



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERIA

TEMA:

**Prevalencia de úlceras gástricas y duodenales en pacientes
atendidos en el hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el
periodo mayo 2022 – diciembre 2022.**

AUTORAS:

Ramírez Chesme Yohanna Elena

Valle Vera Eliana Juleisi

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIATURA EN ENFERMERIA**

TUTORA:

Dra. Pérez Licea Amarilis Rita, PhD

Mayo 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Yohanna Elena Ramírez Chesme y Eliana Juleisi Valle Vera**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciatura en enfermería**

TUTORA

f. _____
Dra. Amarilis Rita Pérez Licea, Phd

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____
Lcda. Mendoza Vínces Angela

Guayaquil, a los 02 del mes de mayo del año 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Ramírez Chesme Yohanna Elena

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Prevalencia de úlceras gástricas y duodenales en pacientes atendidos en el hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo mayo 2022 – diciembre 2022**, previo a la obtención del título de **Licenciatura en enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 02 del mes de mayo del año 2023

LA AUTORA

f. _____
Ramírez Chesme Yohanna Elena



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Valle Vera Eliana Juleisi**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Prevalencia de úlceras gástricas y duodenales en pacientes atendidos en el hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo mayo 2022 – diciembre 2022** previo a la obtención del título de **Licenciatura en enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 02 del mes de mayo del año 2023

LA AUTORA

f. _____
Valle Vera Eliana Juleisi



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Eliana Juleisi Valle Vera**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Prevalencia de úlceras gástricas y duodenales en pacientes atendidos en el hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo mayo 2022 – diciembre 2022**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 02 del mes de mayo del año 2023

LA AUTORA:

f. _____
Valle Vera Eliana Juleisi



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA

AUTORIZACIÓN

Yo, Yohanna Elena Ramírez Chesme

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Prevalencia de úlceras gástricas y duodenales en pacientes atendidos en el hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo mayo 2022 – diciembre 2022**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 02 del mes de mayo del año 2023

LA AUTORA:

f. _____

Ramírez Chesme Yohanna Elena

REPORTE DE URKUND

URKUND

Documento	PREVALENCIA ULCERA GASTRICA Y QUODENAL FINAL 2 5 23.docx (D165697300)
Presentado	2023-05-02 12:06 (-05:00)
Presentado por	eliana.valle@cu.ucsg.edu.ec
Recibido	yadira.bello.ucsg@analysis.orkund.com
Mensaje	TRABAJO DE TITULACION ELIANA VALLE , ELENA RAMIREZ Mostrar el mensaje completo 0% de estas 26 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

2022 - DICIEMBRE 2022

52% # 1 Activo

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA
TUTOR: Dra. Amarilis Perez
Guayaquil, Ecuador (día) de ENERO del 2023
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICA CARRERA DE ENFERMERÍA
CERTIFICACIÓN
Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por
Yohanna Elena Ramirez Chesme y Eliana Juleisi Valle Vera , como requerimiento para
la obtención del título de Médico.
TUTOR
f. _____ Lcda. _____
DIRECTOR DE LA CARRERA
f. _____
Lcda. Angela Mendoza V.
Guayaquil, a los (día) del mes de (mes) del año 2023
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD



AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por guiarnos paso a paso este camino lleno de altos y bajos, por darnos la fuerza de seguir adelante y la sabiduría para tomar las decisiones que nos han traído hasta aquí. Le agradecemos a nuestros padres por que han sido siempre el motor que impulsan nuestros sueños y esperanzas, quienes estuvieron en nuestros días y noches más difíciles, Le agradecemos a ustedes amados padres. Mis amigos y compañeros de viaje, hoy culminamos esta maravillosa aventura y no podemos dejar de recordar cuantas tardes y horas de estudio nos juntamos a lo largo de nuestra formación, hoy nos toca cerrar un capítulo maravilloso en esta historia de nuestras vidas y no puedo dejar de agradecerles por su apoyo y constancia, gracias por siempre estar allí. Agradecemos a nuestros docentes, sus palabras fueron sabias, sus conocimientos rigurosos y precisos a ustedes les debemos nuestros conocimientos, donde quiera que vayamos los llevaremos con nosotras en nuestro transitar profesional. Por último, pero no menos importante Dra. Amarilis Pérez, sin usted y sus virtudes su paciencia y constancia este trabajo no lo hubiésemos logrado tan fácil, usted formo parte importante de esta historia con sus aportes profesionales que la caracterizan.

DEDICATORIA

Dedicó este trabajo de titulación a Dios por todas sus bendiciones y amor, a mis padres Luis Falcones y Carmen Chesme por su ejemplo de superación, apoyo y amor, a mi hijo Kael Posligua quién me ha acompañado en estos 5 largos años de carrera universitaria y quién me ha mantenido con los pies sobre la tierra, a mi hermana Alexandra Ramírez por todos sus consejos y amor, a mis dos Ángeles mi papi David Chesme quién me apoyo y me dio su amor de padre, a mi hermano William Ramírez que siempre quiso lo mejor para mí, esto es por ustedes aunque hoy no me acompañan físicamente sé que desde el cielo siempre me cuidarán y me guiarán por el buen camino, siempre estarán en mi corazón.

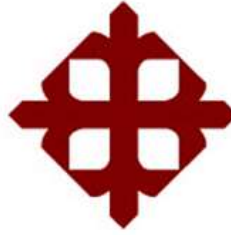
Yohanna Ramírez

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de titulación a Dios, ya que gracias a el he logrado concluir mi carrera, a mis padres, porque ellos siempre estuvieron a mi lado brindándome su sabiduría y amor, por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este, a mi hijo por brindarme su amor y ser esa fuente de motivación para poder superarme cada día. A mi compañera de vida por sus consejos, su esfuerzo por apoyarme en este largo recorrido, por su amor sincero, por su confianza y motivación en este proceso de formación.

Gracias a todos.

Eliana Valle



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA**

CALIFICACION

ÍNDICE GENERAL

1	CAPÍTULO I.....	4
1.1	Planteamiento del problema	4
1.2	Preguntas de investigación.....	5
1.3	Justificación	6
1.4	Objetivos:.....	7
1.4.1	Objetivo general:.....	7
1.4.2	Objetivos específicos:.....	7
2	CAPÍTULO II.....	8
2.1	Antecedentes de la investigación.	8
2.2	Marco conceptual.	10
2.2.1	Úlcera péptica.....	10
2.2.2	Etiología.....	10
2.2.3	Fisiopatología	11
2.2.4	Histopatología.....	11
2.2.5	Cuadro clínico.....	13
2.2.6	Diagnóstico.....	14
2.2.7	Tratamiento.....	15
2.2.8	Complicaciones	15
2.3	Marco Legal.....	17
3	CAPÍTULO III.....	20
3.1	Diseño de la investigación	20
3.1.1	Tipo de estudio	20
3.2	Nivel.....	20
3.3	Métodos.....	20
3.4	Diseño	20
3.4.1	Según el tiempo.....	20

3.4.2	Según la naturaleza.....	20
3.5	Población y muestra.	20
3.6	Criterios de inclusión y exclusión.....	21
3.7	Procedimientos para la recolección de la información.....	21
3.8	Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	21
3.9	Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano.	22
3.10	Variable general y operacionalización.	23
	Presentación y análisis de resultados	25
	Discusión.....	40
	Conclusiones.....	42
	Recomendaciones	43
	REFERENCIAS.....	44
	ANEXOS	49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.Estadio topográfico de la úlcera gástrica	12
Tabla 2.Ulcera Gástrica de Johnson.....	13

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1. <i>Sexo</i>	25
Figura N° 2. <i>Edad</i>	26
Figura N° 3. <i>Etnia</i>	27
Figura N° 4. <i>Lugar de nacimiento</i>	28
Figura N° 5. <i>Estado civil</i>	29
Figura N° 6. <i>Nivel de instrucción</i>	30
Figura N° 7. <i>Nivel socioeconómico</i>	31
Figura N° 8. <i>Hábitos</i>	32
Figura N° 9. <i>Régimen dietético</i>	33
Figura N° 10. <i>Comorbilidades</i>	34
Figura N° 11. <i>Presencia de H. Pylori</i>	35
Figura N° 12. <i>Ingesta de AINES</i>	36
Figura N° 13. <i>Ingesta de otros medicamentos</i>	37
Figura N° 14. <i>Tipo de úlcera</i>	38
Figura N° 15. <i>Tipo de complicación</i>	39

RESUMEN

Las úlceras gastroduodenales se desarrollan en su gran mayoría por infección crónica por *Helicobacter pylori* y se las puede considerar como un problema de salud; también se manifiestan otros causales entre ellas la ingesta de fármacos en especial los antiinflamatorios no esteroideos y los hábitos, juntos destruyen la mucosa originando esta patología y en casos extremos la complican con hemorragia, perforación u obstrucción. **Objetivo.** Determinar la prevalencia de úlceras gástricas y duodenales **Metodología.** Se realizó un estudio observacional no experimental, retrospectivo, descriptivo transversal en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el período mayo 2022 – diciembre 2022. Con una población de 75 pacientes atendidos en Gastroenterología, se obtuvo una muestra simple no probabilística de 63, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. **Resultados.** De 63 pacientes, fueron del sexo femenino 50,8%, edad media 49,51 [DS 6,28; IC 95% 48,97 - 50,03], mestiza 82,54%, nacidos en región costa 44,44%, casadas 41,3%, nivel de instrucción secundaria 58,7%, nivel socioeconómico medio 87,3%, no presentaron comorbilidades el 68,3%, con hábitos como tabaquismo 44,44%; los factores de riesgo que se presentaron. En el régimen dietético la ingesta de picantes 33,3%; se identificó *H. pylori* 79,4%; y la ingesta de AINES casi siempre 65,06%. El tipo de úlcera identificada fue grado II 50,79%; no hubo complicaciones en el 93,65%. **Conclusión.** La prevalencia de úlceras gástricas y duodenales fue del 84% siendo los principales factores de riesgo la infección por *H. pylori* y la ingesta de AINES.

Palabras Clave: Úlcera Péptica, Úlcera Gástrica, Úlcera Duodenal, *Helicobacter Pylori*, Mucosa Gástrica

ABSTRACT

Gastroduodenal ulcers develop mostly due to chronic infection by *Helicobacter pylori* and can be considered as a health problem; there are also other causes among them the intake of drugs, especially non-steroidal anti-inflammatory drugs and habits, which together destroy the mucosa causing this pathology and in extreme cases complicate it with hemorrhage, perforation or obstruction. **Objective.** To determine the prevalence of gastric and duodenal ulcers **Methodology.** A non-experimental, retrospective, descriptive, cross-sectional, non-experimental observational study was carried out at the Teodoro Maldonado Carbo Hospital during the period May 2022 - December 2022. With a population of 75 patients attended in Gastroenterology, a simple non-probabilistic sample of 63 was obtained, who met the inclusion and exclusion criteria. **Results.** Of 63 patients, 50.8% were female, mean age 49.51 [SD 6.28; 95% CI 48.97 - 50.03], mestizo 82.54%, born in the coastal region 44.44%, married 41.3%, secondary education level 58.7%, medium socioeconomic level 87.3%, no comorbidities 68.3%, with habits such as smoking 44.44%; the risk factors that were presented. In the dietary regimen, the intake of spicy foods 33.3%; *H. pylori* was identified 79.4%; and the intake of NSAIDs almost always 65.06%. The type of ulcer identified was grade II 50.79%; there were no complications in 93.65%. **Conclusion.** The prevalence of gastric and duodenal ulcers was 84%, the main risk factors being *H. pylori* infection and NSAID intake.

Keywords: Gastric Ulcer, Duodenal Ulcer, Peptic Ulcer, *Helicobacter Pylori*, Gastric Mucosa

INTRODUCCIÓN

La úlcera péptica (UP) es una enfermedad heterogénea atribuible a una serie de factores, que de forma aislada o en combinación actúan produciendo un desequilibrio entre los elementos agresivos de la mucosa gastroduodenal que conlleva a la aparición de lesiones en el estómago y/o en duodeno, originando pérdida de sustancia de 5mm a más de la pared gástrica o duodenal (tracto digestivo superior) que se extiende en profundidad hasta más allá de la muscularis mucosae y que persiste por la actividad de la secreción ácida gástrica. Actualmente la prevalencia se estima entre un 0,12 y un 1,5% y la incidencia oscila entre 0,09 – 0,3% por paciente y año, siendo más frecuente en pacientes de edad avanzada (1).

Antes del año 1800 las úlceras pépticas eran raras, la úlcera gástrica a finales del siglo XIX predominaba en mujeres jóvenes, en los años 1.900 las úlceras duodenales eran poco comunes, pero se convirtieron en una enfermedad prevalente durante la primera mitad del siglo XX (2). Las úlceras duodenales en comparación a las gástricas se presentan en una proporción de 3:1; las úlceras duodenales se producen en promedio dos décadas antes que las gástricas duodenales; afectando de igual manera a hombres y mujeres (3).

Las patologías gastroduodenales entre ellas las asociadas a gastritis, úlceras gástricas, úlceras duodenales, enfermedad por reflujo gastroesofágico y cáncer gástrico se desarrollan en su gran mayoría por infección crónica por *Helicobacter pylori* (4), se considera que esta bacteria puede infectar al 90% de una población en países en desarrollo, mientras que en países desarrollados se reduce a niveles del 20% de la población (5), sin embargo, con la implementación de terapias para erradicación del *H. pylori* ha disminuido el porcentaje de úlceras duodenales por lo que genera porcentajes están al mismo nivel (6).

En países en desarrollo los niños son infectados mayoritariamente antes de los 10 años y el pico más alto de prevalencia en los adultos (80%) se alcanza antes de los 50 años. En países desarrollados los estudios evidencian que raramente la infección se produce antes de los 10 años, el

incremento a 10% se produce entre los 18 a 30 años y al 50% por encima de los 60 años (7).

Las complicaciones de la úlcera péptica siguen siendo un problema sanitario importante y también se haya relacionado con el envejecimiento de la población (8).

En la actualidad se dispone con diferentes métodos diagnósticos que van desde la identificación del agente causal hasta la visualización de la úlcera propiamente dicha, estos métodos se agrupan en dos tipos: métodos invasivos (requieren endoscopia digestiva superior para el estudio histopatológico, test rápido de ureasa, cultivo y reacción en cadena de polimerasa) y métodos no invasivos (test del aliento, determinación de anticuerpos y detección de antígenos en heces) estos últimos haciendo referencia al aislamiento de germen causal (9).

