

Factores de riesgo asociados a la gastritis aguda o crónica en adultos de un hospital ecuatoriano

Risk factors associated with acute or chronic gastritis in adults of an Ecuadorian hospital

Dr. Jorge Félix Rodríguez Ramos^{1*}

Dra. Acela María Boffill Corrales²

Dr. Luís Alberto Rodríguez Soria³

Dr. Jorge Luis Losada Guerra⁴

Dra. Zulima Socías Barrientos⁵

¹Policlínico Docente Luis Augusto Turcios Lima. Ciudad de la Habana, Cuba.

²Hospital Clínicoquirúrgico Provincial Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río, Cuba.

³Policlínico Comunitario Ernesto Guevara de la Serna. Niquero, Granma, Cuba.

⁴Hospital Pediátrico Docente Provincial José Martí Pérez. Sancti Spíritus, Cuba.

⁵Hospital Docente Clínicoquirúrgico 10 de Octubre. Ciudad de la Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: jorgefch@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Entre las enfermedades gastrointestinales más comunes se encuentran las gastritis.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a dicha afección.

Método: Se realizó un estudio de casos y controles, que incluyó a pacientes mayores de 18 años, atendidos en el Servicio de Medicina Familiar del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Ambato, Ecuador, durante el 2016. Dichos pacientes fueron incluidos de forma aleatoria con una relación de 1:2 (100 casos por cada 200 controles). El análisis estadístico se basó en una estrategia multivariada, el *odds ratio*, el riesgo relativo, los intervalos de confianza al 95 % y la prueba de Ji al cuadrado con un

nivel de significación estadística de $P < 0,05$.

Resultados: Los factores de riesgo más frecuentes fueron: infección por *Helicobacter pylori*, edad menor de 50 años, tabaquismo, alcoholismo y estrés.

Conclusiones: Se deben detectar precozmente los factores de riesgo para disminuir la incidencia y prevalencia de gastritis.

Palabras clave: gastritis; *Helicobacter pylori*; tabaquismo; alcoholismo; estrés.

ABSTRACT

Introduction: Among the most common gastrointestinal diseases there is the gastritis.

Objective: To determine the risk factors associated with this disorder.

Method: A cases and controls study was carried out which included patients older than 18 years, assisted in the Family Medicine Service of the hospital from the Ecuadorian Institute of Social security in Ambato, during 2016. These patients were randomly included with a relationship of 1:2 (100 cases every 200 controls). The statistical analysis was based on a multivariate strategy, odds ratio, relative risk, the confidence intervals to 95 % and the Chi squared test with a level of statistical significance of $P < 0,05$.

Results: The most frequent risk factors were: infection due to *Helicobacter pylori*, age lower than 50 years, tabaquism, alcoholism and stress.

Conclusions: Risk factors should be early detected to diminish the incidence and prevalence of gastritis.

Key words: gastritis; *Helicobacter pylori*; tabaquism; alcoholism; stress.

Recibido: 18/12/2017

Aprobado: 30/11/2018

Introducción

La gastritis es una enfermedad inflamatoria aguda o crónica de la mucosa gástrica causada por factores exógenos y endógenos, que producen síntomas dispépticos

atribuibles a dicha enfermedad, cuya existencia se sospecha desde el punto de vista clínico, se observa endoscópicamente y requiere confirmación histológica. En la población general, la frecuencia de la gastritis crónica es de 40 a 80 %. La gastritis de tipo A o atrófica, autoinmune representa 20% de la gastritis crónica; la de tipo B o no atrófica, 70 %, y el porcentaje restante corresponde a la de tipo C o química, por reflujo.^(1,2,3)

