

**REPÚBLICA DE CUBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“JOSÉ ASSEF YARA”
CIEGO DE ÁVILA
UNIDAD DOCENTE DE MORÓN**

TÍTULO: Protocolo para el tratamiento de la úlcera gastroduodenal perforada en los pacientes asistidos en el Hospital General Provincial Docente “Capitán Roberto Rodríguez Fernández” de Morón.

EN OPCIÓN AL TÍTULO DE MASTER EN URGENCIAS MÉDICAS.

AUTOR: Dr. Pablo Guillermo Valdés Mesa. Profesor Auxiliar.

TUTOR: Ms C. Dr. Julio César Nájara Pérez. Profesor Instructor.

CONSULTANTES: Dr. C. Lázaro Yera Abreu. Profesor Titular.
Dr. C. Luis Pastor Carmentate Fuentes. Profesor Titular.

CIEGO DE ÁVILA, 2009.

**REPÚBLICA DE CUBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“JOSÉ ASSEF YARA”
CIEGO DE ÁVILA
UNIDAD DOCENTE DE MORÓN**

TÍTULO: Protocolo para el tratamiento de la úlcera gastroduodenal perforada en los pacientes asistidos en el Hospital General Provincial Docente “Capitán Roberto Rodríguez Fernández” de Morón.

EN OPCIÓN AL TÍTULO DE MASTER EN URGENCIAS MÉDICAS

AUTOR: Dr. Pablo Guillermo Valdés Mesa. Profesor Auxiliar.

CIEGO DE ÁVILA, 2009

AGRADECIMIENTOS

En la actualidad, nadie puede llevar a cabo una investigación sin la ayuda y apoyo de un gran número de personas, sería interminable y posiblemente incompleta una relación de todos los que de una forma u otra han colaborado en la realización de este trabajo y contribuyeron a mi formación como profesional y quizás caeríamos en el grave error de olvidar algunos de esos nombres; por eso quiero agradecer a:

Todos los doctores y profesores que durante mi formación me han educado e instruido durante mi formación de pre y post grado.

Todos los que de una forma u otra ayudaron a la culminación de este trabajo.

Mi familia por su constante apoyo para culminar esta etapa de mi superación científica.

A todos, ¡Muchas Gracias!

.

“Es un crimen no oponer a la muerte todos los obstáculos posibles”

José Martí.

Dedicatoria.

A mis padres:

Porque sin su ayuda y amor no hubiera sido posible mi formación profesional.

A Rosalba y Sergio Miguel, les debo tanto.

A mi esposa:

Por su comprensión para que mi sueño se haga realidad.

A mis hijos:

Los que me permiten seguir soñando y trabajando.

RESUMEN

Se realizó un cuasiexperimento caso control prospectivo para conocer el comportamiento de algunas variables relacionadas con la morbimortalidad por úlcera gastroduodenal perforada en los pacientes asistidos en el Hospital General Provincial Docente “Capitán Roberto Rodríguez Fernández” de Morón, un primer grupo (2007) que se uso para el diagnóstico y el segundo grupo (2008) al que se le aplicó el protocolo de tratamiento para la úlcera perforada que se diseñó, desde el 1º de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2008.

En nuestro estudio pudimos ver que el sexo masculino predominó sobre el femenino con un 77,8 % y la mayor representatividad de nuestros pacientes estuvo incluida entre los mayores de 65 años de edad, la perforación fue más frecuente en invierno con el 52,8 % y en horas de la noche con el 63,9 %, los síntomas y signos más encontrados fueron la epigastralgia con el 97,2 %, la reacción peritoneal con igual porcentaje y la contractura muscular (vientre en tabla) con el 94,4 %, el complementario que se uso con más frecuencia fue el Rx de tórax y su positividad fue de un 83,3 %, la localización que predominó fue la gástrica con 22 pacientes de 36, el diagnóstico en las primeras 12 horas se logró en el 86,1 %, las complicaciones fueron mayores en el grupo I y las más graves, después de aplicar el protocolo de tratamiento las técnicas quirúrgicas más usadas fueron los procedimientos no definitivos con el 95,0 % y a todos se le asoció la triple terapia antiulcerosa lográndose disminuir: las complicaciones de 13 a 5 y en gravedad, las recidivas de 31,3 % al 5% y la mortalidad de 6,2 % al 0 %, resultados muy superiores al grupo del diagnóstico

<u>INDICE</u>	PÁGINAS
INTRODUCCIÓN.	1
CAPÍTULO I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.	5
1.1 Marco Teórico	
1.2 Justificación del Problema	
1.3 Objetivos	
CAPÍTULO II. DISEÑO TEÓRICO Y METODOLÓGICO.	25
2.1 Tipo de Estudio	
2.2 Objeto de Estudio	
2.3 Campo de Acción	
2.4 Metodología de la Investigación empleada	
2.5 Novedad Científica	
2.6 Contribución a la Teoría	
2.7 Aportes Social-Económico-Científico	
2.8 Utilidad Práctica	
2.9 Recolección de Datos	
2.10 Tratamiento y Procesamiento de datos	
CAPÍTULO III. PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ÚLCERA GASTRODUODENAL PERFORADA.	30
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.	38
CONCLUSIONES.	53
RECOMENDACIONES.	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	55
ANEXOS.	

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 musculares mucosae. (1-6) Epidemiología: 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 %. (1,2) La úlcera gástrica en la actualidad su incidencia ha disminuido, oscilando entre el 0,3 y 0,4 por 1 000 habitantes. En Europa y EE.UU. su incidencia es la mitad de la úlcera duodenal. (1,2) 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) La úlcera duodenal su incidencia ha disminuido 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.(1,2,7)

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. (1, 2, 8)

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. (2, 5,9)

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. (3, 6,10) 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. (10,11)

En la provincia de Ciego de Ávila donde esta enclavado nuestro hospital no existen estudios profundos al respecto, pero en nuestra práctica médica hemos podido observar que es una afección frecuente y que puede presentar complicaciones severas y llevar a la muerte al paciente sobre todo cuando por algún motivo se retrasa el tratamiento.

Las intervenciones quirúrgicas electivas y urgentes han disminuido con en 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. (1, 2, 12,13)

Antes de contar con las nuevas terapéuticas se recomendaba en el tratamiento quirúrgico de las úlceras gastroduodenal perforada técnicas quirúrgicas que actuaran sobre los mecanismos de la producción de la enfermedad como las vagectomías y vías de drenajes gástricas siempre que estuvieran indicadas e inclusive las vagectomías 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, por lo que en el Hospital General Provincial Docente “Capitán Roberto Rodríguez Fernández” de Morón se nos presenta la misma situación.

En las revisiones bibliográficas realizadas las técnicas más usada es 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)

Por todo lo anterior nos hemos planteado el siguiente problema científico: ¿Cómo mejorar y protocolizar el tratamiento de la úlcera péptica gastroduodenal perforada en los pacientes asistidos en el Hospital General Provincial Docente “Capitán Roberto Rodríguez Fernández” de Morón en el período comprendido del 1 de enero del 2007 al 31 de diciembre de 2008?

Para realizar 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 el proceso asistencial y los procedimientos médicos quirúrgicos para protocolizar el tratamiento de la úlcera péptica gastroduodenal perforada?
- 3.- ¿Qué situación presenta el tratamiento de la úlcera péptica gastroduodenal perforada en el Hospital General Provincial Docente “Capitán Roberto Rodríguez Fernández” de Morón?
- 4.- ¿Cuáles fundamentos teóricos sustentan la elaboración de un protocolo para el tratamiento de los pacientes asistidos por úlcera péptica gastroduodenal perforada?
- 5.- ¿Qué incidencia tendría el protocolo de tratamiento en los pacientes asistidos por úlcera péptica gastroduodenal perforada?

CAPÍTULO I FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.1 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)

Concepto: 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 musculares mucosae. (1-6)

Epidemiología: 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 %. (1, 2) La úlcera gástrica en la actualidad su incidencia ha disminuido, oscilando entre el 0,3 y 0,4 por 1 000 habitantes. En Europa y EE.UU. su incidencia es la mitad de la úlcera duodenal. (1) 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. La úlcera duodenal su incidencia ha disminuido 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. (1, 2, 5, 6, 7)

Anatomía Patológica: La lesión consiste en una pérdida de sustancia localizada en la mucosa y en grado variable de las restantes capas de la pared gástrica o duodenal. La úlcera gástrica suele ser única, redondeada u oval, aunque puede ser lineal, y su diámetro es en general menor de 3 cm., se localiza con mayor frecuencia en el antro gástrico, y rara vez en la curvatura mayor, donde por lo

general, resulta maligna. (1, 2, 5, 6) La úlcera duodenal suele tener menos de 2 cm. de diámetro y en más del 90% de los casos se localiza en el bulbo duodenal, con mayor frecuencia en la pared anterior, (1,6) histológicamente las lesiones de la mucosa gastroduodenal se clasifican en erosiones, úlceras agudas y crónicas. (1, 2) La lesión ulcerosa alcanza la muscularis mucosae e invade las capas más profundas de la pared gastroduodenal, a la cual pueden perforar hacia la cavidad peritoneal o hacia el parénquima de alguna víscera vecina. (1, 2, 5, 6, 9)