1 CAPÍTULO I

1.1 Planteamiento del problema

En la actualidad existe un aumento en la población de pacientes con problemas gastrointestinales, síntomas como “ardor en el estómago” es lo manifestado por ellos en el motivo de consulta; además de presentar otros síntomas como pirosis, náuseas, vómitos ácidos, regurgitación (10). Dentro de las unidades de salud los síntomas anteriormente expuestos es rutinario medicar con inhibidor de bomba de protones y procinéticos con la finalidad de alivio de sintomatología inmediata, pero en la mayoría de los casos los pacientes no son derivados al especialista sea por falta de turnos o el excesivo número de pacientes durante la consulta incluso en ocasiones el paciente tiene la derivación y no acude.

Considerando que la incidencia y prevalencia de úlcera péptica varía en función de la presencia de *H. pylori*, las tasas más altas se encuentran en países en donde es más alta la presencia de este microorganismo (11). La prevalencia de úlcera péptica (UP) en los Estados Unidos es del 8,4% (12). En España, estudios realizados desde el 2000 hasta el 2015 reveló que la incidencia alta fue de 141,9 por 100,000 años-persona y la incidencia baja fue de 57,75 en Suecia; y aquellas úlceras que presentaron complicación hemorrágica se presentó de 79,70 por cada 100,000 años-persona en España y 1,80 en Malasia; y aquella úlcera con complicación de tipo perforación fue de 12,17 por 100,000 habitantes en el Reino Unido y 3,88 en España (13) entre 21 regiones GBD en 1990 – 2019, la tasa de prevalencia estandarizada por edad de UP disminuyó en casi un 70% en América Latina Andina, un 58% en América Latina y el Caribe y en un 37% en Asia Meridional (14).

Por otro lado, la falta de conocimiento epidemiológico por parte de los galenos limita las decisiones diagnósticas y terapéuticas; en México en un estudio realizado el 21% de los médicos generales creen tener conocimiento de la prevalencia de la infección por *H. pylori* de los cuales el 15% cree que es una infección de baja prevalencia y el 92% cree que es altamente prevalente (15).

Este punto de referencia no se encuentra distante de los que sucede en las unidades de salud ecuatorianas y que es un aspecto poco evaluado. A nivel mundial existen heterogeneidades significativas en los enfoques de afrontamiento de los sistemas de salud, en términos de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. La prevención se correlaciona positivamente con el desarrollo de infraestructuras y la eficacia de los sistemas sanitarios, la elección de los enfoques de pruebas diagnósticas y tratamientos se basa principalmente en la accesibilidad y el costo. Por lo tanto, cuantificar y comparar el desempeño de los sistemas de salud es crucial pero desafiante para proporcionar una imagen más clara de las posibles desigualdades globales en la calidad de atención (16).

Existen diversidad de factores de riesgos que permiten estratificar a los pacientes según estos, y adoptar medidas de prevención (17) dentro de ellas se puede mencionar el evitar consumo de antiinflamatorios no esteroideos, alcohol excesivo, mantener un régimen dietético; además de un cuidado estricto en el consumo de agua purificada principalmente en el caso de los niños (18) con la finalidad de no contraer la enfermedad o en el caso de que ya se encuentre instaurada evitar complicaciones como son las más frecuentes: hemorragias, obstrucción y perforación.

1.2 Preguntas de investigación

- ¿Cuál es la prevalencia de úlceras gástricas y duodenales en pacientes atendidos en el hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo mayo 2022 – diciembre 2022?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes atendidos por úlceras gástricas y duodenales en el hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo mayo 2022 – diciembre 2022?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en los pacientes atendidos por úlceras gástricas y duodenales en el hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo mayo 2022 – diciembre 2022?
- ¿Cuál son las complicaciones que se producen en los pacientes atendidos por úlceras gástricas y duodenales en el hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo mayo 2022 – diciembre 2022?

1.3 Justificación

El desarrollo del presente trabajo de investigación permitirá conocer la existencia de casos reales con úlceras gástricas y proporcionar información de que también se encuentra relacionada con el desarrollo de úlceras duodenales las cuales son poco incluidas en los diagnósticos. Dicho esto, se podrá escatimar que en la actualidad este tipo de patologías no son exclusivas de la edad adulta y que un solo régimen farmacológico no es suficiente.

Los pacientes serán los principales beneficiados puesto que, al obtener un diagnóstico oportuno, un seguimiento de casos permitirá disminuir los factores de riesgo y con ello futuras complicaciones como cambios epiteliales o hemorragias que pueden desencadenar otro tipo de disfunción orgánica. Además de que jugará un papel muy importante la educación al paciente de cómo llevar un régimen alimenticio que ayudará a preservar la mucosa gastrointestinal.

Según las referentes investigativos han contribuido que su origen es multifactorial, donde uno de los agentes etiológicos con mayor prevalencia es el *H. pylori* que se considera el causante de enfermedades gastrointestinales en el hombre, como lo son gastritis crónica, úlcera gástrica, úlcera duodenal, adenocarcinoma de la parte distal del estómago y linfoma de tejido linfoide asociado a mucosa gástrica (19) y que el consumo excesivo de AINES es la segunda causa más frecuente, producida tanto por un efecto sistémico como por efectos locales. El ácido acetilsalicílico (AAS) incrementa el riesgo de complicaciones de úlcera péptica, hasta dos veces y en AINES hasta cuatro veces. La infección por *H. pylori* en pacientes consumidores de AINES aumenta aún más el riesgo de úlcera péptica y sangrado secundario (20).

La información exclusiva de números de casos de úlceras gástricas/duodenales presentes en la población de estudio, sobre el número de personas en la población en el tiempo estipulado. Apoyándose que la prevalencia difiere en la población mundial entre las úlceras duodenales y gástricas, y la edad media de las personas con la enfermedad es entre 30 y

60 años, pero puede ocurrir en cualquier edad, también se observa diferencia racial, en África se encuentra que las úlceras duodenales son raras en personas negras, sin embargo, en los Estados Unidos la incidencia es la misma en negros y blancos (19).

En su justificación práctica se puede mencionar que con los resultados obtenidos la institución podrá tener datos actualizados sobre el estado de este tipo de pacientes, con lo que tomarán nuevas decisiones en tratamientos innovadores y al alcance de los afectados además de generar estrategias de control.

1.4 Objetivos:

1.4.1 Objetivo general:

Determinar la prevalencia de úlceras gástricas y duodenales en pacientes atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo mayo 2022 – diciembre 2022.

1.4.2 Objetivos específicos:

- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes atendidos por úlceras gástricas y duodenales en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo mayo 2022 – diciembre 2022.
- Describir los factores de riesgo que influyen en los pacientes atendidos por úlceras gástricas y duodenales en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo mayo 2022 – diciembre 2022.
- Establecer las complicaciones que se producen en los pacientes atendidos por úlceras gástricas y duodenales en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo mayo 2022 – diciembre 2022.

2 CAPÍTULO II

Fundamentación conceptual

2.1 Antecedentes de la investigación.

En estudio realizado por Sepúlveda, en la unidad de Endoscopia de un Hospital Universitario de cuarto nivel durante el periodo junio y diciembre 2020 sobre “Prevalencia de H. Pylori” , se obtuvo de un total de 613 pacientes Factores demográficos: la edad promedio de la población fue de 52 años, correspondían al sexo femenino, la mayoría contaba con un seguro prepago, provenían de Cali, y la indicación más común para realizar la eco videoendoscopia alta (EVDA) fue la dispepsia; la prevalencia de H. Pylori fue de 38,5% (IC 95%: 34,7%-42,4%), se localizó predominantemente en el antro en este sitio también fue frecuente la presencia de lesiones ulcerosas 2,2% (21).

En estudio realizado por Mendes y colaboradores sobre infección por H. Pylori asociada a úlceras gástricas diagnosticadas por endoscopia digestiva alta en el Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano, se analizaron los datos de 1.403 pacientes que se sometieron a una endoscopia digestiva alta entre julio de 2014 y julio de 2016, obteniéndose prevalencia de H. Pylori 36,1%, con una ligera preferencia por los varones. La prevalencia de úlcera gástrica fue de 1,5%, con ligera preferencia por el sexo masculino y con 31,57% de positividad en el test de ureasa (22).

Se presenta un caso de un paciente de 42 años con antecedentes de ingesta de AINES presenta ictericia generalizada y coluria de 24 horas de evolución, a la palpación abdominal no dolor no visceromegalias, en analítica sanguínea incremento de bilirrubina total a predominio directa, transaminasas elevadas al igual que fosfatasa alcalina; el resto de los parámetros bioquímicos se encontró dentro de valores normales incluyendo enzimas pancreáticas, y marcadores tumorales CEA y CA19-9. Se realizó

una video-endoscopia digestiva alta (VEDA) donde se objetivó en bulbo duodenal, sobre cara anterior, una úlcera de 30mm de diámetro, de bordes irregulares y con base de fibrina en su interior, sin signos de sangrado activo ni reciente. Se realizó toma de biopsias de la lesión y en el resultado anatomopatológico no se demostraron signos de malignidad, sino cambios reactivos, además la presencia de H. pylori fue descartada (23).

En estudio realizado por Ujánov y colaboradores, en el Hospital Clínico de la Ciudad Central de Veliky Nóvgorod, en el período de 2013 a 2021. De un total 445 pacientes con úlcera gastroduodenal perforada. Se realizó sutura endoscópica de la perforación en 172 pacientes (38,7%), 273 fueron intervenidos mediante cirugía abierta; de ellos 160 (93,6%) fueron sometidos a sutura laparoscópica de la perforación. La tasa de morbilidad fue del 5,0 % (n = 8), la tasa de mortalidad posoperatoria fue del 1,3 % (n = 2). La comparación de los resultados después de la sutura laparoscópica de úlceras en 160 pacientes y la cirugía abierta en 134 pacientes mostró que la laparoscopia fue seguida por una incidencia de complicaciones 2,5 veces menor y una mortalidad postoperatoria 3 veces menor (24).

En estudio realizado por Pérez y colaboradores, en el Policlínico Docente Camilo Cienfuegos, del municipio Habana del Este, durante el año 2018, sobre Infección por H. pylori y factores asociados en adultos con sospecha clínica de úlcera duodenal, se obtuvo que de 42 pacientes con 18 años y más de edad, con sospecha clínica y hallazgo endoscópico de úlcera duodenal e informe del resultado de estudio histológico para el diagnóstico de la infección, existió la prevalencia fue de 59,5 %. Se encontró asociación estadística y constituyeron factores de riesgo de infección por H. pylori, el hacinamiento ($c^2 = 4,37$; OR = 3,89), el agua de consumo ($c^2 = 4,92$; OR = 3,43), el contacto con animales ($c^2 = 7,41$; OR = 6,17) y los antecedentes familiares ($c^2 = 13,18$; OR = 13) (9).

2.2 Marco conceptual.

2.2.1 Úlcera péptica

Las úlceras pépticas son áreas de erosión que se extienden a la muscular mucosae del tracto gastrointestinal, en el presente estudio se trataran las úlceras gástricas y duodenales dentro del grupo de úlceras pépticas (2). Dicho de otro modo, las úlceras pépticas aparecen en el revestimiento interno del estómago (úlcera gástrica) y parte superior del intestino delgado (úlceras duodenales) (25).

Hasta el 10% de la población mundial sufre de úlcera péptica, lo que la convierte en uno de los trastornos gastrointestinales más prevalentes en todo el mundo. De todas las úlceras pépticas, casi 19 de cada 20 se originan en el duodeno. Se estima que 15.000 personas mueren cada año como consecuencia directa de las úlceras pépticas. Las tasas de incidencia anual de hemorragia y perforación por blefaritis de la superficie ocular se estimaron en 19,4 a 57 y 3,8 a 14 por 100 000 personas, respectivamente, hasta 2014. La frecuencia media de sangrado a los siete días fue del 13,9% y la frecuencia media de perforación a largo plazo fue del 12,2 % (12).

2.2.2 Etiología

Muchos factores contribuyen a la enfermedad de úlcera péptica (PUD); sin embargo, la PUD asociada a *Helicobacter pylori* y la PUD relacionada con AINES constituyen la gran mayoría de la etiología de la PUD (26).

Entre las causas comunes se encuentran: Infección por *H. pylori*, ingesta excesiva de AINES y otros medicamentos (26), y el tabaquismo (10). También se encuentran otras causas poco comunes como: Síndrome de Zollinger-Ellison, Malignidad (cáncer gástrico/pulmonar, linfomas), Estrés (enfermedad aguda, quemaduras, lesiones en la cabeza) Infección viral, Insuficiencia vascular, Radioterapia, Enfermedad de Crohn, Quimioterapia (26).

2.2.3 Fisiopatología

El mecanismo de la enfermedad de úlcera péptica (PUD) resulta de un desequilibrio entre los factores protectores y destructivos de la mucosa gástrica. Factores de riesgo que predisponen al desarrollo de PUD: Infección por *H. pylori*, uso de AINES, familiar de primer grado con PUD, emigrante de una nación desarrollada, etnia afroamericana/hispana (27).

Los factores que promueven la ulceración tienden a ser agresivos, pero estos son contrarrestados por mecanismos de cicatrización y defensa. El ácido, la pepsina y los medicamentos antiinflamatorios esteroides y no esteroides se consideran factores agresivos. La secreción de ácido gástrico está regulada por tres sistemas distintos, incluidos los sistemas endocrinos (gastrina), nervioso (acetilcolina) y paraendocrino (prolactina) (histamina). En cuanto a los mensajeros intracelulares, se ha establecido que la histamina viaja por la vía del AMP cíclico, mientras que la acetilcolina y la gastrina viajan por el canal de calcio y convergen sinérgicamente. Cuando uno de estos sistemas se desactiva, el secreto ácido se debilita. Todos los mensajeros intracelulares deben bloquearse para que la hiperacidez esté bajo control (28).

Después de los receptores de membrana y los mensajeros intracelulares, se llega a los sistemas túbulo-vesicular y canalicular, que albergan la bomba de protones encargada de intercambiar iones de hidrógeno por iones de potasio. A partir de estos resultados, fue sencillo concluir que tanto las bombas como los derivados del benzoimidazol (como el omeprazol) inhiben la producción de ácido gástrico al unirse a la adenosina trifosfatasa H^+/K^+ (32).

La capa de moco que recubre el estómago y el duodeno es una importante línea de defensa, al igual que el bicarbonato secretado por las células epiteliales, que ayuda a neutralizar el ácido estomacal. El flujo sanguíneo también juega un papel crucial en la preservación de la integridad del tracto digestivo y las conexiones celulares (membrana apical) (28).