Cabe destacar que la principal causa de esta enfermedad es el *Helicobacter pylori* (HP) que, a escala mundial, tiene gran incidencia y prevalencia; de 20-50 % en adultos de países desarrollados y hasta 90 % en países subdesarrollados. Alrededor de 10 % desarrollará una úlcera péptica y menos de 1%, cáncer gástrico (adenocarcinoma o linfoma gástrico).^(4,5) Su origen es multifactorial; entre los diversos factores de riesgo figuran: malos hábitos alimentarios, infecciones digestivas por *Helicobacter pylori* y otras; parásitos intestinales, medicamentos gastrotóxicos, antecedentes familiares de úlceras y gastritis, antecedentes personales de cuagulopatías, quemaduras extensas, daño cerebral, disfunción hepática, politraumas extensos, uremia, cirugía mayor, hábitos tóxicos, estrés, envenenamiento, radiaciones, daño pulmonar, ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) por más de una semana, ventilación mecánica por más de 48 horas, hipotensión, sepsis, sangrado intestinal, autoinmune, reflujo duodenal y biliar, así como tuberculosis (TB) digestiva.^(5,6,7)

Sydney, citado por Travieso,⁽¹⁾ y Peleteiro *et al*,⁽⁴⁾ ofrece una clasificación modificada de la gastritis que obedece a varios criterios, tales como endoscópico, etiológico, localización, grado y anatomopatológico. Según este último, dicha enfermedad puede ser: aguda, crónica y crónica activa. Evolutivamente la infección por *Helicobacter pylori* produce una gastritis aguda, que puede evolucionar a crónica activa, con atrofia multifocal o antral predominantemente, las cuales pueden desarrollar úlcera gástrica o duodenal, linfoma o cáncer.^(5,6,7) Su diagnóstico se realiza por medio de la gastroscopia, exámenes de sangre, cultivo de heces y el estudio histopatológico de la biopsia de la mucosa gástrica.^(8,9,10)

A escala mundial existen pocos trabajos publicados sobre el tema, por lo que los autores basados en aspectos, tales como incidencia y prevalencia elevada, magnitud y trascendencia de la enfermedad, vulnerabilidad de los pacientes y factibilidad de estudio,

decidieron realizar esta investigación, a fin de determinar los factores de riesgo asociados a la gastritis aguda o crónica en pacientes atendidos en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de Ambato, durante el 2016.

Métodos

Se realizó un estudio de casos (con gastritis aguda o crónica) y controles (no presentaron la enfermedad), atendidos en el Servicio de Medicina Familiar del Hospital IESS de Ambato, Ecuador. Dichos pacientes fueron incluidos de forma aleatoria 1:2 (100 casos por cada 200 controles) y se les aplicó una encuesta en las consultas médicas, previo consentimiento informado, apoyados en el Sistema de Información Médica AS 400 (MIS, por sus siglas en inglés).

Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años pertenecientes al Hospital del Seguro Social de Ambato
- Pacientes con gastritis diagnosticada por endoscopia y biopsia gástrica
- Firma de consentimiento informado

Entre los criterios de exclusión figuraron:

- Cirugía reciente o trauma agudo
- Enfermedad psiquiátrica aguda
- Presencia en la endoscopia, la biopsia de úlcera y cáncer.

La información se obtuvo de la base de datos creada al efecto y se procesó de forma computarizada mediante el programa Microsoft Excel 2013. El análisis estadístico se basó en una estrategia multivariada, que consistió en la determinación del *odds ratio* (OR), el riesgo relativo (RR) para cada factor de riesgo hipotéticamente influyente en la aparición de la gastritis, así como en la estimación de sus intervalos de confianza al

95 % (IC 95 %). Para cada factor de riesgo se aprobó la hipótesis de que el OR poblacional fuese significativo si resultaba mayor que 1, así como la prueba de Ji al cuadrado con un nivel de significación estadística de $p < 0,05$. También se empleó el paquete estadístico EpiInfo 2000.

Las variables estudiadas fueron: edad (menor o mayor de 50 años), sexo (masculino y femenino), color de la piel (blanca, negra, mestiza), procedencia (urbana o rural), escolaridad, ocupación y factores de riesgo (malos hábitos alimentarios, infecciones digestivas por *Helicobacter pylori* y otras; parásitos intestinales, medicamentos gastrotóxicos, antecedentes patológicos familiares (APF) de úlceras y gastritis, antecedentes patológicos personales (APP) de cuagulopatías, quemaduras extensas, daño cerebral, disfunción hepática, politraumas extensos, uremia, cirugía mayor de 4 horas, hábitos tóxicos, estrés, envenenamiento, radiaciones, daño pulmonar, ingreso en UCI por más de 1 semana, ventilación mecánica por más de 48 horas, hipotensión arterial, sepsis, sangrado intestinal oculto por más de 6 días, autoinmune, alergia, reflujos duodenal y biliar y tuberculosis digestiva.