Etiopatogenia: La úlcera péptica es el resultado de un desequilibrio entre los factores agresivos y defensivos de la mucosa gastroduodenal. La importancia de la secreción ácida y de la actividad péptica del jugo gástrico en la patogenia de la úlcera péptica es evidente, porque en ausencia de ácido, no existe úlcera. Así mismo, existe una buena correlación entre la eficacia del tratamiento antisecretor en la cicatrización de la úlcera. Aunque en ciertos casos, como el Síndrome de Zollinger Ellison, las úlceras se desarrollan únicamente como consecuencia de una hipersecreción ácida, en general las úlceras pépticas se desarrollan cuando se produce una alteración de los mecanismos defensivos en la barrera de la mucosa, en general por la infección del *Helicobacter pylori* o menos frecuentemente por el tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE), circunstancias que aumentan la susceptibilidad de la mucosa a los efectos lesivos del ácido. (1, 2, 3, 5, 6, 17)

1.- Factores agresivos:

a) Ácido clorhídrico y pepsina: desde hace años se conoce que los pacientes con úlcera duodenal como grupo presentan una secreción ácida gástrica basal y estimulada elevada y una respuesta secretora a la comida más prolongada

que los individuos sanos. Esta hipersecreción de ácido se ha atribuido a un incremento en la masa de células parietales, a hipertonía vagal, a una mayor sensibilidad de la célula parietal a los secretagogos o a la alteración de reflejos inhibitorios en la liberación de gastrina y de la secreción gástrica. La secreción ácida en la úlcera gástrica prepilórica y en la úlcera gástrica asociada a úlcera duodenal es similar a la de la úlcera duodenal. En la úlcera gástrica tipo I la secreción ácida es normal o baja en relación con la gravedad de la gastritis subyacente. La normalidad de la secreción ácida gástrica en la mayoría de las úlceras duodenales y la secreción ácida normal o baja en las úlceras gástricas sugieren la importancia de la alteración de los mecanismos defensivos de la barrera en la mucosa en la patogenia de esta enfermedad. (1, 2)

b) Reflujo de bilis y jugo pancreático: permite la difusión retrógrada de los iones de hidrógeno, se plantea que los ácidos biliares, la lisolecitinas y las enzimas pancreáticas son factores agresivos sobre todo en la génesis de la úlcera gástrica. (1, 2, 12)

c) Factores exógenos:

- Tabaquismo.

- Bebidas con alcohol o cafeína.

- Drogas ulcerogénicas: existen medicamentos que aumentan la secreción clorhidropéptica y la acidez o producen erosiones de la mucosa por si mismos, entre ellos se encuentran la reserpina, fenilbutazona, salicilatos, cafeína y antiinflamatorios no esteroideos.

- Malos hábitos nutricionales: largos períodos de ayuna, ingestión de comidas muy condimentadas, alimentos ácidos, productos enlatados. (1, 2)

d) Agentes infecciosos: el *Helicobacter pylori*, bacilo gram negativo en forma de S o curvo, microaerófilo, se confirma su presencia en la mayoría de las úlceras duodenales (90 al 95 %), en las gástricas es menor (60 al 70%) y puede favorecer la aparición de un linfoma o un cáncer gástrico. El *Helicobacter pylori* produce:

- Inflamación de la mucosa.
- Degrada la capa de moco por acción de una proteasa.
- Disminuye la capa de fosfolípidos luminales.
- Presenta acción ureasa sobre la urea que difunde pasivamente desde el plasma hacia la luz estomacal.
- Produce interleukinas 1,2 y 6, factor de necrosis tumoral y liberación de radicales libres de oxígeno.
- Disminuye la capacidad antioxidante en la mucosa gastroduodenal.
- Libera leucotrienos C4, B4 y D4.
- Deprime la producción de somatostatina que modula e inhibe la producción de gastrina.

Otros agentes infecciosos que se han aislados en la úlcera gástrica son: Citomegalovirus y *Cándida albicans*. (1, 2, 3, 5, 6, 12, 13, 17)

e) Retraso en el vaciamiento gástrico, interviene en la génesis de la úlcera gástrica. (2)

f) Estrés emocional. (1, 2)

g) Alteraciones de la integridad de la mucosa. (1, 2)

2.- Factores defensivos:

a) Conservación de la integridad de la mucosa, en la que intervienen:

-Moco

-Bicarbonato.

-Flujo sanguíneo de la mucosa.

-Renovación celular.

-Prostaglandinas endógenas. (1, 2)

b) Mecanismos intrínsecos de la secreción gástrica:

-Inhibición antral de la secreción.

-Freno duodenal. (1, 2)

Clínica:

-Dolor abdominal, típicamente se localiza en el epigastrio y suele describirse como ardor, dolor corrosivo o sensación de hambre dolorosa. El dolor suele presentar un ritmo horario relacionado con la ingesta, Moynihan (1910) lo describió en la úlcera gástrica de cuatro tiempos: alimento-bienestar-dolor-calma y en la duodenal de tres tiempos: alimento-bienestar-dolor. La mayoría de los pacientes refiere dolor nocturno, sigue un curso crónico y recidivante con brotes sintomáticos de varias semanas de duración, a menudo con clara relación estacional (primavera y otoño). (1, 2, 5, 6, 9, 18, 19, 20)

-Dispepsia: anorexia, pérdida de peso, náuseas, vómitos, eructos, distensión abdominal, intolerancia a las grasas o pirosis.

Y este cuadro clínico presenta características especiales en el niño y el anciano. (1, 2, 9)

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.

El examen físico no suele ser útil en la úlcera péptica no complicada, solo cuando la úlcera se complica, pueden presentarse signos físicos importantes.

(1, 2, 5, 6, 9, 18, 19, 20)

Exámenes complementarios:

1.- Estudio imagenológico. Con personal competente y equipos modernos puede hacerse el diagnóstico por radiografía en el 70 al 85% de los pacientes, aunque la endoscopia es el examen ideal. (1, 2, 3, 4)

a) Radiografía de estómago y duodeno con doble contraste: este estudio realizado con compresión y acecho muestra los signos directos e indirectos de la úlcera. Los signos directos consisten en una imagen de adición, si esta situada en el borde, o una mancha suspendida, si la úlcera esta situada en la cara, acompañadas de convergencias de pliegues hacia la lesión y rodete inflamatorio. Los signos indirectos son la deformidad de la mitra, la espasticidad bulbar y el microbulbo y la imagen de trébol a ese nivel. (1, 2)

Para mayor precisión, también se puede poner en práctica la técnica de doble contraste con hipotonía duodenal. (1, 2)

b) Endoscopia, es el examen de elección. La seguridad del diagnóstico es de alrededor del 95%. Generalmente se observa una lesión oval con diámetro variable, entre milímetros y varios centímetros, a veces es irregular y en algunas ocasiones ocupa toda una cara. Los bordes pueden ser prominentes y el fondo está cubierto por material blanquecino y verdoso. (2)

Si la úlcera es muy crónica, se denomina úlcera callosa; además se observa convergencia de pliegues.

Por lo general la úlcera es única, aunque puede existir más de una; cuando se observa una úlcera frente a otra, una en cada cara se denomina úlcera en

beso, otra variante endoscópica es la úlcera en salame, en la cual se observan varias exulceraciones pequeñas, confluyentes que alternan con lesiones blanquecinas y enrojecidas, todas situadas en un área de 1 a 2 cm. (1, 2)

Las úlceras duodenales pueden asentar por igual en caras y bordes, y generalmente la mucosa participa y muestra signos inflamatorios crónicos agudizados; pueden asociarse con duodenitis pseudopolipoideas. (3, 4)

c) Biopsia: se pueden realizar biopsias del fondo y bordes de la úlcera para estudio histológico. (2)

2.- Complementarios de laboratorio:

a) Estudio del jugo gástrico: los estudios de secreción de ácido gástrico son de escasa utilidad diagnóstica en enfermos de úlcera duodenal, del 50 al 66% de estos pacientes tienen secreción normal de ácido. La úlcera duodenal rara vez aparece en un individuo cuyo respuesta estimulada máxima de secreción de ácido sea menor que 12,5 mEq/h.

Una relación entre producción basal de ácido y producción máxima de 0,6 es indicio de Síndrome de Zollinger Ellison, pero las personas que tienen úlcera duodenal, también pueden tener elevada, la secreción basal de ácido. Si se encuentra un cociente elevado, debe efectuarse una valoración más profunda, por ejemplo, la determinación de gastrina sérica. (1, 2, 5, 6)

Así mismo se realizarán hemograma, sangre oculta en heces fecales, dosificación de gastrina y cultivo bacteriológico de material biopsico en busca de *Helicobacter pylori*. (3, 5, 6, 9)

Diagnóstico Diferencial:

Se debe establecer con otras causas de dispepsias o síntomas abdominales que pueden deberse a alteraciones de la porción proximal del tubo digestivo

como la Enfermedad por reflujo gastro esofágico que incluye la esofagitis por reflujo donde la pirosis y la regurgitación ácida son los síntomas característicos. El paciente describe la pirosis como un ardor o sensación urente retroesternal ascendente, su aparición es más frecuente post prandial, el decúbito y la flexión del tronco exacerban los síntomas y recordar que esta entidad se asocia con frecuencia a la enfermedad ulcerosa. (1,2, 3, 18,19)

Cáncer gástrico hay que tenerlo presente, muy especialmente cuando se acompaña de pérdida de peso o hemorragias digestivas agudas o crónicas. (1,2,3,18,19)

También deben considerarse otras como la gastritis hipertrófica, tuberculosis, sífilis, enfermedad de Crohn, la giardiasis, la colelitiasis. (1, 2, 3, 18,19)

Tratamiento:

Es médico y quirúrgico para cuando aparecen las complicaciones.