2.2.4 Histopatología

Las úlceras gástricas se localizan más comúnmente en la curvatura menor, mientras que las úlceras duodenales son más comunes en el bulbo

duodenal. La úlcera es de redonda a ovalada con una base lisa. Las úlceras agudas tienen bordes regulares, mientras que las úlceras crónicas tienen bordes elevados con inflamación. Una úlcera se extiende más allá de la muscularis mucosa (27), la mayoría miden 1 cm pudiendo llegar las gástricas a 4 cms y a 3 cms las duodenales (28)

En lo expuesto por la sociedad mexicana de endoscopia gastrointestinal y Colegio de profesionistas, AC; las úlceras gástricas presentan estadio topográfico como se muestran a continuación (29):

Tabla 1. Estadio topográfico de la úlcera gástrica

Estadio topográfico de la Úlcera Gástrica	
Grado I	La ulceración está limitada a la capa mucosa. No es una úlcera, es una erosión.
Grado II	Úlcera en su estado inicial. Ulceración (el defecto tisular) está limitado a la capa submucosa, usualmente observada en úlceras agudas del antro
Grado III	Ulceración limitada a la capa muscular. Una típica úlcera Péptica (crónica), frecuentemente observada en el ángulo gástrico como una típica úlcera crónica.
Grado IV	Estado de úlcera más allá de la capa muscular y hasta la serosa (frecuentemente en la curvatura menor), está es una úlcera intratable o recurrente

Tomado de la sociedad mexicana de endoscopia gastrointestinal y Colegio de profesionistas

Teniendo conocimiento su topografía, Johnson las clasifica de la siguiente manera

Tabla 2.Úlcera Gástrica de Johnson

Úlcera Gástrica de Johnson	
Grado I	Úlcera de localización en la curvatura menor. (Relacionada con un gasto de ácido normal, constituye del 50 al 60% de las úlceras gástricas)
Grado II	Úlcera de localización gástrica y duodenal (Relacionada con un gasto de ácido normal, constituye el 20% de las úlceras gástricas).
Grado III	Úlcera de localización prepilórica (Relacionada con un gasto de ácido normal, constituye el 20% de las úlceras gástricas).
Grado IV	Úlcera en el fondo gástrico o alta de la curvatura menor. (Úlceras con una frecuencia igual o menor al 10%).
Grado V	Úlcera Secundaria al uso prolongado de AINES. (Úlcera con alto riesgo de perforación y hemorragia, habitualmente asintomática).

Tomado de la sociedad mexicana de endoscopia gastrointestinal y Colegio de profesionistas

2.2.5 Cuadro clínico

A menudo, el diagnóstico temprano de úlcera péptica perforante cubital (UPP) puede ser un poco complicado debido a los vagos síntomas gastrointestinales que a menudo acompañan a la enfermedad. Los síntomas típicos incluyen la aparición repentina de dolor de estómago intenso, vómitos y pérdida de peso. La peritonitis químicamente causa dolor abdominal severo y taquicardia cuando el jugo gástrico y el aire ingresan a la cavidad peritoneal después de una perforación. La tríada clásica de UPP es la aparición repentina de dolor de estómago, taquicardia y rigidez abdominal (30).

Para Duquesne y colaboradores los síntomas digestivos predominan en los pacientes con H. pylori, a excepción de los vómitos. Se encontró asociación estadística con la infección de H. pylori en la epigastralgia, la plenitud post-pandrial, la acidez, la pirosis y las regurgitaciones (31).

En el caso de ser una úlcera duodenal, tanto la penetrada como la lesión cicatrizal puede ser un mecanismo de obstrucción del conducto biliar común,

en tal caso los pacientes presentan dolor en hipocondrio derecho que podría progresar a ictericia obstructiva, fiebre y signos de una colangitis aguda por lo que se haría un diagnóstico diferencial con cáncer de la ampolla duodenal o, cáncer de la cabeza del páncreas (32).

2.2.6 Diagnóstico

El diagnóstico dependerá del exhaustivo interrogatorio y exámen físico del paciente, posteriormente se procederá a determinar desde estudios básicos hasta de mayor complejidad siendo estos no invasivos e invasivos.

No invasivos

La serología, que mide los anticuerpos en la sangre contra varias proteínas de H. pylori, tiene el inconveniente, que un resultado positivo puede no indicar realmente una infección activa; los anticuerpos contra H. pylori pueden persistir incluso en pacientes en los que se ha erradicado la bacteria, y siempre existe la posibilidad de reactividad cruzada con otros microorganismos, lo que significa que no siempre es la mejor manera de diagnosticar una infección (33).

Antígeno en deposiciones de H. pylori. Para detectar antígenos de H. pylori, esta útil herramienta utiliza anticuerpos policlonales o monoclonales. Permite diagnosticar la infección por H. pylori antes de que comience el tratamiento y también es útil para medir qué tan bien se trató la infección después (33).

Prueba de aire espirado. Debido a que la enzima ureasa de H. pylori produce una gran cantidad de amoníaco y dióxido de carbono después de la administración oral, estos subproductos se pueden medir en la sangre y los pulmones (33).

Invasivos

Endoscopía digestiva alta. Tiene una sensibilidad y especificidad más de 95 % permitiendo visualización directa de las características macroscópicas de la lesión, topografía, biopsia frente a lesiones de topografía gástrica para pesquisar malignidad y existencia del H. pylori; eventualmente puede ser terapéutica, en caso de hemorragia y/o estenosis (10).

Esofagogastroduodenoscopia (EGD). Estándar de oro y la prueba de diagnóstico más precisa con sensibilidad y especificidad de hasta el 90 % en el diagnóstico de úlceras gástricas y duodenales. La Sociedad Estadounidense de Endoscopia Gastrointestinal ha publicado pautas sobre el papel de la endoscopia en pacientes que presentan dolor abdominal superior o síntomas dispépticos que sugieren PUD. Los pacientes mayores de 50 años y de nueva aparición de síntomas dispépticos deben ser evaluados por un EGD. Cualquier persona con presencia de síntomas de alarma debe someterse a EGD independientemente de la edad (27). Prueba Rápida de Ureasa (PRU). Es una prueba diagnóstica indirecta que mide la presencia de la enzima ureasa en una biopsia de estómago; por lo tanto, solo puede detectar infecciones activas y no crónicas. La muestra gástrica reacciona con la urea hidrolizándola y produciendo dióxido de carbono y amoníaco por acción de la enzima ureasa. Esto da como resultado un cambio en el pH que se puede detectar a través de un cambio en el color (33).

2.2.7 Tratamiento

Los pacientes con UPP que tienen síntomas de peritonitis graves, como dolor similar a la peritonitis o neumoperitoneo, o que han experimentado extravasación de material de contraste, deben recibir tratamiento quirúrgico. Se debe dar prioridad a programar la cirugía lo antes posible, especialmente en pacientes con presentación tardía y mayores de 70 años (27).

2.2.8 Complicaciones

Dentro de las complicaciones que se pueden suscitar por una úlcera péptica se encuentra: hemorragia digestiva alta, obstrucción de la salida gástrica, perforación, penetración, cáncer gástrico (27).

Hemorragia digestiva alta

La hemorragia gastrointestinal se origina por encima de la unión duodeno-yeyunal; esta se halla dividida en dos grupos: los no relacionados con la hipertensión portal (a menudo de origen ulceroso) y aquellos relacionados con la hipertensión portal. La causa más frecuente son las úlceras gástricas o duodenales, seguidas de ruptura de várices esofágicas y la esofagitis (34).

Clínicamente puede manifestarse (con hematemesis, melena o hematoquecia), con o sin alteración hemodinámica, hematemesis es el vómito de color rojo rutilante, marrón o negro dependiendo del tiempo que haya transcurrido; melena son las heces negras, alquitranadas y malolientes, esto se debe a la degradación de la hemoglobina en el tiempo que han permanecido en el tubo digestivo durante aproximadamente 8 a 10 horas; y hematoquecia es la eliminación de sangre de color caoba a través del ano (35).

En este contexto, realizar una videoendoscopia alta en este tipo de patología juega un papel terapéutico, como lo indica Riga en su estudio las principales técnicas que pueden aplicarse son (36):

- a) Inyección: taponamiento (Solución fisiológica y adrenalina), trombosis con esclerosantes (polidocanol), otros: gomas para sellar (cianocrilato).
- b) Cauterización o térmicos: Sondas de electrocauterio mono o bipolar, argón plasma.
- c) Mecánicas: Taponamiento del sitio de sangrado (clips o bandas de ligadura)

Perforación de úlcera péptica

La perforación de la úlcera péptica se desarrolla principalmente en el estómago o el duodeno y se considera el resultado de un desequilibrio entre los factores defensivos o de resistencia de la mucosa y la acción agresiva del jugo gástrico. Siendo así una de las causas de dolor abdominal que se presenta de manera atípica. En este caso, el líquido proveniente de la úlcera

perforada viaja a través de la corredera parietocólica hasta la fosa ilíaca derecha, causando irritación peritoneal localizada en dicho cuadrante (36).

Aunque las perforaciones anteriores son más comunes, el diagnóstico de una perforación posterior es más difícil porque las manifestaciones clínicas, como la ubicación del dolor, pueden variar ampliamente. Sin embargo, una simple radiografía torácica con una vista lateral permitirá a los médicos hacer un diagnóstico concluyente, es decir, se podrá observar una colección gaseosa detrás del epiplón menor o gastrohepático (37).

Constituye después de la úlcera péptica hemorrágica la complicación ulcerosa más frecuente y letal de todas. Al menos en un 25 % de los casos conlleva al paciente a situaciones delicadas que requieren como terapia de elección la cirugía de urgencia (38,39).

Cáncer gástrico

El cáncer gástrico es una enfermedad común con altas tasas de mortalidad; es la quinta forma más común de cáncer en todo el mundo y ocupa el tercer lugar en mortalidad, según la Organización Mundial de la Salud (40). Hasta la mitad de los pacientes se encuentran en un estadio avanzado en el momento del diagnóstico, y solo la mitad de los que presentan enfermedad local o regional son candidatos a una resección potencialmente curativa (41). Por otro lado, el 35% de estos pacientes presentarán cáncer de esófago por obstrucción del estoma esofágico (OTSG) (41).

2.3 Marco Legal

Según la Constitución de la República del Ecuador 2018 en el artículo 358 referente a salud indica:

El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad

social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional (42).

Según la Constitución de la República del Ecuador 2018 en el artículo 359 referente a salud indica:

El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social (42).

Finalmente, en el artículo 360 la Constitución de la República del Ecuador 2018 postula:

El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas (42).

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad (42).

Según la Ley Orgánica 2015 en el artículo 3 estipula (43):

La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables

Continuando Ley Orgánica 2015 en su artículo 8 referente a la autoridad indica (43):

Son deberes individuales y colectivos en relación con la salud

- a) Cumplir con las medidas de prevención y control establecidas por las autoridades de salud;
- b) Proporcionar información oportuna y veraz a las autoridades de salud, cuando se trate de enfermedades declaradas por la autoridad sanitaria nacional como de notificación obligatoria y responsabilizarse por acciones u omisiones que pongan en riesgo la salud individual y colectiva;
- c) Cumplir con el tratamiento y recomendaciones realizadas por el personal de salud para su recuperación o para evitar riesgos a su entorno familiar o comunitario;
- d) Participar de manera individual y colectiva en todas las actividades de salud y vigilar la calidad de los servicios mediante la conformación de veedurías ciudadanas y contribuir al desarrollo de entornos saludables a nivel laboral, familiar y comunitario

3 CAPÍTULO III

3.1 Diseño de la investigación

3.1.1 Tipo de estudio

La investigación fue de tipo descriptiva proporcionando frecuencia de casos en diferentes categorías y variables estudiadas.

3.2 Nivel.

Descriptivo

3.3 Métodos.

Observación indirecta para la revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en la consulta externa y hospitalizados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo mayo 2022 – diciembre 2022.

3.4 Diseño

3.4.1 Según el tiempo.

Retrospectivo no existió contacto en tiempo real con los pacientes, solo se obtuvo información a raves de historia clínica.

3.4.2 Según la naturaleza.

Transversal, por lo que se recogió información de diferentes grupos en un mismo tiempo.

3.5 Población y muestra.

- La población estará conformada por 75 pacientes atendidos en la consulta externa y hospitalizados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo mayo 2022 – diciembre 2022.
- La muestra simple no probabilística (n=63) de la población atendidos en la consulta externa y hospitalizados con diagnóstico de úlcera gástrica/duodenal.

Al ser un estudio de prevalencia se utilizó la siguiente fórmula de prevalencia puntual que se define como es la proporción de personas con una enfermedad particular durante un periodo de tiempo dado (44):

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{Número de casos existentes en un momento temporal}}{\text{Población total en el mismo punto temporal}} \times 100$$

3.6 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Pacientes con historia clínica completa
- Pacientes con diagnóstico confirmado de Úlcera gástrica y/o úlcera duodenal
- Pacientes con estudio endoscópico

Criterios de exclusión

- Paciente diagnosticado en otra unidad de salud
- Paciente con intervención quirúrgica gástrica
- Paciente recidivante mayor a 3 años

3.7 Procedimientos para la recolección de la información.

- Presentación y aprobación del tema
- Autorización de la institución donde se realizó el estudio
- Recolección de datos
- Informe final

3.8 Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Técnicas: Matriz de observación indirecta

Instrumento: Historia clínica

En la historia clínica se realizó el seguimiento de controles/hospitalizaciones, y estudios complementarios como laboratorio clínico, laboratorio patológico y estudios endoscópicos.

Para el estudio se utilizaron los programas Microsoft Excel 2016 y el software IBM SPSS Statistics versión 26.0. En el primero se realizó las

tabulaciones frecuenciales, en el segundo el análisis estadístico propiamente dicho, medidas de tendencia central como: media; y de dispersión como: desviación estándar de una población.

3.9 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano.

La información se recopiló de acuerdo con los estándares éticos internacionales para la investigación en salud humana, con especial atención a Pauta 22 sobre el uso de datos en línea y herramientas digitales en la investigación en salud humana. Los investigadores que recopilan información sobre personas y grupos que utilizan sitios web de acceso público deben obtener el permiso del sitio web en cuestión, revelar públicamente sus intenciones de realizar investigaciones y asegurarse de que cumplen con las pautas de uso oficiales del sitio web. Los investigadores deben describir en el protocolo cómo manejarán los datos en línea y las herramientas digitales, así como los riesgos potenciales para la investigación y cómo planean mitigarlos; aplicando las guías éticas internacionales de CIOMS y OPS (45).

3.10 Variable general y operacionalización.

Variable general. Prevalencia de úlcera gástrica y duodenal en pacientes atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo mayo 2022 – diciembre 2022.

