UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE MEDICINA

COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGIA GENERAL

HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL PEREZ CARREÑO”

FACTORES ASOCIADOS A MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES CON ULCUS PEPTICO PERFORADO

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en Cirugía General

Yanalith Chiquinquira Fortul Becerra

Yerina Nayari Millan Urbina

Tutor: Yubisay Avariano

Caracas, Noviembre de 2018

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
VEREDICTO

Coordinación de Estudios de Postgrado
Facultad de Medicina - UCV

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo Especial de Grado** presentado por: **FORTUL BECERRA YANALITH CHIQUINQUIRA,** C.I.: 19.404.622, bajo el título **"FACTORES ASOCIADOS A MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES CON ULCUS PEPTICO PERFORADO"**, a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL - HMPC**, dejan constancia de lo siguiente:

1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 21 de noviembre de 2018 a las 8:00 am, para que la autora lo defendiera en forma pública, lo que hizo en el auditorio de piso 9 del Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño", mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **APROBARLO**, por considerar, sin hacerse solidario con la ideas expuestas por la autora, que se ajusta lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado para dar este veredicto, el jurado estimó que el trabajo examinado cumple lo establecido en las Normas para la presentación del Trabajo Especial de Grado.

3.- El jurado por unanimidad decidió otorgar la calificación de **EXCELENTE**, al presente trabajo por considerarlo de excepcional calidad.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, el día 21 del mes de noviembre del año 2018, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como **coordinadora** del jurado Yubisay Avariano

Gaston Wagner
C.I.: 7.084.712
Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño"

Diego Itriago
C.I.: 10.334.592
Hospital Vargas de Caracas

Yubisay Avariano
C.I.: 13.551.438
Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño"
TUTORA

YA/ 21-11-19

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
VEREDICTO

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo Especial de Grado** presentado por: **MILLAN URBINA YERINA NAYARI,** C.I.: 18.977.404, bajo el título **"FACTORES ASOCIADOS A MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES CON ULCUS PEPTICO PERFORADO"**, a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL - HMPC**, dejan constancia de lo siguiente:

1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 21 de noviembre de 2018 a las 8:00 am, para que la autora lo defendiera en forma pública, lo que hizo en el auditorio de piso 9 del Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño", mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **APROBARLO**, por considerar, sin hacerse solidario con la ideas expuestas por la autora, que se ajusta lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado para dar este veredicto, el jurado estimó que el trabajo examinado cumple lo establecido en las Normas para la presentación del Trabajo Especial de Grado.

3.- El jurado por unanimidad decidió otorgar la calificación de **EXCELENTE**, al presente trabajo por considerarlo de excepcional calidad.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, el día 21 del mes de noviembre del año 2018, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como **coordinadora** del jurado Yubisay Avariano

Gaston Wagner
C.I.: 7.084.712
Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño"

Diego Itriago
C.I.: 10.334.592
Hospital Vargas de Caracas

Yubisay Avariano
C.I.: 13.551.438
Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño"
TUTORA

YA/ 21-11-19

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENZUELA
VICERRECTORADO ACADÉMICO
SISTEMA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA, HUMANÍSTICA Y TECONOLÓGICA
(SICHT)

FECHA: 05/02/2019

AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRONICA DE LOS TRABAJOS DE LICENCIATURA, TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS DOCTORAL DE LAUNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

Yo, YANALITH CHIQUINQUIRA FORTUL BECERRA Y YERINA NAYARI MILLAN URBINA, autores de la tesis "FACTORES ASOCIADOS A MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES CON ULCUS PEPTICO PERFORADO", Presentado para optar: al grado académico de ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL – HMPC Autorizo a la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines de académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial Nº 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

x	*Si autorizo*
	Autorizo después de 1 año
	No autorizo
	Autorizo difundir sólo algunas partes del trabajo
Indique:	

Firma autores

Yanalith Chiquinquira Fortul Becerra
C.I.: 19.404.622
Yanalith_90@gmail.com

Yerina Nayari Millán Urbina
C.I.: 18.977.404
Ymillan45@gmail.com

En Caracas, a los 21 días del mes de noviembre de 2.018

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR
PARA LA ENTREGA DEL TRABAJO ACADÉMICO
EN FORMATO IMPRESO Y FORMATO DIGITAL

Yo, YUBISAY M. AVARIANO F. portadora de la Cédula de identidad Nº C.I. 13.551.438, tutor del trabajo: FACTORES ASOCIADOS A MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES CON ULCUS PEPTICO PERFORADO, realizado por el (los) estudiante (es): YANALITH CHIQUINQUIRA FORTUL BECERRA Y YERINA NAYARI MILLAN URBINA.

Certifico que este trabajo es la **versión definitiva**. Se incluyó las observaciones y modificaciones indicadas por el jurado evaluador. La versión digital coincide exactamente con la impresa.

Dra. Yubisay M. Avariano F.
Tutor

En caracas, a los veinte un días del mes de noviembre del año dos mil dieciocho.

Dra. Yubisay M. Avariano F.

Tutor

Dr. Luis Level

Director del Curso De Postgrado de Cirugía General

Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño"

Dra. Silvia Piñango

Coordinadora del Curso De Postgrado de Cirugía General

Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño"

ÍNDICE DE CONTENIDO

	pág.
RESUMEN	**4**
INTRODUCCIÓN	**5**
MÉTODOS	**18**
RESULTADOS	**20**
DISCUSIÓN	**25**
REFERENCIAS	**27**
ANEXOS	**31**

FACTORES ASOCIADOS A MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES CON ULCUS PEPTICO PERFORADO

Yanalith Fortul, C.I Nº 19.404.622. Sexo: Femenino, E-mail; yanalith90@gmail.com,Teléfono: 0414-6840007/0212-3170211. Dirección: Hospital General Dr. Miguel Pérez Carreño. Curso de Especialización en Cirugía General

Yerina Millan, C.I Nº 18.977.404. Sexo: Femenino, E-mail: Ymillan45@gmail.com,Teléfono: 0424-3178207. Dirección: Hospital General Dr. Miguel Pérez Carreño. Curso de Especialización en Cirugía General

Tutor: Yubisay Avariano, C.I Nº 13.551.438 Sexo: Femenino, E-mail: yubiavarianof@gmail.com, Teléfono: 0414-8731350. Dirección: Hospital General Dr. Miguel Pérez Carreño. Especialista en Cirugía General

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a morbimortalidad en pacientes con úlcera péptica perforada ingresados al Hospital Miguel Pérez Carreño en el año 2017. Método: Es un estudio descriptivo, prospectivo, basado en el análisis de datos de las historias clínicas. Resultados: La incidencia fue de 0,88%, la media de edad 45 años, el 89,6% de los pacientes del sexo masculino, 68,75% fumadores, la infección del sitio quirúrgico fue la complicación más frecuente. Observamos relación estadísticamente significativa al comparar la cantidad de líquido en la cavidad abdominal al momento de la cirugía y los niveles de albuminas menor a 2 mg/dl con las complicaciones, el promedio de hospitalización fue de 3 a 5 días, se reportó 1 fallecimiento.