Médico:

Higiénico dietético:

1.-Dieta dirigida a neutralizar la acidez, en pequeñas cantidades, e intercalar leche entre las comidas principales.

2.-Suprimir de la dieta los alimentos y productos irritantes, así como los alimentos ácidos: limón, naranja, piña, vinagre, productos enlatados, alimentos condimentados, bebidas alcohólicas, café, té, entre otros.

3.-No fumar.

4.-Atención psicológica con el objetivo de tratar el estrés. (1, 2, 4)

Farmacológico:

1.-Antiácidos: como el Hidróxido de aluminio, el Silogel, Alcalol, etc.

2.-Antagonistas de los receptores H2 como: Cimetidina, Famotidina, Ranitidina y Nizatidina.

3.-Agentes protectores de la mucosa (citoprotectores) como: Subnitrato de bismuto coloidal y Surcarfato.

4.-Inhibidores de la bomba de protones como: Omeprazol, Lanzoprazol, Pantoprazol. (1, 2, 14, 18, 19)

5.-Otros medicamentos: Anticolinérgicos y sedantes, que hasta los primeros años de la segunda mitad del siglo pasado eran el tratamiento de elección y sus resultados eran muy inferiores en relación a las terapéuticas actuales. (1, 2, 14, 18, 19)

6.-Prostaglandinas. (2)

7.-Antibióticos para la erradicación del *Helicobacter pylori*.

En la actualidad se usan varios esquemas de tratamiento donde se combinan un bloqueador H2 o un bloqueador de la bomba de protones con metronidazol y un antibiótico, obteniendo altos porcentajes de curación y prevención de las complicaciones. (1, 2, 12, 13, 17, 21)

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:

--Vagectomía con piloroplastia.

-Vagectomía con antrectomía (Billroth I o II).

-Hemigastrectomía.

-Vagectomía altamente selectiva. (1, 2, 3, 5, 6, 18)

Complicaciones:

-Hemorragia digestiva.

-Obstrucción medio gástrica o pilórica.

-Intratabilidad.

-Perforación que es la segunda más frecuente y el tema de nuestro estudio. (1, 2)

Úlcera gastroduodenal perforada:

Como causa de abdomen agudo se ve sólo superada por la apendicitis aguda y la oclusión intestinal. (19, 22, 23, 24)

En el año 350 antes de Cristo, Diodes habla de la primera ulceración gástrica (25), 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. (25) La primera úlcera péptica perforada data del 1670, y fue la hija de Carlos I de Inglaterra. (26, 27) 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. (25, 26, 27) 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, 22, 25)

Concepto: es la rotura de la base de una úlcera previamente existente por la acción de dos mecanismos fundamentales: primero por aumento de la secreción clorhídrico péptica con el consiguiente aumento de la acidez y

segundo por la disminución de la resistencia de la mucosa y de la pared en sentido general del órgano a la acción erosiva de su contenido lo que provoca salida de contenido gastrointestinal a la cavidad peritoneal produciendo un cuadro agudo y grave de peritonitis, con todo su cortejo sintomático, que sin tratamiento adecuado, en un período corto de tiempo lleva al enfermo a un estado de shock y la muerte. (3, 6, 9, 15)

Durante los últimos diez años ha habido una disminución de forma progresiva de su frecuencia con el advenimiento de los nuevos tratamientos, (9, 15, 16, 22, 28) 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 88 % a las duodenales y en las mujeres es de 25 % para las gástricas y el 75 % 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 y bebedores y en personas sometidos a estrés y con sistemas nerviosos inestables. (5, 6, 15, 24)

Clasificación:

Según su topografía pueden ser:

- Gástrica.
- Duodenal.
- Pilórica.

Según el sitio hacia donde ocurre la perforación:

- Libre hacia la gran cavidad peritoneal.
- Hacia la transcavidad de los epiplones.
- Penetrante en un órgano vecino: Páncreas, Hígado y Colon.

Puede sufrir un proceso de tabicación.

Según el tiempo de perforación:

- Aguda: cuando se produce un cuadro de peritonitis y shock de gran intensidad.
- Subaguda: cuando por mecanismos defensivos del paciente la perforación es cubierta por órganos vecinos que impiden la salida del contenido de estos órganos hacia la cavidad peritoneal.
- Crónica: cuando la lesión ulcerosa penetra en otro órgano como el páncreas, son poco frecuentes. (9, 14, 15)

Diagnóstico:

Se basa en los antecedentes, el cuadro clínico y los exámenes complementarios.

-Antecedentes:

- Paciente ulceroso conocido con o sin tratamiento.
- Cuadro dispéptico compatible con enfermedad ulcerosa.
- Ingestión de medicamentos ulcerogénicos.
- Alcoholismo y tabaquismo.
- Estrés.
- Es posible que no existan y sea la forma de debut de la enfermedad ulcerosa. (1, 2, 8, 9, 10, 11)

-Cuadro clínico:

Pueden recogerse pródromos en días u horas antes como: epigastralgias, acidez, sensación de plenitud gástrica y aerogastria.

Cuando ocurre la perforación de forma rápida generalmente de tarde o noche se presenta un dolor intenso en forma de puñalada en epigastrio que luego se irradia a todo el abdomen con gran contractura muscular que hace que el paciente trate de no moverse, con tomas del estado general y aparecen signos de deshidratación y hasta de shock. En algunas ocasiones la instauración del dolor es gradual siendo de poca intensidad en su inicio agudizándose después o persistiendo de forma moderada sobre todo en los ancianos.

El dolor se puede irradiar a la espalda y los hombros por irritación del diafragma, generalmente no presenta vómitos y se aparecen son al principio y de carácter reflejo.

Al examen físico podemos encontrar distintos grados de shock, signos de deshidratación, palidez, sudoración, al comienzo no hay fiebre pero con las horas de evolución aparece y es mantenida y algo muy característico el paciente permanece rígido en el lecho con las piernas encorvadas y evita todo tipo de movimiento y si lo realiza le provoca una agudización del dolor, el abdomen no sigue los movimientos respiratorios. A la palpación se encuentra una marcada contractura muscular (vientre en tabla), es muy dolorosa y existe reacción peritoneal en todo el abdomen, la percusión es muy dolorosa y se encuentra pérdida de la matidez hepática debido al neumoperitoneo denominado signo de Jaubert. Los tactos rectal y vaginal son muy dolorosos y pueden estar abombados. La punción abdominal y el lavado peritoneal pueden ayudar al diagnóstico. (1, 2, 8, 9, 10, 11, 14)

Exámenes complementarios:

- Hemograma con leucograma completo, ionograma, gasometría, glicemia y creatinina.

- Estudios radiológicos:

-Rx de tórax de pie. De no evidenciarse el neumoperitoneo, pasar sonda nasogástrica y previa aspiración instilar 250 a 500 cc de aire y repetir. Si el paciente no puede ponerse de pie por cualquier causa, realizar Rx en vista de Pancoast (decúbito lateral izquierdo).

- Ecografía abdominal, que puede encontrar líquido libre en cavidad.
- Laparoscopia: si duda diagnóstica o no se puede visualizar el neumoperitoneo.
- Punción abdominal y/o lavado peritoneal.
- Laparotomía exploradora. (9, 10, 14)

Tratamiento: es quirúrgico y solo en casos excepcionales se aplicaría el tratamiento médico. (5, 9, 10, 11, 14, 15, 29)

Cuanto más largo es el retraso, peor es el pronóstico. (9)

Período preoperatorio:

-En la Atención Primaria de Salud:

- Pasar sonda nasogástrica, aspirar y dejar fija conectada a frasco colector.
- Canalizar vena y comenzar hidratación con cristaloides para tratar y prevenir el shock.
- Remitir a la atención secundaria.

-En la Atención Secundaria de Salud:

- Anunciar para operar de urgencia, una vez confirmado el diagnóstico, en un tiempo no mayor de una hora.
- Hacer lo orientado para la APS de no haberse cumplido.
- Trasladar a sala de observación.
- Confeccionar la historia clínica completa.
- Sonda vesical.
- Rasurar abdomen y pubis.
- Antibiótico profiláctico con o sin tratamiento antibiótico continuado de acuerdo a las características de cada caso. (14, 15)

Transoperatorio:

Existen numerosos criterios en relación a las técnicas quirúrgicas a utilizar, de acuerdo a las horas de evolución, las características de la peritonitis, la edad del paciente, los factores de riesgos quirúrgico, y las técnicas de tratamiento definitivo que se usaron antes del advenimiento del nuevo arsenal de medicamentos para su tratamiento y la posibilidad de la erradicación del *Helicobacter pylori*, por lo que la decisión queda en manos del cirujano de asistencia, aunque generalmente se usan técnicas como la sutura y epiploplastia. (9, 10, 11, 15, 16, 25, 30) En la actualidad existen estudios con muy buenos resultados usando la cirugía laparoscópica video asistida. (23, 31, 32, 33)

Postoperatorio:

- Valoración e ingreso en salas de cuidados progresivos.
- Reposo en cama pero orientando una deambulacion precoz.

