del páncreas, llamada pancreatitis, e inflamación del colón, llamada colitis.

Diagnosis:

Los médicos utilizan una gran variedad de herramientas altamente especializadas para examinar, diagnosticar y tratar los desórdenes del tracto intestinal. En un procedimiento llamado endoscopia, los especialistas utilizan un tubo largo y flexible con lentes de aumento y una fuente de luz, llamado endoscopio, para examinar

las cavidades internas del cuerpo. Los endoscopios están dotados de accesorios especializados, como fórceps o cepillos, que permiten al médico obtener pequeñas muestras de tejido para ser analizadas en el laboratorio, en un procedimiento llamado biopsia.

Los endoscopios también están equipados con un láser que permite al gastroenterólogo tratar desórdenes sin recurrir a un tipo de cirugía más agresiva. Se pueden cauterizar o quemar úlceras pépticas con endoscopios equipados con láser.

Fluoroscopia, en medicina, aparato para examinar órganos internos, que se usa sobre todo para el diagnóstico. Las partes fundamentales de un fluoroscopio son un tubo de rayos X y una pantalla fluorescente. El sujeto que va a ser diagnosticado se coloca entre el tubo de rayos X y la pantalla. En todos aquellos lugares de la pantalla en los que inciden las radiaciones de los rayos X, ésta se ilumina vivamente en los lugares donde los rayos X se reflejan o son absorbidos, se proyectan sombras en la pantalla.

Los huesos se proyectan como sombras oscuras y los órganos, por ejemplo el corazón, como sombras más claras. En los análisis abdominales se administran sales de bario por vía oral o rectal antes del examen. Debido a que estas sales son opacas a los rayos X puede seguirse su progresión a través del tubo digestivo.

La fluoroscopia puede revelar cáncer en los órganos o en el aparato digestivo, úlceras del aparato digestivo y osteoporosis, enfermedad que produce pérdidas en la masa ósea.

ÚLCERA:

Inflamación superficial producida por la destrucción de la piel o de membrana mucosa. Las úlceras de la piel pueden asociarse con diferentes enfermedades crónicas, como la diabetes, trastornos cardíacos y renales, varices, sífilis, lepra, tuberculosis y cáncer. Las úlceras gastrointestinales aparecen en la gastritis crónica, colitis ulcerosa y fiebre tifoidea.

Las úlceras pépticas o gastroduodenales son úlceras del estómago (gástrica) o del intestino delgado (duodeno). Además del dolor producido por la úlcera, éstas pueden dar lugar a complicaciones como la hemorragia por erosión de un vaso sanguíneo importante, perforación de la pared del estómago o intestino, con el resultado de peritonitis y obstrucción del tracto gastrointestinal por espasmo o inflamación en la zona de la úlcera.

La causa directa de las úlceras pépticas es la destrucción de la mucosa gástrica o intestinal por el ácido clorhídrico, que suele estar presente en los jugos digestivos del estómago. Se cree que la infección por *Helicobacter pylori* tiene un papel importante en la aparición de úlceras en estómago o duodeno. La lesión de la mucosa gástrica y la alteración de la misma por fármacos, como los antiinflamatorios no esteroideos, son también factores responsables en la formación de la úlcera.

Otros factores importantes en la formación y exacerbación de la úlcera duodenal son el exceso de ácido clorhídrico, la predisposición genética, el abuso de tabaco y la tensión psicológica.

