



REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

TÍTULO: Eficacia de la triple terapia como alternativa postoperatoria en los pacientes ulcerosos perforados.

AUTOR: MSc. Dr. Roberto Ernesto Alvarez Ortega.

Ciudad de Morón, 2013.



REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

TÍTULO: Eficacia de la triple terapia como alternativa postoperatoria en los pacientes ulcerosos perforados.

TESIS EN OPCIÓN A ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN CIRUGÍA GENERAL.

AUTOR: MSc. Dr. Roberto Ernesto Alvarez Ortega.

Máster en Urgencias Médicas. Residente de Cuarto Año en Cirugía General. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Hospital Universitario “Capitán Roberto Rodríguez Fernández”.

TUTOR: Dr. José Antonio Hernández Liven.

Máster en Urgencias Médicas. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Profesor Instructor. Hospital Universitario “Capitán Roberto Rodríguez Fernández”.

Ciudad de Morón, 2013

AGRADECIMIENTOS

- ❖ A mi familia, por la constancia y apoyo brindado, por la fuerza y convicción que me han profesado.
- ❖ A todos los que de alguna forma han colaborado en la culminación de este trabajo.

DEDICATORIA

A las personas que por su tesón, rectitud y paciencia inquebrantable contribuyeron a
la culminación de esta investigación.

PENSAMIENTO

“Emplearse en lo estéril cuando se puede hacer lo útil; ocuparse en lo fácil cuando se tienen bríos para intentar lo difícil, es despojar de su dignidad al talento. Todo el que deja de hacer lo que es capaz de hacer, peca.”

José Martí

RESUMEN

La perforación corresponde a una frecuente y siempre grave complicación de la enfermedad ulceropéptica. Se realizó un estudio observacional descriptivo para evaluar la eficacia de la triple terapia como alternativa postoperatoria en los pacientes ulcerosos perforados atendidos en el Hospital universitario Capitán Roberto Rodríguez Fernández de Morón, en el período comprendido del 1^o de enero del 2011 hasta el 31 de diciembre del 2012 teniendo en cuenta la alta incidencia de esta patología en la población atendida. La información se obtuvo de historias clínicas; los resultados se presentaron a través de números absolutos y porcentajes en cuadros estadísticos según las variables propuestas y se concluyó que el grupo de edad de mayor incidencia fue en mayores de 65 años para ambos sexos con 38.35% en el masculino y 9.59% en el femenino; los factores de riesgo que preponderaron fueron los hábitos tóxicos y los antecedentes de enfermedad ulceropéptica con el 72.70% y 58.90% respectivamente; entre los síntomas y signos que predominaron se hallan el dolor abdominal presente en todos los pacientes para el 100 % y la contractura muscular en el 93.15%. La exploración clínica fue el elemento de mayor valor diagnóstico representando el 95.89%; las úlceras duodenales se perforaron con mayor frecuencia para un 65.75 %; el intervalo del tamaño de la perforación de > 1 - 2 cm fue al que más casos tributaron para un 36.99%; la peritonitis fibrinopurulenta fue la más representativa con el 61.64% al igual que la sutura y epiploplastia libre más biopsia como la intervención quirúrgica más frecuentemente aplicada para un 53.42%; la complicación más frecuente fue la sepsis de la herida quirúrgica para un 73.97 %. En el 85.51% de los pacientes se utilizó la triple terapia solamente en el tratamiento en un segundo tiempo y el 94.52% egresó vivo reportándose un 5.48% de fallecidos.

Palabras Clave: ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA/enfermedad, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Páginas

Introducción _____	1
Marco Teórico _____	5
Materiales y Métodos _____	9
Resultados y Discusión _____	16
Conclusiones _____	28
Recomendaciones _____	29
Referencias Bibliográficas _____	30
Anexos _____	35

INTRODUCCIÓN

La úlcera péptica es una enfermedad de origen multifactorial que se caracteriza desde el punto de vista anatomopatológico por la lesión localizada y en general solitaria de la mucosa del estómago o del duodeno y que se extiende, como mínimo hasta la muscularis mucosae (1). Su prevalencia es elevada, pues afecta entre el 5 y el 10 % de la población en algún período de la vida, con una prevalencia de úlcera activa en un momento determinado del 1 % (2). La úlcera gástrica en la actualidad ha disminuido su incidencia, oscilando entre el 0.3 y 0.4 por 1000 habitantes. En Europa y EE.UU. su incidencia es la mitad de la úlcera duodenal. Raras veces se presenta antes de los 40 años de edad y su pico de incidencia se sitúa entre los 55 y 65 años, siendo similar en ambos sexos (1, 2). La úlcera duodenal ha disminuido su incidencia en los últimos treinta años, su pico de incidencia ocurre en los 45 años y aunque es más frecuente en varones que en las mujeres, datos recientes indican que su incidencia en la actualidad es similar en ambos sexos, lo que debe estar en relación con los factores de riesgos (3).

Aproximadamente el 20% de los pacientes sufrirán alguna complicación en el curso de su enfermedad, su mortalidad global es del 2.5% y generalmente se debe a complicaciones de la cirugía (4, 5).

Sus complicaciones son generalmente graves, la perforación constituye después de la hemorragia la complicación más frecuente y la más grave de todas, produciendo un cuadro agudo y grave de peritonitis que sin tratamiento adecuado lleva al paciente a un estado de shock y la muerte. Su incidencia y prevalencia ha disminuido en los últimos 15 años con los nuevos tratamientos de la enfermedad ulcerosa (6, 7).

No obstante, actualmente representa un problema de salud mundial afectando entre un 6 a 7 % de los pacientes portadores de úlcera gastroduodenal, en EE.UU. aflige a más de 10 millones de ciudadanos (8). En Cuba también constituye un problema de salud y se reportan estudios como los de la Dra. Yasmín Rodríguez Pascual y colaboradores en Holguín y el Dr. Jesús M. Gómez Triana y colaboradores de Sancti

Spíritus donde se señalan las técnicas quirúrgicas usadas, sus complicaciones y mortalidad (9-11).

La provincia de Ciego de Ávila, en su porción norte no escapa de la problemática en cuestión, teniendo en cuenta las estadísticas que muestra el Hospital Roberto Rodríguez Fernández, centro de salud que brinda cobertura de salud a la población de dicha área.

Las intervenciones quirúrgicas electivas y urgentes han disminuido con el tratamiento de la úlcera gastroduodenal debido a la disponibilidad de medicamentos altamente efectivos y bien tolerados para su tratamiento tales como: los bloqueadores H2 e inhibidores de la bomba de protones, así como la identificación del *Helicobacter pylori* como factor de recurrencia de la enfermedad ya que se puede actuar directamente sobre varios de los factores fundamentales en la génesis de la misma como son la infección por el *Helicobacter pylori*, la hipersecreción gástrica y las enfermedades propias de la mucosa; solo la erradicación de la infección se asocia con notables beneficios como son la aceleración de la cicatrización ulcerosa, la reducción de las recidivas, la prevención de las complicaciones (12,13).

Antes de contar con las nuevas terapéuticas se recomendaba en el tratamiento quirúrgico de la úlcera gastroduodenal perforada técnicas quirúrgicas que actuaran sobre los mecanismos de producción de la enfermedad como las vaguectomías y vías de drenajes gástricas siempre que estuvieran indicadas e inclusive las vaguectomías se asociaban con antrectomías y gastrectomías, teniendo presente una serie de factores como el tiempo de evolución de la perforación, enfermedades asociadas, características de la peritonitis (14,15), pero con el advenimiento de las nuevas terapéuticas, las técnicas a usar han quedado a la decisión personal del cirujano avalado por sus conocimientos y experiencias (9), por lo que no existe una conducta uniforme en relación al proceder, situación que se mantiene a nivel internacional, nacional y en la provincia.