Palabras clave: ulcera péptica, perforación, complicaciones, postquirúrgicos

FACTORS ASSOCIATED WITH MORBIDITY AND MORTALITY IN PATIENTS WITH PERFORATED PEPTIC PEPTIC ULCUS

SUMMARY

Objective: To determine the factors associated with morbidity and mortality in patients with perforated peptic ulcer admitted to the Hospital Miguel Pérez Carreño in 2017. Method: It is a descriptive, prospective study based on the analysis of data from the medical records. Results: The incidence was of 0.88%, the average of age 45 years, 89.6% of the male patients, 68.75% smokers, the infection of the surgical site was the most frequent complication. A statistically significant relationship was observed when comparing the amount of fluid in the abdominal cavity at the time of surgery and albumin levels less than 2 mg / dl with complications, the average hospitalization was 3 to 5 days, 1 was reported death.

Key words: peptic ulcer, perforation, complications, postoperative

INTRODUCCIÓN

La enfermedad ulcero péptica afecta a 4 millones de personas alrededor del mundo anualmente, reportándose en países desarrollados una frecuencia de 36 a 170 casos por 100,000 habitantes. El 70% de los casos se presentan entre los 25 y 64 años. El género no ha demostrado ser un factor determinante en la incidencia de ulcera péptica complicada (UPC), debido a que diversos estudios han tenido resultados inconsistentes, algunos con leve tendencia al sexo masculino [(1)].

A pesar de que la incidencia de complicaciones agudas (sangrado y perforación) ha disminuido en las últimas décadas, el patrón epidemiológico, ha mostrado poco cambio. También, la introducción de nuevos fármacos para el tratamiento de dispepsia y erradicación de Helicobacter pylori, ha contribuido a esta disminución en la incidencia de ulcera péptica no complicada. Sin embargo, debido al incremento en la esperanza de vida, el tabaquismo y el uso de antiinflamatorios no esteroideos, existe un repunte en el número de casos de ulcera péptica complicada [(2)].

Los factores de mal pronóstico que incrementan la morbimortalidad son: edad mayor a 70 años, comorbilidades mayores (Diabetes mellitus, Hipertensión Arterial, Insuficiencia renal) choque hipovolémico y retardo en el diagnóstico y tratamiento por más de 24 horas. Las ulceras duodenales tienen peor pronóstico en comparación a las gástricas, debido al aumento del riesgo de perforación y ser técnicamente más difíciles de manejar. Entre el 10 al 20% de los casos presentaran algún tipo de complicación [(3)].

La ulcera péptica complicada constituye un problema para las unidades hospitalarias, ya que representa una emergencia médica que se asocia al incremento en la morbilidad, mortalidad y costos, cuya identificación temprana y tratamiento oportuno mejoran el pronóstico del paciente y optimizan los recursos de salud.

Planteamiento y delimitación del problema:

La perforación de una úlcera péptica se presenta en 1 a 6% de los pacientes ulcerosos durante el curso de su enfermedad. Constituye siempre una entidad grave, que no está

exenta de mortalidad, siendo esta secundaria al fenómeno séptico en la mayoría de los enfermos [4].

Diferentes estudios reportan una importante reducción en la incidencia de la úlcera gastroduodenal y la perforación como parte de sus complicaciones, sin embargo, esto no se corresponde con lo experimentado en nuestro medio donde continúa siendo una complicación frecuente de la enfermedad ulcero péptica, y un problema complejo para el cirujano su tratamiento y evolución posoperatoria una vez recurrido al tratamiento quirúrgico.

No existen en nuestro centro trabajos recientes donde se determine los principales factores de riesgos asociados a complicaciones en los pacientes atendidos por úlcera gastroduodenal perforada. Por lo cual para elaborar el presente estudio nos planteamos las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son las características generales de los pacientes con úlcera péptica perforada que ingresan al servicio de emergencia?

¿Cuáles son los hábitos psicobiológicos, farmacológicos y comorbilidades asociadas a morbimortalidad en úlcera péptica perforada en nuestro medio?

¿Existe alguna relación entre los hallazgos operatorios y técnica quirúrgica empleada en pacientes con úlcera péptica perforada con la morbimortalidad de la misma en nuestro centro?

¿Cuáles son las principales complicaciones tempranas en pacientes postquirúrgicos luego del tratamiento para úlcera péptica perforada?

¿Existe alguna relación entre las complicaciones y el tiempo transcurrido desde el diagnostico hasta la cirugía?

¿Se relacionan la leucocitosis, los niveles de hemoglobina, creatinina y albuminas con mayor número de complicaciones?

Justificación e importancia

La úlcera péptica es la segunda perforación abdominal más frecuente, su etiología es multifactorial, incluye uso de fármacos antiinflamatorios no-esteroides (AINES), estrés, tabaquismo, dieta, genética e infección por Helicobacter pylori. Este último se encuentra presente en 70% a 90% de casos con úlcera duodenal y en 30% a 60% de pacientes con úlcera gástrica [(5)].

Debido a la mejor terapia endoscópica, al empleo de antiácidos y bloqueadores de ácido, al reconocimiento y tratamiento de infección por Helicobacter Pylori, el número absoluto de procedimientos quirúrgicos por úlcera péptica, ha disminuido significativamente en las últimas tres décadas. Sin embargo, en este periodo, el índice de cirugía urgente para úlcera ha llegado hasta 44%, de tal manera que las perforaciones permanecen relativamente sin cambios [(6)].

La perforación se presenta en 2% a 10 % de los pacientes y la mortalidad general reportada es de 10%, variando de 1.3 a 20%; en pacientes ancianos esta cifra se eleva a 30%, debido principalmente a las condiciones generales de este grupo de pacientes y al manejo postoperatorio. La perforación se presenta principalmente en personas de la tercera edad, entre la 7ª a 8ª década de la vida, con predominio 1.5 veces más en hombres que en mujeres. Por orden de frecuencia la perforación se localiza en región prepilórica (40%), duodeno (28%), píloro (13%) y antro (5%) [(7)].

El tratamiento de la úlcera péptica perforada es quirúrgico, sin embargo no existen en nuestro centro publicaciones recientes acerca de la incidencia de la misma, ni de los factores asociados a la morbimortalidad de esta patología.

Antecedentes

La enfermedad ulcerosa gastroduodenal ha sido ampliamente estudiada desde que fue descrita por Galeno hasta el primer reporte de ulcera péptica perforada en la hija del Rey Carlos I en 1670, en Inglaterra [(8)].

Sivaram et al, en 2018 publicaron un estudio observacional prospectivo entre febrero de 2015 y enero de 2016, realizado en la India, incluyendo 101 pacientes intervenidos por úlcera péptica perforado cuyos resultados arrojaron que el sexo femenino, el intervalo de cirugía desde la aparición de los síntomas mayor a 36 horas, el tamaño de la perforación de más de 1 cm, las comorbilidades y la función renal alterada, fueron factores significativos que influyen en la morbilidad y mortalidad [(9)].

Tas et al, en el año 2014 publicaron un estudio realizado en Turkia donde se analizaron retrospectivamente los archivos de 148 pacientes con diagnóstico de úlcera péptica perforado en un periodo de 4 años, de los cuales 87,2% fueron hombres y 12,8% mujeres. La media de edad fue de 52 años, 45 pacientes (30,4%) tenían al menos una comorbilidad, en el postoperatorio 30 pacientes (20,03%) tuvieron complicaciones, la más común fue la infección de la herida operatoria, la causa más frecuente de muerte fue la sepsis en 27 pacientes (18,2%). El análisis estadístico revelo que la edad mayor de 60 años, la presencia de comorbilidades, el tiempo de ingreso fueron factores de riesgo independientes de mortalidad [(10)].