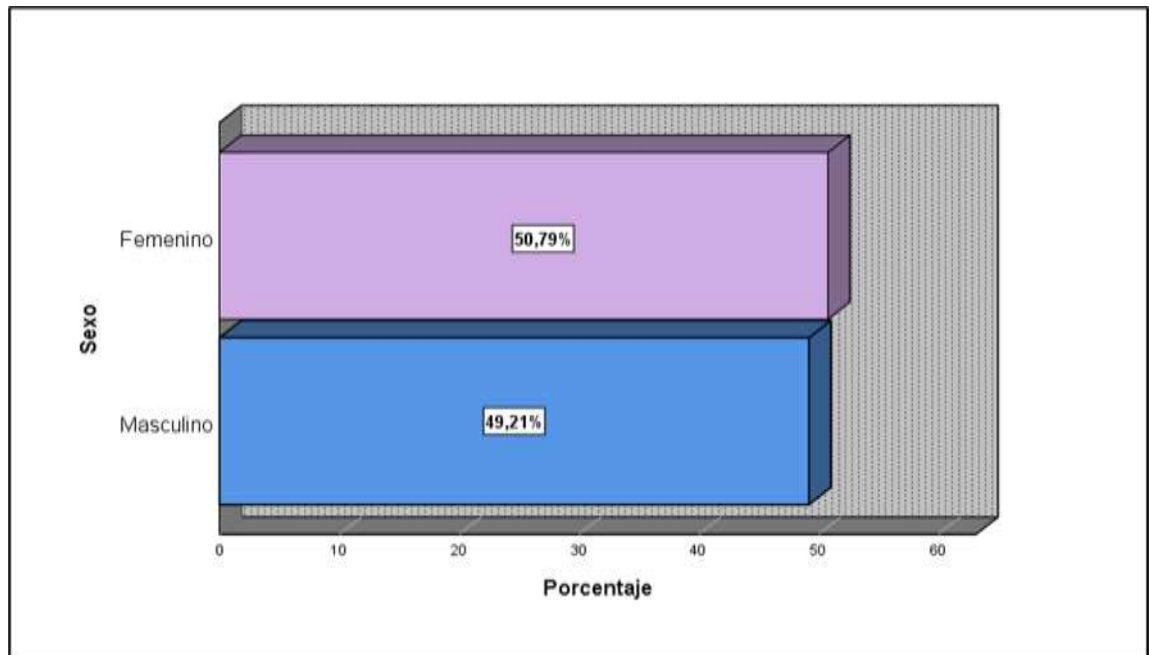
Dimensiones	Indicadores	Escala
Sociodemografía	Sexo	Masculino Femenino
	Edad	40 a 44 años 45 a 49 años 50 a 54 años 55 a 59 años
	Etnia	Blanca Mestiza Indígena Afrodescendiente
	Estado civil	Soltero Casado Unión Libre Divorciado Viudo
	Lugar de nacimiento	Costa Sierra Oriente Insular
	Nivel de instrucción	Primaria Secundaria Universitaria No tiene
	Nivel socioeconómico	Alto Medio Bajo
	Hábitos	Tabaco

		Alcohol Drogas
Factores de riesgo	H. Pylori	Si/No
	Ingesta de AINES Otros	Siempre Casi siempre Nunca
	Dieta	Bajo en grasa Alto grasa Picantes Salsas
	Comorbilidades	Insuficiencia Cardíaca Insuficiencia Hepática Insuficiencia Renal Malignidad diseminada Neoplasia Neumonía Trastornos hematológicos
Complicación	Tipo de úlcera según clasificación de Jonhson	Grado I: curvatura menor Grado II: Gástrica y duodenal Grado III: Prepilórica Grado IV: Fondo gástrico o curvatura menor Grado V: Secundaria a AINES
	Tipo de complicación	Hemorragia Perforación Obstrucción

Presentación y análisis de resultados

Características sociodemográficas

Figura N° 1. Sexo

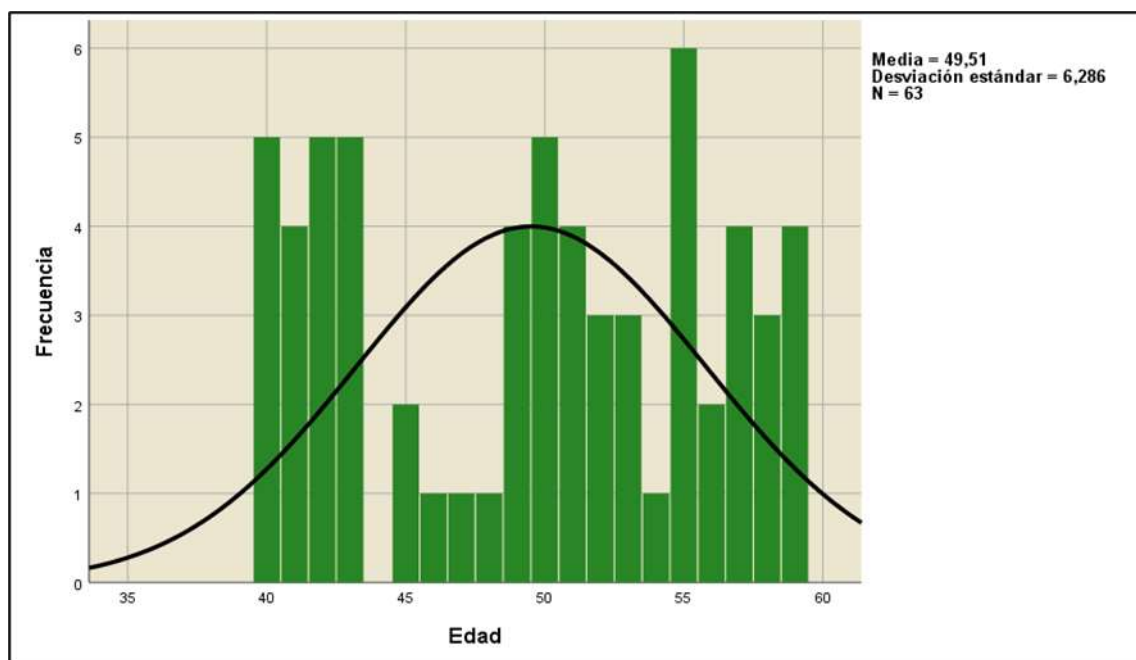


Nota: Datos obtenidos a través de observación indirecta, mediante la revisión de las historias clínicas

Elaborado por: Yohanna Elena Ramírez Chesme y Eliana Juleisi Valle Vera

Análisis: En el estudio realizado se obtiene a continuación que de 63 pacientes las características sociodemográficas como el sexo se expresaron valores cercanos entre ellas, siendo el femenino predominante 50,8% en comparación al masculino con el 49,2% (Figura N° 1).

Figura N° 2. Edad

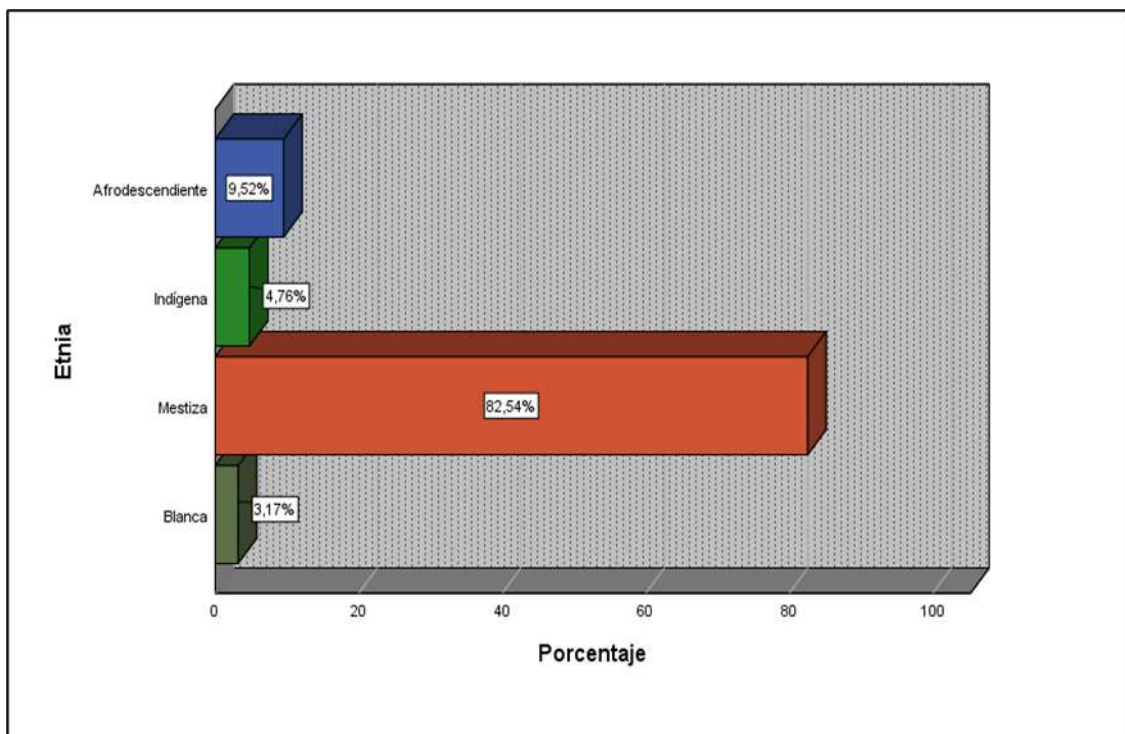


Nota: Datos obtenidos a través de observación indirecta, mediante la revisión de las historias clínicas

Elaborado por: Yohanna Elena Ramírez Chesme y Eliana Juleisi Valle Vera

Análisis: Referente a la edad se mostró equitativa entre los rangos de 40 a 44 años y 55 a 59 años con el 30,2% para cada una de ellas; seguido de 50 a 54 años 25,4% luego 45 a 49 años 14,3%. La edad media precisada fue de 49,51 [DS 6,28; IC 95% 48,97 - 50,03] (Figura N° 2). En este caso más del 60% se comparte entre los rangos 40 a 44 años y 55 a 59 años.

Figura N° 3. Etnia

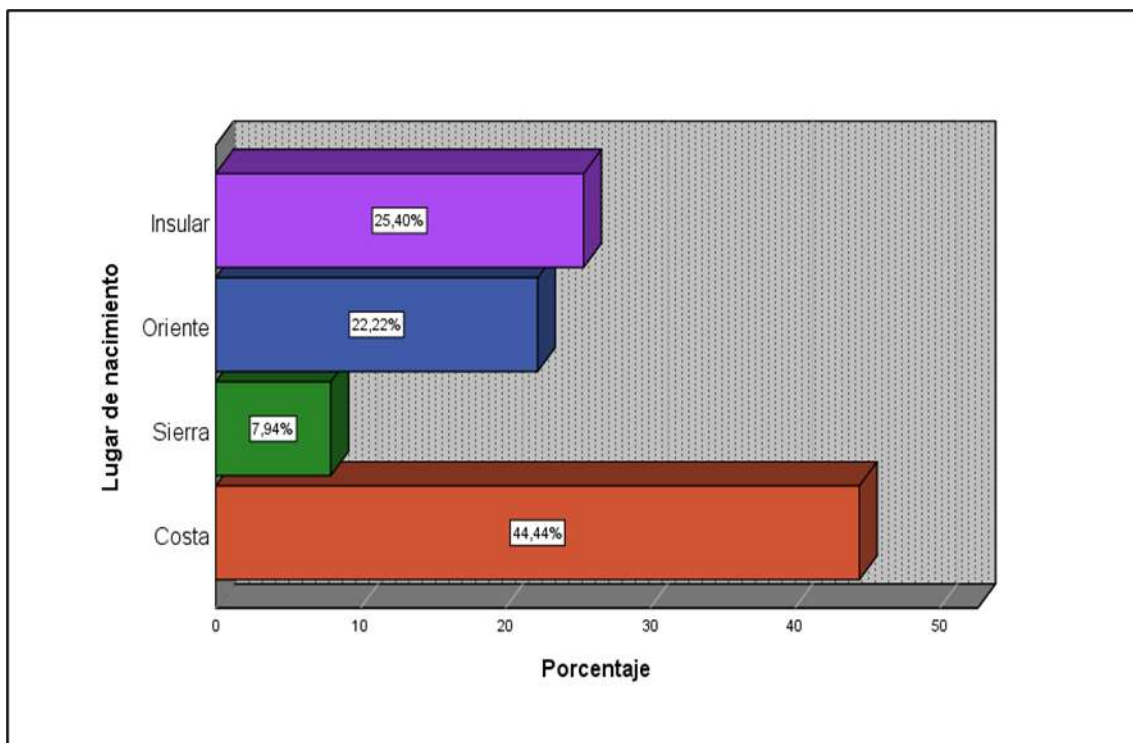


Nota: Datos obtenidos a través de observación indirecta, mediante la revisión de las historias clínicas

Elaborado por: Yohanna Elena Ramírez Chesme y Eliana Juleisi Valle Vera

Análisis: La etnia fue relevantemente mestiza 82,54%; las demás se encontraron distribuidas en menos del 20% de la siguiente forma; en afrodescendiente 9,52%, indígena 4,76%, blanca 3,17% (Figura N° 3). La etnia que se presentó en la mayor parte del estudio fue la mestiza.