- Sonda nasogástrica conectada a frasco colector y aspiración cada dos horas, comenzando la alimentación lo más precoz posible y de forma progresiva.
- Analgésicos si dolor.
- Llevar hoja de balance hidromineral y ácido básico.
- Sonda vesical y medir diuresis, retirar lo antes posible.
- Cuidados de los drenajes.
- Antibiótico terapia de amplio espectro.
- Cuidados de la herida quirúrgica. (9, 14, 15)

1.2.-Justificación del problema:

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 y la supresión de agentes tóxicos como el tabaco, alcohol, café, té y 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, 25)

Con este tratamiento los resultados no eran los más favorables y por consiguiente eran muy frecuentes las complicaciones y las recidivas, las cuales necesitaban tratamiento quirúrgico, técnicas quirúrgicas con procedimientos definitivos de gran envergadura y alta morbilidad tales como:

- Vagectomía con piloroplastia.
- Vagectomía con antrectomía (Billroth I o II).
- Hemigastrectomía.
- Vagectomía altamente selectiva. (34)

Sin embargo 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, 2, 3, 5, 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)

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, 15, 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 que la decide 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, 11, 12) no obstante otras revisiones al respecto aún siguen recomendando métodos quirúrgicos definitivos.

Por lo que nos hemos propuesto con este trabajo crear un protocolo de tratamiento para los pacientes asistidos por úlcera perforada en el Hospital General Provincial Docente “Capitán Roberto Rodríguez Fernández” de Morón, donde se tiene en cuenta la disposición de las nuevas terapéuticas y sus altos por cientos de curación, por lo que no estarían justificadas las técnicas quirúrgicas que preconizan los métodos definitivos que tienen una alta morbilidad y usar métodos no definitivos de más fácil ejecución y una baja morbilidad, para lo que nos planteamos las siguientes objetivos.

1.3 Objetivos:

1.3.1 General: Elaborar un protocolo para el tratamiento de la úlcera gastroduodenal perforada en los pacientes asistidos en el Hospital General Provincial Docente “Capitán Roberto Rodríguez Fernández” de Morón.

1.3.2 Específicos:

1.3.2.1. Caracterizar la evolución de los procedimientos médicos quirúrgicos en el proceso asistencial de los pacientes portadores de úlcera gastroduodenal perforada.

1.3.2.2. Definir las características que distinguen el proceso asistencial y los procedimientos médicos-quirúrgicos en el tratamiento de la úlcera gastroduodenal perforada en la actualidad.

1.3.2.3. Conocer la situación de los procedimientos médicos quirúrgicos en los pacientes asistidos por úlcera gastroduodenal perforada en el Hospital General Provincial Docente “Capitán Roberto Rodríguez

Fernández” de Morón desde el primero de enero al treinta y uno de diciembre del 2007 y desde el primero de enero al treinta y uno de diciembre de 2008 a los que se le aplicó el protocolo de tratamiento, ambos grupos se distribuirán según:

- Grupos de edades.
- Sexo.
- Cuadro clínico.
- Estación de tiempo donde ocurre el evento.
- Horario del día donde ocurre el evento.
- Complementarios.
- Tiempo transcurrido desde el comienzo del evento hasta el diagnóstico.
- Zona anatómica perforada.
- Técnica quirúrgica empleada.
- Asociación de triple terapia al tratamiento quirúrgico.
- Complicaciones.
- .-Estado al egreso.
- Recidiva.

1.2.3.4. Fundamentar teóricamente el protocolo para el tratamiento de los pacientes asistidos por úlcera gastroduodenal perforada.

1.2.3.5. Elaborar el protocolo de tratamiento para la úlcera gastroduodenal perforada.

1.2.3.6. Aplicar el protocolo de tratamiento para la úlcera gastroduodenal perforada a los pacientes asistidos en el Hospital General Provincial Docente “Capitán Roberto Rodríguez Fernández” de Morón, desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2008.

1.2.3.7. Validar la incidencia del protocolo de tratamiento de la úlcera gastroduodenal perforada.

CAPÍTULO II. DISEÑO TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de estudio: Se realizó un cuasiexperimento caso control prospectivo para conocer el comportamiento de algunas variables relacionadas con la morbimortalidad por úlcera gastroduodenal perforada y al mismo tiempo diseñar un protocolo para el tratamiento de los pacientes atendidos por el Servicio de Cirugía General del Hospital General Provincial Docente “Capitán Roberto Rodríguez Fernández” de Morón durante el período comprendido entre el 1º de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2008.

2.2 Objeto de investigación: el proceso asistencial de los pacientes asistidos en el Hospital General Provincial Docente “Capitán Roberto Rodríguez Fernández” de Morón por “Abdomen Agudo” producido por úlcera gastroduodenal perforada desde el primero de enero del 2007 hasta el treinta y uno de diciembre del 2008.

2.3 Campo de acción de la investigación: los procedimientos médicos y quirúrgicos para el tratamiento de la úlcera gastroduodenal perforada en los pacientes asistidos en el Hospital General Provincial Docente “Capitán

Roberto Rodríguez Fernández” de Morón desde el primero de enero del 2007 hasta el treinta y uno de diciembre del 2008.

2.4 Metodología empleada en la investigación: La misma se materializó usando los siguientes métodos y técnicas:

Nivel teórico:

- El método histórico-lógico en la determinación de la evolución de los procedimientos médicos y quirúrgicos en el proceso asistencial a los pacientes portadores de úlcera gastroduodenal perforada.

- El analítico-sintético y el inductivo-deductivo para la caracterización del proceso asistencial y los procedimientos médicos quirúrgicos para el tratamiento de la úlcera gastroduodenal perforada, así como para la interpretación de la información obtenida por la aplicación de los métodos empíricos durante el diagnóstico y la corroboración.

- La modelación y el tránsito de lo abstracto a lo concreto para concretar los supuestos teóricos de un protocolo de tratamiento de la úlcera gastroduodenal perforada en los pacientes asistidos por esta entidad.

- El hipotético-deductivo desde la identificación de la situación problemática de la investigación hasta la determinación de las conclusiones de la misma.

- El enfoque de sistema para la elaboración de un protocolo de tratamiento de la úlcera gastroduodenal perforada.

- El dialéctico materialista en la determinación de las relaciones contradictorias que se dan en el objeto y que constituyen su fuente de desarrollo, una de las cuales es la contradicción fundamental.

Métodos Empíricos:

-El estudio documental y la encuesta para el diagnóstico del comportamiento de algunas variables relacionadas con la morbimortalidad de la úlcera gastroduodenal perforada, así como para corroborar la incidencia del protocolo de tratamiento de la úlcera gastroduodenal perforada

Métodos estadísticos:

-El método de análisis porcentual para la interpretación de los resultados del cuasiexperimento caso control.

-La estadística descriptiva para la interpretación de los resultados del diagnóstico y de la corroboración de la incidencia del protocolo de tratamiento de la úlcera gastroduodenal perforada en los pacientes asistidos en el Hospital General Provincial Docente "Capitán Roberto Rodríguez Fernández" de Morón, en el período comprendido desde el primero de enero del 2007 al treinta y uno de diciembre del 2008.

2.5 Novedad científica: esta en el protocolo para el tratamiento de la úlcera gastroduodenal perforada, desde lo preventivo, terapéutico y rehabilitación, basándonos en los nuevos conocimientos científicos terapéuticos y los protocolos revisados, haciendo énfasis en el uso de los procedimientos quirúrgicos no definitivos siempre que sea posible y su asociación con la triple terapia antiulcerosa, así como unificar los criterios de actuación del servicio ante esta complicación.

2.6 Contribución a la teoría: es la recomendación de la asociación de la triple terapia antiulcerosa en unión con el proceder quirúrgico, donde sugerimos las técnicas no definitivas siempre que sea posible.

2.7 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 incorporaría a su vida laboral precozmente y en lo científico es el aporte que cuando se usa la triple terapia asociada al proceder quirúrgico con técnicas no definitivas generalmente el paciente resuelve sin necesidad de procedimientos más invasivos y de mayor morbimortalidad y se establecería un criterio unificado en el tratamiento de estos pacientes.

2.8 Utilidad Práctica: es el protocolo de tratamiento para la úlcera gastroduodenal perforada en los pacientes asistidos en el Hospital General Provincial Docente “Capitán Roberto Rodríguez Fernández” de Morón.

2.9 Recolección de datos:

Población: está constituida por todos los pacientes asistidos por úlcera péptica gastroduodenal perforada en el Hospital General Provincial Docente “Capitán Roberto Rodríguez Fernández” de Morón en el período comprendido desde el primero de enero de 2007 al treinta y uno de diciembre de 2008.

Criterio de inclusión: todos los pacientes asistidos por úlcera gastroduodenal perforada, que el diagnóstico fue confirmado por laparotomía o la necropsia.

Criterios de exclusión: los pacientes asistidos por úlcera péptica gastroduodenal perforada, que el diagnóstico no fue confirmado por laparotomía o necropsia.

Muestra: coincide en su totalidad con la población.

Los datos se obtuvieron de las historias clínicas de todos los pacientes asistidos por úlcera gastroduodenal perforada y cuyo diagnóstico fue corroborado por laparotomía y/o necropsia en el Hospital General Provincial Docente “Capitán Roberto Rodríguez Fernández” de Morón en el período desde el primero de enero del 2007 hasta el treinta y uno de diciembre del

2008, los que se llevarían a una encuesta diseñada de tal forma que pueda dar respuesta a los objetivos trazados en la investigación, el primer grupo estaría constituido por los pacientes asistidos desde el primero de enero al treinta y uno de diciembre de 2007 y nos daría el diagnóstico (Grupo I), el segundo grupo estaría constituido por los pacientes asistidos desde el primero de enero al treinta y uno de diciembre de 2008 que nos daría la corroboración de la aplicación del protocolo de tratamiento de los pacientes asistidos por úlcera péptica gastroduodenal perforada (Grupo II).