Ugochokwu et al, en Nigeria publicaron un estudio en el 2013, de los datos de 76 pacientes tratados por úlcera péptica perforada, entre enero de 2006 a diciembre de 2010, la media de edad de los pacientes fue de 40 años, solo 31,6% tenían antecedentes de enfermedad ulcero péptica crónica. La mortalidad la clasificaron según las horas de evolución del cuadro clínico hasta el momento de la cirugía el 32,9% de los pacientes acudieron en las primeras 24 horas con una mortalidad de 8%, el 51,3% (39/72) consultaron entre 48 a 72 horas con una mortalidad de 17,9%, todas las perforaciones eran anteriores y en los primeros 2,5 cm del duodeno, a todos se le realizo rafia simple más omentoplastia, lavado de la cavidad. Concluyendo que los que acudieron con menos de 6 horas de iniciada la clínica, tuvieron una mortalidad baja, en comparación con los que acudieron de forma tardía con una mortalidad de 21% [(11)].

Gona et al, publicaron en 2014, un trabajo con 161 pacientes operados por úlcera péptica perforada; de los cuales 36 (27.5%) experimentaron complicaciones y 31 (19.3%) murieron. En el análisis multivariado, los factores de riesgo de complicaciones postoperatorias o la mortalidad fueron: las comorbilidades, la taquicardia, hallazgo

operatorio de colección purulenta de moderada a severa, hiponatremia, tiempo de ingreso hospitalario mayor a 72 horas y tiempo de retraso en la Intervención quirúrgica entre 24 y 48 horas. Concluyendo que la hospitalización tardía, el retraso en la intervención quirúrgica y la hiponatremia se pueden considerar como un riesgo adicional de complicaciones postoperatorias o de mortalidad en pacientes negros africanos con úlcera péptica perforada [(12)].

Cintra et al, en el 2016 publicaron los resultados de un estudio realizado en Cuba durante 9 años, se evaluaron las historias clínicas de 210 pacientes ingresados con el diagnóstico de úlcera péptica perforada. Predomino el grupo de edad de 40 a 59 años, el sexo masculino sobre el femenino, las perforaciones duodenales fueron las más frecuentes, el tabaquismo, consumo de café y alcoholismo se consideraron los hábitos tóxicos principales, el tratamiento quirúrgico más empleado fue la sutura con epiploplastia, la complicación más frecuente fue la infección del sitio quirúrgico [(13)].

López et al, en el hospital Alemán Nicaragüense llevaron a cabo un estudio entre el 2012 y el 2015, evaluando un total de 26 pacientes que presentaron ulcera péptica perforada, un 84,6% eran del sexo masculino. Como principales factores asociados se encontró alcoholismo en un 69,2% y tabaquismo en un 65,3% respectivamente. De todos los pacientes atendidos en ese periodo, el 100% llegó por dolor abdominal un 88,4% presentó neumoperitoneo en las imágenes radiológicas. El 50% acudieron con más de 24 horas de evolución del dolor. En relación a la estancia hospitalaria, 50% de los pacientes estuvieron entre 4 y 5 días en hospitalizados y el mismo porcentaje estuvo en ayuno durante 3 días. Solo el 13,1% de los pacientes presento como complicación infección del sitio operatorio [(14)].

En un estudio realizado por Montalvo et al, en 2013 se incluyeron 30 pacientes del Servicio de Urgencias del Hospital General de México intervenidos quirúrgicamente por datos clínicos de perforación de úlcera péptica, entre enero de 2006 y diciembre de 2008. Obteniendo como resultados que la edad promedio de los 30 pacientes estudiados fue de 57.07 ± 14.2 años, con una proporción entre el sexo masculino y femenino de 2:1. El riesgo de desarrollar complicaciones posoperatorias fue de 66.7%, relacionado con el tiempo de iniciado el dolor abdominal antes del ingreso hospitalario.

La mortalidad fue de 16.7% y se correlacionó con choque séptico al ingreso. El procedimiento quirúrgico fue el cierre primario con parche de Graham en 86.6%. La media de estancia hospitalaria fue de 12.8 días [15].

Martines et al, publicaron un estudio en el 2014, de 308 pacientes con abdomen agudo quirúrgico, 30 (9,7%) con diagnóstico de UPP; 27 varones y 3 mujeres, edad promedio 54 (26-82 años) el tiempo de evolución en promedio de 14hs (4-72hs). Los síntomas predominantes fueron: dolor abdominal, náuseas y vómitos. Los factores predisponentes identificados fueron consumo de AINES, etilismo y tabaquismo. El diagnóstico se realizó por clínica, radiografía de tórax (neumoperitoneo) y en algunos casos de manera intraoperatoria. El tratamiento quirúrgico consistió en sutura primaria y epiploplastia en 27 casos; 2 casos, antrectomía y gastro-yeyunoanastomosis en Y de Roux y 1 caso, resección en cuña de la úlcera y sutura primaria. La localización de la úlcera; 13 casos en región prepilórica; 7 en antro; 4 en píloro; 3 en primera porción duodenal y 3 en cuerpo gástrico. El tamaño de la misma fue entre 0,5-4 cm de diámetro. Las complicaciones registradas fueron: 3 casos de atelectasia; 3 de neumonía intrahospitalaria; 3 de infección de herida operatoria, 1 de inestabilidad hemodinámica; 1 laceración hepática; 2 evisceraciones; 1 fístula enterocutánea y 2 de infección de vías urinarias. La mortalidad fue de 6,6%, (2 casos); uno por sepsis de origen abdominal y otro por hemorragia digestiva superior masiva [16].

En Venezuela, Ventura et al, publicaron en 2008 un estudio retrospectivo, descriptivo realizado entre Julio de 1989 a Julio de 2007 en el Hospital general del este “Dr. Domingo Luciani”. Con un total de 102 pacientes, en su mayoría hombres 90%, con edad promedio de 40 años, el principal síntoma fue el dolor, los pacientes acudieron en las primeras 24 horas del inicio de los síntomas. Los antecedentes más importantes fueron hábito tabáquico y alcohólico (62 y 56%). La localización más frecuente de la ulcera fue prepilorica (46%), la técnica de reparación quirúrgica más utilizada fue la rafia de la ulcera más parche de epiplón (44%), la morbilidad fue de 27,5%, y la mortalidad de 5%. Concluyendo que la úlcera péptica perforada se presenta con mayor frecuencia en hombres fumadores, la reparación quirúrgica con rafia y parche de epiplón es segura [17].

Obregon et al, en 2007, reportaron su experiencia en el tratamiento de la úlcera péptica perforada por laparoscopia en el Hospital Universitario de Carcas, la muestra fueron los 8 pacientes ingresados a la emergencia de dicho centro durante 1 año, como características generales de la población encontraron que todos eran hombres con una edad promedio de 48 años, con antecedente de hábito tabáquico. El promedio de estancia hospitalaria fue de 7 días. La técnica utilizada fue la rafia gástrica más parche de epiplón, 2 pacientes presentaron dehiscencia de la rafia y ameritaron reintervención, no hubo mortalidad [18].