Se utilizan diferentes medicamentos en el tratamiento de la úlcera. Los antiácidos son útiles para neutralizar el exceso de ácido. Otros fármacos como la cimetidina y ranitidina bloquean la acción de la histamina, que estimula la producción de ácido, y se ha comprobado que inducen la curación de la úlcera en muchos pacientes. El omeprazol inhibe la secreción de ácido al interferir con el mecanismo celular que lo bombea hacia el estómago. Los compuestos de bismuto y los antibióticos pueden ser útiles para erradicar la infección por *Helicobacter pylori*, aceleran la cicatrización y reducen la tasa de recidivas. El sucralfato forma una capa protectora que cubre la mucosa del estómago e intestino. El misoprostol es efectivo contra las úlceras gástricas causadas por medicamentos antiinflamatorios no esteroideos. El abandono del tabaco también puede acelerar el proceso de cicatrización. Se deben evitar el alcohol y la cafeína, aunque la dieta blanda no suele ser muy eficaz. En los casos más graves es necesaria la cirugía.

La úlcera péptica es una de las enfermedades que amenazan la vida y que con mayor frecuencia se presentan en la práctica general. Cada año mueren aproximadamente 5000 personas a causa de esta enfermedad. Cada año, un total de 40000 pacientes que padecen de úlcera péptica es admitido en los hospitales.

Un médico general que tiene 2500 pacientes puede tener entre 100 y 300 pacientes, aproximadamente 2 hombres por cada mujer, que padecen de úlcera péptica, dependiendo del perfil demográfico de la comunidad

* Datos del Reino Unido

HELICOBACTER PYLORI:

Bacteria implicada en el desarrollo de gastritis y úlceras pépticas. Se asocia también con algunos cánceres de estómago. Es un bacilo Gram negativo corto, helicoidal, con múltiples flagelos, microaerófilo (con preferencia por medios escasos en oxígeno), que coloniza las capas profundas del moco de recubrimiento gástrico y duodenal y se adhiere a las células epiteliales superficiales de la mucosa del estómago y duodeno, sin invadir la pared. La bacteria segrega amoníaco, alcalinizando el medio, así se protege de la acción ácida del jugo gástrico (pH 3). El amoníaco además irrita la mucosa, ayudado por proteasas y fosfolipasas bacterianas que destruyen el moco protector. La mucosa y su lámina propia son invadidas por un denso infiltrado de células inflamatorias, especialmente neutrófilos.

Se aisló por primera vez en 1983 a partir de biopsias del epitelio gástrico. La prevalencia de la infección por *Helicobacter pylori* varía considerablemente según la raza, la nacionalidad y la fuente de infección. Se piensa que se transmite por vía fecal-oral y se sabe que si lo hace por vía oral-oral, así como por instrumental médico contaminado sondas, endoscopios, pinzas de biopsia, etc. El grado de infección varía de acuerdo a las condiciones socioeconómicas, *Helicobacter pylori* es poco frecuente en países desarrollados, donde tiene baja incidencia entre los menores de 40 años, pero llega a afectar hasta al 50% de los mayores de 60 años.

En cambio, la infección en países subdesarrollados va creciendo un 10% por año entre los 2 y 8 años de edad, hasta el punto que afecta a la mayor parte de la población adolescente. Se ha relacionado con el 95% de las úlceras duodenales, el 70% de las úlceras gástricas, el 100% de las gastritis crónicas activas y el 100% de las gastritis crónicas tipo B (las más frecuentes, de localización antral).

Diagnóstico:

Las pruebas que se utilizan para diagnosticar esta infección pueden ser directas, si se basan en la identificación del microorganismo (histología y cultivo), e indirectas, cuando estudian alguna característica del germen (prueba de la ureasa y pruebas en aire espirado) o bien los anticuerpos producidos por el paciente (serología). Las muestras utilizadas para el diagnóstico pueden obtenerse por métodos invasivos (biopsia durante la endoscopia) o no invasivos (suero, saliva, aliento).

Tratamiento:

El tratamiento se recomienda cuando cuadros de gastritis crónica se asocian con episodios recurrentes de úlcera o cuando los síntomas son severos y se demuestra la presencia de *Helicobacter pylori* en el estómago del paciente. La infección se trata mediante antibióticos macrólidos, penicilinas semisintéticas o metronidazol ayudados por fármacos que inhiben la secreción gástrica (omeprazol, antagonistas H2).