Figura N° 4. Lugar de nacimiento

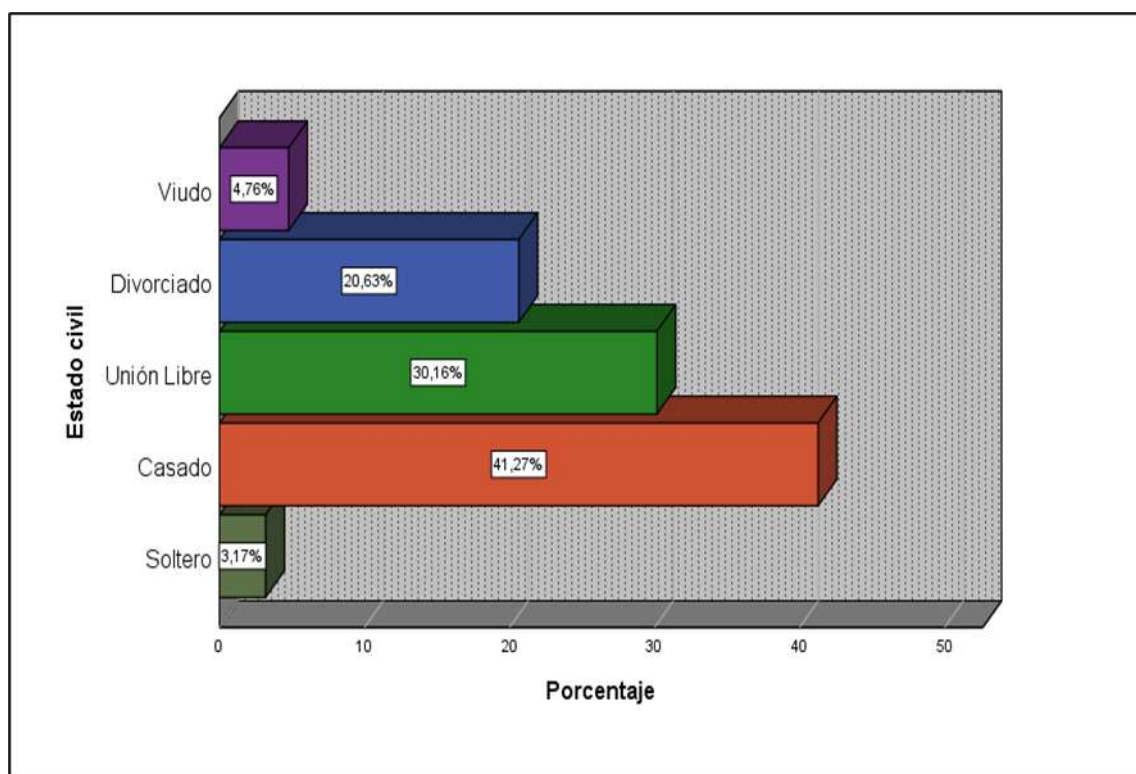


Nota: Datos obtenidos a través de observación indirecta, mediante la revisión de las historias clínicas

Elaborado por: Yohanna Elena Ramírez Chesme y Eliana Juleisi Valle Vera

Análisis: El lugar de nacimiento se ubicó mayoritariamente en región costa 44,44%; valores cercanos se observaron en región oriente 22,22% y región insular 25,40%, por último, región sierra 7,94% (Figura N° 4). La Región Costa duplica la cantidad de casos de úlceras gástricas y duodenales; de aquellos distribuidos entre las otras regiones.

Figura N° 5. Estado civil

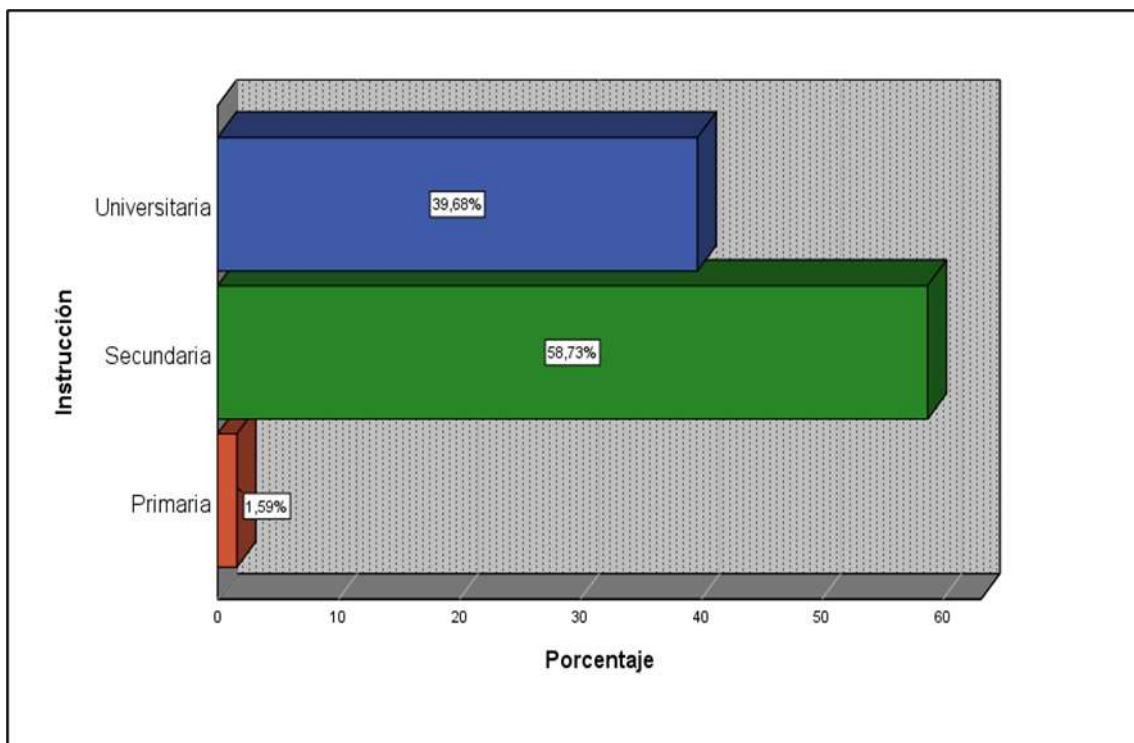


Nota: Datos obtenidos a través de observación indirecta, mediante la revisión de las historias clínicas

Elaborado por: Yohanna Elena Ramírez Chesme y Eliana Juleisi Valle Vera

Análisis: Respecto al estado civil estuvo principalmente el 41,3% en casado; muy seguido de unión libre 30,2%, divorciado 20,6%; y en menor porcentaje se encontró viudo 4,8% y soltero 3,2% (Figura N° 5). Ningún estado civil pasa el 50%; sin embargo, se observó que el principal es casado y los otros dos estados (unión libre y divorciado) que son subsecuentes decrecen en 10% en cada uno.

Figura N° 6. Nivel de instrucción

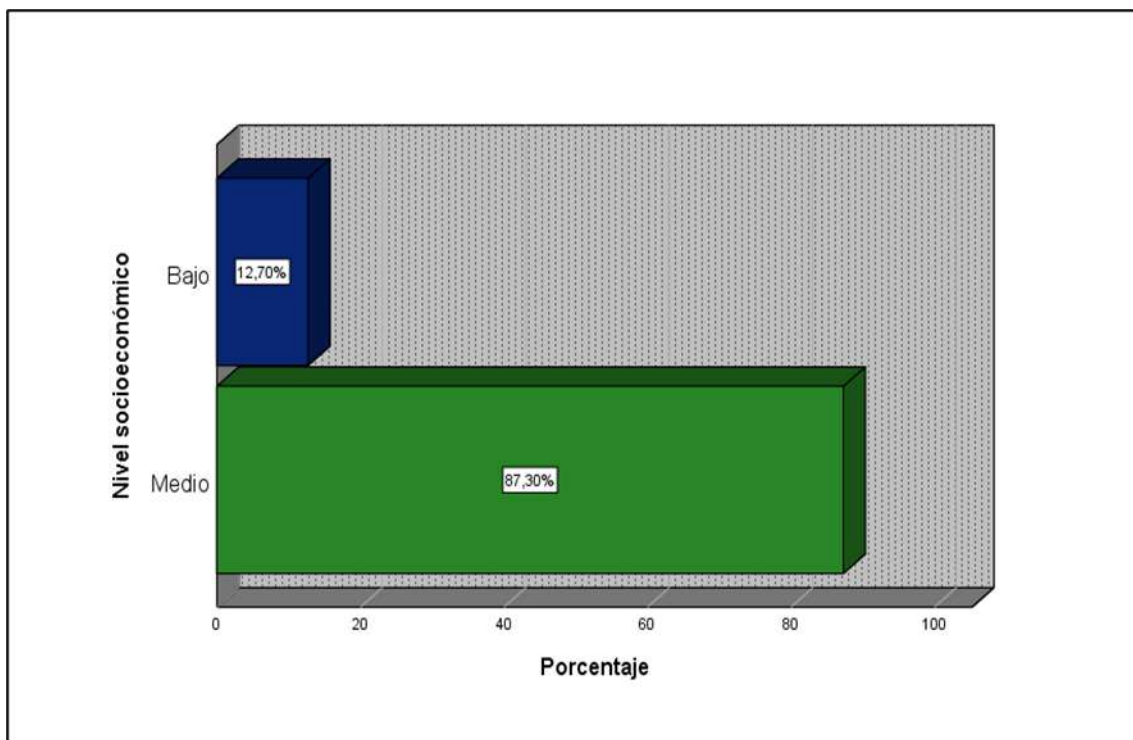


Nota: Datos obtenidos a través de observación indirecta, mediante la revisión de las historias clínicas

Elaborado por: Yohana Elena Ramírez Chesme y Eliana Juleisi Valle Vera

Análisis: Se identificó que el nivel de instrucción que tenían los pacientes estudiados fue secundario 58,7%, universitaria 39,7% y solo el 1,6% primaria (Figura N° 6). El nivel de instrucción secundaria fue aquel que se identificó con mayor porcentaje en los pacientes gástricas y duodenales.

Figura N° 7. Nivel socioeconómico

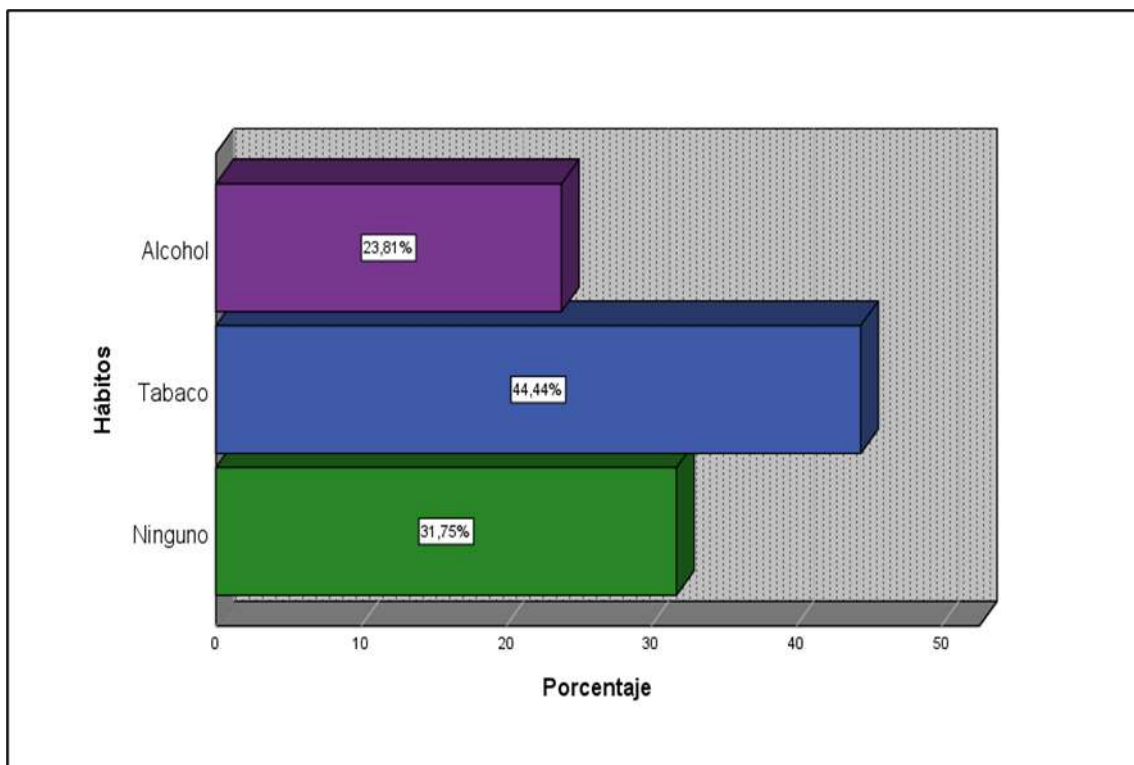


Nota: Datos obtenidos a través de observación indirecta, mediante la revisión de las historias clínicas

Elaborado por: Yohana Elena Ramírez Chesme y Eliana Juleisi Valle Vera

Análisis: Referente al nivel socioeconómico se encontró medio 87,3% y bajo 12,7% no existieron reportes de nivel alto (Figura N° 7). De los tres niveles socioeconómicos analizados solo fueron encontrados dos; siendo el nivel medio aquel que abarcó más de las $\frac{3}{4}$ partes del estudio.

Figura N° 8. Hábitos



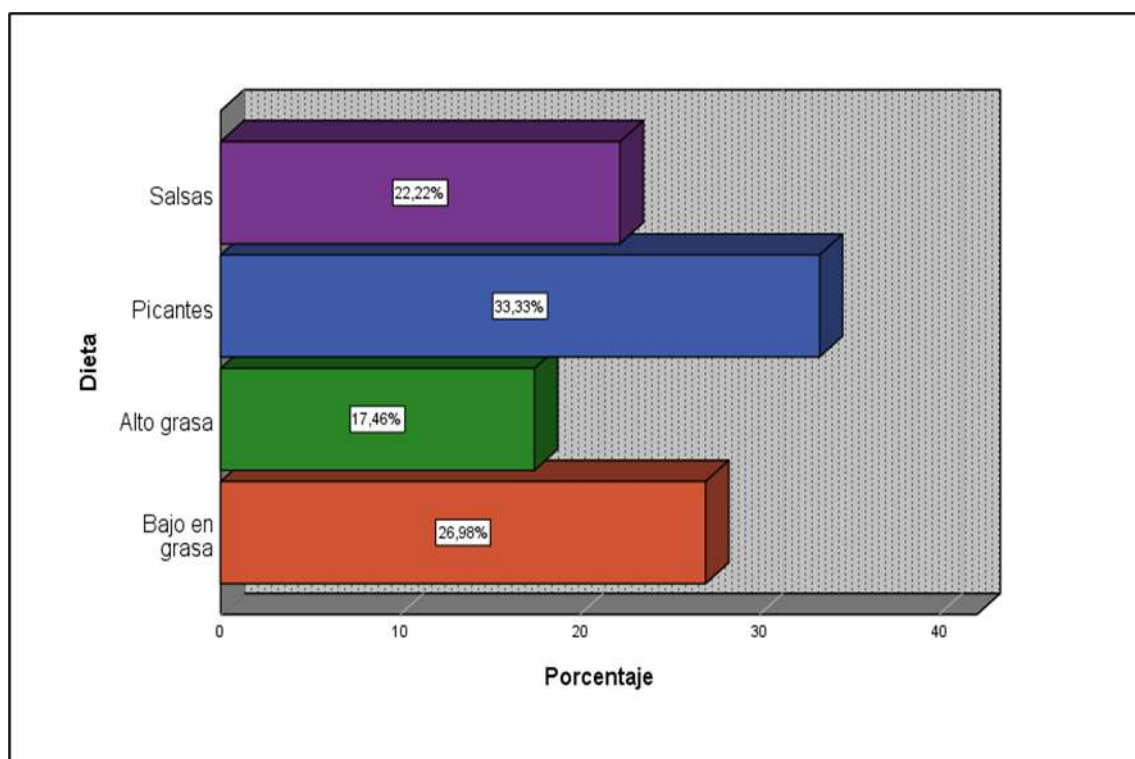
Nota: Datos obtenidos a través de observación indirecta, mediante la revisión de las historias clínicas

Elaborado por: Yohanna Elena Ramírez Chesme y Eliana Juleisi Valle Vera

Análisis: Otra característica muy importante son los hábitos los cuales fueron tabaco 44,44%; lo que estuvo muy cercano al 31,75% que no presenta hábitos y el alcohol se mostró en el 23,81% de los casos (Figura N° 8). Característica relevante para el estudio donde se determinó que el tabaco podría involucrarse en la formación de úlceras gástricas y duodenales.