Abzueta et al, con el objetivo de determinar las complicaciones asociadas al tratamiento tardío en la enfermedad ulcero péptica perforada realizaron en Barquisimeto, un estudio en el año 2000. Los resultados de esta investigación demuestran que la morbimortalidad y los efectos adversos se incrementan marcadamente cuando el retardo en la intervención quirúrgica excede las 12 horas, más aún cuando existen factores de riesgo asociados. En esta serie no hubo asociación entre el choque circulatorio y mortalidad, ni relación entre el retardo con la estancia hospitalaria. Llama la atención en este estudio la preferencia por procedimientos definitivos en la cirugía temprana y tardía [19].

MARCO TEÓRICO

Desde el punto de vista morfológico-histológico, la úlcera péptica es la solución de continuidad de la superficie de la mucosa gastroduodenal debido a la exposición al ácido y a la pepsina, que se extiende en profundidad hasta alcanzar o penetrar la muscular de la mucosa. Desde una perspectiva clínica, una úlcera es la pérdida de la superficie de la mucosa, visible por endoscopía, que, además de tener una profundidad inequívoca o visible y una extensión mayor de 5 mm en diámetro, se acompaña de un conjunto de síntomas o signos característicos [20]. Afecta con frecuencia a la población en edad laboral. Siendo la localización duodenal más frecuente que la gástrica, prevaleciendo en pacientes menores de 40 años, diferenciándose de la ulcera gástrica que se manifiesta en pacientes por encima de esta edad [21].

En 1982 los investigadores Robín Warren y Barry J. Marshall, aislaron una especie bacteriana hasta entonces desconocida, y posteriormente llamada Helicobacter Pylori dicho microorganismo estaba presente en casi todos los pacientes con gastritis, desplazando la teoría de que el estrés y el estilo de vida eran las principales causas de la enfermedad ulcero péptica. Actualmente está firmemente establecido que la infección por Helicobacter Pylori causa más del 90% de las ulceras duodenales y hasta el 80% de las ulceras gástricas [(20)]. La inhibición en la producción de ácido clorhídrico y la erradicación del Helicobacter Pylori (HP) cambiaron el tratamiento de la ulcera péptica no complicada. Tanto la úlcera gástrica (UG) como la duodenal (UD) son enfermedades cuya incidencia ha disminuido debido a los bloqueantes H2, los inhibidores de la bomba de protones y el tratamiento del HP [(20)].

La perforación como complicación se presenta en 2 a 10% de los pacientes con úlcera péptica, superada solo por la hemorragia que requiere tratamiento quirúrgico en 10 a 20% de los casos. La perforación de úlcera péptica se presenta con una mortalidad general de 10%, aunque algunos autores registran 1.3 a 20%. Se produce cuando el proceso ulceroso penetra la totalidad de la pared del tubo digestivo produciendo una solución de continuidad que puede comunicar el estómago o el duodeno con la cavidad peritoneal. Ésta es la complicación más grave de las posibles, ocurriendo hasta en un 5% de los pacientes ulcerosos, de los que hasta en un tercio de los casos es su primera manifestación de la enfermedad. Predomina en varones, localizándose en duodeno en torno a un 60% de las ocasiones, 20% en antro y 20% en cuerpo gástrico. La mortalidad es elevada, llegando en algunos estudios entre 5 a 7 decesos por cada 100.000 habitantes [(22).]

La mayoría de las ulceras gástricas perforadas se ubican en la región antropilórica. Las de la curvatura mayor son tan excepcionales que su hallazgo implica un exhaustivo diagnóstico diferencial con un carcinoma. Las úlceras duodenales perforadas predominan en la primera porción, en la cara anterior y anterosuperior, las áreas más libres del duodeno [(22).] Jhonson las clasifica en varios tipos según la localización; tipo I las que se ubican en la curvatura menor, tipo II de localización gástrica y duodenal, tipo

III prepilóricas, tipo IV en el fundus gástrico y tipo V cuando son múltiples y asociadas a uso prolongado de AINES.

Manifestaciones clínicas del ulcus péptico perforado

La evolución natural de una perforación que no se trata de manera oportuna, es hacia una peritonitis difusa. La salida del contenido gastroduodenal irrita la serosa peritoneal provocando inicialmente una inflamación química, que luego se hace microbiana a pesar de que el líquido gastroduodenal tiene menor cantidad de gérmenes patógenos que el resto del tubo digestivo. En el 70% de UP perforadas los cultivos del líquido peritoneal son positivos, con predominio de cocos aerobios y los lactobacilos [(23)].

El dolor de la perforación es muy intenso, de comienzo brusco y con predominio centro abdominal. Se han descrito tres fases clínicas de la perforación: la primera fase caracterizada por dolor abdominal súbito, difuso o localizado en el epigastrio o hipocondrio derecho, "punzante", pudiendo irradiarse a la espalda o a los hombros (más frecuente el derecho, por irritación del nervio frénico). En ocasiones la instauración del dolor puede provocar un síncope.

También se asocian taquicardia y frialdad distal. Estos síntomas son producidos por el paso del contenido ácido gástrico al peritoneo y la liberación de mediadores vasoactivos, luego la segunda fase, entre las 2-12 horas, el dolor disminuye ligeramente, dando la impresión de falsa mejoría. El dolor es generalizado, empeorando con los movimientos, provocando signos de peritonismo. La percusión puede poner de manifiesto la desaparición de la matidez hepática que tiene gran valor diagnostico (signo de Jaubert). La auscultación demuestra una disminución marcada y progresiva de los movimientos intestinales, llegando a la ausencia de éstos. Al tacto rectal el peritoneo pélvico está irritado debido al depósito de líquido inflamatorio intraperitoneal, a partir de las 12 horas se instaura la tercera fase donde aumenta la distensión abdominal, aunque el dolor y rigidez pueden ser menos evidentes. Puede apreciarse febrícula y signos de shock hipovolémico por la aparición de un tercer espacio [(22- 23)].

Diagnóstico

En el 70% de los ulcus perforados hay antecedentes de enfermedad ulcerosa o un diagnóstico conocido de UG o UD. El 30% restante se divide entre los que se perforan sin antecedentes y los que presentan síntomas de UP pocas semanas antes de la perforación [23]. Está asociado a trastornos dispépticos compatibles con un síndrome ulceroso e ingestión de medicamentos capaces de provocar úlcera, tales como: corticoides, fenilbutazona, salicilatos, reserpina, antinflamatorios no esteroideos, etc [24].

Con respecto a los paraclínicos la hematología completa suele presentar leucitosis, la glucemia generalmente se encuentra dentro de límites normales, la creatinina puede estar alterada a consecuencia del shock hipovolémico que condiciona falla renal aguda prerrenal, puede evidenciarse además trastornos hidroelectrolíticos. Los reactantes de fase aguda suelen encontrarse elevados.

La radiografía de abdomen simple, continúa siendo un método útil, en caso de evidenciarse neumoperitoneo el paciente debe ser llevado a mesa operatoria de emergencia. La tomografía axial computarizada es un método de gran utilidad, sin embargo, aunque no se compruebe la presencia de aire libre subdiafragmático o fuga de medio de contraste mediante estudios de imagen, ante la sospecha clínica de úlcera perforada con deterioro progresivo de las condiciones generales, el paciente debe someterse a laparotomía exploradora urgente [25].

Tratamiento

Las medidas iniciales en la UP perforada son las comunes a todas las perforaciones viscerales; reposición de líquidos y administración de analgésicos si se ha confirmado el diagnóstico. Sonda nasogástrica para disminuir el derrame del contenido gastroduodenal al peritoneo y para evacuar el estómago ante una eventual cirugía de urgencia. Antibióticos desde que se hace el diagnóstico, los más utilizados son la asociación de cefalosporinas de primera generación con aminoglucósidos. En caso de shock, se agrega la colocación de una vía central, sonda vesical e ingreso a una unidad de cuidados intensivos [25].