Resultados

En el análisis de los factores sociodemográficos (tabla 1) se halló que la edad menor de 50 años multiplicó el riesgo de presentar gastritis en más de 23 veces (OR = 23,48), (IC 2,10 -5,76), no así en el sexo femenino (OR = 0,14), IC (0,08-0,23), a pesar de ser altamente significativos ($P < 0,001$).

Tabla 1. Factores sociodemográficos en pacientes con gastritis aguda o crónica

	Casos N = 100		Controles N = 200		OR	IC	X²
Edad (en años)	No.	%	No.	%			
19-50	55	51,4	52	48,6	23,48	2,10 -5,76	(X² = 24,43 (P<0,001)
50 o más	45	23,3	148	76,7			
Sexo							
Masculino	32	17,1	155	82,9	0,14	0,08-0,23	(X²= 58,78) (P<0,001)
Femenino	68	60,2	45	39,8			

Los 3 hábitos tóxicos estudiados constituyeron factores de riesgo (tabla 2) con predominio del tabaquismo (OR=16,12), (IC 3,58-72,45); seguido del alcoholismo (OR=9,12), (IC 3,56-23,35) y, por último, el café (OR=4,68), (IC 2,80-7,84); diferencias altamente significativas ($P<0,001$).

Tabla 2. Hábitos tóxicos en pacientes con gastritis agudas o crónicas

	Casos		Controles		OR	IC	X ²
Tabaquismo	No.	%	No.	%			
Sí	14	87,5	2	12,5	16,12	3,58-72,45	(X ² = 22,32) (P<0,001)
No	86	30,3	198	69,7			
Alcoholismo							
Sí	22	78,6	6	21,4	9,12	3,56-23,35	(X ² = 28,32) (P<0,001)
No	78	28,7	194	71,3			
Café							
Sí	59	55,7	47	44,3	4,68	2,80-7,84	(X ² = 36,77) (P<0,001)
No	41	21,1	153	78,9			

En la tabla 3 se muestran los factores premórbidos, donde la infección por *Helicobacter pylori* constituyó el factor de riesgo más importante para la aparición de gastritis, en más de 161 veces (OR = 161,53), (IC 37,88-688,79); seguida del estrés y el parasitismo intestinal en casi 8 veces (OR=7,98), (IC 2,55-24,94) y (OR=7,89), (IC 2,55-24,94), respectivamente.

Tabla 3. Factores premórbidos en pacientes con gastritis aguda o crónica

	Casos		Controles		OR	IC	X ²
<i>Helicobacter pylori</i>	No.	%	No.	%			
Sí	62	96,9	2	3,12	161,53	37,88-688,79	(X ² = 147,82) (P<0,001)
No	38	16,1	198	83,9			
Estrés							
Sí	77	61,6	48	38,4	7,98	2,55-24,94	(X ² = 17,02) (P<0,001)
No	23	13,4	152	86,7			
Parasitismo intestinal							
Sí	14	77,8	4	22,2	7,89	2,55-24,94	(X ² = 17,02) (P<0,001)
No	86	30,5	196	69,5			

Como observa en la tabla 4 los antecedentes patológicos familiares de gastritis constituyeron factores de riesgo en más de 7 veces (OR=7,08), (IC 3,52-14,27) con (P<0,001).

Tabla 4. Antecedentes patológicos familiares de pacientes con gastritis aguda o crónica

	Casos		Controles		OR	IC	X ²
APF Gastritis							
Sí	33	71,7	13	28,3	7,08	3,52-14,27	(X ² = 22,84) (P<0,001)
No	67	26,4	187	73,6			

Véase en la tabla 5 que los APP de enfermedades autoinmunes constituyeron factores de riesgo en más de 5 veces (OR=5,29) (IC 2,68-10,41), lo cual evidenció diferencias altamente significativas (P<0,001).