En la literatura consultada se destacan las técnicas más usadas: la sutura y epiploplastia (técnica de Graham) en la úlcera duodenal perforada y la sutura y epiploplastia con biopsia en las úlceras gástricas perforadas (10, 11,16).

Teniendo en cuenta la gran incidencia de esta complicación de la úlcera gastroduodenal en la cirugía de urgencia, su gravedad, así como la necesidad de aunar criterios sobre las posibles variantes de tratamiento quirúrgico es que nos sentimos motivados a realizar este trabajo sobre los casos atendidos en nuestro hospital por úlcera gastroduodenal perforada.

Por todo lo anterior se define el siguiente **problema científico**:Cuál es la eficacia de la triple terapia como alternativa postoperatoria en el paciente ulceroso perforado atendido en el Hospital Universitario Capitán Roberto Rodríguez Fernández de Morón, en el periodo comprendido del 1^{ro} de enero del 2011 al 31 de diciembre de 2012.

Para la realización de la investigación y darle respuesta al problema científico planteado, le daremos solución a las siguientes **preguntas científicas**:

1. ¿Cómo han evolucionado los procedimientos médicos y quirúrgicos en el proceso asistencial a los pacientes asistidos por úlcera péptica gastroduodenal perforada?
2. ¿Qué características distinguen los procedimientos médicos-quirúrgicos para el tratamiento de la úlcera péptica gastroduodenal perforada?
3. ¿Qué caracteriza el tratamiento de la úlcera péptica gastroduodenal perforada en el Hospital Universitario Capitán Roberto Rodríguez Fernández de Morón?

El **Objeto** de la investigación lo constituye el proceso asistencial de los pacientes asistidos en el Hospital Universitario Capitán Roberto Rodríguez Fernández de Morón por Abdomen Agudo desde el 1^{ro} de enero del 2011 hasta el 31 de diciembre del 2012.

Se define como **campo** de la investigación los pacientes atendidos en el servicio de Cirugía General con el diagnóstico definitivo de abdomen agudo por úlcera péptica perforada en el periodo comprendido 1^{ro} de enero del 2011 hasta el 31 de diciembre del 2012.

Como **objetivos** de la Investigación se precisaron los siguientes:

Objetivo General

Evaluar la eficacia de la triple terapia como alternativa postoperatoria en los pacientes ulcerosos perforados atendidos en el Hospital Universitario Capitán Roberto Rodríguez Fernández de Morón, en el periodo comprendido del 1^o de enero del 2011 hasta el 31 de diciembre del 2012.

Objetivos Específicos

1. Distribuir pacientes estudiados según:
 - 1.1 Grupos de edad y sexo.
 - 1.2 Factores de riesgo.
 - 1.3 Síntomas y signos.
 - 1.4 Medios diagnósticos.
 - 1.5 Localización anatómica de la perforación.
 - 1.6 Tamaño de la perforación.
 - 1.7 Tipo de peritonitis.
 - 1.8 Técnica quirúrgica empleada y la topografía de la perforación.
 - 1.9 Complicaciones postoperatorias.
 - 1.10 Tratamiento en segundo tiempo.
 - 1.11 Estado al egreso.

La **novedad científica**: Está determinada por la eficacia de la triple terapia como alternativa postoperatoria en el paciente portador de enfermedad ulcero-péptica perforada.

El **Aportes Social-Económico-Científico**: En lo social es una recuperación rápida de estos pacientes para incorporarse a su vida social, en lo económico el tratamiento es menos costoso y el paciente se logra incorporar a su vida laboral precozmente con un mínimo de secuelas y en lo científico se relaciona con la terapia asistida por el Omeprazol en el estadio postoperatorio de los pacientes ulcerosos perforados operados que resuelven sin necesidad de procedimientos más invasivos y de mayor complejidad que facilitarían estandarizar criterios de unificación terapéutica en este tipo o categoría de pacientes.

MARCO TEÓRICO

El término úlcera péptica la utilizó por primera vez Quincke en 1862 e indicaba que las propiedades digestivas del jugo gástrico eran las responsables de su producción. En la actualidad, se reconoce el papel del ácido clorhídrico y la pepsina, pero está claro que no es la única causa de la úlcera (2).

En el año 350 antes de Cristo, Diodos habla de la primera ulceración gástrica, Marcellus Donatus en 1586 describe en una autopsia la primera úlcera gástrica y en 1688 Murarto también describe una duodenal en otra autopsia y en 1773 Morgagni describe las dos en un mismo paciente (17). La primera úlcera péptica perforada data del 1670, y fue la hija de Carlos I de Inglaterra (18,19). El primer intento de tratamiento quirúrgico fue en 1884, hecha por Bennett y Dean, después Mickulics en 1888 logra el primer éxito en su tratamiento quirúrgico (18). Pero mantuvo alta mortalidad hasta que en 1937 Graham publica el trabajo donde le añade al cierre de Mickulics una plastia de epiplón, lográndose una supervivencia de un 94% (16, 17, 20).

En 1940 Graham popularizó la sutura y epiploplastia, disminuyó considerablemente la mortalidad por esta complicación de la úlcera gastroduodenal, quedó este método como el único o el más efectivo para el tratamiento quirúrgico no definitivo de esta patología, rechazándose otras técnicas por el temor a las complicaciones como la temida mediastinitis (21, 22).

En los últimos años diversos autores han comunicado un descenso de la prevalencia de la úlcera péptica gastroduodenal (UPGD) no complicada debido fundamentalmente a la introducción de nuevos agentes farmacológicos (antagonistas H₂, inhibidores de la bomba de protones, etc.) que permiten controlar con mayor eficacia los brotes de agudización de la enfermedad. En 1984, Marshall y Warren describieron la presencia del *Helicobacter pylori* en biopsias antrales de pacientes

con gastritis y úlcera péptica, cuya erradicación produce la curación de la enfermedad ulcerosa, con unos porcentajes de recaída muy bajos. Sin embargo, se publicaba que en el mismo período el número de procedimientos quirúrgicos realizados en pacientes con dicha entidad complicada ha permanecido invariable (23).

Blackford (1942) y Taylor (1946) han recomendado el tratamiento médico de la úlcera gastroduodenal perforada (24). Este manejo en modo alguno es recomendable en los casos con menos de 12 h de evolución y en nuestro medio se propugna el quirúrgico. Se conocen muchos métodos quirúrgicos para tratar la úlcera péptica gastroduodenal, su indicación está dada por las complicaciones que puede presentar el paciente como: hemorragias, perforación, obstrucción e intratabilidad, indicaciones que han disminuido con los tratamientos actuales, cada técnica tiene índices específicos de morbilidad y recurrencia y su elección está determinada por el problema clínico exacto y por la destreza del equipo quirúrgico. Las técnicas más usadas son:

- Vaguetomía con piloroplastia.
- Vaguetomía con antrectomía (Billroth I o II).
- Hemigastrectomía.
- Vaguetomía altamente selectiva (1, 3, 5, 18).