2.10 Tratamiento y procesamiento de datos: con los datos obtenidos se crearon tablas que dan respuesta a los objetivos enunciados, usando el método de análisis porcentual para interpretar los resultados en unión de la estadística descriptiva, divididos en dos grupos, el primero desde el primero de enero al treinta y uno de diciembre de 2007 y el segundo, al que se le aplicó el protocolo de tratamiento para la úlcera gastroduodenal perforada, desde el primero de enero al treinta y uno de diciembre de 2008.

CAPÍTULO III. PROTOCOLO DE TRATAMIENTO

PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ÚLCERA GASTRODUODENAL PERFORADA EN EL HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL DOCENTE “CAPITÁN ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ” DE MORÓN. (Basado en el Manual de Procedimientos Médico-Quirúrgicos de Cirugía, el Protocolo de Rodríguez Prendes) (14, 15)

I.- CLASIFICACIÓN:

1.1.- Según localización: Gástrica (Prepilóricas, pilóricas y gástricas propiamente dichas) y duodenales.

1.2.- Según el sitio hacia donde ocurra la perforación: Libre hacia la gran cavidad peritoneal, la transcavidad de los epiplones, sobre un órgano vecino (páncreas, hígado, colon) y puede sufrir un proceso de tabicación.

II.- DIAGNÓSTICO:

2.1- Antecedentes: Ulceroso conocido, síndrome dispéptico compatible con úlcera duodenal, ingestión de medicamentos ulcerogénicos, alcoholismo y tabaquismo, presencia del *Campylobacter* y el *Helicobacter pylori*.

III.- CUADRO CLÍNICO:

El paciente puede presentar síntomas que anteceden el cuadro de la perforación como epigastralgias, acidez y aerogastria.

Cuando ocurre la perforación se presenta un dolor en puñalada de gran intensidad en epigastrio que se irradia posteriormente a todo el abdomen, con contractura abdominal por lo que evita moverse y hay toma del estado general que puede llegar a la deshidratación y el shock.

Al examen físico podemos encontrar signos de shock y en el abdomen constatamos poca o nula movilidad con los movimientos respiratorios, la palpación es muy dolorosa con marcada defensa muscular que recuerda una tabla, hay reacción peritoneal generalizada y la percusión es muy dolorosa y encontramos borramiento de la matidez hepática, los ruidos hidroaéreos pueden estar disminuidos y los tactos vaginal y rectal son muy dolorosos y los fondos de saco pueden estar abombados.

Exámenes complementarios:

Hemograma con leucograma completo.

Estudios radiológicos: Rx de tórax de pie, donde se constata el neumoperitoneo, de no verse se puede aspirar por la sonda nasogástrica e instilar 250cc de aire y repetir, la no visualización del neumoperitoneo no es un criterio certero de no existir la entidad, si el paciente por algún motivo no puede ponerse de pie se le debe realizar un Rx de Pancoast en decúbito lateral izquierdo.

Ecograma: nos puede mostrar la presencia de líquido libre en la cavidad peritoneal.

Laparoscopia: sobre todo en los casos que no se puede constatar el neumoperitoneo y siempre que exista duda diagnóstica.

Además se puede usar la punción abdominal, el lavado peritoneal y en última instancia la laparotomía exploradora.

IV.- TRATAMIENTO: Quirúrgico.

PERÍODO PREOPERATORIO:

-En la atención primaria de salud:

- Pasar sonda nasogástrica, aspirar y dejar conectada a frasco o bolsa colectora.
- Hidratación con cristaloides para prevenir o corregir el desbalance electrolítico, previa canalización de venas periféricas.
- Si manifestaciones de shock, tratarlo adecuadamente.
- Remitir a la atención secundaria.

-En la atención secundaria de salud:

- Mantener o hacer lo orientado para la atención primaria de salud.
- Anunciar para intervención quirúrgica de urgencia previa confirmación del diagnóstico y garantizar que el tiempo transcurrido entre el anuncio y la intervención quirúrgica no sea mayor de una hora.
- Valoración clínica con EKG a los mayores de 50 años y a los que tengan patologías crónicas asociadas.
- Evaluación geriátrica a los mayores de 60 años.
- Rasurar abdomen y pubis.
- Valorar la necesidad o no de pasar sonda vesical.
- Antibiótico profiláctico:

Menos de seis horas de perforado: Cefazolina un gramo E.V. en el preoperatorio, un gramo en la inducción anestésica y un gramo a las cuatro horas de concluida la intervención.

Más de seis horas de perforado y/o peritonitis con contaminación bacteriana: Cefazolina un gramo E.V. cada ocho horas, Amikacina

500mg a 15 mg por Kg. de peso en dosis única al día y Metronidazol un frasco de 500 mg E.V. cada ocho horas a durar 40 minutos.

PERIODO TRANSOPERATORIO:

La conducta quirúrgica a aplicar variara de acuerdo a:

- Localización de la lesión.
- Tiempo de evolución.
- Edad del paciente.
- Condiciones generales (presencia de shock, desbalances hidroelectrolíticos y ácido-básicos y enfermedades crónicas asociadas) y locales (intensidad de la peritonitis)
- La posibilidad de la triple terapia para el tratamiento médico de la enfermedad ulcero péptica gastroduodenal.

1.- Menos de seis horas de evolución:

➤ Úlceras gástricas:

- Curvatura menor.
- Cuerpo gástrico.
- Yuxtacardiales.
- Antro gástrico.
- En todas las anteriores se hará resección de la úlcera que se enviará a anatomía patológica para biopsia y sutura en dos planos o sutura y epiploplastia (técnica de Graham) de acuerdo al tamaño de la perforación aspiración de la cavidad y cierre de la pared abdominal por

planos. Siempre que el cirujano por su experiencia y las características del paciente considere que el proceder recomendado no tiene contraindicación, de lo contrario podrá determinar otro proceder que crea pertinente.

- Úlcera prepilórica y pilórica: por la posibilidad de que se establezca un Síndrome pilórico debe hacerse Vagotomía troncular y Píloroplastia de Heineke-Mikulicz y de ser posible resección de la úlcera y cuando la úlcera es de cara anterior pilórica la Píloroplastia puede ser de Judd. Si estamos convencidos que no se producirá una obstrucción gástrica se puede hacer sutura y epiploplastia libre o pediculada.
- Úlcera duodenal: se hará sutura y epiploplastia, siempre que sea posible.
- Sutura y epiploplastia por cirugía laparoscópica (cuando exista personal y equipamiento adecuado)

2.-Más de seis horas de evolución:

- Tomar muestra para cultivo y antibiograma.
- Aspiración del contenido y lavado amplio de la cavidad abdominal.
- Dejar drenajes abdominales.
- Cierre de la cavidad abdominal por planos y con puntos de seguridad (subtotales).

El resto de los procedimientos quirúrgicos será igual a las de menos seis horas de evolución.

En todos los casos inmediatamente que se restablezca la vía oral se comenzará la triple terapia con Amoxicilina 500mg cada ocho horas durante

siete días, Metronidazol 250mg cada ocho horas por diez días, Omeprazol 20 mg al día durante 21 días con seguimiento clínico y endoscópico posterior.

Justificación científica del protocolo:

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 y la supresión de agentes tóxicos como el tabaco, alcohol, café, té y 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, 25)

Con este tratamiento los resultados no eran los más favorables y por consiguiente eran muy frecuentes las complicaciones y las recidivas, las cuales necesitaban tratamiento quirúrgico, técnicas quirúrgicas con procedimientos definitivos de gran envergadura y alta morbilidad tales como:

- Vagotomía con piloroplastia.
- Vagotomía con antrectomía (Billroth I o II).
- Hemigastrectomía.
- Vagotomía altamente selectiva. (34)

Sin embargo 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, Sucralfato).
- 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, 2, 3, 5, 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)

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, 15, 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 que la decide 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, 11, 12) no obstante otras revisiones al respecto aún siguen recomendando métodos quirúrgicos definitivos.

Por lo que nos hemos propuesto con este trabajo crear un protocolo de tratamiento para los pacientes asistidos por úlcera perforada en el Hospital General Provincial Docente "Capitán Roberto Rodríguez Fernández" de Morón,

donde se tiene en cuenta la disposición de las nuevas terapéuticas y sus altos por cientos de curación, por lo que no estarían justificadas las técnicas quirúrgicas que preconizan los métodos definitivos que tienen una alta morbilidad y usar métodos no definitivos de más fácil ejecución y una baja morbilidad. Además nos basamos en los protocolos establecidos por el Manual de diagnóstico y procedimientos de Cirugía General y el de Rodríguez Prendes de Cienfuegos.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1 Distribución de los pacientes asistidos por úlcera perforada según grupos de edad y sexo distribuidos en los grupo I (2007) y II (2008) en el

Hospital General Provincial Docente “Capitán Roberto Rodríguez Fernández”
de Morón en el período comprendido entre el primero de enero de 2007 al
treinta y uno de diciembre de 2008.

Grupos de edad	2007				2008				Totales					
	M	F	Subtotal		M	F	Subtotal							
									M			F		
	No.	No.	No.	%	No.	No.	No.	%	No	%	No	%	No.	%
15 - 25	1	0	1	6,25	0	0	0	0	1	2.7	0	0	1	2,77
26 - 35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
36 - 45	6	0	6	37,50	6	0	6	30,00	12	33.3	0	0	12	33,34
46 - 55	2	0	2	12,50	4	1	5	25,00	6	16.8	1	2.7	7	19,44
56 - 65	1	0	1	6,25	1	1	2	10,00	2	5.6	1	2.7	3	8,34
Más de 65	5	1	6	37,50	2	5	7	35,00	7	19.4	6	16.8	13	36,11
Total	15	1	16	100,00	13	7	20	100,00	28	77.8	8	22.2	36	100,00

Fuente: Encuestas.