Tabla 5. Antecedentes patológicos personales de pacientes con gastritis aguda o crónica

	Casos		Controles		OR	IC	X ²
Enfermedad autoinmune	No.	%	No.	%			
Sí	30	66,7	15	33,3	5,29	2,68-10,41	(X ² = 26,47) (P<0,001)
No	70	27,4	185	75,5			
Cirugía de más de 4 horas							
Sí	37	24,2	116	75,8	0,43	0,26-0,70	(X ² = 11,76) (P<0,001)
No	63	42,8	84	57,1			

Discusión

A escala mundial, la gastritis afecta a más de 25 % de la población, siendo su principal causa el *Helicobacter pylori* en más de 90 % de los casos. Aunque se ha descrito siempre que dicha enfermedad aumenta su incidencia y prevalencia con la edad, últimamente también sucede en la población de menor edad, lo cual está relacionado con el aumento cada vez mayor de los factores de riesgo en la juventud actual.^(6,7,8,9)

En esta investigación el sexo femenino no constituyó un factor de riesgo para la aparición de la gastritis; no obstante, se han realizado estudios similares con prevalencia global del HP ligeramente más alta en las féminas. Lo anterior no coincide con otras

publicaciones,^(4,5,6) donde se plantea que la frecuencia de infección por HP y la edad avanzada (razón 3:1) es mayor en el sexo masculino que en el femenino. Trabajos recientes plantean que la relación hombre-mujer ha disminuido.

Ahora bien, el tabaquismo y el consumo de alcohol también constituyeron factores de riesgo para la aparición de la citada enfermedad, puesto que ambos aumentan el estrés oxidativo de la mucosa, con lo que disminuye la velocidad de curación y aumenta la recurrencia; a esto se añade que el humo del tabaco contribuye al agravamiento de la úlcera péptica porque se atenúa la hiperemia en el margen de la lesión.^(9,10)

Se piensa que el estrés psicológico contribuye a la aparición de la gastritis, aunque en los estudios donde se ha examinado el cometido de los factores psicológicos en su patogenia se han obtenido resultados contradictorios. A pesar de que la gastritis se asocia con ciertos rasgos de personalidad (neurosis), estos rasgos están presentes también en individuos con dispepsia no ulcerosa y otros trastornos funcionales y orgánicos.^(11,12,13,14)

Los antecedentes patológicos familiares de gastritis también constituyeron factores de riesgo para la aparición de la enfermedad. Los parientes de primer grado de los pacientes con esa afección tienen 3 veces más probabilidades de padecer a su vez una gastritis o úlcera péptica.^(5,6,7)

De hecho, las enfermedades autoinmunes son el punto clínico final de una cascada secuencial de sucesos inmunológicos iniciada y perpetuada por factores ambientales que ocurren en un individuo genéticamente susceptible.^(13,14,15)

El consumo de cafeína estimula la secreción de ácido en el estómago, lo que unido al abuso del alcohol y el aumento del estrés pueden favorecer el riesgo de presentar gastritis, úlceras y retardar su curación.^(14,15) Las gastritis más frecuentes encontradas según endoscopia y biopsia gástrica fueron: crónica inespecífica, atrófica, no atrófica, superficial y aguda; por tanto, de acuerdo con el grado de intensidad y persistencia de la respuesta inmunológica, se puede producir una evolución de gastritis aguda-crónica.

Al respecto, es conocido que existen otros factores que pudieran influir en la aparición de la gastritis, entre ellos se encuentran los volcanes. Estos son fuentes naturales de contaminación al generar gran cantidad de sustancias tóxicas del ambiente, tales como cadmio, mercurio, azufre, entre otras, y contaminar tanto las aguas como los cultivos

que, al ser consumidos diariamente, pueden favorecer la aparición de dicha enfermedad.

Se deben realizar más estudios para conocer las tasas de estas enfermedades en esas zonas, puesto que 500 millones de personas en el mundo viven en regiones volcánicas y más de 50 volcanes erupcionan cada año. A pesar de que se han producido algunas erupciones en los Andes, hay pocas publicaciones recientes sobre los efectos volcánicos en la salud de sus pobladores.⁽¹⁶⁾

Finalmente, se concluyó que es importante detectar precozmente los factores de riesgo de la gastritis para disminuir su incidencia y prevalencia. Se recomendó profundizar en el estudio de dichos factores.