Durante los últimos diez años ha habido una disminución de forma progresiva de su frecuencia con el advenimiento de los nuevos tratamientos, pero aún constituye un problema de salud y ocurre entre el 6 al 10 % de los pacientes portadores de úlcera péptica gastroduodenal (9, 10,15). Se perfora mucho más la duodenal que la gástrica y predomina en el sexo masculino en relación de 15 a 1, en los hombres el 12 % corresponde a las gástricas y el 83 % a las duodenales y en las mujeres es de 25 % para las gástricas y el 70 % para las duodenales. Su mayor incidencia en los adultos es entre 30 y 45 años con un 75 %, el predominio en las duodenales es a los 33 años y en las gástricas es de 46 años. Se perforan más en otoño y primavera así como en horas de la tarde y la noche (10, 11, 15, 23). Tiene una mayor frecuencia de

ocurrencia en fumadores, bebedores, en personas sometidos a estrés y con sistemas nerviosos inestables (15, 24).

En la evolución histórica del tratamiento de la úlcera clorhídrico péptica gastroduodenal hasta la segunda mitad del siglo XX se usaba el tratamiento higiénico dietético que incluía las recomendaciones dietéticas; la supresión de agentes tóxicos como el tabaco, alcohol, café, té; medicamentos ulcerogénicos y el apoyo psicológico. Desde el punto de vista farmacológico se recomendaba el uso de antiácidos y medicamentos anti-colinérgicos del tipo de la Belladona y la Propantelina (1, 2, 17).

Hasta el momento, los criterios relacionados con el tratamiento de esta patología han experimentado importantes cambios; pues con el tratamiento paliativo los síntomas reaparecen con relativa frecuencia y en ocasiones surgen nuevas perforaciones cuando se realiza una intervención no definitiva. En nuestro país, existe una tendencia general a optar por la sutura y epiploplastia en el tratamiento de urgencia de esta complicación de la úlcera gastroduodenal (25- 27); pero están aún en discusión las posibles variantes a seguir (28, 29).

La perforación de la úlcera gastroduodenal lleva tratamiento quirúrgico de urgencia y antes del advenimiento de los nuevos medicamentos se orientaba hacer un procedimiento quirúrgico definitivo por la posibilidad de la recidiva y otras complicaciones siempre que existieran una serie de condiciones como la edad del paciente, su riesgo quirúrgico, las características de la peritonitis, las horas de evolución de la perforación (menos de 6 horas) y otros (9, 14-16).

En el país, la provincia y el municipio existe la tendencia de métodos no definitivos en el tratamiento quirúrgico de esta complicación, pero sin embargo no está establecido un procedimiento común y queda a la decisión del cirujano en base a su experiencia y pericia. En los trabajos revisados al respecto comprobamos este hecho, aunque se observa que las técnicas más usadas son la sutura y epiploplastia en las duodenales y la biopsia con sutura y epiploplastia en las gástricas (10-12), no obstante otras revisiones al respecto aún siguen recomendando métodos quirúrgicos definitivos.

Después del advenimiento de nuevos medicamentos altamente efectivos y bien tolerados que se combinan en una triple terapia, como:

- Los antagonistas H₂ (Cimetidina, Famotidina, Nizatidina, y Ranitidina).
- Agentes protectores de la mucosa (Subnitrato de Bismuto, Surcarfato).
- Inhibidores de la bomba de protones (Omeprazol, Pantoprazol, Lanzoprazol).

Así como la identificación del *Helicobacter pylori* como un factor etiológico importante de la enfermedad y de su recurrencia, el que se puede eliminar con el uso de antibióticos (1, 6, 12, 13, 17, 18).

Logrando una efectividad elevada en la curación de la enfermedad por lo que la necesidad de la terapéutica quirúrgica ha disminuido considerablemente, siendo ya excepcional una intervención quirúrgica de forma electiva al no ser en las complicaciones como la obstrucción pilórica, una hemorragia digestiva o una perforación (1, 2, 9).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo para evaluar la eficacia de la triple terapia como alternativa postoperatoria en los pacientes ulcerosos perforados atendidos en el Hospital Universitario Capitán Roberto Rodríguez Fernández de Morón, en el periodo comprendido del 1^{ro} de enero del 2011 hasta el 31 de diciembre del 2012.

La **población** quedó definida por todos los pacientes asistidos por úlcera péptica gastroduodenal perforada en el Hospital Universitario Capitán Roberto Rodríguez Fernández de Morón.

La **muestra** fue incidental y coincidió en su totalidad con la población.

Los métodos empleados en la presente investigación fueron los siguientes:

Nivel Teórico.

- **Histórico – lógico:** Se emplearon con el propósito de conocer la evolución histórica que ha tenido el tratamiento de la prevención en Cuba, para lograr una percepción más objetiva del fenómeno estudiado y comprender su movimiento y proyección.
- **Analítico y sintético:** Se utilizaron con el propósito de comprender los nexos y las relaciones que se dan en el contenido, permite jerarquizarlo según su relación con el fenómeno objeto de estudio. Además se emplearon fundamentalmente en la elaboración del diagnóstico sobre el estado actual del problema, así como en la interpretación de fuentes bibliográficas para determinar las posiciones teóricas que sustentaron la solución del problema científico y para arribar a conclusiones.
- **Enfoque de sistema:** Permitió establecer relaciones de jerarquía entre sus componentes y la relación con el contexto, todo lo que facilitó la precisión en cuanto a la coherencia e integridad de las acciones a seguir para la elaboración del programa de comunicación educativa.
- **Inductivo-deductivo:** Se utilizaron para seguir un orden lógico en los fundamentos teóricos del tema y arribar a conclusiones parciales y generales.

➤ **Dialéctico-materialista:** Fue utilizado a lo largo de toda la investigación para conocer la evolución del tema de la investigación hasta la actualidad.

Nivel Empírico:

Técnicas:

➤ **Observación:** Se utilizó para recoger en forma sistemática y planificada evidencias empíricas acerca de los resultados obtenidos con el empleo del Omeprazol como terapia postoperatoria en el paciente perforado en el Hospital Universitario Capitán Roberto Rodríguez Fernández de Morón.

➤ **Encuesta:** Se utilizó con el propósito de indagar acerca de las características de la enfermedad ulcero-péptica, los síntomas de los pacientes a su llegada al referido Hospital, la respuesta a la terapia con Omeprazol en el postoperatorio.

➤ **La observación directa:** (observación del paciente) para diagnosticar en qué momento y de qué forma se trabaja la terapia postoperatoria del paciente ulceroso perforado.

Nivel estadístico.

➤ **Análisis porcentual.** Se empleó para expresar los diferentes resultados en tablas utilizando como medida de resumen de la información el por ciento.

Se recolectaron los datos de los expedientes clínicos que se vaciaron en una ficha de recolección de datos primarios confeccionados por el autor, para darle cumplimiento a los objetivos propuestos en la investigación (Anexo 1).

La estadística descriptiva se utilizó para analizar los resultados obtenidos en la aplicación de los inhibidores de la bomba de protones en el tratamiento postoperatorio de los pacientes ulcerosos que sufrieron como complicación la perforación. Los resultados fueron expuestos en tablas.

Las variables evaluadas en el estudio fueron: grupos de edad y sexo, factores de riesgo, síntomas y signos, medios diagnósticos, localización anatómica de la

perforación, tamaño de la perforación, tipo de peritonitis, técnica quirúrgica empleada y la topografía de la perforación, complicaciones postoperatorias, tratamiento en segundo tiempo, estado al egreso.

Operacionalización de variables:

Variables	Escala	Definición operacional de la escala
Edad.	<ul style="list-style-type: none"> – 15 – 25 años. – 26 – 35 años. – 36 – 45 años. – 46 – 55 años. – 56 – 65 años. – Más de 65 años. 	Tiempo que media entre el nacimiento y la fecha en el momento del ingreso expresado en años cumplidos. (Edad cronológica).
Sexo.	<ul style="list-style-type: none"> – Femenino. – Masculino. 	Características biológicas según caracteres sexuales primarios y secundarios externos.
Factores de riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> – Antecedentes de enfermedad ulceropéptica. – Hábitos tóxicos. – Ingestión de medicamentos ulcerogénicos. 	Condicionantes al desarrollo y complicación de la enfermedad.
Síntomas y signos.	<ul style="list-style-type: none"> – Dolor abdominal. – Náuseas. – Vómitos. – Fiebre. 	Grupo de síntomas y signos que caracterizan esta entidad nosológica.