En principio toda perforación es de tratamiento quirúrgico de urgencia con tres objetivos: cultivo del líquido peritoneal, lavado de la cavidad y cierre de la perforación [27].

En la actualidad lo ideal es el tratamiento laparoscópico, pero necesita de un equipo quirúrgico con experiencia y disponibilidad de laparoscópico para la urgencia. El procedimiento clásico para el cierre de la perforación es por laparotomía, la sutura simple con material reabsorbible y omentoplastia debe ser el único procedimiento en ulceras agudas perforadas en pacientes sin historia o de corta data de enfermedad ulcerosa o que solo tienen como antecedente haber ingerido agentes ulcerogeneticos, en pacientes que tienen peritonitis con más de 6-8 horas de evolución se debe hacer lo mínimo necesario que es la sutura simple, mediante las técnicas ampliamente conocidas de Cellan Jones y Roscoe Graham. En pacientes con antecedentes crónicos de enfermedad ulcerosa, hemodinámicamente estables se plantea la duda de si realizar o no otro procedimiento para el tratamiento de la ulcera péptica, algunos cirujanos son más proclives a realizar gastrectomías en estos casos, se prefiere la vagotonía troncular sobre la selectiva o supraselectiva, la piloroplastia no es aconsejable en un duodeno enfermo. El tratamiento no quirúrgico está reservado para pacientes en la etapa final de la vida por otras patologías irreversibles y altísimo riesgo operatorio [26].

Complicaciones

Una vez tratado el cuadro agudo y aún con una adecuada cobertura antibiótica, pueden producirse complicaciones, la más frecuente es la infección del sitio quirúrgico, pudiendo desarrollarse además abscesos subfrénicos, pelvianos o entre las asas intestinales, condicionando evisceraciones, fuga de la rafia gástrica o de la gastroenteroanastomosis, intervienen varios factores como el grado de contaminación de la cavidad, la experiencia del cirujano, el material utilizado y el estado nutricional. Existen estudios que relacionan la hipoalbunemia y la anemia con las complicaciones [28].

El pronóstico de un enfermo con UP perforada depende de múltiples factores: presión sistólica menor de 100 mmHg al ingreso, retraso en la consulta mayor de 24 horas,

comorbilidades, edad mayor de 70 años. La mortalidad en las perforaciones de UP tanto para cirugía abierta como laparoscópica sigue siendo elevada y varía entre el 4,8% y el 10,2% [24, 28].

Existe consenso en que la infección por HP favorece la recurrencia de toda UP por lo tanto su erradicación es fundamental. Con HP positivo la recidiva ulcerosa después de un cierre simple fue del 38%, incluyendo casos de sangrado y perforación, con la necesidad de una nueva cirugía en un 30%. Erradicando el HP, las recidivas alejadas se redujeron al 4,8% [29-30]

Objetivo General

Determinar la morbimortalidad en pacientes con úlcera péptica perforada ingresados al Hospital Miguel Pérez Carreño en el año 2017.

Objetivos Específicos

1. Describir características demográficas de los pacientes con úlcera péptica perforada.

2. Identificar hábitos psicobiológicos, farmacológicos y comorbilidades asociadas en pacientes con úlcera péptica perforada.

3. Describir los hallazgos operatorios y técnica quirúrgica empleada en pacientes con úlcera péptica perforada.

4. Describir complicaciones presentadas en pacientes postquirúrgicos de úlcera péptica perforada.

5.-Relacionar el tiempo transcurrido entre la aparición del dolor abdominal, el diagnóstico, la realización de la cirugía y los exámenes paraclínicos con la aparición de complicaciones.

Aspectos éticos

Las bases éticas y legales de la presente investigación se encuentran establecidas rigiéndonos por los principios bioéticos de beneficencia, refiriéndose a la obligación moral de actuar en beneficio del paciente, así mismo estos beneficios prevalecerán

sobre el prejuicio estableciendo la no maleficencia y por último la justicia social a través de la igualdad.

Se respetó la identificación del paciente manteniendo el anonimato de los mismos en los datos que se obtendrán para definir los resultados, así como la privacidad de la información obtenida de los registros de las historias clínica

MÉTODOS

Población y Muestra

Representada por 48 pacientes mayores de 18 años con diagnostico intraoperatorio de ulcus péptico perforado, que acudieron a la emergencia del Hospital “Dr. Miguel Pérez Carreño”, en el año 2017.

Criterios de inclusión

1.- Edad mayor de 18 años

2.- Diagnóstico intraoperatorio de úlcera péptica perforada

Criterios de exclusión

2.- Pacientes cuyo diagnóstico intraoperatorio sea diferente a ulcus péptico perforado.

Tipo de estudio

Realizamos un estudio descriptivo, no experimental, prospectivo y de campo clínico-quirúrgico.

Procesamiento y análisis de los datos:

Los estudios univariables se estudiaron por chi-cuadrado or Fisher’s test por variables categóricas. Las variables no continuas se reportan con media y se compararon usando Mann-Whitney U-test. La evolución se analizó para variables binarias con regresión lógica condicional, y por eventos en el tiempo, modelos cox proportional hazards mientras para evolución continúa con modelos lineales mixtos.

La probabilidad se estimó usando modelos de regresión logística con ulcera perforada como variable dependiente en relación con los siguientes caracteres: edad, sexo, hábitos tabáquicos, diabetes, antecedentes, infecciones, hemorragias, líquido libre, técnica quirúrgica, transfusiones y shock. Las variables continuas faltantes fueron imputadas con la media. Casos faltantes de variables categóricas fueron removidos previos al análisis. Se usó R statistical programming language (versión 3.4.0; R Core

Team, Vienna, Austria). Para análisis univariable el grado de significancia fue de $P < 0.01$ y para modelos multivariables $p < 0.05$.

Aspectos administrativos

Recursos humanos

Participaron los residentes, cursantes del postgrado de Cirugía general, los cuales fueron responsables de redactar las historias clínicas, posteriormente revisadas por las responsables de la implementación de este proyecto

Recursos materiales

Para el desarrollo de la investigación se contó con el apoyo del personal adscrito los servicios de Cirugía General del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño, así como los pacientes de este servicio, los investigadores y el tutor de la presente investigación. En lo referente a los recursos materiales, se utilizaron los siguientes:

- ✓ Historias clínicas,
- ✓ Análisis clínicos de laboratorio.
- ✓ Programas de estadística soportadas en computador, (Excel, Word, Power Point)
- ✓ Resma de hojas carta.
- ✓ Materiales de encuadernación.
- ✓ Libros técnicos.
- ✓ Investigaciones relacionadas en Venezuela.
- ✓ Pendrive.

Todo el material para impresión, entrega y publicación será financiado por los propios autores.

RESULTADOS

La incidencia de casos de ulcus péptico perforado en el servicio de Cirugía General registrada el año 2017 fue de 0.88% (Grafico 1). Se evaluaron 48 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión ya descritos en el marco metodológico, la edad promedio fue 45 años con una desviación estándar de +/- 16.6. El género predominante fue el masculino representando el 89.6% (43) de la muestra, lo cual se representa en la tabla 1. El promedio de estancia hospitalaria fue de 6 días (rango: 3 - 92).