CAUSAS QUE PRODUCEN LA ENFERMEDAD PÉPTICA ULCEROSA:

Helicobacter pylori, bacteria implicada en el desarrollo de gastritis y úlceras pépticas. El tabaco es un factor agresivo exógeno asociado al desarrollo de enfermedad ulcerosa, al retardo en la cicatrización de las úlceras gástricas y duodenales, y a la recidiva de éstas últimas. Varios efectos fisiológicos del cigarrillo a nivel del estómago y el duodeno, pueden explicar ésta asociación.

El tabaco acelera el vaciamiento gástrico, incrementa el reflujo biliar duodeno-gástrico, inhibe la secreción pancreática de bicarbonato, disminuye el pH duodenal y la producción de prostaglandinas gástricas, todos éstos cambios justifican prohibir el cigarrillo en caso de enfermedad ulcerosa.

Alteraciones producidas por el estrés, enfermedades causadas o agravadas por el estrés psicológico. Estos trastornos psicosomáticos generalmente afectan al sistema nervioso autónomo, que controla los órganos internos del cuerpo. Ciertos tipos de jaqueca y dolor de cara o espalda, el asma, úlcera de estómago, hipertensión y estrés premenstrual, son ejemplos de alteraciones relacionadas con el estrés.

El alcohol produce sobre el organismo un efecto tóxico directo y un efecto sedante, además, la ingestión excesiva de alcohol durante periodos prolongados conduce a carencias en la nutrición y en otras necesidades orgánicas, lo cual complica la situación. El consumo de alcohol y su posible asociación con la Enfermedad Péptica Ulcerosa es un tema muy polémico y contradictorio, ya que incluso se ha reportado en la literatura que pequeñas cantidades de alcohol (30-60ml) podrían proteger contra el daño mucoso inducido por los AINEs, al estimular la producción de prostaglandinas. Ahora bien, se ha demostrado que la ingestión de bebidas que contienen 40% de alcohol, pueden causar erosiones mucosas superficiales, ulceraciones y sangramiento, tanto en animales de experimentación como en voluntarios humanos. En consecuencia parece razonable recomendar evitar las bebidas alcohólicas hasta que esta polémica sea aclarada en forma definitiva.

La aspirina produce a veces sangrados gastrointestinales insignificantes que con el tiempo pueden originar un déficit de hierro. Su uso prolongado puede producir también úlceras gástricas.

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) constituyen un gran grupo de fármacos con acción antitérmica, analgésica y antiinflamatoria. Todos presentan buena absorción por vía digestiva. Su principal inconveniente es la irritación de la mucosa digestiva (por cualquier vía de administración) que desencadena gastralgias, úlcera péptica y hemorragia digestiva.

Los productos dietéticos eventualmente agresivos para la mucosa son el café, incluso el descafeinado, el té y las bebidas gaseosas a base de cola, todos los cuales aumentan la secreción ácida gástrica. Igualmente ocurre con la pimienta, el chile mexicano y la mostaza, capaces de causar edema, eritema y daño de la mucosa gástrica, a través del mencionado aumento de la secreción ácida.

SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD PÉPTICA ULCEROSA:

Dolor: la úlcera duodenal se caracteriza fundamentalmente por la presencia de dolor. Hay pacientes que presentan como primera manifestación hemorragia, pero durante el interrogatorio, una buena proporción de ellos exponen antecedentes de malestar, sensaciones de hambre dolorosa, o ardor de poca intensidad en el postprandio tardío, que el paciente no habla valorado adecuadamente. Esto sucede aproximadamente en el 15% de los casos.

El dolor es el síntoma característico de la enfermedad ulcerosa péptica y generalmente se manifiesta como ardoroso.

Habitualmente, el enfermo localiza el dolor en epigastrio y aunque, si no se presentan complicaciones, no tiene irradiaciones, puede localizarse en hipocondrio derecho o ligeramente hacia hipocondrio izquierdo.