	<ul style="list-style-type: none"> – Acidez. – Contractura muscular (vientre en tabla). – Borramiento de la matidez hepática. – Ruidos hidroaéreos anormales. – Deshidratación. 	
Medios diagnósticos.	<ul style="list-style-type: none"> – Exploración Clínica – Radiografía de tórax de pie (positivo de neumoperitoneo). – Ecografía abdominal (positivo de líquido libre en cavidad). – Laparoscopia (positivo de líquido libre en cavidad). – Punción abdominal (positivo de líquido libre en cavidad). – Hemograma con diferencial. 	De acuerdo a los elementos que se utilizan para apoyar el diagnóstico de esta enfermedad.
Localización anatómica de la perforación.	<ul style="list-style-type: none"> – Gástricas. – Duodenales. – Pilóricas. – Otras. 	De acuerdo a la localización anatómica.
Tamaño de la perforación.	<ul style="list-style-type: none"> – <0.5 cm 	Expresado por el diámetro del orificio de

	<ul style="list-style-type: none"> - >0.5 -1 cm - >1 - 2 cm - >2 - 3cm - > 3cm 	la perforación.
Tipo de peritonitis.	<ul style="list-style-type: none"> - Biliosa. - Fibrinopurulenta - Purulenta. - Formación de abscesos. 	De acuerdo a la característica del exudado encontrado en la laparotomía.
Técnica quirúrgica empleada y la topografía de la perforación.	<ul style="list-style-type: none"> - Sutura y epiploplastia pediculada más biopsia. - Sutura y epiploplastia libre más biopsia. - Gastrectomía subtotal y gastroyeyunotomía. - Vaguetomía y piloroplastia. - Vaguetomía y antrectomía. - Gastroenterostomía con vaguetomía - Gastrectomía parcial (Resección en cuña). - Gastrectomía por exclusión. 	Tipo de tratamiento quirúrgico según lo establece el Manual de Diagnóstico y tratamiento de Cirugía General.

Complicaciones postoperatorias.	<ul style="list-style-type: none"> - Peritonitis generalizada. - Peritonitis localizada. - Íleo paralítico. - Dehiscencia de sutura. - Neumopatía inflamatoria. - Sepsis urinaria. - Sepsis de la herida. - Dilatación gástrica .aguda. - Evisceración. - Absceso intraabdominal. 	Complicaciones más frecuentes relacionado con la evolución natural de la enfermedad de la enfermedad.
Tratamiento en segundo tiempo.	<ul style="list-style-type: none"> - Quirúrgico. - Triple terapia. - Tiple terapia más quirúrgico. 	Alternativas terapéuticas a tener en cuenta para el segundo tiempo de tratamiento.
Estado al egreso.	<ul style="list-style-type: none"> - Vivo. - Fallecido. 	De acuerdo a la evolución del paciente al momento del egreso.

Criterio de inclusión: Todos los pacientes asistidos con el diagnóstico de Úlcera Gastroduodenal Perforada, que el diagnóstico fue confirmado por laparotomía.

Criterios de exclusión: Los pacientes asistidos con el diagnóstico de úlcera péptica perforada, cuya certeza diagnóstica confirmó la perforación de otras vísceras huecas confirmadas por laparotomía.

Triple Terapia: Está determinada por la combinación de tres drogas encaminadas a la erradicación de la inflamación y la infección por *Helicobacter Pylori* en los pacientes ulcerosos perforados como alternativa no operatoria en un segundo tiempo.

Internacionalmente se han utilizado diferentes combinaciones, en nuestra investigación avalada por resultados internacionales se usaron dos combinaciones esenciales, considerando los pacientes con alergia a las penicilinas y sus derivados.

Combinación N°. 1

Omeprazol: 20mgs/12horas por 30 días.

Amoxicilina: 1g/12horas por 10 días.

Metronidazol: 500mgs/12horas por 10 días.

Combinación N°. 2 (Para pacientes con alergia a la penicilina).

Omeprazol: 20mgs/12horas por 30 días.

Metronidazol: 500mgs/12horas por 10 días.

Claritromicina: 500mgs/12horas por 7días.

Esta investigación fue realizada según los requisitos establecidos por el departamento de postgrado de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila y respetando los principios éticos de la investigación científica, se utilizó el método científico dialéctico materialista.

Los datos se procesaron usando el paquete de datos estadístico SPSS para Windows, la técnica de recolección de la información fue manual y computarizada.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución de los pacientes según grupos de edad y sexo. Hospital Universitario Capitán Roberto Rodríguez Fernández de Morón, en el periodo comprendido del 1^o de enero del 2011 al 31 de diciembre de 2012.

Grupos de Edad	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
15 – 25	1	1.37	0	0.00	1	1.37
26 – 35	1	1.37	0	0.00	1	1.37
36 – 45	2	2.74	1	1.37	3	4.11
46 – 55	8	10.96	2	2.74	10	13.70
56 – 65	19	26.03	4	5.48	23	31.51
Más de 65	28	38.35	7	9.59	35	47.94
Total	59	80.82	14	19.18	73	100.00

Fuente: Historias Clínicas.

Al analizar la tabla 1 se encontró que el grupo de edad de mayor incidencia de la enfermedad apareció en mayores de 65 años para ambos sexos con 38.35% en el masculino y 9.59% para el femenino representando el 47.94% del total de pacientes; autores como Gómez Triana y colaboradores obtiene resultados similares al reportar como grupo de edad de mayor incidencia a los mayores de 60 años con un 45,29 % (10) sin embargo Jiménez Prendes señala como el grupo más afectado el de 30 a 45 años con un 75 % (15), lo que debe estar en relación a que la úlcera perforada es más frecuente en el duodeno y su mayor incidencia es en esa edad. Entre tanto se mostró que prevalecía el sexo masculino con 59 pacientes para un 80.82%. Coincidimos con lo que plantean la mayoría de los autores que dicha entidad es más frecuente en el sexo masculino, Gómez Triana y colaboradores encontraron un predominio del sexo masculino del 80,68 % (10), Rodríguez Pascual y colaboradores

señalan que el 92,5 % fueron masculinos (11) y Jiménez Prendes refiere una prevalencia del masculino sobre el femenino de 15 a 1(15).

Tabla 2. Distribución de los pacientes según factores de riesgo.

Factores de riesgo	No.	%
Antecedentes de enfermedad ulceropéptica	43	58.90
Hábitos tóxicos.	53	72.70
Ingestión de medicamentos ulcerogénicos.	19	26.03

Como se aprecia en la tabla 2 los factores de riesgo que preponderaron fueron los hábitos tóxicos con 53 pacientes y los antecedentes de enfermedad ulceropéptica con 43 pacientes, representando el 72.70% y 58.90%; una investigación publicada en el 2009 en la revista Cubana de Cirugía por Miranda y colaboradores muestra similares resultados (30). Se calcula que alrededor del 50% de la población mundial adulta está infectados por el germen *Helicobacter pylori* y solamente entre el 10 y el 20% de los infectados presenta úlcera péptica, por lo que debe considerarse que este germen no es el origen único de la enfermedad, sino únicamente uno de los muchos factores que están implicados en su aparición.