En la tabla podemos observar que el 77,8 % pertenece al sexo masculino con una proporción de 5,1 varones por cada mujer, resultados que esta en correspondencia con la literatura revisada: 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)

En nuestro estudio el grupo de edad más afectado fueron los pacientes mayores de 65 años con un 36,11 % , 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 y en nuestra investigación la localización más frecuente de la perforación fue el estómago que se corresponde con mayor edad, lo cual será analizado en la tabla siguiente.

Tabla 2: Distribución de los pacientes asistidos por úlcera perforada según localización topográfica.

Grupo I y II	Gástricas		Pilóricas		Gástrica	Subtotal				Duodenales		Total	
	No	%	No	%		Subtotal (Gástricas)				Duodenales		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		No.	%	No.	%
2007	5	50,0	1	10,0	4	40,0	10	27,8		6	16,7	16	44,5
2008	7	58,4	1	8,3	4	33,3	12	33,3		8	22,2	20	55,5
Total	12	54,5	2	9,1	8	36,4	22	61,1		14	38,9	36	100,0

Fuente: Encuestas.

En la tabla 2 nos llama la atención que la úlcera que con mayor frecuencia se perforo fue la gástrica con un 61,1 % y la duodenal represento sólo el 38,9 %. Resultados que no se corresponden con las investigaciones y literatura revisadas donde predomino la perforación duodenal, (1, 2, 3, 8, 9, 10) Gómez Triana y colaboradores señalan la perforación duodenal con un 73,29 %. (10) Nuestro resultado es similar a los reportados por otros países como Japón. (1, 2) Rodríguez Acosta y colaboradores 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.(35) 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. (36) Pensamos que nuestros resultados están dados porque dentro de las úlceras gástricas encontradas la mayoría tenían una topografía relacionada con el píloro: 12 fueron prepilóricas y 2 pilóricas las que fisiopatológicamente se comportan como la úlcera duodenal y propiamente gástricas tuvimos 4 solamente.

Tabla 3: Distribución de los pacientes asistidos por úlcera perforada según la estación de tiempo donde ocurre la perforación.

Estación	(2007)		(2008)		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Primavera	5	13,9	4	11,1	9	25,0
Verano	3	8,3	3	8,3	6	16,7
Otoño	1	2,8	1	2,8	2	5,5
Invierno	7	19,5	12	33,3	19	52,8
Total	16	44,5	20	55,5	36	100,0

Fuente: Encuestas.

En la tabla 3 podemos encontrar que la úlceras se perforaron más en invierno con un 52,8 %, siguiéndole en frecuencia la primavera con un 25,0 %. Resultados que no se corresponde en su totalidad con otros estudios donde señalan al otoño y primavera como las estaciones de mayor frecuencia, (1, 2, 9, 15, 23, 29) estos datos podrían estar en relación a que en Cuba las estaciones de tiempo no están bien enmarcadas por ser un país con clima tropical donde predominan las temperaturas altas durante casi todo el año.

Tabla 4: Distribución de los pacientes asistidos por úlcera perforada según horario del día en que ocurre el evento.

Horario del día	(2007) No.	%	(2008) No.	%	Total No.	%
Mañana	4	11,1	3	8,4	7	19,4
Tarde	2	5,5	4	11,1	6	16,7
Noche	10	27,8	13	36,1	23	63,9
Total	16	44,4	20	55,6	26	100,0

Fuente: Encuestas.

En esta tabla podemos ver que la mayoría de las perforaciones ocurrieron por la noche con un 63,9 %, datos similares reportan los autores extranjeros y nacionales revisados. (9, 15, 23) lo que debe estar en relación con el gran número de horas que el paciente no ingiere alimentos y la secreción basal de ácido clorhídrico y pepsina esta actuando directamente sobre la mucosa lesionada.

Tabla 5: Distribución de los pacientes asistidos por úlcera perforada según el cuadro clínico.

Síntomas y signos	(2007) No.	%	(2008) No.	%	Total No.	%
Reacción peritoneal generalizada	15	93,8	20	100,0	35	97,2
Dolor en epigastrio en forma de puñalada, que posteriormente se irradia a todo el	16	100,0	19	95,0	35	97,2

Contractura muscular (vientre en tabla)	15	93,8	19	95,0	34	94,4
Borramiento de la submatidez hepática	13	81,3	17	85,0	30	83,3
Vómitos	2	12,5	3	15,0	5	13,9

En la tabla No. 5 el síntoma que prevaleció fue la epigastralgia con el 97,2 % y los signos que más se encontraron fueron la reacción peritoneal con el 97,2 % y la contractura muscular (vientre en tabla) en el 94,4 %. Nuestros hallazgos se corresponden con la literatura revisada, (1, 2, 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. (35) Estos resultados se corresponden con la peritonitis química que se produce a inicio del proceso y que es seguida de una peritonitis séptica.

Tabla 6: Distribución de los pacientes asistidos por úlcera perforada según la positividad de los complementarios más recomendados para el diagnóstico.

[illegible]

a

Fuente: Encuestas.

En la tabla podemos observar que el complementario más usado fue el Rx de tórax simple, el cual fue positivo en 83,3 % de los pacientes, la ecografía tuvo una positividad de un 90,0 % pero sin embargo se usa poco al igual que la TAC que tuvo una positividad de 100,0 %, nos llama la atención que la laparoscopia que debe usarse sobre todo cuando hay dudas diagnósticas no fue indicada ni aún solo paciente. Varios autores reportan positividad del Rx de tórax que oscila entre el 75 y el 90 %. (10, 11, 35, 37) Ríos y colaboradores y Jiménez y colaboradores señalan la importancia de la ecografía y la laparoscopia sobre todo cuando pudiera existir duda diagnóstica y el Rx de tórax fuera negativo de neumoperitoneo. (35, 37)

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 morbilidad y mortalidad.

Tabla 7: Distribución de los pacientes asistidos por úlcera perforada según el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas al diagnóstico positivo.

Tiempo transcurrido	(2007)		(2008)		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
1-12 h.	14	38,8	17	47,2	31	86,1
13-24 h.	1	2,8	2	5,6	3	8,3
Más de 24 h.	1	2,8	1	2,8	2	5,6
Total	16	44,4	20	55,6	36	100,0

Fuente: Encuestas.

El 86,1 % de nuestros pacientes fueron diagnosticados en las primeras 12 horas de evolución y sólo 2 pacientes se diagnosticaron con más de 24 horas

de evolución y fueron los que más complicaciones graves presentaron y uno de ellos falleció. Cuando se realiza una intervención temprana suele encontrarse exudado estéril en el abdomen; el retraso casi siempre se acompaña de una complicación séptica subsiguiente y comienzan cambios a nivel tisular con respuesta inflamatoria y liberación de mediadores químicos. (38)Soler y colaboradores, Rodríguez y colaboradores señalan la necesidad de un diagnóstico precoz y que la tardanza en el mismo acarrea una mayor morbimortalidad. (9, 11)Butte y colaboradores plantea que en su serie se hizo el diagnóstico precoz (menos de 6 horas) al 54,5 % y estos fueron los que tuvieron menos complicaciones. (35). Las complicaciones y la mortalidad aumenta por una serie de factores como son las enfermedades asociadas, la edad del paciente, el proceder quirúrgico y sobre todo el tiempo transcurrido desde que se produce el evento hasta el tratamiento quirúrgico por lo que se deben agotar todas las posibilidades diagnósticas de forma ágil.

Tabla 8: Distribución de los pacientes asistidos por úlcera perforada según técnica quirúrgica empleada y la topografía de la perforación.

Técnicas quirúrgicas		(2007)				Subtotal		(2008)				Subtotal		Total	
		Gástrica	Duodenal					Gástrica	Duodenal						
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Sutura y epiploplastia	y	6	37,50	2	12,5	8	50,0	7	35,0	8	40,0	15	75,0	23	63,9
Biopsia con sutura y epiploplastia	con y	1	6,25	0	0	1	6,25	4	20,0	0	0	4	20,0	5	13,9
Vagectomía y piloroplastia	y	1	6,25	4	25,0	5	31,25	1	5,0	0	0	1	5,0	6	16,7
Vagectomía y antrectomía	y	2	12,50	0	0	2	12,5	0	0	0	0	0	0	2	5,5
Total		10	62,50	6	37,5	16	100,0	12	60,0	8	40,0	20	100,0	36	100,0

Fuente: Encuestas.

En la tabla No. 8 podemos observar que durante el 2007 la intervención quirúrgica más frecuentemente aplicada fue la sutura y epiploplastia con un 50,0 %, pero sin embargo se realizaron técnicas quirúrgicas definitivas, la vagectomía troncular y piloroplastia en el 31,25 % de los pacientes y la vagectomía controlar con antrectomía al 12,5 %. En el 2008, después de aplicar el protocolo de tratamiento, al 95,0 % de los pacientes se le practico sutura y epiploplastia o biopsia con sutura y epiploplastia, sólo a un paciente que represento el 5,0 % se le ejecuto un proceder definitivo: Vagectomía troncular con piloroplastia debido a que la úlcera era pilórica y existía la posibilidad de una obstrucción pilórica de haber realizado sutura y epiploplastia. 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, 39, 40) En nuestro país existe una tendencia general a optar por la sutura y epiploplastia en el tratamiento de urgencia de la úlcera perforada. (16, 39) 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, 35) sin embargo Bejerano y colaboradores en su serie señalan que el proceder que predomino fue la vagectomía troncular y piloroplastia con un 82,2 %. (22) Cada día se usa más la técnica de Graham de sutura y epiploplastia una técnica no definitiva debido a una serie de factores que veremos posteriormente.