Referencias bibliográficas

1. Travieso Fernández JC. Incidencia actual de gastritis: una breve revisión. Revista CENIC. Ciencias Biológicas. 2014 [citado 30/06/2016]; 45 (1):10-7. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181230079002>
2. Overland MK. Dyspepsia. Med Clin North Am. 2014 [citado 30/06/2016]; 98 (3): 549-64. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24758960>
3. Lee HJ, Kim JI, Lee JS, Jun EJ, Oh JH, Cheung DY et al Concomitant therapy achieved the best eradication rate for *Helicobacter pylori*, among various treatment strategies. World J Gastroenterol. 2015 [citado 01/07/2016]; 21 (1): 351-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25574111>
4. Peleteiro B, Bastos A, Ferro A, Lunet N. Prevalence of *Helicobacter pylori* infection worldwide: a systematic review of studies with national coverage. Dig Dis Sci. 2014 [citado 01/07/2016] 59 (8): 1698-709. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24563236>
5. Mejia CR, Vera CA, Huiza-Espinoza L. Asociación entre gastritis folicular y *Helicobacter pylori* en niños atendidos en un hospital público peruano. Revista de Gastroenterología de México. 2016 [citado 30/06/2016]; 81 (2): 80-5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090616000136>

6. Wee EW. Evidence based approach to dyspepsia: from *Helicobacter pylori* to functional disease. PostgradMed. 2013 [citado 30/06/2016]; 125 (4): 169-80. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23933904>
7. Bayona Rojas MA, Gutiérrez Escobar AJ, Sánchez Suárez JF, Mora Camberos GM, Salamanca Muñoz LF. Eficacia del método de inmunocromatografía en heces para el diagnóstico de *Helicobacter pylori* en pacientes con dispepsia: evaluación preliminar. Respuestas. 2014; 19 (1): 79-85.
8. Hye WK, Yang-Hyun K, Kyungdo H, Ga EN, Gwang SK, Byoung-Duck H, et al. Atrophic gastritis: a related factor for osteoporosis in elderly women. PLoS ONE. 2014 [citado 30/06/2016]; 9 (7). Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0101852>
9. Kenshi Y. The endoscopic diagnosis of early gastric cancer. Ann Gastroenterol. 2013 [citado 01/07/2016]; 26 (1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3959505/>
10. García Capote E, Crespo Ramírez E, Guanche Garcell H. Infección por *Helicobacter pylori* en pacientes atendidos en consulta de gastroenterología. Rev Ciencias Médicas. 2014 [citado 01/07/2016]; 18 (3): 453-62. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Talley NJ, Vakil N, Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Guidelines for the management of dyspepsia. Am J Gastroenterol. 2005 [citado 01/07/2016]; 100 (10): 2324-37. Disponible en: <http://s3.gi.org/physicians/guidelines/dyspepsia.pdf>
12. Rollan A, Arab JP, Camargo MC, Candia R, Harris P, Ferreccio C, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection in Latin America: A Delphi technique-based consensus. World J Gastroenterol. 2014 [citado 01/07/2016]; 20 (31): 10969-83. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25152601>
13. Chey WD, Wong BC, Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. American College of Gastroenterology guideline on the management of *Helicobacter pylori* infection. Am J Gastroenterol. 2007 [citado 01/07/2016]; 102 (8):1808-25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17608775>

14. Kalach N, Bontems P, Cadranet S. Advances in the treatment of *Helicobacter pylori* infection in children. Ann Gastroenterol. 2015 [citado 01/07/2016]; 28 (1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4289981/>
15. Dos Santos AA, Carvalho AA. Pharmacological therapy used in the elimination of *Helicobacter pylori* infection: a review. World J Gastroenterol. 2015 [citado 01/07/2016]; 21 (1): 139-54. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25574087>
16. National Toxicology Program, Department of Health and Human Services. Ionizing radiation. Report on carcinogens. 14 ed. 2011 [citado 01/07/2016]. Disponible en: <https://ntp.niehs.nih.gov/ntp/roc/content/profiles/ionizingradiation.pdf>



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).