En relación a los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos cuya utilización está muy generalizada para tratar el dolor articular, la cefalea o para descender la fiebre, alrededor del 25% de las personas que los utilizan habitualmente pueden llegar a presentar úlcera péptica o algún trastorno relacionado y alrededor del 75% de aquéllos que han presentado una hemorragia digestiva han empleado este tipo de medicamentos poco antes de la aparición de esta complicación (31, 32).

Tabla 3. Distribución de los pacientes según síntomas y signos.

Síntomas y signos	No.	%
Dolor abdominal	73	100.00
Náuseas	19	26.03
Vómitos	17	23.29
Fiebre	13	17.81
Acidez	15	20.55
Contractura muscular (vientre en tabla)	68	93.15
Borramiento de la sub-matidez hepática	17	23.29
Ruidos hidroaéreos anormales	42	57.53
Deshidratación	12	16.44

En la tabla 3 se distinguen entre los síntomas y signos que predominaron se hallan el dolor abdominal presente en todos los pacientes para el 100 % y la contractura muscular (vientre en tabla) en el 93.15%. Nuestros hallazgos se corresponden con la literatura revisada (1- 3, 9), Gómez Triana y colaboradores encontraron que sus síntomas y signos más frecuentes fueron la epigastralgia y el vientre en tabla (10), Butte encontró que el 95,4 % de sus pacientes presentaron epigastralgia (33).

Esta afección se manifiesta por un intenso dolor abdominal localizado en la porción superior del abdomen (epigastrio) que comienza de forma abrupta y se describe frecuentemente como "dolor en puñalada" (34).

Estos resultados se corresponden con la peritonitis química que se produce a inicio del proceso y que es seguida de una peritonitis séptica.

Tabla 4. Distribución de los pacientes según medios diagnósticos empleados para el diagnóstico.

Medios diagnósticos	Realizados	Positivos	%
Exploración Clínica	73	70	95.89
Radiografía de tórax de pie	69	63	86.30
Ecografía abdominal	64	54	84.38
Laparoscopia	1	1	100.00
Punción abdominal	5	5	100.00
Hemograma con diferencial	73	59	80.82

En la tabla 4 podemos observar que la exploración clínica fue el elemento de mayor valor diagnóstico representando el 95.89%, seguido de la radiografía de tórax de pie y la ecografía abdominal para un 86.30% y 84.38% respectivamente. Sin embargo la laparoscopia y la punción abdominal que mostraron un 100% de positividad, solo se usaron cuando hubo dudas diagnósticas en escaso número de pacientes. Nos llama la atención que varios autores reportan positividad de la radiografía de tórax que oscila entre el 75 y el 90 % (10, 11, 33). Ríos y colaboradores señalan la importancia de la ecografía y la laparoscopia sobre todo cuando pudiera existir duda diagnóstica y la radiografía de tórax fuera negativa de neumoperitoneo (30, 35, 36). Indiscutiblemente el Rx de tórax es el examen de elección, pero debemos agotar los demás complementarios cuando existen dudas del diagnóstico en aras de su precocidad que tanto influye en la morbimortalidad.

Tabla 5. Distribución de los pacientes según localización topográfica de la úlcera perforada.

Localización topográfica	No.	%
Gástricas	7	9.59
Duodenales	48	65.75
Pilóricas	16	21.92
Otras	2	2.74
Total	73	100.00

Constatamos en la tabla 5 que las úlceras duodenales se perforaron con mayor frecuencia para un 65.75 %, le siguen en este orden las pilóricas y gástricas para el 21.92% y el 9.59%. Señalamos que tuvimos 2 casos que se perforaron a Páncreas, localización esta infrecuente. Nuestro trabajo se corresponde con la literatura revisada donde predominó la perforación duodenal, Gómez Triana y colaboradores señalan la perforación duodenal con un 73,29 % (8-10). En cambio contrasta con autores como Rodríguez Acosta y colaboradores que en una serie de 31 pacientes perforados 15 tenían localización gástrica (16), Butte y colaboradores reportan un predominio de las gástricas pero a expensa de las situadas en la región pilórica (33). Recordemos que la úlcera péptica gástrica crónica se localiza preferentemente en la curvatura menor y en las cercanías del píloro, en zonas gástricas desprovistas de secreción clorhidropéptica y escasa protección por el mucus (37). Miranda en su estudio incluye las úlceras pilóricas y prepilóricas entre las gástricas de tipo 3, de acuerdo a la clasificación moderna, aunque fisiopatológicamente se comportan como duodenales y coinciden con los reportados tanto nacional como internacionalmente, en los que la úlcera duodenal ocupa el primer lugar (30).

Tabla 6. Distribución de los pacientes según tamaño de la perforación.

Tamaño de la perforación	No.	%
<0.5 cm	11	15.07
>0.5 -1 cm	19	26.02
>1 - 2 cm	27	36.99
>2 - 3cm	10	13.70
> 3cm	6	8.22
Total	73	100.00

En la tabla 6 apreciamos que el intervalo del tamaño de la perforación de > 1 - 2 cm fue al que más casos tributaron para un 36.99%, seguido de los intervalos de > 0.5 - 1 cm y <0.5 cm para un 26.02% y 15.07% respectivamente. La literatura analizada concuerda con los resultados de nuestro trabajo en cuanto al tamaño de la perforación, en la mayoría de los estudios ésta varía entre pocos milímetros a un par de centímetros (30). En cierta medida el tamaño de la perforación es un factor predictor de tratamiento quirúrgico obligado en segundo tiempo pues generalmente estos pacientes continúan con sintomatologías llegando a aparecer en algunos casos estenosis pilórica a consecuencia de la reacción inflamatoria y el proceso cicatrizal (38).

Tabla 7. Distribución de los pacientes según tipo de peritonitis encontrada.

Tipo de peritonitis	No.	%
Biliosa	5	6.85
Fibrinopurulenta	45	61.64
Purulenta	18	24.66
Formación de abscesos	5	6.85
Total	73	100.00

Como se aprecia en la tabla 7 la peritonitis fibrino purulenta fue la más representativa con el 61.64% lo cual nos demuestra las horas de evolución de esta complicación. La peritonitis bacteriana difusa continua siendo un azote en los servicios de Cirugía, esto coincide con autores como Johson, Baldessarre, Sawyer y Rosenlof, estos autores reportan que el diagnóstico precoz y la operación oportuna son importantes para la solución de estas peritonitis (39-42).

Esta grave complicación que se produce cuando la úlcera perfora las paredes del estómago o duodeno es la más temida de esta enfermedad. El contenido gástrico entra en contacto con el peritoneo y produce una peritonitis aguda. Si se confirma la presencia de esta complicación, es imprescindible la realización con carácter urgente de una intervención quirúrgica para cerrar la perforación (43).

De una a tres horas la acción del ácido clorhídrico en la superficie del peritoneo produce una quemadura por acción directa del mismo, el cual más tarde se modifica siendo colonizado por bacterias del tubo digestivo, estas peritonitis que en un inicio pueden ser biliosas o con abundante contenido gástrico rápidamente se modifican originando la formación de grumos, pus con la consolidación de abscesos múltiples abdominales. La calidad de la peritonitis tiene un valor pronóstico en el control de esta complicación, pues en algunos pacientes debilitados secundarios a enfermedades crónicas como el alcoholismo, diabetes mellitus, malnutrición son tributarios a relaparotomías (44).

Es un factor importante a considerar el hecho de que la severidad de la peritonitis contraindica el tratamiento definitivo en la intervención inicial, pues el riesgo de mediastinitis y dehiscencia de las suturas digestivas está latente, es por ello que en estas condiciones la toilette amplia de la cavidad y el cierre con parche de epiplón debe ser el tratamiento de elección (43).