Es excepcional que los pacientes ulcerosos tengan localizaciones atípicas del dolor, como en el dorso en el sitio opuesto al epigastrio en el cuadrante inferior derecho del abdomen, y lo que hace pensar en úlcera no es el dolor sino el hecho de calmarse con la ingestión de alimentos.

Generalmente el dolor es de poca o mediana intensidad, lo que depende del sitio donde se localiza la úlcera, el tamaño de la misma y su profundidad.

Otros síntomas:

- Náusea y vómito.
- Pérdida del apetito.
- Pírosis y regurgitaciones. (inflamación en el esófago a causa de la presencia de ácido gástrico procedente del estómago.)
- Eructos
- Manifestaciones Intestinales.
- Pérdida de peso.

ENFERMEDADES QUE PREDISPONEN A LA FORMACIÓN DE LA ÚLCERA PÉPTICA:

1. Colitis, enfermedad inflamatoria del colon.
2. Disentería, enfermedad aguda o crónica del intestino grueso humano. Se caracteriza por deposiciones diarreicas acuosas de pequeño volumen, acompañadas con frecuencia por sangre y moco, y dolores abdominales intensos. Se pueden producir úlceras en las paredes intestinales.
3. Enfermedad de Crohn, inflamación crónica del tracto gastrointestinal. Puede afectar a cualquier parte del aparato digestivo desde la boca al ano. Los síntomas más frecuentes son la diarrea, el dolor abdominal, la pérdida de peso y la fiebre. También es frecuente la anemia debido al sangrado intestinal, aunque son raras las hemorragias (que sólo ocurren entre un 1% y 2% de los pacientes). Existe una inflamación de las distintas capas del intestino; esta inflamación se transforma en zonas de ulceración.
4. Gastritis, inflamación aguda o crónica de la mucosa del estómago. En la gastritis aguda se producen erosiones de las células superficiales de la mucosa, formaciones nodulares y a veces hemorragia de la pared gástrica. En la gastritis crónica se produce, además, una transformación progresiva de la mucosa a tejido fibroso.

5. Síndrome de Zollinger-Ellison, raro trastorno caracterizado por una producción excesiva de ácido gástrico provocada por un tumor de crecimiento lento en el páncreas. El síndrome de Zollinger-Ellison causa diarrea y úlceras pépticas.

ENFERMEDADES CAUSADAS A PARTIR DE LA FORMACIÓN DE ÚLCERAS PÉPTICAS:

1. Una hemorragia producida en un bazo aumentado de tamaño puede agravar la anemia y provocar también un déficit de hierro. Los abscesos esplénicos son infrecuentes y pueden estar causados por diversos bacilos y por infecciones adyacentes, como una úlcera péptica perforada.
2. Disfagia, dificultad para la deglución. La disfagia mecánica puede ser producida por obstrucción del conducto deglutorio (bolo demasiado grande, cuerpo extraño), por estrechamiento del conducto o por compresión desde el exterior. El estrechamiento puede deberse a inflamación (faringitis, epiglotitis, esofagitis), membranas (enfermedad de Plummer-Vinson), cicatrices (de úlceras, cáusticos, cirugía) o tumores benignos o malignos (cáncer de esofago).
3. Dispepsia, digestión difícil o dolorosa, resultado del fallo de alguna fase del proceso normal digestivo. Su origen puede estar en un trastorno físico o emocional. Las causas físicas son gastritis, úlceras, o inflamaciones de la vesícula biliar.
4. Estenosis pilórica, estrechamiento del píloro o salida del estómago, que impide el movimiento progresivo de la comida. Provoca distensión del estómago y vómitos. Puede ser congénita o estar causada por la presencia de una úlcera o cáncer en la región del píloro. Exige tratamiento quirúrgico.