En la tabla 2, se muestran la distribución de los pacientes del estudio según las comorbilidades, el 77,1% (37 pacientes) no presento comorbilidades asociadas, y aquellos pacientes que presentaron enfermedades asociadas 11 pacientes (22,9%), la patología más frecuente fue la hipertensión arterial en 7 casos (14,18%) seguida de antecedentes de cáncer de cuello uterino y vulva en 2 pacientes del género femenino, asma e hipertiroidismo en 1 paciente.

Los hábitos Psicobiológicos, se describen en la tabla 3. El tabaquismo estuvo presente en 33 pacientes (68.7%), siendo el índice de 10-20 paquetes años el predominante. El 50% (24 pacientes) presenta antecedente de habito alcohólico. En cuanto al uso de ilícitos y analgésicos antiinflamatorios no esteroideos solo el 10.4% (5 pacientes) refieren su uso.

La tabla 4 muestra la distribución de acuerdo a los antecedentes de enfermedad Ulceropéptica, donde 8 pacientes (16.7%) refieren el antecedente, de los cuales 7 no recibieron tratamiento médico (87.5%).

La tabla 5 muestra el tiempo transcurrido entre la aparición de la clínica (dado básicamente por dolor abdominal) hasta el diagnóstico de ulcus péptico perforado, 21 pacientes (43.9%) acudieron al centro hospitalario transcurridas más de 24 horas desde el inicio de la enfermedad, seguido de 19 pacientes (39.5%) acudieron entre 12 a 24 horas. La presencia de neumoperitoneo fue otra de las variables a evaluar, encontrándose presente en 41 pacientes (88%) y ausente en 6 pacientes (12%). Se muestra, además, el tiempo transcurrido entre el momento del diagnóstico y la intervención quirúrgica. La resolución quirúrgica fue realizada entre las 6 a 12 horas

desde el diagnostico (68.7%), solo 9 pacientes fueron resueltos antes de las 6 horas (18.7%), seguido de 4 (8.3%) y 2 (4.3%) pacientes que fueron resueltos entre las 12 – 24 horas y a más de 24 horas respectivamente. Posterior a la resolución del cuadro quirúrgico, en 23 pacientes (48%) se realizó el inicio de la tolerancia a la vía oral al cumplir 2 días de postoperatorio, 22 pacientes (45.8%) entre los días 3 y 4, y solo 3 pacientes (6.2%) el inicio posterior a más de 4 días, sin repercusión en las complicaciones.

Los hallazgos operatorios se representan en la tabla 6; la ubicación de la ulcera perforada, clasificándola según Johnson, fue de la siguiente manera Tipo I 12.5%, Tipo II 4.1%, Tipo III 81.2%, Tipo IV O% y Tipo V 2.2%. Con respecto a la cuantificación del líquido libre encontrada (gástrico y/o purulento) durante la exploración abdominal, el porcentaje según la cantidad de líquido encontrado fue de 500 cc (54%) de 500 – 1000 cc (25%) de 1000 – 1500 cc (8.3%) y > 1500 cc (12.7%); observando una relación signicativa con la morbimortalidad, a mayor cantidad de líquido, mayor morbimortalidad p<0,001. El tamaño de la ulcera perforada en el 75% de los pacientes (36) era de < 1 cm de diámetro, seguido 15% (7) de 1 – 2 cm y 10% (5) de > 2 cm.

La técnica quirúrgica utilizada se representa en la tabla 7, la más empleada fue Cellan Jones en 28 pacientes (58.3%), seguido de 16 pacientes (33.3%) con la técnica Roscoe Graham y 4 pacientes (8.4%) a los cuales se les realizó gastrectomía subtotal. En relación a la técnica quirúrgica otra variable en estudio fue la realización de Vagotomía como procedimiento adicional a la reparación de la lesión, se evidencia que en 41 pacientes (85.4%) no se realizó vagotomía, mientras que en 7 pacientes (14.6%) si se realizó en su múltiples variantes.

En la tabla 8, se describen las complicaciones presentadas en 17 pacientes (35.4%), de las cuales la mayor frecuencia de pacientes presento infección del sitio quirúrgico (8 pacientes) y dehiscencia de la rafia (6 pacientes) y en menor frecuencia la evisceración, Íleo metabólico y hemorragia digestiva superior con 1 paciente cada complicación. La mortalidad en este estudio, fue de 2.08%, representado por 1 paciente, que fue ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos por presentar sepsis de punto de partida abdominal por fuga o dehiscencia de la rafia gástrica.

La tensión arterial sistólica en promedio fue de 127.38 mmHg, con una desviación estándar de 19,6, la mayoría 46 pacientes (95,8 %), tenía cifras de TAS por encima de 100 mmHg, la media de la PAM fue de 97,7 mmHg con una desviación estándar de 15,5. Sin observarse relación significativa con la morbimortalidad. La frecuencia cardiaca promedio fue de 93.5 lpm con una desviación estándar de 18.5. En 29 (60,4 %) sujetos la FC estaba dentro de límites normales. Con respecto a los parámetros de laboratorio, solo encontramos relación estadísticamente significativa, entre los niveles de albumina menor a 2 mg/dl.

DISCUSIÓN

La enfermedad ulceropéptica complicada con perforación continúa siendo un reto para los cirujanos debido a su incidencia y morbimortalidad acentuada En nuestro estudio se reportaron un total de 48 casos de ulcus péptico perforado durante el 2017 lo que arroja una incidencia anual de 0,88%, con una morbilidad de 33,4% y una mortalidad de 2,08%, lo cual difiere de la serie publicada por Martínez et al, donde reportan una incidencia anual de 9,7%, con una baja tasa de complicaciones y mortalidad del 0,6%, cabe destacar que este a diferencia de nuestro estudio fue llevado a cabo en un periodo de 10 años.

La media de edad fue de 45 años, prevaleciendo en el 89,6% el sexo masculino, con tabaquismo como principal habito psicobiológico en el 68,7% de los pacientes. Coincidiendo esto con el estudio publicado por Sivaram et al, donde el 91,1% de la muestra eran hombres con una media de edad de 48 años y 53,5%, refirieron tabaquismo como habito toxico predominante. En cuanto a los antecedentes de enfermedad ulceropectica solo 16,7% tenían diagnóstico de gastritis crónica la mayoría sin tratamiento regular, a diferencia del estudio publicado por Ugochokwu et al, quienes reportaron que 31,6% de sus pacientes presentaron antecedentes de enfermedad ulceropectica.

Por ser pacientes jóvenes el 77,1% no presentaron comorbilidades asociadas, la HTA fue la reportada con mayor frecuencia en el 14,58% de los pacientes que referían antecedentes patológicos. Sivaram et al, reportaron como principal comorbilidad la diabetes Mellitus en un 20,8%, seguido de la HTA en 13,9% de sus pacientes.

Habitualmente el diagnóstico clínico de la ulcera péptica perforada se apoya en una radiografía simple de tórax de pie, evidenciándose neumoperitoneo en el 75% de los pacientes. Lo cual se pone de manifiesto en nuestro estudio donde el 88% de los casos se comprobó la presencia de neumoperitoneo, asemejándose a los datos publicados por Martínez et al.