Factores de riesgo

Figura N° 9. Régimen dietético

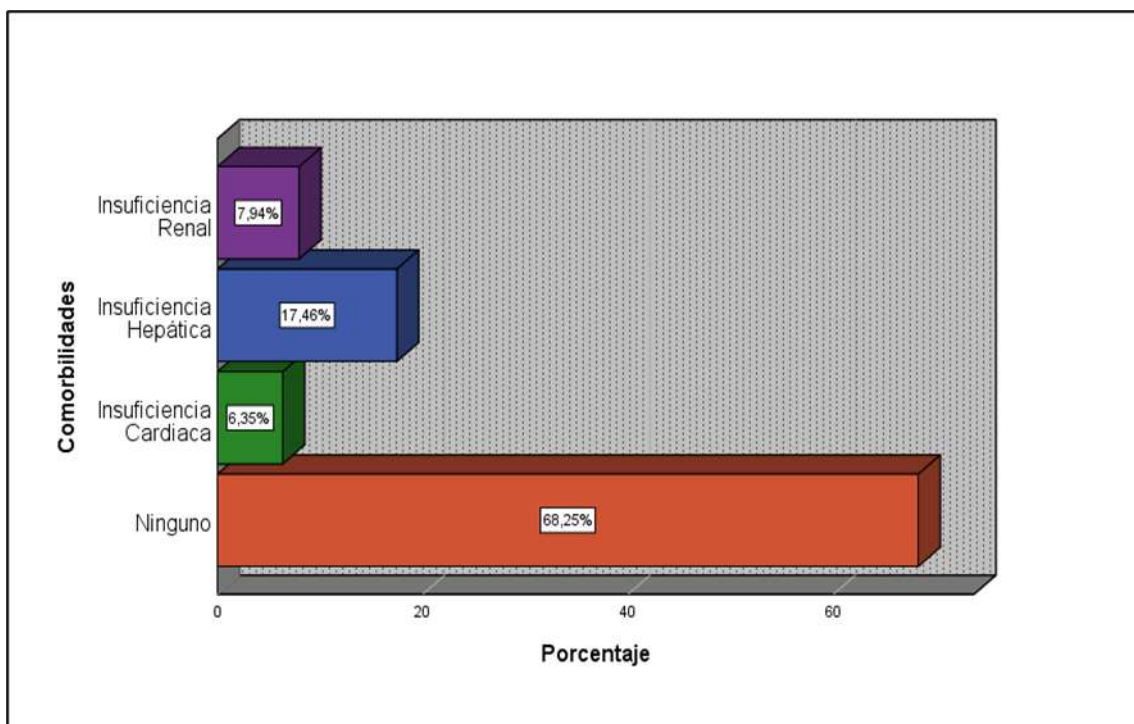


Nota: Datos obtenidos a través de observación indirecta, mediante la revisión de las historias clínicas

Elaborado por: Yohanna Elena Ramírez Chesme y Eliana Juleisi Valle Vera

Análisis: Por otro lado, la dieta tuvo gran relevancia el picante 33,3%, a pesar de esto, si existieron pacientes los cuales mostraron una dieta baja en grasas 27,0%; los demás se distribuyeron en aquellos que agregan salsas 22,2% y los que ingieren dieta alta en grasa 17,5% (Figura N° 9). Dentro de los factores de riesgo para la formación de úlceras gástricas y duodenales el régimen dietético se presentó con relevancia en la ingesta de picantes; a pesar de existir un grupo que cabe mencionar aplico una dieta baja en grasas.

Figura N° 10. Comorbilidades

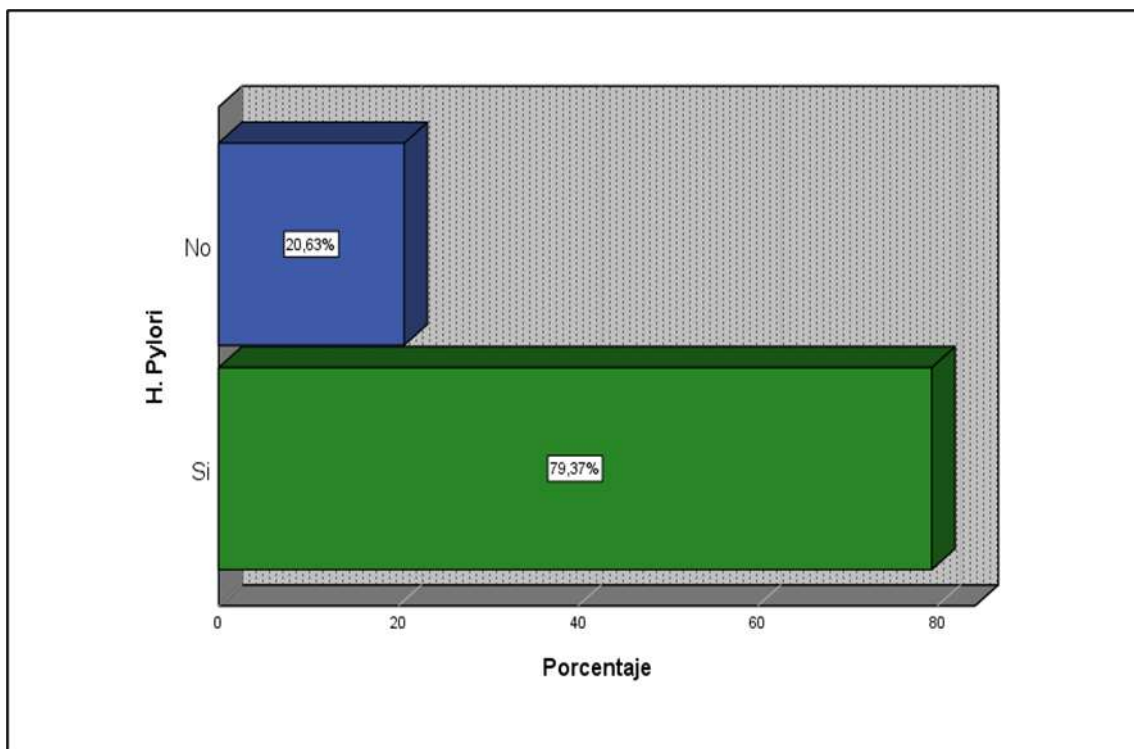


Nota: Datos obtenidos a través de observación indirecta, mediante la revisión de las historias clínicas

Elaborado por: Yohanna Elena Ramírez Chesme y Eliana Juleisi Valle Vera

Análisis: Se encontró que el 68,3% no presentaron comorbilidades, sin embargo, el grupo que presentó mostró 17,5% insuficiencia hepática; 7,9% insuficiencia renal, 6,3% insuficiencia cardíaca (Figura N° 10). No se presentaron comorbilidades en más del 60% de los casos de úlceras gástricas y duodenales.

Figura N° 11. *Presencia de H. Pylori*

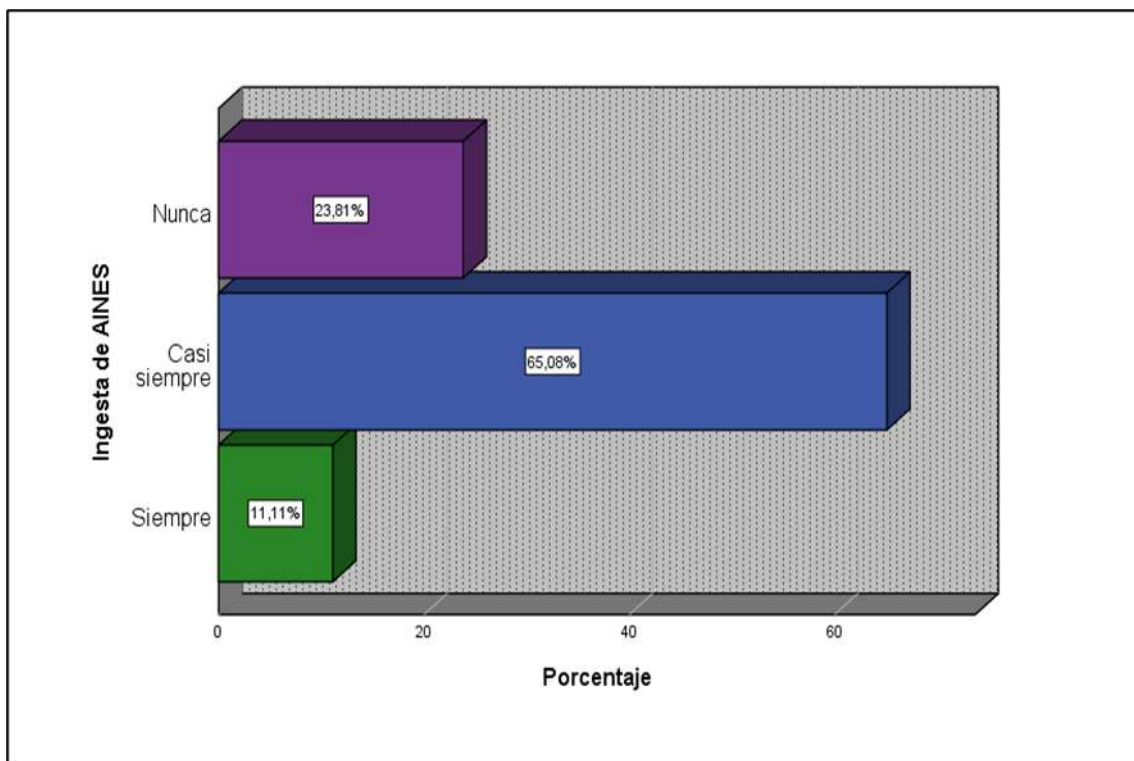


Nota: Datos obtenidos a través de observación indirecta, mediante la revisión de las historias clínicas

Elaborado por: Yohanna Elena Ramírez Chesme y Eliana Juleisi Valle Vera

Análisis: De manera específica, se realizaron estudios complementarios dentro de los cuales se aisló H. pylori donde se obtuvo que si se identificó el 79,4% de los casos; y no fue identificado en el 20,6% (Figura N° 11). Continuando con los factores de riesgo para la formación de úlceras gástricas y duodenales si existió la presencia de H. Pylori en más del 70% de los casos.

Figura N° 12. *Ingesta de AINES*

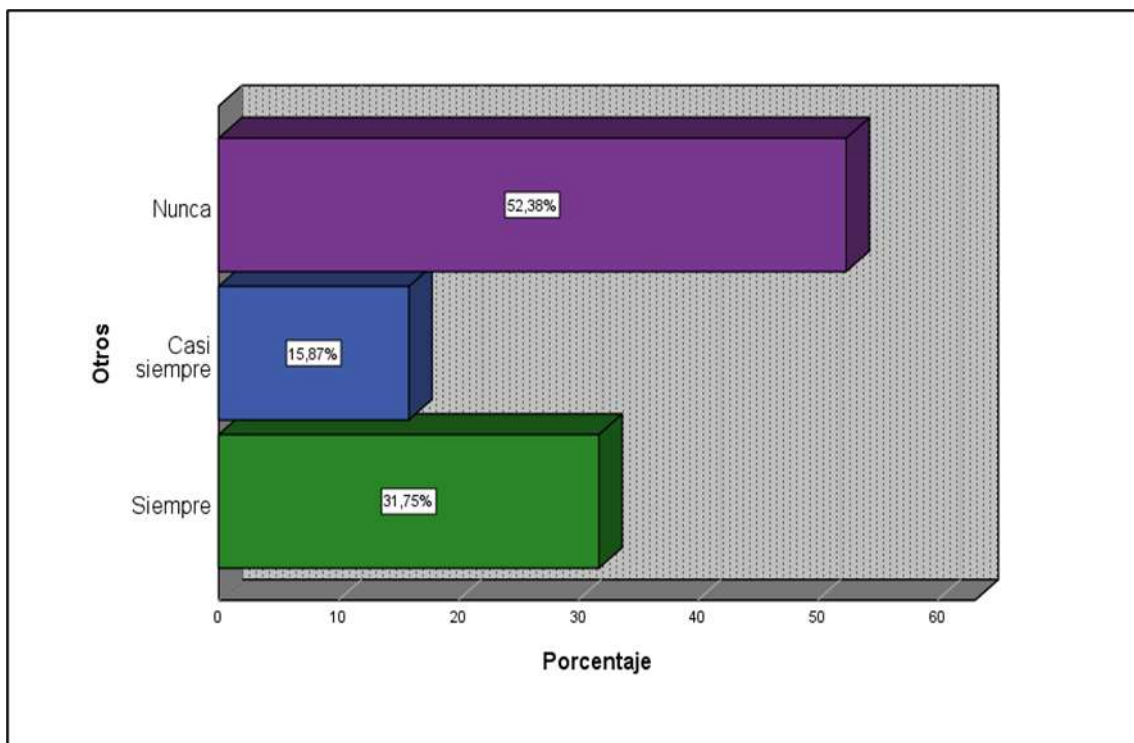


Nota: Datos obtenidos a través de observación indirecta, mediante la revisión de las historias clínicas

Elaborado por: Yohanna Elena Ramírez Chesme y Eliana Juleisi Valle Vera

Análisis: Respecto a antecedentes sobre ingesta de medicamentos, se presentó en AINES casi siempre 65,06%, no ingesta de estos 23,81% y siempre hubo la ingesta 11,11% (Figura N° 12). La ingesta de AINES fue elevada con más del 60% por lo que es un factor de riesgo en pacientes con úlceras gástricas y duodenales.