5. Hemorragia, salida de la sangre de los vasos sanguíneos. La úlcera péptica, por ejemplo, produce hemorragias digestivas por erosión de la pared de los vasos del estómago o el duodeno.

6. Peritonitis, inflamación de la membrana que tapiza la cavidad abdominal y los órganos contenidos en ella. Suele ser una enfermedad aguda, causada por una infección cuyo origen es una perforación intestinal, como la rotura del apéndice o de un divertículo. También se puede deber a la presencia de sustancias irritantes, como ácido gástrico procedente de una úlcera perforada

MEDICAMENTOS RECETADOS PARA COMBATIR LA ÚLCERA PEPTICA:

1. Neutralizaciones de la acidez intraluminal: antiácidos

2. Agentes antisecretores:

a) Antagonistas H₂:

Cimetidina: 400mg bid ó 800mg HS

Ranitidina: 150mg bid ó 300mg

Famotidina: 20mg bid o 40mg

Nizatidina: 150mg bid ó 300 mg HS

Roxatidina: 75mg bid ó 150mg HS

b) Antagonistas muscarínicos (M1)

Pirenzepina (50mg bid ó tid)

Telenzepina

c) Inhibidores de la bomba de protones

Omeprazol: 20-40 mg/día

Lanzoprazol: 20-40 mg/día

Picoprazol

Timoprazol

3. Agentes protectores mucosos:

Sucralfato

Bismuto coloidal

Carbenoxolona

4. Agentes mixtos (antisecretores y protectores)

Prostaglandinas

Acexamato de zinc

OBJETIVO:

Realizaremos una encuesta a 20 pacientes con Enfermedad Péptica Ulcerosa con el fin de compararlas y realizar unas gráficas para determinar la frecuencia en Venezuela con relación al:

Sexo: Relación del porcentaje de mujeres y hombres que presentan úlcera

Edades: Determinar cual es la edad en la que hay más riesgo de úlcera.

Tipo de úlcera: Determinar cual es el tipo de úlcera que frecuentan los venezolanos.

Presencia de H. Pylori. Determinar con que frecuencia se presenta la bacteria en los pacientes venezolanos.

Con esto, buscamos conocer los datos en Venezuela y comprobar la versatilidad de los datos obtenidos bibliográficamente

MATERIALES:

1. Encuesta:

Nombre y Apellido

Edad

Sexo

Ocupación

Alcohol

Cigarrillo

Enfermedades Anteriores

Tipo de Ulcera

Presencia de H. pylori

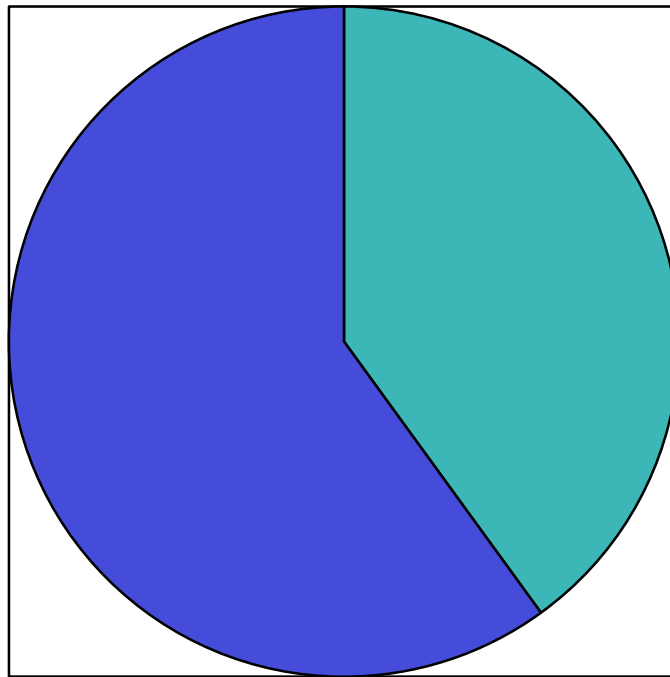
Tratamiento

2. 20 pacientes con enfermedad péptica ulcerosa.