Tabla 9: Distribución de los pacientes asistidos por úlcera perforada según se asocio tratamiento con triple terapia para la enfermedad ulcerosa al proceder quirúrgico no definitivo.

Uso de la triple terapia en unión al proceder quirúrgico	(2007) 9 pacientes		(2008) 19 pacientes		Total (2007 y 2008) 28 pacientes	
	No.	%	No.	%	No.	%
	4	44,4	19	100,0	23	82,1

Fuente: Encuestas.

En la tabla podemos ver que en el 2007 sólo a 4 pacientes de los 9 que fueron tratados quirúrgicamente por métodos no definitivos se le asocio triple terapia antiulcerosa en cualquiera de sus variantes y en el 2008 después de aplicar el protocolo de tratamiento, se le aplico al 100,0 % de los pacientes no tratados por métodos definitivos.

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. (21, 22) Esta 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. (41)

Los elementos anteriores han permitido disminuir la necesidad de cirugía definitiva y por lo tanto ha disminuido la morbimortalidad del tratamiento quirúrgico de urgencia. (42)

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 procedimientos menos exeréticos, más simples, rápidos y

económicos, de menor morbilidad, 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 10: Distribución de los pacientes asistidos por úlcera perforada según complicaciones post-operatorias.

Complicaciones	N-16 (2007)		N-20 (2008)		N-36 Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sepsis de la herida	4	25,0	1	5,0	5	13,9
Íleo paralítico	3	18,8	3	15,0	6	16,7
Neumonía	1	6,3	0	0	1	2,8
Urosepsis	1	6,3	1	5,0	2	5,6
Dilatación gástrica aguda	1	6,3	0	0	1	2,8
Evisceración	1	6,3	0	0	1	2,8
Shock séptico	1	6,3	0	0	1	2,8
Absceso subfrénico	1	6,3	0	0	1	2,8

Fuente: Encuestas.

Las complicaciones fueron mayores en el grupo del 2007, donde se hizo un mayor número de procedimientos quirúrgicos definitivos y no se asocio

regularmente el tratamiento antiulceroso a los casos tratados por métodos no definitivos siendo la complicación más frecuente la sepsis de la herida con un 25,0 % y el íleo paralítico con el 18,8 % y se presentaron complicaciones graves como la evisceración, el shock séptico y absceso subfrénico con un 6,3 % cada una. En el grupo del 2008 después de aplicar el protocolo de tratamiento solo tuvimos 5 complicaciones y la más importante fue el íleo paralítico con el 15,0 % y no tuvimos complicaciones graves debemos destacar a que este grupo se le hizo al 95,0 % intervenciones no definitivas, se le asocio la triple terapia antiulcerosa y se uso antibiótico profiláctico o continuado.

Gómez Triana y colaboradores en su serie encontraron al igual que nosotros que la sepsis de la herida fue la complicación más frecuente. (10)

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.

Tabla 11: Distribución de los pacientes asistidos por úlcera perforada según estado al egreso.

Grupo I y II	Pacientes asistidos	Vivos al egreso	al %	Fallecidos al egreso	al %
(2007)	16	15	93,8	1	6,2
De (2008)	20	20	100,0	0	0
Total	36	35	97,2	1	2,8

Fuente: Encuestas.

Tuvimos un fallecido para una mortalidad de 6,2 % en el 2007, paciente que falleció en un cuadro de shock séptico por demora en el diagnóstico, más de 24 horas. Queremos destacar que en el 2008 no tuvimos fallecidos por lo que la

mortalidad de la serie fue de 2,8 %, cifras similares reportan otros autores, (16, 22, 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 %. (43) La mortalidad se asocia a complicaciones graves que se presentan con mayor frecuencia cuando: existen enfermedades asociadas, mayor edad del paciente, diagnóstico tardío, procedimientos quirúrgicos definitivos aspectos que son contemplados en el protocolo aplicado.

Tabla 12: Distribución de los pacientes asistidos por úlcera perforada según recidiva de la misma.

Grupos I y II	Pacientes asistidos	Recidiva	%
(2007)	16	5	31,3
(2008)	20	1	5,0
Total	36	6	16,7

Fuente: Encuestas.

En la tabla encontramos que las recidivas de la úlcera fue mucho más frecuente en el grupo del 2007 con 5 pacientes para un 31,3 % y que el grupo del 2008 al que se le aplicó el protocolo solo recidivó un paciente para el 5,0 %, todas las recidivas fueron en pacientes a los que se le aplicó tratamiento quirúrgico con técnicas no definitivas.

Tabla 13: Distribución de los pacientes asistidos por úlcera perforada según topografía, asociación de triple terapia, recidiva y proceder quirúrgico empleado en el grupo I (2007).

Técnica quirúrgica		Gástrica		Duodenal		Triple terapia		Recidiva	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Sutura y epiploplastia		6	37,50	2	12,50	3	18,8	5	31,3
Biopsia con sutura y epiploplastia		1	6,25	0	0	1	6,25	0	0
Vagectomía y piloroplastia		1	6,25	4	25,0	0	0	0	0
Vagectomía y antrectomía		2	12,5	0	0	0	0	0	0
Total		10	62,5	6	37,5	4	25,0	5	31,3

Fuente: Encuestas.

En la tabla No. 13 podemos observar que en el grupo del 2007 que las recidivas 5 para un 31,1 % se presentaron en los tratados con sutura y epiploplastia de ellas 6 gástricas y 2 duodenales y que a esas solo se le asocio triple terapia antiulcerosa a 3 pacientes que fueron los que no recidivaron, por lo que creemos que la no asociación del tratamiento antiulceroso tuvo que ver con que se mantuviera o reapareciera la úlcera activa. Es de señalar que los procedimientos definitivos no tuvieron recidivas aun sin la asociación del tratamiento médico en los siete pacientes que se le aplico.

Tabla 14: Distribución de los pacientes asistidos por úlcera perforada según topografía, asociación de triple terapia, recidiva y proceder quirúrgico empleado en el grupo II (2008).

Técnica quirúrgica		Gástrica No.	%	Duodenal No.	%	Triple terapia No.	%	Recidiva No.	%
Sutura y epiploplastia	y	7	35,0	8	40,0	15	75,0	1	6,66
Biopsia con sutura y epiploplastia	con y	4	20,0	0	0	4	20,0	0	0
Vagectomía y piloroplastia	y	1	5,0	0	0	0	0	0	0
Vagectomía y antrectomía	y	0	0	0	0	0	0	0	0
Total		12	60,0	8	40,0	19	95,0	1	5,0

Fuente: Encuestas.

En la tabla No. 14 que corresponde a los pacientes que se le aplicó el protocolo, solo tuvimos una recidiva para un 5,0 %, fue un paciente que se le practicó sutura y epiploplastia asociándole la triple terapia, pero al resto de los 18 pacientes que se le hizo un proceder no definitivo y se le asoció el tratamiento médico antiulceroso no hubo recidivas. Ostensiblemente son llamativos los resultados si los comparamos con el grupo del 2007 (tabla anterior)

CONCLUSIONES

Después de haber analizado y discutido nuestro trabajo, podemos concluir que el sexo masculino, el grupo de edad mayores de 65 años fueron los más

afectados por úlcera duodenal perforada; que la localización gástrica, la estación invernal y las horas de la noche fue donde con mayor frecuencia ocurrió el evento; las manifestaciones clínicas más encontradas fueron el dolor en epigastrio, la reacción peritoneal y el vientre en tabla, siendo el Rx de tórax el complementario más usado; las técnicas quirúrgicas más usadas fueron los procedimientos no definitivos aunque en el primer grupo se usaron técnicas definitivas, las complicaciones postoperatorias se presentaron en un mayor porcentaje en el grupo inicial y de más gravedad, predominando la sepsis de la herida quirúrgica; después de la aplicación del protocolo se pudo constatar que al 95,0 % de los pacientes se le realizó un proceder quirúrgico no definitivo y al 100,0 % de ellos se le asocio triple terapia antiulcerosa lográndose una disminución sustancial de las complicaciones de 13 a 5, la mortalidad de 6,2 % a 0 % y la recidiva de la enfermedad de 31,3 % al 5 %.

RECOMENDACIONES

- 1.- Realizar curso de superación para profundizar en los conocimientos sobre la úlcera gastroduodenal perforada y su tratamiento inicial en la atención primaria

de salud, lo cual permitirá el diagnóstico precoz y una conducta más oportuna en los pacientes afectados por esta entidad.

2.- Establecer el diagnóstico del *Helicobacter pylori* en el Hospital General Provincial Docente “Capitán Roberto Rodríguez Fernández” de Morón en el manejo de la enfermedad ulcerosa gastroduodenal.

3.- Hacer uso de otros medios diagnósticos como la laparoscopia en función de un diagnóstico precoz, cuando con los otros medios no podemos confirmar el mismo.

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. 2000.