Figura N° 13. *Ingesta de otros medicamentos*



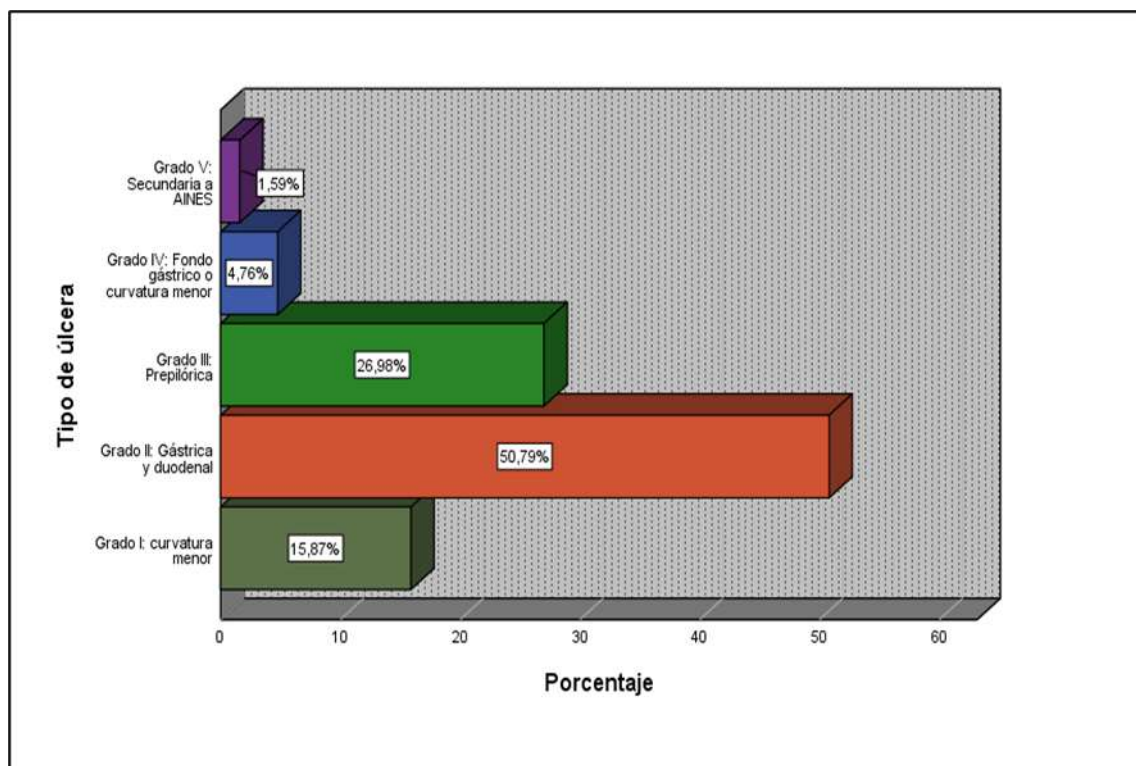
Nota: Datos obtenidos a través de observación indirecta, mediante la revisión de las historias clínicas

Elaborado por: Yohanna Elena Ramírez Chesme y Eliana Juleisi Valle Vera

Análisis: Referente a la ingesta de otro tipo de medicamentos se obtuvo que; nunca ha existido la ingesta 52,4%, y del restante de la muestra indicó en su mayoría que siempre hay la ingesta 31,7% y casi siempre 15,9%, a pesar de eso no hubo superioridad. No se cataloga como un factor de riesgo la ingesta de otro tipo de medicamento, puesto que más del 50% indicó que nunca hay esa ingesta.

Complicaciones

Figura N° 14. Tipo de úlcera

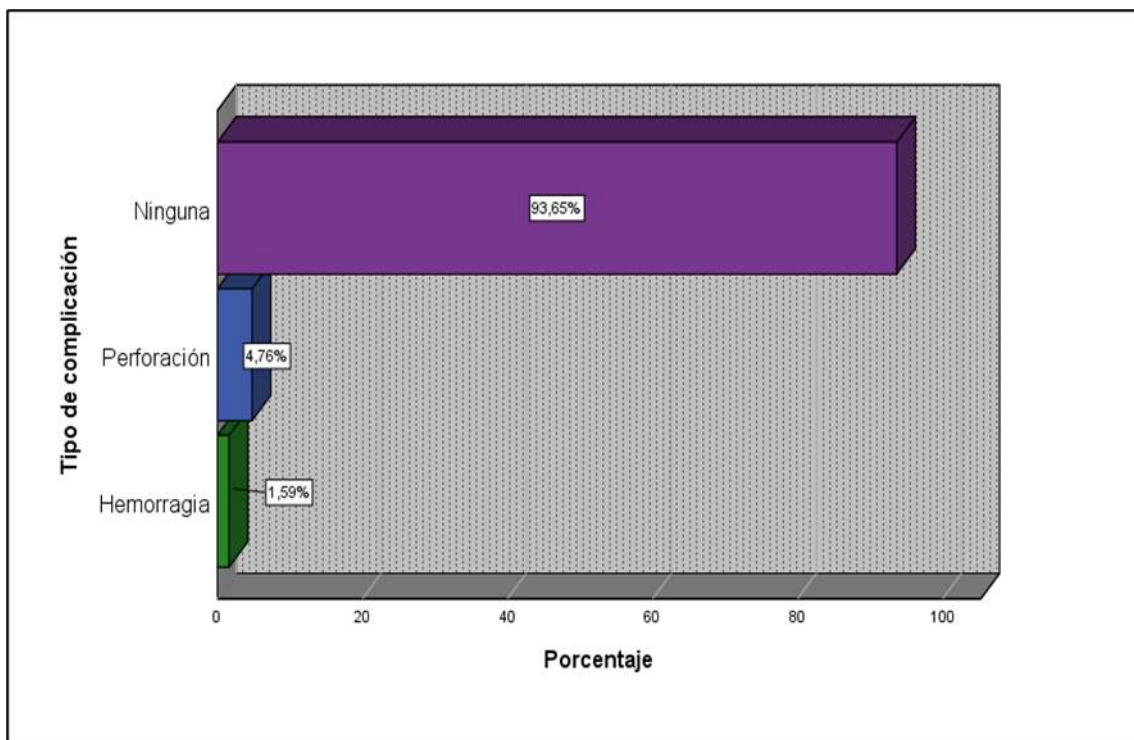


Nota: Datos obtenidos a través de observación indirecta, mediante la revisión de las historias clínicas

Elaborado por: Yohanna Elena Ramírez Chesme y Eliana Juleisi Valle Vera

Análisis: Al realizar el estudio endoscópico se pudo visualizar el tipo de úlcera, teniendo que la de grado II involucró el 50,79% de los casos; las demás se distribuyeron en el 50% restante de la siguiente manera 26,98% para el grado III, 15,87% grado I; 4,76% grado IV y por último 1,59% para el grado V (Figura N° 14). Existe predominio de tipo de úlcera de grado II; en más del 50% de los casos expuestos.

Figura N° 15. Tipo de complicación



Nota: Datos obtenidos a través de observación indirecta, mediante la revisión de las historias clínicas

Elaborado por: Yohanna Elena Ramírez Chesme y Eliana Juleisi Valle Vera

Análisis: No hubo complicaciones en el 93,65%; y en muy pocos casos las úlceras gástricas y duodenales durante su evolución se complicaron con perforación 4,76% y hemorragia 1,59% (Figura N° 15). A pesar de que existieron úlceras en todos sus grados no se mostraron complicaciones evidenciándose en más del 90% de los casos.

Discusión

El presente estudio expresó las características que se encontraron en los individuos que presentan úlceras gástricas y duodenales, estas se presentan en el sexo femenino con edad media de $\pm 49,51$ en las cuales se identificó *H. pylori*; lo que coincide con el estudio realizado por Pérez et al, que indicó la edad promedio de 46,7 años \pm , estos pacientes con úlcera péptica se les detectó *H. pylori* al 59,5%, al igual que Seminario et al que manifestó el rango de edad de 40 – 62 años además de la presencia de la bacteria en el 53,1% (46) pero contrasta en el sexo ya que lo identificó en hombres en ambos casos (47).

Otra característica que se identificó fue la ubicación en zona urbana, con estado civil casado, concordando con Casanova donde encontró procedencia urbana 79,5%; sin empleo 22,4%; sin embargo, difiere en el estado civil ya que, obtiene mayor porcentaje en unión libre 57,4%. Referente a los hábitos 38,3% eran fumadores el 67% no consumía alcohol y el 64,7% afirmaban consumir café (48); este último hábito no fue adherido al estudio.

Para Bonzano et al, se presentó en mujeres 56,86%; en el grupo de edad de 14 a 51 años 60,4%; de los 144 pacientes solo el 37,5% tuvo úlcera péptica y 43,8% se aisló *H. pylori* en las biopsias tomadas, el 27,78% consumían AINES; no fue frecuente otro tipo de medicamento como los corticoides 2,8% y el consumo de tabaco solo se registró en el 8,3% (49). Pantea et al, expresa los hábitos como principal el consumo de alcohol [$p=0,008$]; otros como tabaco [$p=0,064$], ingesta de aspirina a bajas dosis [$p=0,063$] (50); y a pesar de coincidir con Bonzano en el sexo y la edad los demás hallazgos, existe el contraste con ambos autores debido a la superioridad obtenida en aislar *H. pylori* y consumir tabaco.

Dentro del grupo de características también se evidenciaron comorbilidades las cuales fueron pocas lo que contrasta con Rubalcaba et al; en su estudio de pacientes en edad avanzada con comorbilidades entre ellas

predominaron Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial y cirrosis hepática; a pesar de esto no se difiere en los hábitos en los cuales se llega una vez más a coincidir en tabaco y alcohol, puesto que encontró que los pacientes eran fumadores activos 26% y como antecedentes ingerían bebidas alcohólicas 36%. Como hallazgos endoscópicos se presenció a la úlcera péptica en el 14,2% de los casos y *H. pylori* fue positivo en 22/25 pacientes. No existió ningún tipo de complicación (51). En este punto, hay contraste debido a que en el estudio toda la población presentó úlcera péptica y si existieron complicaciones en mínima cuantía.

Dentro de las complicaciones Ochoa et al, de 156 pacientes con úlcera péptica desarrollaron hemorragia; 30 casos se identificó *H. pylori*; 83 consumían tabaco; 7 consumían acenocumarina; 3 se aplicaban heparina de bajo peso molecular; 4 ingesta de clopidogrel y 24 tuvieron factores de riesgo de úlcera por estrés debido a sepsis, quimioterapia o traumatismo. La tasa AINE/semana a partir de 7.1 se relacionó con diversas complicaciones ($p=0,003$). Los hombres resangraron con mayor frecuencia ($p=0,04$) y aquellos fumadores ($p=0,004$) (52). Se contrasta en que si existe la ingesta de AINES en mayor proporción sin embargo no se especificó el otro tipo de medicamento ingerido, además de que la hemorragia solo se manifestó en un caso. Es muy probable que en el estudio de Ochoa la ingesta de los otros medicamentos haya potencializado el efecto secundario al AINES lo que promovió el incremento de la complicación de tipo hemorrágico.

Conclusiones

- Se concluyó que las úlceras gástricas y duodenales en los pacientes atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, se presentaron en el sexo femenino 50,8% con edad media de 49,51; la etnia fue relevantemente mestiza 82,54%; pertenecieron a la región costa 44,44%; estado civil estuvo casadas 41,3%; con nivel de instrucción secundaria 58,7%, y nivel socioeconómico medio 87,3%. Adicionalmente, no presentaron comorbilidades 68,3% y de los hábitos el más relevante fue tabaquismo 44,44%.
- Referente a los factores de riesgo, la dieta se vio involucrada con la ingesta de picantes 33,3%, además de administración farmacológica como son ingesta de AINES casi siempre 65,06%.
- Por otro lado, el tipo de úlcera identificada fue grado II involucró el 50,79% y el tipo de complicaciones que se presentaron en estos pacientes perforación 4,76% y hemorragia 1,59%. Lo que es relativamente bajo.
- Con los datos obtenidos se determinó que prevalencia de úlceras gástricas y duodenales en pacientes atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo es del 84% en este grupo de estudio.

Recomendaciones

Realizar estudio prospectivo con un periodo no menor a 3 años

Obtener tres historiales endoscópicos con biopsia y determinar si en el periodo de estudio el desarrollo de la úlcera fue multifactorial o unifactorial en todos los tiempos y en caso de la presencia de H. pylori si existió la erradicación de este.

Especificar los medicamentos administrados puesto que podrían hacer sinergismo con las complicaciones entre ellas la más frecuente la hemorragia y proporcionaría sesgos al estudio.

REFERENCIAS

1. Carretero C. Úlcera péptica. Med Programa Form Médica Contin Acreditado. 2016;12(3):111-7.
2. Bernardo G de O, Sousa S da R, Bernardo C de O, Faraco AJ. Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com úlcera gástrica e/ou duodenal em dois serviços de referência do extremo sul catarinense no período de um ano. ACM Arq Catarin Med. 2017;46(3):59-69.
3. Lecturio. Enfermedad de Úlcera Péptica | Concise Medical Knowledge [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.lecturio.com/es/concepts/enfermedad-de-ulcera-peptica/>
4. Caballero-Plasencia MR, Caballero-Mateos AM. Inflammatory map of the gastroduodenal mucosa in patients with upper gastrointestinal symptoms. The role of H. pylori infection. Rev Gastroenterol Mex Engl. 2022; S2255-534X (22)00024-X.
5. Da Costa D, Guidotti F, Cabello N, Trigo F, Contreras C, Vergara F, et al. Disminución en la frecuencia de infección por Helicobacter pylori en endoscopías digestivas altas. Rev Médica Chile. 2018;146(5):555-61.
6. Ruiz Narváez C, Martínez Rodríguez J, Cedeño Burbano A, Erazo Tapia J, Pabón Fernández CD, Unigarro Benavides L, et al. Helicobacter pylori, úlcera péptica y cáncer gástrico. Rev Fac Med. 2018;66(1):103-6.
7. Venero-Fernández SJ, Ávila-Ochoa I, Menocal-Herredia L, Caraballo-Sánchez Y, Rosado-García FM, Suárez-Medina R, et al. Prevalencia y factores asociados a infección por Helicobacter pylori en preescolares de La Habana, Cuba. Estudio de base poblacional. Rev Gastroenterol México. 2020;85(2):151-9.
8. Ansari D, Torén W, Lindberg S, Pyrhönen HS, Andersson R. Diagnosis and management of duodenal perforations: a narrative review. Scand J Gastroenterol. 2019;54(8):939-44.
9. Pérez Bastán J, Hernández Ponce R, La Rosa Hernández B. Infección por Helicobacter pylori y factores asociados en adultos con sospecha clínica de úlcera duodenal. Rev Médica Electrónica. junio de 2021;43(3):616-28.
10. Rodriguez G, Cerchiari E. Enfermedad Ulcerosa Gastroduodenal [Internet]. Clin Quir Fac Med UdelaR; 2018. Disponible en: https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/Enfermedad_ulcerosa_gastroduodenal_CQFM-1.pdf
11. Vakil NB. Enfermedad ulcerosa péptica: epidemiología, etiología y patogenia [Internet]. UptoDate. 2022. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/peptic-ulcer-disease-epidemiology->

etiology-and-pathogenesis?search=peptica-ulcera-disease&topicRef=26&source=see_link