Nombre y Apellido	Margarita Villalobos	Xiomara Verhooks
Edad	76	39
Sexo	F	F
Ocupación	Ama de casa	Economista
Alcohol	no	no
Cigarrillo	no	no
Enfermedades Anteriores	Artritis, cardiop isquemica, HTA	Dermatitis alérgicas
Tipo de Ulcera	Gástrica	Duodenal
Presencia de H. pylori	no	si
Tratamiento	Promezol, isaprid, ulcon	Promezol, Milantados
Nombre y Apellido	Noel Velásquez	Lucrecia Vegliante
Edad	30	81
Sexo	M	F
Ocupación	Cajero	Ama de casa
Alcohol	social	no
Cigarrillo	6 al dia	no
Enfermedades Anteriores	no	HTA
Tipo de Ulcera	Duodenal	Gástrica
Presencia de H. pylori	si	si
Tratamiento	Promezol. Milantados. Zentel	Losec, Ulcon, Milantados
Nombre y Apellido	Juan Ustariz	Cecilia Seijas
Edad	54	75
Sexo	M	F
Ocupación	Abogado	Ama de casa
Alcohol	social	no
Cigarrillo	no	no
Enfermedades Anteriores	no	HTA
Tipo de Ulcera	Gástrica	Gástrica
Presencia de H. pylori	si	si
Tratamiento	Promezol, Isaprid, Ulcon	Zantac, Milantados, Ulcon
Nombre y Apellido	Judith Salas	Aurora Saez
Edad	44	79
Sexo	F	F
Ocupación	Comerciante	Ama de casa
Alcohol	no	social y fines de semanas
Cigarrillo	no	no
Enfermedades Anteriores	no	Artritis
Tipo de Ulcera	Gástrica y Duodenal	Gástrica
Presencia de H. pylori	si	si
Tratamiento	Promezol, Zentel, Milantados	Florestol, Loperan, dieta
Nombre y Apellido	Juan Manuel Rubio	Milagros Rodríguez
Edad	48	39
Sexo	M	F
Ocupación	Abogado	Ama de casa
Alcohol	social y fines de semana	ocasional
Cigarrillo	4 al dia	10 al dia
Enfermedades Anteriores	no	no
Tipo de Ulcera	Duodenal	Duodenal
Presencia de H. pylori	si	si
Tratamiento	dieta, Debridat, Buscapina	Losec, Isaprid, Maalox