Al tomar en cuenta el tiempo transcurrido entre el inicio de la sintomatología y la consulta al centro hospitalario, observamos que el 43,9% de los pacientes acudió luego de 24 h de iniciada la clínica, no relacionándose son las complicaciones. Estos datos son similares a los publicados por López et al, donde el 50% acudieron con más de 24 horas de evolución del dolor. Con respecto al tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la resolución quirúrgica la mayoría (68,7%) de los pacientes fueron intervenidos en un periodo menor a 12 horas. Otros estudios no determinaron el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la cirugía, sin embargo, Siverman et al, reportaron que 37,6 % de sus pacientes fueron llevados a mesa operatoria entre 24 a 36 horas luego de haber iniciado la clínica, siendo esta una variable independiente de morbimortalidad, lo cual refuerza la teoría de que el retardo en el tratamiento quirúrgico aumenta el riesgo de complicaciones, a pesar de que en nuestro estudio no se evidencio significancia estadística para estas variables, probablemente esta variación pudo deberse a que la mayoría de los pacientes recibieron tratamiento en un periodo menor a de 12 horas.

Durante el acto quirúrgico se realizó la ubicación de la ulcera perforada, clasificándola según Johnson, encontrándose predominante el tipo III, en el 81,2% de los pacientes y el 75% era menor de 1cm. Silverman et al reportaron que el 89% de sus pacientes presentaban ulceras antrales y que el 73% eran menores de 1cm, notándose la similitud en los resultados. La mayoría (54%) de los pacientes tenían menos de 500 cc de líquido purulento y/o gástrico, sin embargo, al realizar el análisis estadístico, se relacionó de forma significativa la mayor cantidad de líquido con complicaciones, resultados similares fueron reportados por Gona et al, donde describieron que a mayor cantidad de líquido aumenta el riesgo de mortalidad hasta un 11,8%.

El tratamiento debe ser quirúrgico dirigido al cierre de la perforación. La técnica más utilizada en nuestra serie fue la descrita por Cellan Jones en el 58,3% de los pacientes, datos semejantes a los publicados por Montalvo et al, donde realizaron a 86.6% de los pacientes rafia gástrica más parche de epiplón. 35,4% de los pacientes presentaron complicaciones siendo la infección del sitio quirúrgico la más frecuente, seguida de la dehiscencia de la rafia, solo un paciente ingreso a UTI, el promedio de estancia hospitalaria fue de 5 días, mientras que la infección del sitio quirúrgico y la falla renal

fueron las complicaciones observadas con mayor frecuencia por Sevaram et al., en dicho estudio 25,7% de los pacientes ameritaron ventilación mecánica, siendo este por si solo un indicador de morbilidad, al igual que los días de hospitalización mayor a dos semanas. En este mismo estudio, reportaron como factor de morbilidad alteraciones en la función renal, sin embargo, esta variable no resulto ser significativa, en nuestro estudio el valor de creatinina en promedio fue de 1,01 mg/dl con una desviación estándar de 0,58, y la mayoría pacientes (47,92 %) tenían valores normales.

Es importante mencionar que observamos una relación significativa con la morbimortalidad si el valor de albumina era inferior a 2 mg/ml, sin embargo, en los estudios revisados no se establece el valor de albumina al momento de la cirugía como un indicador de complicaciones.

Otro aspecto que vale pena destacar es que en base a la comparación del estudio publicado en el 2008, en el Hospital General del Este “Dr. Domingo Luciani” con nuestra serie observamos un incremento en la incidencia de ulcus péptico perforada, lo cual asociamos a los cambios en el estilo de vida y a la poca disponibilidad de fármacos para el tratamiento de HP e inhibidores de la bomba de protones.

CONCLUSIONES

- ✓ La incidencia de ulcus péptico perforado es de 0,88%.
- ✓ El género masculino es el más afectado, con una media de edad de 45 años.
- ✓ El hábito tabáquico está presente en la mayoría de los pacientes.
- ✓ El rango de estancia hospitalaria en esta patología fue de 6 días aproximadamente.
- ✓ En los hallazgos operatorios las características principales fueron: ulcera menor a 1cm, localización prepilórica y menos de 500 cc de líquido purulento y/o gástrico libre en cavidad.
- ✓ La complicación más frecuente fue la infección del sitio quirúrgico
- ✓ Existe relación estadísticamente significativa la mayor cantidad de líquido libre en la cavidad abdominal aumenta el riesgo de complicaciones
- ✓ La hipoalbuminemia menor a 2 mg/dl se relaciona con mayor número de complicaciones.

REFERENCIAS

1.- Lau H. Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer: a meta-analysis. Surg Endosc. 2004 Jul;18(7):1013-21.

2.- Quan et al. Upper-gastrointestinal bleeding secondary to peptic ulcer disease: Incidence and outcomes. World J Gastroenterol 2014;20(46): 1756817577

3.- Lau J et al. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. Digestion 2011. Apr,84:102–113.

4.- Thorsen et al. What Is the Best Predictor of Mortality in Perforated Peptic Ulcer Disease? A Population-Based, Multivariable Regression Analysis Including Three Clinical Scoring Systems. J Gastrointest Surg 2014 Jul; 18:1261–8.

5.- Behrman SW. Management of complicated peptic ulcer disease. Arch Surg 2005;140:201-208.

6.- Miller et al. Impact of therapeutic endoscopy on the treatment of bleeding duodenal ulcers: 1980-1990. World J Surg 1995; 19:89-95.

7.- Thorsen et al. Epidemiology of perforated peptic ulcer: Age- and gender- adjusted analysis of incidence and mortality. World J Gastroenterol 2013; 19(3):347-354.

8.- Soll AH. Peptic ulcer and its complications. En: Feldman M, Scharschmidt BF, Sleisenger MH, eds. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management. 6th ed. Philadelphia, PA: W.B Saunders; 1998. pp. 620-678.

9.- Sivaram et al, Preoperative factors influencing mortality and morbidity in peptic ulcer perforation. Eur J Trauma Emerg Surg. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2017

10.- Tas et al, Ritsk factors influencing morbidity and mortality in perforated peptic ulcer disease. Ulcus cerrahi Derg. 2015

11.- Ugochukwu et al. Acute perforated peptic ulcer: on clinical experience in an urban tertiary hospital in south east Nigeria. Int J Suurg. 2013

12.- Gona et al. Postoperative morbidity and mortality of perforated peptic ulcer: retrospective cohort study of risk factors among black africans in côte d'ivoire. Gastroenterology research and practice. Volume 2016, article id 2640730, 7 pages

13.- Cintra et al., Gastroduodenal ulcer in the "Dr Agostinho Neto" Hospital Guantanamo Rev Inf Cient. 2016; 95(1):127-138)

14.- Lopez Jorge, Factores asociados, manejo quirúrgico y complicaciones presentadas en los pacientes post quirúrgicos de úlcera péptica perforada ingresado en el HAN en el período enero 2012 - diciembre 2015. Hospital Alemán Nicaraguense

15.- Montalvo et al. Factores asociados con complicaciones posoperatorias y mortalidad en úlcera péptica perforada Cir Cir 2011;79:141-148

16.- Martines et al, Performance of Boey score and physiologic Portsmouth-POSSUM in patients with perforated peptic ulcer, Rev Chil Cir. Vol 66 - Nº 5, Octubre 2014; pág. 443-450)

17.- Ventura et al. Perforated peptic ulcer; a review of 102 cases at the hospital Dr. domingo Luiciani. Rev, Venez. Cir;61 (2): 77-8, Jun. 2008

17.- Zepeda S. Hemorragia de tubo digestivo alto no variceal. Rev Gastroenterol Mex. 2010; 75, Supl.2: 31-34.