Tabla 8. Distribución de los pacientes según técnica quirúrgica empleada y la topografía de la perforación.

Técnicas quirúrgicas	Gástricas		Duodenales		Pilóricas		Otras		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Sutura y epiploplastia pediculada más biopsia	3	4.11	18	24.66	6	8.2	0	0.0	27	36.9
Sutura y epiploplastia libre más biopsia	3	4.11	26	35.62	10	13.70	0	0.0	39	53.4
Gastrectomía subtotal y gastroyeyunoto mía	0	0.00	0	0.00	0	0.0	0	0.0	0	0.00
Vaguetomía y piloro-plastia	0	0.00	3	4.11	0	0.0	0	0.0	3	4.11
Vaguetomía y antrectomía	0	0.00	1	1.37	0	0.0	0	0.0	1	1.37
Gastroenterosto mía con vaguetomía	0	0.00	0	0.00	0	0	0	0.0	0	0
Gastrectomía parcial (Resección en cuña)	1	1.37	0	0.00	0	0.0	0	0.0	1	1.37
Gastrectomía por exclusión	0	0.00	0	0.00	0	0.0	2	2.7	2	2.74
Total	7	9.59	48	65.75	16	21.92	2	2.7	73	100.00

En la tabla 8 podemos observar que la intervención quirúrgica más frecuentemente aplicada fue la sutura y epiploplastia libre más biopsia, realizada en 39 pacientes para un 53.42%; seguida de la sutura y epiploplastia pediculada más biopsia hecha en pacientes 27 para un 36.99%, tanto en las duodenales como en las gástricas. De igual modo se realizaron dentro de las técnicas quirúrgicas definitivas en las duodenales, la vaguectomía y piloroplastia en 3 de los casos, la vaguectomía y antrectomía en 1, representando el 4.11% y 1.37% respectivamente. Los tributarios de tratamiento definitivo no tuvieron recurrencia alguna con una excelente evolución. Se realizó una gastrectomía parcial (Resección en cuña en un paciente con mal estado general) para el 1.37%, además de la gastrectomía por exclusión en 2 úlceras perforadas a Páncreas para el 2.74%. En la actualidad los criterios relacionados con el tratamiento de esta complicación han experimentado cambios; pues con el tratamiento quirúrgico no definitivo hace 20 años los síntomas reaparecían con relativa frecuencia y en ocasiones surgían nuevas complicaciones (16, 34, 37). En nuestro país existe una tendencia general a optar por la sutura y epiploplastia en el tratamiento de urgencia de la úlcera perforada (16). Autores como: Rodríguez Acosta y colaboradores, Rodríguez Pascual y colaboradores, Gómez Triana y colaboradores, Butte y colaboradores señalan altos por cientos de sutura y epiploplastia como proceder quirúrgico no definitivo en el tratamiento de urgencia de esta complicación (10, 11, 16, 36), sin embargo Bejerano y colaboradores en su serie señalan que el proceder que predominó fue la vaguectomía troncular y piloroplastia con un 82,2 % (2). Cada día se usa más la técnica de Graham de sutura y epiploplastia una técnica no definitiva (30).

Tabla 9. Distribución de los pacientes según sus complicaciones postoperatorias.

Complicaciones postoperatorias.	No.	%
Peritonitis generalizada	34	46.58
Peritonitis localizada	22	30.14
Íleo paralítico	13	17.81
Dehiscencia de sutura	1	1.37
Neumopatía inflamatoria	3	4.11
Sepsis urinaria	4	5.48
Sepsis de la herida	54	73.97
Dilatación gástrica aguda	1	1.37
Evisceración	1	1.37
Absceso intraabdominal	5	6.85

Distinguimos en la tabla 9 que la complicación más frecuente fue la sepsis de la herida quirúrgica para un 73.97 %, seguidos de la peritonitis generalizada y localizada para 46.58% y 30.14% respectivamente. Gómez Triana y colaboradores en su serie encontraron al igual que nosotros que la sepsis de la herida fue la complicación más frecuente (10). En otra investigación el 94,1% de los pacientes tuvieron una evolución satisfactoria. Las complicaciones que se presentaron fueron falla múltiple de órganos, *shock* mixto, sepsis respiratoria y desgarró de un asa yeyunal, una de cada tipo, y la estadía promedio fue de 7 días (30).

Apreciamos que la combinación de un diagnóstico precoz, uso de técnicas quirúrgicas no definitivos, el uso de antibiótico profiláctico o continuado y la asociación de la triple terapia antiulcerosa influye ostensiblemente en la disminución de la morbilidad de esta complicación.

Las complicaciones cardiorrespiratorias son graves en cualquier enfermo operado, pero en un paciente reintervenido se convierte en un problema mortal (45, 46). La sepsis con fallo multiorgánico se conoce que conduce a una mortalidad altísima (47). Demorar una intervención por infección abdominal persistente hasta que el paciente manifieste insuficiencia de algún parénquima es una actitud errónea. En pacientes con fallo multisistémico por sepsis intraabdominal grave y/o prolongada, el control del foco séptico no es garantía de curación por lo cual resulta imperativo reintervenir en las fases más precoces de la enfermedad, antes de que aparezca deterioro, frecuentemente irreversible, de los órganos (48).

Tabla 10. Distribución de los pacientes según tratamiento en segundo tiempo.

Tratamiento en segundo tiempo	No	%
Quirúrgico	3	4.35
Triple terapia	59	85.51
Tiple terapia más quirúrgico	7	10.14
Total	69	100.00

Como observamos en la tabla 10, en el 85.51% de los pacientes se utilizó la triple terapia solamente en el tratamiento en un segundo tiempo, la triple terapia más cirugía con el 10.14% le seguía y quirúrgico solamente en el 4.35%. La úlcera gastroduodenal ha dejado de ser una afección quirúrgica programada desde la introducción de los antagonistas H₂, los bloqueadores de la bomba de protones y el uso de antibióticos para la erradicación del *Helicobacter pylori*; pero continua siendo frecuente el tratamiento de urgencia de sus complicaciones. (20, 49) Está indicado investigar y tratar la infección por el *Helicobacter pylori* en todos los casos de úlcera gastroduodenal activa, tanto en las no complicadas como en las complicadas. (50) Los elementos anteriores han permitido disminuir la necesidad de cirugía definitiva y por lo tanto ha disminuido la morbimortalidad del tratamiento quirúrgico de urgencia. (51) Pensamos que si el paciente perforado se le hace un proceder no definitivo

como sutura y epiploplastia o la resección de la úlcera seguido de sutura y epiploplastia, que son procederes menos exeréticos, más simples, rápidos y económicos, de menor morbimortalidad, asociándosele la triple terapia antiulcerosa en cualquiera de sus variantes el paciente debe curarse de la misma forma que ocurre en las no complicadas.

Tabla 11. Distribución de los pacientes según su estado al egreso.

Estado al egreso	No.	%
Vivos	69	94.52
Fallecidos	4	5.48
Total	73	100.00

En la tabla 11 se analizó el estado al egreso donde el 94.52% egresó vivo, y un 5.48% de fallecidos; cifras similares reportan otros autores, (16, 20, 35) sin embargo Gómez Triana y colaboradores reportaron una mortalidad de 23,29 %, (10) y Chou y colaboradores en un hospital de Taiwán reportan una mortalidad de un 15,0 %. (52) La mortalidad se asocia a complicaciones graves que se presentan con mayor frecuencia cuando: existen enfermedades asociadas, mayor edad del paciente, diagnóstico tardío, procederes quirúrgicos definitivos aspectos. En el 2009 Miranda y colaboradores reportan en su serie solo el 5.9%, cifra similar a la de nuestro estudio (30).