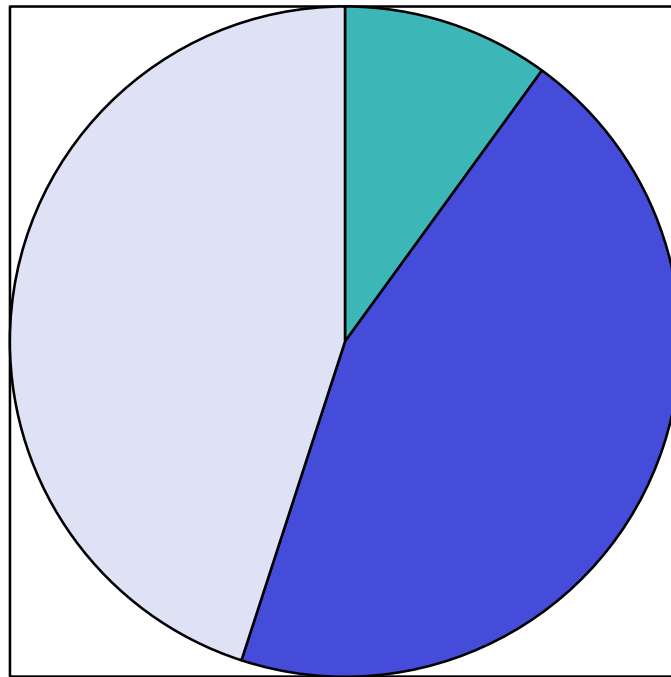
Nombre y Apellido	Clara Rodriguez	Pedro Rodriguez
Edad	84	70
Sexo	F	M
Ocupación	Ama de casa	Ejecutivo
Alcohol	no	Social
Cigarrillo	hasta los 30 años	no
Enfermedades Anteriores	no	HTA, alergias, insuficiencia cardiaca
Tipo de Ulcera	Gástrica	Gástrica
Presencia de H. pylori	si	si
Tratamiento	Zantac, Zentel y Milantados	Zantac, Zentel y Milantados
Nombre y Apellido	Rogelio Palma	Judith Ortiz
Edad	68	52
Sexo	M	F
Ocupación	Jubilado	Ama de casa
Alcohol	no	no
Cigarrillo	no	no
Enfermedades Anteriores	no	no
Tipo de Ulcera	Gástrica	Duodenal
Presencia de H. pylori	si	si
Tratamiento	Zantac, Prepulsid, Ditosil, Ferganic	Losec, Ulcon, Milantados
Nombre y Apellido	Ana Noguera	Humberto Nieto
Edad	83	85
Sexo	F	M
Ocupación	Ama de casa	Jubilado
Alcohol	no	Fines de semana
Cigarrillo	no	no
Enfermedades Anteriores	no	artritis, prostectomia hiperpias
Tipo de Ulcera	Gástrica	Gástrica
Presencia de H. pylori	si	si
Tratamiento	Promezol, Klaricid, Metronidazol	Promezol, Isaprid, Milantados, Atamel co
Nombre y Apellido	Elena Muñoz	Rodolfo Mogollón
Edad	65	34
Sexo	F	M
Ocupación	Ama de casa	Administrador
Alcohol	no	no
Cigarrillo	no	no
Enfermedades Anteriores	no	no
Tipo de Ulcera	Duodenal	Gástrica
Presencia de H. pylori	si	si
Tratamiento	Zantac, Prepulsid, antiacido	Pylorid, anoxal, Klaricid
Nombre y Apellido	Jorge Mendoza	Luisa Mendoza
Edad	26	49
Sexo	M	F
Ocupación	Analista de dividendos	Ama de casa
Alcohol	social	no
Cigarrillo	10 al dia	6 al dia
Enfermedades Anteriores	no	HTA, diabetes
Tipo de Ulcera	Duodenal	Gástrica
Presencia de H. pylori	no	No
Tratamiento	Ulcenol, Antiacido, Zentel, Isaprid	Enteral, Isaprid, Milantados