12. Kavitt RT, Lipowska AM, Anyane-Yeboa A, Gralnek IM. Diagnosis and Treatment of Peptic Ulcer Disease. *Am J Med.* 2019;132(4):447-56.
13. Azhari H, Underwood F, King J, Coward S, Shah S, Ng S, et al. A36 The global incidence of peptic ulcer disease and its complications at the turn of the 21st century: a systematic review. *J Can Assoc Gastroenterol.* 2018;1(Suppl 2):61-2.
14. Abbasi-Kangevari M, Ahmadi N, Fattahi N, Rezaei N, Malekpour MR, Ghamari SH, et al. Quality of care of peptic ulcer disease worldwide: A systematic analysis for the global burden of disease study 1990-2019. *PloS One.* 2022;17(8): e0271284.
15. Cano-Contreras AD, Rascón O, Amieva-Balmori M, Ríos-Gálvez S, Maza YJ, Meixueiro-Daza A, et al. El abordaje, las actitudes y el conocimiento acerca de *Helicobacter pylori* en médicos generales es deficiente. ¡Hay mucho que mejorar! *Rev Gastroenterol México.* 2018;83(1):16-24.
16. Gil-Aldea I, Perea JRA. Complicaciones gástricas de tratamientos farmacológicos. *Medicine (Baltimore).* 2016;12(3):137-42.
17. Otero R W. *Helicobacter pylori* en agua potable ¿Es la ruta de la infección? *Acta Medica Colomb.* junio de 2017;42(2):87-9.
18. Maldonado J, Cueva A, Macas J, Torres A. Tratamiento del *helicobacter pylori*. *RECIMUNDO.* 2019;3(3):870-86.
19. Vomero N, Colpo E. Nutritional care in peptic ulcer. *Arq Bras Cir Dig ABCD Braz Arch Dig Surg.* 2014;27(4):298-302.
20. Hijos Mallada G, Abad Baroja D, Lanás Gimeno A, Lanás Arbeloa A. Enfermedad ulcerosa péptica | *Medicine.* *Medicine (Baltimore).* 2020;13(2):82-9.
21. Sepúlveda M, Maldonado C, Bravo J, Satizábal N, Gempeler A, Castro A, et al. Prevalencia de *Helicobacter pylori* en pacientes llevados a endoscopia de vías digestivas altas en un hospital de referencia en Cali, Colombia, en 2020. *Rev Colomb Gastroenterol.* diciembre de 2022;37(4):355-61.
22. Mendes B, Pereira C. H. *Pylori* versus úlcera gástrica nas eda do htco. *Rev Fac Med Teresópolis [Internet].* 2017;1(01). Disponible en: <https://www.unifeso.edu.br/revista/index.php/faculdademedicinadetere-sopolis/article/view/589>
23. Bianco A, Yaryura Montero JG, Gigena AR, Petersen ML, Cafaro MA, Cardenas Villa RD, et al. Ictericia obstructiva secundaria a úlcera duodenal: A propósito de un caso. *Rev Fac Cienc Médicas.* 2021;78(2):180-3.

24. Ukhanov AP, Zakharov DV, Zhilin SA, Bolshakov SV, Kochetygov DV, Leonov AI, et al. [Emergency laparoscopy in the treatment of perforated gastroduodenal ulcers]. *Khirurgiia (Sofii)*. 2022;(12):61-7.
25. Mayo Clinic. Úlcera Péptica [Internet]. Mayo Clinic. 2022. Disponible en: [https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/peptic-ulcera/symptoms-causes/syc-20354223#:~:text=ulceras-,ulceras,del-intestino-delgado\(duodeno\).](https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/peptic-ulcera/symptoms-causes/syc-20354223#:~:text=ulceras-,ulceras,del-intestino-delgado(duodeno).)
26. Narayanan M, Reddy KM, Marsicano E. Peptic Ulcer Disease and Helicobacter pylori infection. *Mo Med*. 2018;115(3):219-24.
27. Malik TF, Gnanapandithan K, Singh K. Peptic Ulcer Disease [Internet]. StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2022. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534792/>
28. Febres Acosta W, Uribe Vega R. Estómago [Internet]. Úlcera Péptica y Cirugía. s.f. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/cap_14-1_est%C3%B3mago.htm
29. Asociación Mexicana de Endoscopia. Clasificaciones Endoscópicas [Internet]. s.f. Disponible en: <https://www.amegendoscopia.org.mx/index.php/40-informacion-medica/clasificaciones-endoscopicas>
30. Chung KT, Shelat VG. Perforated peptic ulcer - an update. *World J Gastrointest Surg*. 2017;9(1):1-12.
31. Alderete AD, Molina AO, Pérez YR, Cabezas FEA. Caracterización clínico-epidemiológica, endoscópica y microbiológica de pacientes con síntomas digestivos según su status de Helicobacter pylori. *Rev Cuba Med Gen Integral* [Internet]. 2019;35(2). Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/254>
32. Hidalgo L, Repiso A, Romero M, Navajas J, Sánchez-Simón R, Gómez-Rodríguez R, et al. Obstructive jaundice as a complication of a peptic duodenal ulcer mimicking pancreatic cancer. *Endoscopy*. 2010;42 Suppl 2: E294-295.
33. Chahuan J, Pizarro M, Riquelme A. Métodos diagnósticos para la detección de infección por Helicobacter pylori. ¿Cuál y cuándo deben solicitarse? *Acta Gastroenterológica Latinoam* [Internet]. 2022;52(1). Disponible en: <https://actaojs.org.ar/ojs/index.php/acta/article/view/176>
34. Hajj W, Nahon S. Hemorragia digestiva alta. *EMC - Tratado Med*. 2022;26(4):1-9.
35. Méndez Castro AM, Solórzano Gorozabel MS, Quimi Cedillo SR, Poma López LM. VEDA terapéutica en hemorragia digestiva alta. *RECIMUNDO Rev Científica Investig El Conoc*. 2020;4(1):142-51.

36. Fretes D, Martínez A, Fernández U, Benítez M, Cardozo R. Síndrome de Valentino. *Cirugía Paraguaya*. 2018;42(3):40-1.
37. Lissabet A, Marcheco A, Labañino L, Medina A. Caracterización de pacientes intervenidos quirúrgicamente por úlcera péptica perforada. *Rev Estud HolCien* [Internet]. 2022;3(1). Disponible en: <https://revholcien.sld.cu/index.php/holcien/article/view/221>
38. Gómez Padilla O, Ortiz Sánchez Y, Martínez Suárez HF, Guerrero Ballester Y, Plá Milanés O. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con úlcera péptica en Bayamo. *Multimed* [Internet]. 2021; 25(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1028-48182021000500002&lng=es&nrm=iso&tlng=en
39. Rodríguez I, Martínez Y, Portuondo A. Evolución del tratamiento de la Úlcera péptica duodenal. *Rev Habanera Cienc Médicas*. 2021;20(4):3293.
40. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394-424.
41. Ovalle Hernández AF, Vargas Rubio RD. Experiencia del manejo de la obstrucción al tracto de salida gástrico de origen neoplásico en pacientes del Hospital Universitario San Ignacio (HUSI) en Bogotá, Colombia. *Rev Gastroenterol México*. 2022;87(1):35-43.
42. Constitución de la República del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. 2018.
43. Congreso Nacional. Ley Orgánica de Salud [Internet]. Congreso Nacional; 2015. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/Ley-Organica-de-Salud4.pdf>
44. Ford G. Prevalencia vs. Incidencia: ¿cuál es la diferencia? [Internet]. *Estudiantes por la Mejor Evidencia - ExME*. 2022. Disponible en: <https://exme.cochrane.org/blog/2022/12/01/prevalencia-vs-incidencia-cual-es-la-diferencia/>
45. CIOMS. 2016 International ethical guidelines for health-related research involving humans • Council For International Organizations of Medical Sciences [Internet]. 2016. Disponible en: <https://cioms.ch/publications/product/international-ethical-guidelines-for-health-related-research-involving-humans/>
46. Seminario M. Incidencia de *Helicobacter pylori* por inmunocromatografía en transportistas de buses urbanos del Cantón Cuenca 2018 [Internet] [bachelorThesis]. Universidad de Cuenca; 2018. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/31703>

47. Pérez Bastán JE, Hernández Ponce R, La Rosa Hernández B. Caracterización clínico-epidemiológica de la infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con úlcera péptica. *Rev Médica Electrónica*. junio de 2021;43(3):616-28.
48. Casanova Araque G, Ramirez W, Torres J, Rojas S, Casanova Rimer G, Martínez D, et al. Úlcera duodenal dolor típico y atípico, historia natural, revisión: 1987 - 2014. *G E N*. 2017;71(1):02-10.
49. Bonzano L. Factores clínicos asociados a úlcera péptica en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Vitarte en el año 2015 [Internet] [Tesis de Grado]. [Lima-Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2017. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5161>
50. Pantea M, Negovan A, Banescu C, Bataga S, Neagoe R, Mocan S, et al. Factors Associated with Recurrent Ulcers in Patients with Gastric Surgery after More Than 15 Years: A Cross-Sectional Single-Center Study. *Gastroenterol Res Pract*. 4 de noviembre de 2018; 2018:8319481.
51. Rubalcaba E, Manrique M, Chávez M, Martínez M, Martínez G, Cisneros A. Endoscopia superior en el paciente geriátrico: experiencia en la Unidad de Endoscopia del Hospital Juárez de México. *Rev Hosp Jua Mex*. 2017;84(1):15-8.
52. Ochoa J, Arce C. Dosis acumulada de analgésicos no esteroides relacionada con úlcera péptica hemorrágica y sus complicaciones en una población mexicana. *Med Interna México*. 2019;35(3):364-9.

ANEXOS



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

MATRIZ DE OBSERVACIÓN INDIRECTA

**Tema: Prevalencia de úlceras gástricas y duodenales en pacientes
atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo mayo
2022- diciembre 2022**

**Objetivo: Obtener información sobre la sociodemografía, factores de
riesgo y complicaciones de los pacientes de estudio.**

1. Sexo

- a) Masculino
- b) Femenino

2. Edad

- a) 40 a 44 años
- b) 45 a 49 años
- c) 50 a 54 años
- d) 55 a 59 años

3. Etnia

- a) Blanca
- b) Mestiza
- c) Indígena
- d) Afrodescendiente

4. Estado civil

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Unión Libre
- d) Divorciado
- e) Viudo

5. Lugar de nacimiento

- a) Costa
- b) Sierra
- c) Oriente
- d) Insular

6. Nivel de instrucción

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Universitaria
- d) No tiene

7. Nivel socio económico

- a) Alto
- b) Medio
- c) Bajo

8. Hábitos

- a) Tabaco
- b) Alcohol
- c) Drogas

9. Comorbilidades

- a) Insuficiencia Cardíaca
- b) Insuficiencia Hepática
- c) Insuficiencia Renal
- d) Malignidad diseminada
- e) Neoplasia
- f) Neumonía
- g) Trastornos hematológicos

10. Presencia de H. Pylori

- a) Si
- b) No

11. Ingesta de AINES

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Nunca

12. Otros

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Nunca

13. Dieta

- a) Bajo en grasa
- b) Alto grasa
- c) Picantes
- d) Salsas

14. Tipo de úlcera según clasificación de Jonhson

- a) Grado I: curvatura menor
- b) Grado II: Gástrica y duodenal
- c) Grado III: Prepilórica
- d) Grado IV: Fondo gástrico o curvatura menor
- e) Grado V: Secundaria a AINES

15. Tipo de complicación

- a) Hemorragia
- b) Perforación
- c) Obstrucción



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Valle Vera Eliana Juleisi** con C.C: # **0952210912** autora del trabajo de titulación: **Prevalencia de úlceras gástricas y duodenales en pacientes atendidos en el hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo mayo 2022 – diciembre 2022**, previo a la obtención del título de **Licenciatura en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **02 de mayo del 2023**

f. _____

Nombre: **Valle Vera Eliana Juleisi**

C.C: **0952210912**



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Ramírez Chesme Yohanna Elena** con C.C: # **1313118380** autora del trabajo de titulación: **Prevalencia de úlceras gástricas y duodenales en pacientes atendidos en el hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo mayo 2022 – diciembre 2022**, previo a la obtención del título de **Licenciatura en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **02 de mayo del 2023**

f. _____

Nombre: **Ramírez Chesme Yohanna Elena**

C.C: **1313118380**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de úlceras gástricas y duodenales en pacientes atendidos en el hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo mayo 2022 – diciembre 2022.		
AUTOR(ES)	Eliana Juleisi Valle Vera, Yohanna Elena Ramírez Chesme.		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Amarilis Pérez Licea		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias medicas		
CARRERA:	Enfermería		
TITULO OBTENIDO:	Licenciatura en enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	02 de mayo de 2023	No. DE PÁGINAS:	51
ÁREAS TEMÁTICAS:	Enfermedades crónicas y degenerativas		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Úlcera péptica, Úlcera gástrica, Úlcera duodenal, Helicobacter pylori, mucosa gástrica		
RESUMEN:	<p>Las úlceras gastroduodenales se desarrollan en su gran mayoría por infección crónica por Helicobacter pylori y se las puede considerar como un problema de salud; también se manifiestan otros causales entre ellas la ingesta de fármacos en especial los antiinflamatorios no esteroideos y los hábitos, juntos destruyen la mucosa originando esta patología y en casos extremos la complican con hemorragia, perforación u obstrucción. Objetivo. Determinar la prevalencia de úlceras gástricas y duodenales Metodología. Se realizó un estudio observacional no experimental, retrospectivo, descriptivo transversal en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el período mayo 2022 – diciembre 2022. Con una población de 75 pacientes atendidos en Gastroenterología, se obtuvo una muestra simple no probabilística de 63, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Resultados. De 63 pacientes, fueron del sexo femenino 50,8%, edad media 49,51 [DS 6,28; IC 95% 48,97 - 50,03], mestiza 82,54%, nacidos en región costa 44,44%, casadas 41,3%, nivel de instrucción secundaria 58,7%, nivel socioeconómico medio 87,3%, no presentaron comorbilidades el 68,3%, con hábitos como tabaquismo 44,44%; los factores de riesgo que se presentaron. En el régimen dietético la ingesta de picantes 33,3%; se identificó <i>H. pylori</i> 79,4%; y la ingesta de AINES casi siempre 65,06%. El tipo de úlcera identificada fue grado II 50,79%; no hubo complicaciones en el 93,65%. Conclusión. La prevalencia de úlceras gástricas y duodenales fue del 84% siendo los principales factores de riesgo la infección por <i>H. pylori</i> y la ingesta de AINES.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0939919916	E-mail: eliana.valle@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Lcda. Holguín Jiménez Martha Lorena, Mgs		
	Teléfono: +593- 993142597		
	E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			