18.- Obregon et al. Manejo laparoscópico de la úlcera péptica perforada. Primera experiencia en el Hospital Universitario de Caracas. Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica, A.C. Vol.8 No.2 Abr.- Jun. , 2 0 0 7 p p 67-72

19. - Abzueta Enrique, Efectos adversos del tratamiento tardío para la enfermedad ulceropeptica perforada Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda”. Trabajo especial de grado, 1998

20.- Montalvo et al. Helicobacter pylori, patología gástrica y cirugía.. Cir Gen 2009;31:115-124

21.- Ramakrishnan K, et al. Peptic Ulcer Disease. Am Fam Physician 2007; 76:1005-12.

22.- Banerjee et al. The role of endoscopy in the management of patients with peptic ulcer disease. Gastrointest Endosc. 2010 Apr;71(4):663-8.

23.- Garibay et al. Gastroenterology diagnosis and treatment guidelines of peptic ulcer. Treatment. Rev Gastroenterol Mex. 2009 AprJun;74(2):153-60.

24.- Spechler et al. Gastrointestinal and Liver Disease. 7th ed. Philadelphia, PA: WB Saunders Company; 2002. p. 747-72

25.- Egberts et al. Impact of preoperative physiological risk profile on postoperative morbidity and mortality after emergency operation for complicated peptic ulcer disease. World J Surg. 2007;31:144957.

26.- Rahman et al. Mortality in perforated peptic ulcer patients after selective management of stratified poor risk cases. World J Surg. 2007;31:2341-4.

27.- Behrman SW. Management of complicated peptic ulcer disease. Arch Surg 2005;140:201-208.

28.- Guadagni et al. Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer: single-center results. Surg Endosc. 2014; 28: 2302-2308.

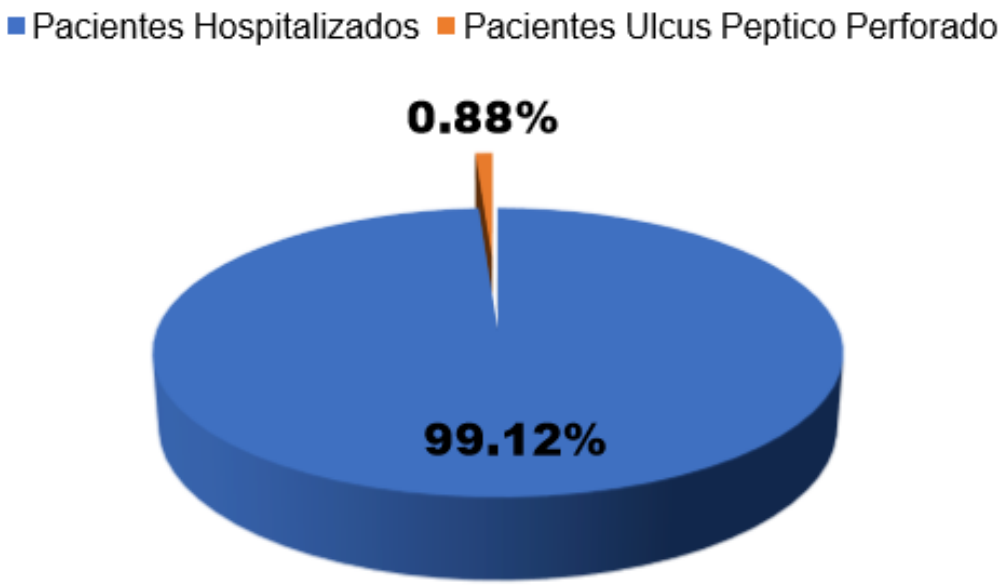
29.- Bhogal et al. Comparison between open and laparoscopic repair of perforated peptic ulcer disease. World J Surg. 2008; 32: 2371-2374

30.- Kujath et al. Morbidity and mortality of perforated peptic gastroduodenal ulcer following emergency Surgery. Langenbecks Arch Surg. 2002;387:298-302.

31.- Svanes C. Trends in perforated peptic ulcer: Incidence, etiology, treatment, and prognosis. World J Surg. 2000;24:277-83

Gráfico 1.

Incidencia de Ulcus Péptico Perforado en los pacientes del Servicio de Cirugía General



Mortalidad: 2,08%

Tabla 1.

Distribución de pacientes con Úlcera Péptica Perforada según indicadores epidemiológicos

Variables	Estadísticos	%
n	**48**	
Edad (años) (*)	45 ± 16.6	
Genero		
Masculino	43	89.6%
Femenino	5	10.4%
Días de Hospitalización (**)	6 (3 - 92)	

(*) Media ± Desviación Estándar

(**) Mediana (mínimo - máximo)

Tabla 2.

Comorbilidades asociadas en los pacientes con Úlcera Péptica Perforada

Variables		%
n	**48**	
Hipertensión Arterial	7	14.58%
Asma	1	2.08%
Cáncer de Cuello Uterino y Vulva	2	4.16%
Hipertiroidismo	1	2.08%
Sin comorbilidades	**37**	**77.1%**

Tabla 3

. Hábitos Psicobiológicos en los pacientes con Úlcera Péptica Perforada

Variables			%
	n	48	
Tabaquismo			
	Si	33	68.7%
	No	15	31.3%
Alcoholismo			
	Si	24	50%
	No	24	50%
Ilícitos			
	Si	5	10.4%
	No	43	89.6%
Uso de AINES			
	Si	5	10.4%
	No	43	89.6%

Tabla 4.

Antecedente de Enfermedad ulceropéptica en los pacientes con Úlcera Péptica Perforada

Variables		%
n	**48**	
Sin Antecedente	40	83.3%
Con Antecedente	8	16.7%
Con Tratamiento	1	12.5%
Sin Tratamiento	7	87.5%

Tabla 5.

Tiempo transcurrido entre el inicio de la clínica y la resolución quirúrgica

Tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la cirugía		
< 6	9	18.7%
6 – 12	33	68.7%
12 – 24	4	8.3%
> 24	2	4.3%
Tiempo transcurrido entre los síntomas y la consulta		
Intervalo (Horas)	**N (48)**	**%**
< 12	8	16.6%
12 – 24	19	39.5%
> 24	21	43.9%

Tabla 6.

Hallazgos operatorios en los pacientes con ulcera péptico perforado

	n	%
Tamaño de la Ulcera		
< 1 cm	36	75%
1 – 2 cm	7	15%
> 2 cm	5	10%
Clasificación según Johnson		
I	6	12.5%
II	2	4.1%
III	39	81.2%
IV	0	0%
V	1	2.2%
Cantidad de liquido		
< 500	26	54%
500 – 1000	12	25%
1000 – 1500	4	8.3%
> 1500	6	12.7%

Tabla 7.

Distribución según Técnica quirúrgica empleada

Variable		%
Roscoe Graham	16	33.3
Cellan Jones	28	%
Gastrectomía Subtotal	4	58.3
		%
		8.4%
Total	48	

Tabla 8.

Complicaciones de los pacientes intervenidos por úlcera péptica perforada

Variable		%
Sin Complicaciones	31	64.6%
Complicaciones	17	35.4%
Infección del Sitio Quirúrgico	8	
Dehiscencia de la Rafia	6	
Evisceración	1	
Íleo Metabólico	1	
Hemorragia Digestiva Superior	1	
Total	48	