SEXO



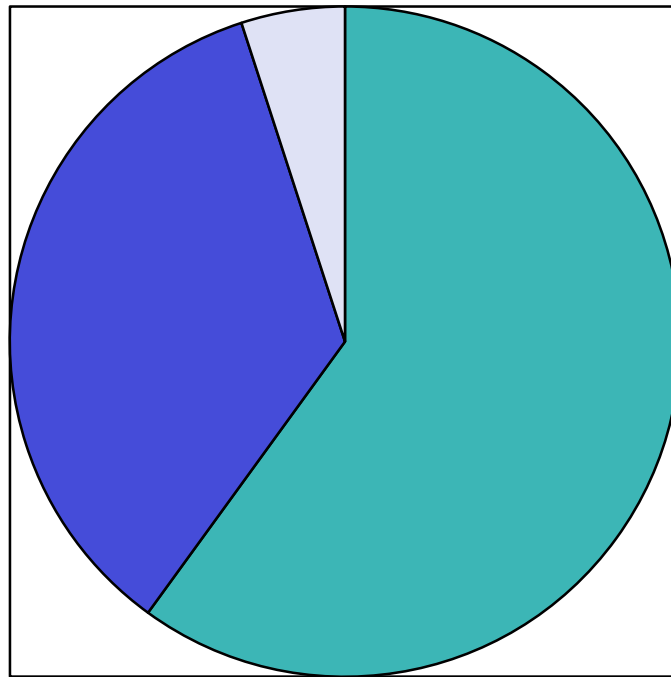
■ Masculino ■ Femenino

EDADES



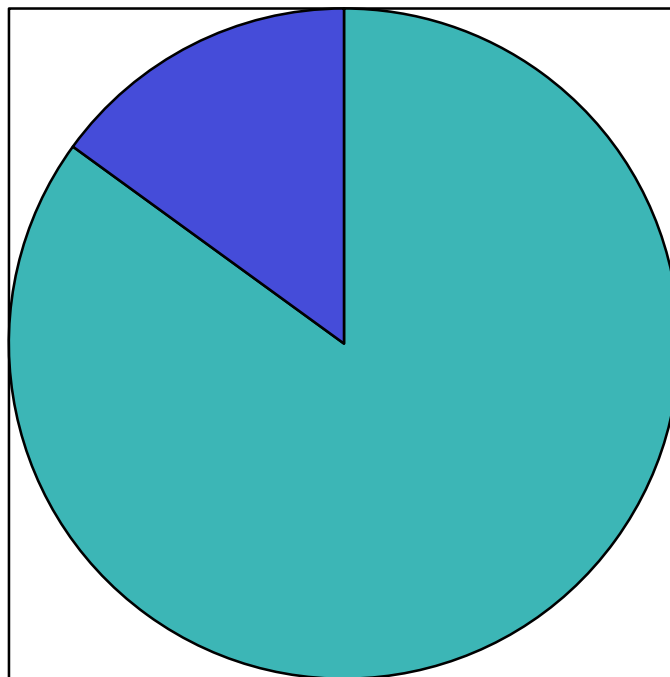
■ menos de 30 ■ entre 30 y 60 □ màs de 60

TIPOS DE ULCERA



■ Gástrica ■ Duodenal ■ Ambas

Presencia de H. Pylori



■ Presencia ■ Ausencia

BIBLIOGRAFÍA:

- Gil de Bernabé i Ortega, Enric Conocimiento de nuestro cuerpo y sus cuidados. 4 vols. Barcelona: Mundilibros, S.A, I ed., 1985. En el volumen 1 hay un detallado estudio de la anatomía del aparato digestivo.
- Harrison, Tinsley Randolph. Principios de medicina interna. 2 vols. Madrid. McGraw-Hill/interamericana de España, S.A., 1994. Libro obligado de consulta para cualquier médico.
- Martín Zurro, Armando y Cano Pérez, J.F. Atención Primaria. 2 vols. Barcelona: Harcourt Brace de España, S.A., 4ª ed., 1999. Obligada obra de consulta dentro del campo de la Atención Primaria.
- Pérez Piqueras, Javier. Lesiones precancerosas del tubo digestivo. Madrid: Proyecto Brainstorm, 1986. Obra de consulta sobre patología cancerosa digestiva.
- Rakel, Robert. Terapéutica actual de Conn. Madrid: Mc Graw-Hill/interamericana de España, S.A., 1ª ed., 1993. Libro básico de terapéutica.
- Sleisenger, Marvin H. y Fordtran, Hohn S. Enfermedades gastrointestinales. 2 vols. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A., 1994. Describe el aparato digestivo desde un punto de vista fisiopatológico, diagnóstico y terapéutico.
- Sociedad Española de Medicina General. Manual práctico de medicina general. 2 vols. Madrid: Editorial Pentacrom, S.L, 1ª ed., 1998. Estudio de medicina general de aplicación práctica.
- Vilardell, Francisco y otros. Enfermedades digestivas. 4 vols. Madrid: Grupo Aula Médica, S.A., 1ª ed., 1990. Un recorrido por las distintas patologías digestivas en todos sus aspectos.