El estudio de una serie durante 1956-85 en la Clínica Mayo de Estados Unidos que incluyó 6174 pacientes reportó un 18.8% de mortalidad por esta patología; la edad mayor de 60 años, sexo masculino, la cirugía de emergencia, la presencia de úlcera en región gástrica y el hábito de fumar fueron predictores independientes de muerte(53).

CONCLUSIONES

Después de haber analizado y discutido nuestro trabajo, podemos concluir que el grupo de edad de mayor incidencia de la enfermedad apareció en mayores de 65 años para ambos sexos, con 38.35% en el masculino y 9.59% en el femenino; los factores de riesgo que preponderaron fueron los hábitos tóxicos y los antecedentes de enfermedad ulceropéptica con el 72.70% y 58.90% respectivamente; entre los síntomas y signos que predominaron se hallan el dolor abdominal presente en todos los pacientes para el 100 % y la contractura muscular en el 93.15%. La exploración clínica fue el elemento de mayor valor diagnóstico representando el 95.89%; las úlceras duodenales se perforaron con mayor frecuencia para un 65.75 %; el intervalo del tamaño de la perforación de > 1 - 2 cm fue al que más casos tributaron para un 36.99%; la peritonitis fibrinopurulenta fue la más representativa con el 61.64% al igual que la sutura y epiploplastia libre más biopsia como la intervención quirúrgica más frecuentemente aplicada para un 53.42%; la complicación más frecuente fue la sepsis de la herida quirúrgica para un 73.97 %. En el 85.51% de los pacientes se utilizó la triple terapia solamente en el tratamiento en un segundo tiempo y el 94.52% egresó vivo reportándose un 5.48% de fallecidos.

RECOMENDACIONES

1. Hacer extensiva la experiencia de este trabajo a otras instituciones de salud, lo cual contribuiría a un significativo ahorro de recursos y mejor calidad de vida para los pacientes.
2. Desarrollar y perfeccionar el diagnóstico del *Helicobacter pylori* en el Hospital Universitario Capitán Roberto Rodríguez Fernández de Morón para un mejor manejo de la enfermedad ulcero péptica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sáinz SF, Mearín MF, Piqué BJ, Saperas FE, Lanas AA, Borda CT. Úlcera péptica. En: Farreras R, et al. Medicina Interna. Sec 2 Parte 1 Enfermedades del Aparato Digestivo. Gastroenterología. 14 edición. España. Harcourt. 2010.
2. Valenciaga RJ, Sonería PM. Úlcera péptica gastrointestinal. En: Álvarez SR, et al. Temas de Medicina General Integral Vol. II La Habana: Ciencias Médicas; 2001. p. 708 – 716.
3. Del Valle J. Úlcera péptica y trastornos relacionados. En: Harrison TR. Principios de Medicina Interna. Edición 15^{ma}. México: Mc Graw – Hill Interamericana; 2012. p. 1927 – 1940.
4. Ramakrishnan K, Salinas RC. Peptic ulcer disease. Am Fam Physician. 2009; 76(7):1005-12.
5. Cheung L, Declore R. En: Sabiston DC: Tratado de Patología Quirúrgica. XVI ed. México. Interamericana; 2010. p. 627-630.
6. Crawford JM. Aparato gastrointestinal. En: Robbins. Patología estructural y funcional. Sexta edición. España: Mc Graw – Hill Interamericana; 2006. p. 827 – 830.
7. Debra Wood RN. Peptic Ulcer. 2008; [en línea]. Disponible en: <http://www.nucleusinc>.
8. Nogueira C, Silva A, Nunes J, Gomez A, Ferreira J, Matos E, et al. Perforated peptic ulcer: main factors of morbidity and mortality. World J Surg 2010; 27: 782-787.
9. Soler VR. Abdomen Agudo no traumático. Editorial Ciencias Médicas 2006; Pág. 34-43.
10. Gómez TJ, Gallego DB, Odales IR, Aquino PL. Resultados del tratamiento de la úlcera gastroduodenal perforada. Estudio en 10 años. Gaceta Médica Espirituana 2007; 9 (2).
11. Rodríguez PY, Leyva CC, Vega AL, Rodríguez GM, Pupo ZA. Comportamiento de la úlcera péptica perforada en pacientes atendidos en Cirugía del Hospital “V. I. Lenin”. Correo Científico Médico de Holguín. 2008; 12 (1).

12. Johannesson KA, Hammar E, Stael von Holstein C. Mucosal changes in remnant long-term effect of bile reflux diversion and Helicobacter Pylori infection. *Eur. J. Gastroenterol Hepatol.* 2012; 15(1); 35-40.
13. Chey WD, Wong BC. American College of Gastroenterology guideline on the management of Helicobacter pylori infection. *Am J Gastroenterol.* 2010; 102(8):1808-25.
14. Colectivo de autores. Grupo Nacional de Cirugía. Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en Cirugía. Editorial y Educación. MINSAP; 1994.
15. Jiménez PR, González BJ. Úlcera duodenal perforada. *Correo científico Médico de Cienfuegos.* 2006.
16. Rodríguez AY, González BJ, Jiménez PR, Capin SN, Becerra TG. Tratamiento quirúrgico definitivo como alternativa en la úlcera gastroduodenal perforada. Estudio de 1 año. *Correo Científico Médico de Cienfuegos.* 2008.
17. Faisal A, Yelon JA. Perforated Peptic Ulcer. Contributor (information and Dislosures). Oct 8, 2009.
18. Bennett W. A case of ruptured gastric ulcer successfully treated by immediate suture. *Lancet.* 2011; 2:21-22.
19. Dean H.P. A case of perforation of chronic ulcer of the duodenum successfully treated by excision. *Br Med J.* 2010; 1:1014-1015.
20. Bejerano GR. Perforación gastroduodenal por úlcera péptica: estudio de 99 pacientes. *Gaceta Médica de Santiago de Cuba;* 2007.
21. Beal JM. Peptic ulcer. In. Cristhopher P. Coppola, MD. *Surgical Clinic.* Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 1999: 255-62.
22. Sánchez Losada N. Resultados inmediatos del tratamiento quirúrgico de la úlcera gastroduodenal perforada *Rev Cub Cir* 1993; 32(1): 48-56.
23. Plummer JM, McFarlane ME, Newnham. Surgical management of perforated duodenal ulcer: the changing scene. *West Indian Med J.* 2011; 53(6):378-81.
24. Lunevicius R, Morkevicius M. Risk factors influencing the early outcome results after laparoscopic repair of perforated duodenal ulcer and their predictive value. *Langenbecks Arch Surg.* 2009; 390(5):413-20.