- 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 na. México: Mc Graw – Hill Interamericana; 2002. p. 1927 – 1940.
- 4.- Ramakrishnan K, Salinas RC. Peptic ulcer disease. Am Fam Physician. 2007;76(7):1005-12.
- 5.-Cheung L, Declore R. En: Sabiston DC: Tratado de Patología Quirúrgica. XVI ed. México. Interamericana; 2000. p. 627-630.
- 6.- Crawford JM. Aparato gastrointestinal. En: Robbins. Patología estructural y funcional. Sexta edición. España: Mc Graw – Hill Interamericana; 2000. p. 827 – 830.
- 7.- .- Debra Wood RN. Peptic Ulcer. 2008; [en línea]. Consultado el 12 de mayo de 2006. Disponible en: <http://www.nucleusinc>
- 8.- . Noguiera 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 2003; 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. 2003; 15(1); 35-40.
- 13.- Chey WD, Wong BC. American College of Gastroenterology guideline on the management of Helicobacter pylori infection. Am J Gastroenterol. Aug 2007;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.- Lanza FL, Chan FK, Quigley EM: Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Guidelines for prevention of NSAID-related ulcer complications. Am J Gastroenterol. 2009;104:728-738.

18.- Malagelada JR, Kuipers EJ, Blaser MJ. Acid peptic disease: clinical manifestations, diagnosis, treatment, and prognosis. In: Goldman L, Ausiello D, eds. Cecil Medicine. 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007:chap 142.

19.- Eswaran S, Roy MA. Medical management of acid-peptic disorders of the stomach. Surg Clin N Am 2005; 85: 895-906.

20.- Pereira JM, Sirlin CB. Educational Exhibit: Disproportionate Fat Stranding, a helpful CT Sign in Patients with acute Abdominal Pain. Radiographics 2004; 24: 703-715.

21.- 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. 2003; 35(5):393-6.

22.- Bejerano GR. Perforación gastroduodenal por úlcera péptica: estudio de 99 pacientes. Gaceta Médica de Santiago de Cuba; 2007

23.- Rodríguez~Loeches J. Úlcera duodenal perforada Caracterización clínico quirúrgica. Rev Cub Cirug 1989; 28 (4): 301-10.

24.- Debra Wood RN. Peptic Ulcer. Risks Factors. 2005; [en línea]. Consultado el 12 de mayo de 2006. Disponible en: <http://www.nucleusinc>

25.- Faisal A, Yelon JA. Perforated Peptic Ulcer. Contributor (information and Dislosures). Oct 8, 2008.

26. - Bennett W. A case of ruptured gastric ulcer successfully treated by immediate suture. Lancet. 1894; 2:21-22.

27. - Dean H.P. A case of perforation of chronic ulcer of the duodenum successfully treated by excision. Br Med J. 1894; 1:1014-1015.

28.- Navarrete S, Leyba J, Gumina C. Abordaje laparoscópico de la úlcera duodenal perforada . Gac Méd Caracas 2005; 113 (2)

29.- Yera AL, Rodríguez I, López JA, Gutiérrez AR, Ramos N, Fernández E et al. El resultado del tratamiento quirúrgico en la úlcera duodenal: estudio multicéntrico. En: <http://www.cirugest.com/revista/2006/12/2006-09-15.htm>

30.-Plummer JM, Mc Farlane M, Newnham M. tratamiento quirúrgico de la úlcera gastroduodenal perforada. West Indian Medical Journal 2004; 53 (6): 378-381.

31.-Lee KH, Chang HC, Lo CJ. Endoscope-assisted laparoscopic repair of perforated peptic ulcers. Am Surg. 2004; 70 (4): 352-356.

32.- García O, Hidalgo F, Gómez F, Quintanilla N. Cirugía Laparoscópica de la úlcera péptica perforada. Aplicando nuevos conceptos. Rev. Asoc. Méx. Endoscopica. 2004; 5 (1): 12-16.

33.- Sanabria AE, Morales CH, Villegas MI. Reparación laparoscópica para la úlcera péptica perforada. De La Biblioteca Cochrane Plus 2006; 2.

34.-Rodríguez I. Vagotomía altamente selectiva en la úlcera duodenal complicada. Rev Cub. Med Milit 2005; 34 (1)

35.- Butte BJ, Dagnino VB, Tapia VA, Llanos LJ. Rev Chilena de Cirugía. Vol 59-No 1, Febrero 2007, p. 16-21

36.- Svanes C. Trends in perforated peptic ulcer: incidence, etiology, treatment, and prognosis. World J Surg; 2000; 24(3):277-83..

37.- 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, 2000; 84-97.

38.- Moody FG, Miller TA. Estómago. En Schwartz SI. Principios de cirugía. México: Editorial Interamericana. 6ta ed; 1995: 1159-91.

39.- Cougard P, Barrat C, Gayral F, Cadere 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 2000 Oct;125(8):726-31.

40.- . Bennett K, Cannon J, Organ C. Is duodenal ulcer perforation best treated with vagotomy and pyloroplasty? Am J Surg 1985; 150: 743-747

41.- Gisbert JP. Úlcera péptica. Epidemiología, patogenia, diagnóstico y conceptos generales sobre tratamiento. Medicine, ISSN 0304-5412, Serie 9, No. 2, 2004 (Ejemplar dedicado a: Enfermedades del aparato digestivo (II). Tracto digestivo superior), pags. 64-74

42.- . Korn O, Csendes A. Ulcera gastroduodenal perforada. En: Guzmán S, Espinoza R. (eds). Abdomen Agudo. Ediciones Sociedad de Cirujanos de Chile, Santiago, 2000; 115-127.

43.- 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 2000; 166 (2): 149-53.

44.- Beal JM. Peptic ulcer. In. Cristhopher P. Coppola, MD. Clinical companion quirúrgica. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 1999: 255-62.

45. - Siu WT, Leong HT, Law BK, Chau CH, Li AC, Fung KH, et al. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer: a randomized controlled trial. Ann Surg. 2002; 235:313-9.

ANEXO

I.-Nombre y apellidos_____

II.-H.C. _____

III.-Sexo:3.1 Masculino_____

3.2Femenino_____

IV.-Edad en años_____

V.-El evento ocurrió en: 5.1 el día_____del mes_____en el
año_____

y 5.2 por la noche_____5.3 por la tarde_____5.4 por la
mañana_____

VI.- Topografía de la perforación

6.1 Gástrica_____

6.1.1 pilóricas_____

6.1.2 prepilóricas_____

6.1.3 gástrica_____

6.2Duodenal_____

VII.- Cuadro clínico

7.1Síntomas:

7.1.1 Dolor en epigastrio_____

7.1.2 Nauseas y vómitos_____

7.1.3 Fiebre_____

7.1.4 Otros_____

7.2 Signos:

7.2.1 Reacción peritoneal_____

7.2.2 Defensa muscular (vientre en tabla)_____

7.2.3 Borramiento de la matidez hepática_____

7.2.4 Otros_____

VIII.-Exámenes complementarios:

8.1. Rx de tórax_____Positivo neumoperitoneo_____

8.2 Ecografía_____Positivo de líquido libre en
cavidad_____

8.3 TAC_____Positivo_____

8.4 Laparoscopia_____Positivo_____

8.5 Otros_____

IX.-Tiempo transcurrido desde el comienzo del evento y el diagnóstico:

9.1 Entre 1 hora y 12 horas_____

9.2 Entre 13 horas y 24 horas_____

9.3 Más de 24 horas_____

X.- Técnica quirúrgica usada:

10.1 Sutura y epiploplastia_____

10.2 Resección de la úlcera para biopsia y sutura y
epiploplastia_____

10.3 Vagectomía troncular y piloroplastia_____

10.4 Vagectomía y antrectomía_____

10.5 Hemigastrectomía_____

10.6 Otras_____

XI.- Complicaciones:

11.1 Sepsis de la herida_____

11.2 Neumonía o bronconeumonías_____

11.3 Sepsis urinaria_____

11.4 Íleo paralítico_____

11.5 Sepsis intrabdominal_____

11.6 Shock séptico_____

11.7 Otras_____

XII.-Asociación de triple terapia antiulcerosa al tratamiento quirúrgico:

12.1 SI_____12.2 NO_____

XIII.- Estado al egreso: 13.1 Vivo_____13.2 Fallecido_____

XIV Recidiva de la enfermedad ulcerosa: 14.1 SI_____14.2 NO_____

DECLARACIÓN JURADA DEL AUTOR:

Por medio de la presente declaro ante el Consejo Científico Provincial de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, que la Tesis presentada es de mi propia autoría, no contiene material escrito por otra persona al no ser el referenciado debidamente en el texto: parte de ella o en su totalidad no ha sido aceptada para el otorgamiento de cualquier otro diploma de una institución nacional o extranjera.

Morón, 30 de septiembre de 2009.

Firma del autor.

Dr. Pablo Guillermo Valdés Mesa

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Por medio de la presente apruebo que la tesis titulada: **PROTOCOLO DE MORBILIDAD PARA EL MEJORAMIENTO DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE LA ÚLCERA GASTRODUODENAL PERFORADA EN LOS PACIENTES ASISTIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL DOCENTE ``CAPITÁN ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ`` DE MORÓN**, en el período comprendido desde el 1 de enero de 2007 al 31 de diciembre del 2008, del autor Dr. Pablo Guillermo Valdés Mesa, en opción al título de Master en Urgencias Médicas sea presentada al Acto de Defensa.

Para que así conste firmo la presente en Morón, el 30 de septiembre de 2009.

Dr. C. Luis Pastor Carmenate Fuentes