25. Beal JM. Peptic ulcer. In: Cristhopher P. Coppola, MD. Clinical companion quirúrgica. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2008: 255-62.
26. Cougard P, Barrat C, Gayral F, Cadiere GB, Meyer C, Fagniez L, Bouillot JL, et al. Laparoscopic treatment of perforated duodenal ulcers. Results of a retrospective multicentric study. French Society of Laparoscopic Surgery. Ann Chir 2009 Oct; 125(8):726-31.
27. Macintyre I.M. Impact of H2 receptor antagonist on the outcome of treatment of perforated duodenal ulcer disease J.R.Coll. surg Edinb 2010; 35 (6): 348-52.
28. Matsui H, Kubo Y, Ninomiya T, Mizukami Y, Onji M. Recurrence of gastric ulcer dependent upon strain differences of Helicobacter pylori in urease B gene patients surviving an episode of peptic ulcer bleeding. J Epid and Comm Health 2011; 54 (2):130-133.
29. Cepero BJ, González DM. Úlcera péptica perforada. Presentación de un caso tratado médicamente. Rev Cub Cirug 1990; 29 (3): 511-19.
30. Miranda EF, Flores EA. Resultados del tratamiento de la úlcera péptica perforada. Rev Cubana Cir v.48 n.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2009.
31. Grup Sagessa: Guía médica para el manejo de la úlcera péptica. 2010
32. Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre úlcera péptica. 2010
33. Butte BJ, Dagnino VB, Tapia VA, Llanos LJ. Rev Chilena de Cirugía. Vol 59- No 1, Febrero 2010, p. 16-21
34. Varios autores: Ulcus péptico perforado. Revisión de 102 casos en Hospital Dr. Domingo Luciano. Revista venezolana de cirugía. Vol. 61 - N° 2 - 2008
35. Ríos G, Varela C, Cruz F. Estudio imagenológico del abdomen agudo. En: Guzmán S, Espinoza R. (eds). Abdomen Agudo. Ediciones Sociedad de Cirujanos de Chile, Santiago, 2009; 84-97.
36. Sanabria AE, Morales CH, Villegas MI. Reparación laparoscópica para la úlcera péptica perforada. De La Biblioteca Cochrane Plus 2008; 2.
37. Rodríguez I. Vagotomía altamente selectiva en la úlcera duodenal complicada. Rev Cub. Med Mil. 2005; 34 (1).
38. Thompson JC: the role of perforation size in peptic ulcers. New Engl J Med, 2010; 307: 550.

39. Johnson CC, Baldessarre J, Levison ME. Peritonitis update on pathophysiologic clinical. Manifestations and management clinic. *Infect Dis* 2009; 24:1035.
40. Ahrenhoiz DH, Simmons RL. Peritonitis y otras infecciones intraabdominales. En: Simmons RL, Howard RJ. Infecciones quirúrgicas. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1984:817-66.
41. Sawyer RG, Rooserlof LK, Adams RB, Mai AK, Spengler MD, Prurelt TL. Peritonitis into 1990: Changing Pathogens and Changing strategies in the critically ill as. *Surgery* 2012; 58-82.
42. Avery B, Mathews MD, Rotsdein MD, John Marshall MD. Tertiary peritonitis clinical features of a complex nosocomial infection. *World J Surg* 2009; 158:163.
43. Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre úlcera péptica. 2010.
44. Norwood S.: The complicated postoperative abdomen, in Civetta JM, Taylor RW, Kirby RR (eds): *Critical Care* 2ª ed. J.B. Lippincott Company 2010; 669-682.
45. Schein M, Wittman DH: The abdominal compartment syndrome following peritonitis, abdominal trauma and operations. *Complicat Surg* 2010; 15 (5): 745-53.
46. Ivatury RR, Diebel L, Porter JM, Simon RJ: Intra-abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome. *Surg Clin of North Am* 2008; Ago, 77 (4): 783-800.
47. Valdés Jiménez J, Barreras Ortega JC, Mederos Curbelo ON, Cantero Ronquillo A, Pedroso J. Reintervenciones en Cirugía General, Hospital Universitario "Comandante Manuel Fajardo", Ciudad de La Habana. *Rev Cubana Cir* 2001; 40(3):201-4.
48. Álvarez Lerma F. Protocolo de actuación del cirujano ante la sospecha de complicaciones infecciosas en el postoperatorio de cirugía abdominal en: *Complicaciones infecciosas en el postoperatorio de cirugía abdominal*. Ediciones Ergon SA 2010, Capítulo 4: 44 – 55.

49. Moody FG, Miller TA. Estómago. En Schwartz SI. Principios de cirugía. México: Editorial Interamericana. 6ta ed; 2011: 1159-91.
50. Schilling D, Demel A, Nusse T, Weidmann E, Riemann F. Helicobacter pylori Infection Does not Affect the Early Rebleeding Rate in Patients with Peptic Ulcer Bleeding after Successful Endoscopic Hemostasis: A Prospective Single-Center Trial. Endoscopy. 2010; 35(5):393-6.
51. Cougard P, Barrat C, Gayral F, Cadiere GB, Meyer C, Fagniez L, Bouillot JL, et al. Laparoscopic treatment of perforated duodenal ulcers. Results of a retrospective multicentric study. French Society of Laparoscopic Surgery. Ann Chir 2009 Oct; 125(8):726-31.
52. Chou NH, Mok KT, Chang HT, Liu SI, Tsai CC, Wang BW, Chen IS. Risk factors of mortality in perforated peptic ulcer. Eur J Surg 2009; 166(2):149-53.
53. Duggan JM; Zinsmeister AR; Kelly KA; Melton LJ. Long-term survival among patients operated upon for peptic ulcer disease. J Gastroenterol Hepatol 1999; 14 (11): 1074-82.

ANEXO. 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

1. HC.: _____

2. Edad:

a) 15 – 25 años: _____

b) 26 – 35 años: _____

c) 36 – 45 años: _____

d) 46 – 55 años: _____

e) 56 – 65 años: _____

f) Más de 65 años: _____

3. Sexo:

a) Femenino: _____

b) Masculino: _____

4. Factores de riesgo:

a) Antecedentes de enfermedad ulceropéptica: _____

b) Hábitos tóxicos: _____

c) Ingestión de medicamentos ulcerogénicos: _____

5. Síntomas y signos:

a) Dolor abdominal. _____

b) Náuseas: _____

c) Vómitos: _____

d) Fiebre: _____

e) Acidez: _____

f) Contractura muscular (vientre en tabla): _____

g) Borramiento de la matidez hepática: _____

h) Ruidos hidroaéreos anormales: _____

i) Deshidratación: _____

6. Medios diagnósticos:

a) Exploración Clínica: _____

b) Radiografía de tórax de pie: _____

c) Ecografía abdominal: _____

d) Laparoscopia: _____

e) Punción abdominal: _____

f) Hemograma con diferencial: _____

7. Localización anatómica de la perforación:

a) Gástricas: _____

b) Duodenales: _____

c) Pilóricas: _____

d) Otras: _____

8. Tamaño de la perforación:

a) <0.5 cm: _____

b) >0.5 -1 cm: _____

c) 3cm: _____

d) >2 - 3cm: _____

e) >1 - 2 cm: _____

9. Tipo de peritonitis:

a) Biliar: _____

b) Fibrinopurulenta: _____

c) Purulenta: _____

d) Formación de abscesos: _____

10. Técnica quirúrgica empleada y la topografía de la perforación:

a) Sutura y epiploplastia pediculada más biopsia: _____

- b) Sutura y epiploplastia libre más biopsia: _____
- c) Gastrectomía subtotal y gastroyeyunotomía: _____
- d) Vaguetomía y piloroplastia: _____
- e) Vaguetomía y antrectomía: _____
- f) Gastroenterostomía con vaguetomía _____
- g) Gastrectomía parcial (Resección en cuña): _____
- h) Gastrectomía por exclusión: _____

11. Complicaciones postoperatorias:

- a) Peritonitis generalizada: _____
- b) Peritonitis localizada: _____
- c) Íleo paralítico: _____
- d) Dehiscencia de sutura: _____
- e) Neumopatía inflamatoria: _____
- f) Sepsis urinaria: _____
- g) Sepsis de la herida: _____

12. Tratamiento en segundo tiempo

- a) Quirúrgico: _____
- b) Triple terapia: _____
- c) Tiple terapia más quirúrgico: _____

13. Estado al egreso:

- a) Vivo: _____
- b) Fallecido: _____