

Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Estudio de Postgrado
Especialidad en Cirugía General y Laparoscopia
Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera”
Servicio Cirugía “A”

**CARACTERIZACION CLINICA Y QUIRURGICA DE LA ULCERA PEPTICA
COMPLICADA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CIUDAD HOSPITALARIA
“ENRIQUE TEJERA”, PERIODO 2018-2020**

**AUTOR: Edixón Mogollón Caldeira
TUTOR: Dra. Yanira Molina**

VALENCIA, ENERO 2022



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

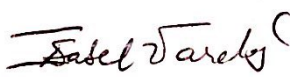
CARACTERIZACION CLINICA Y QUIRÚRGICA DE LA ULCERA PEPTICA COMPLICADAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CIUDAD HOSPITALARIA DR ENRIQUE TEJERA, PERIODO 2018-2020

Presentado para optar al grado de **Especialista en Cirugía General** por el (la) aspirante:

MOGOLLON C., EDIXON J
C.I. V – 20730904

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Yanira Molina C.I. 24647331, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **19/05/2022**


Prof. Isabel Varela (Pdte)
C.I. 11.361.123
Fecha 19/5/22


Prof. Yanira Molina
C.I. 24647331
Fecha 19/05/22


Prof. Francisco Sosa Cabeza
C.I. 8839486
Fecha 19-5-22.

TG:03-22

TG-CS: 03-22

ACTA DE CONSTITUCIÓN DE JURADO Y DE APROBACIÓN DEL TRABAJO

Quienes suscriben esta Acta, Jurados del Trabajo Especial de Grado titulado:

"CARACTERIZACION CLINICA Y QUIRÚRGICA DE LA ULCERA PEPTICA COMPLICADAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CIUDAD HOSPITALARIA DR ENRIQUE TEJERA, PERIODO 2018-2020" Presentado por el (la) ciudadano (a): **MOGOLLON C., EDIXON J** titular de la cédula de identidad N° **V-20730904**, Nos damos como constituidos durante el día de hoy: 12/05/22 y convenimos en citar al alumno para la discusión de su Trabajo el día: 19/05/22.

RESOLUCIÓN

Aprobado: X Fecha: 19/05/22 *Reprobado: _____ Fecha: _____.

Observación: _____



Presidente del Jurado
Nombre: Isabel Varela

C.I. 11.361.123



Miembro del Jurado
Nombre: Yanira Molina

C.I. 24647331



Miembro del Jurado
Nombre: Fernando 807414362

C.I. 8839486

Nota:

1. Esta Acta debe ser consignada en la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Ciencias de la Salud (Sede Carabobo), inmediatamente después de la constitución del Jurado y/o de tener un veredicto definitivo, debidamente firmada por los tres miembros, para agilizar los trámites correspondientes a la elaboración del Acta de Aprobación del Trabajo.
2. *En caso de que el Trabajo sea reprobado, se debe anexar un informe explicativo, firmado por los tres miembros del Jurado.

Resumen

Las complicaciones de las úlceras pépticas generalmente ameritan abordaje quirúrgico, particularmente las perforaciones debiéndose actuarse con rapidez y precisión ante la hemorragia, ya que el retardo en el tratamiento es un factor de mal pronóstico. En reconocimiento a la necesidad de la actuación oportuna y actualizada, se realiza este estudio con el objetivo de determinar las características clínicas y quirúrgicas de los pacientes con ulcera péptica complicada atendidos en la Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera”, durante el periodo 2018-2020. El diseño fue retrospectivo, estudiándose el universo de los pacientes con diagnóstico de ingreso de ulcera péptica complicada, procediéndose a recolectar los datos mediante la revisión de las historias clínicas. Se encontró un total de 32 pacientes, el 68,75 del género masculino y el 31,25 femenino, estando la mayoría (62,50%) entre los 55 y 69 años. Clínicamente, los pacientes se caracterizaron por predominio del dolor abdominal de ubicación generalizada (68,75) y opresivo (87,50), además de vómito (93,75%), y los signos de Jobert, y Popper, en el 50% y 81,25% respectivamente. Las características quirúrgicas estuvieron definidas por la preponderancia de Johnson grado III (62,50), y por haberse realizado dos procedimientos quirúrgicos, sutura de Graham Modificado (90,62%) y gastrectomía subtotal más gastroentero anastomosis en Y de Roux, en 3 pacientes (9,37%).

Indice

Introducción	1
Materiales y Métodos	8
Resultados de la Investigación.....	8
Discusión de Resultados	9
Conclusión	11
Referencia Bibliográfica	12
Anexo 1 Tabla de Resultados.	16
Anexo 2 Variables del Estudio	18
Anexo 3 Instrumento de Recolección de Información	20

Introducción

La úlcera péptica se refiere a *la solución de la continuidad de la mucosa gástrica o duodenal que se extiende con profundidad variable, más allá de la muscular de la mucosa* (1), con una extensión mayor a 5mm (2). Las úlceras son más comunes en las áreas digestivas donde actúa el ácido clorhídrico o zonas de metaplasia (3) y se producen por un desequilibrio entre la pepsina, el ácido clorhídrico (4) y la barrera de la mucosa gástrica (5).

Las primeras descripciones científicas sobre la úlcera péptica aparecieron en el siglo XIX, con la descripción de la úlcera redonda del estómago y sus lesiones macro y microscópicas, siendo en 1882, cuando Quinke relacionó la causa con la secreción gástrica y la denominó úlcera péptica, mientras que otros médicos postularon el origen infeccioso, ya que se asentaban sobre tejido inflamatorio, oponiéndose al origen en la hiperclorhidria o pepsina (6).

Desde ambas perspectivas, hasta mediados del siglo XX, se recurría al tratamiento quirúrgico de la mayoría de los pacientes ulcerosos (7), practicándose gastrectomías y resección duodenal, hasta que se introdujo el uso de antihistamínicos antagonistas o bloqueadores de los receptores H₂ (6), respondiendo a la etiopatogenia de la acetilcolina, histamina y gastrina, como ácidos causantes de la úlcera y en la acción antagónica de la prostaglandinas y la somatostatina en la producción de estos ácidos (8)

Adicionalmente, en 1994 se establece la relación entre el *Helicobacter pylori* y la úlcera péptica (7) y posteriormente, en 1999 se describe la gastrolesividad de los AINES (9) (10), considerándose actualmente a ambos como causas principales de las úlceras pépticas (11). En cuanto a los AINES, particularmente el ácido acetil salicílico (12), el piroxicam y el ketorolaco (13) actúan lesionando la mucosa gástrica, mediante la supresión de la COX-1 y el COX-2, reduciendo el flujo sanguíneo y aumentando la adherencia leucocitaria al endotelio vascular, respectivamente (10).

Por su parte, se describe que la infección causada por la bacteria *Helicobacter pylori* actúa (14) mediante flagelos móviles y elementos adhesivos, permitiendo el contacto con la célula epitelial gástrica (15), sintetizando ureasa que forma amonio, sustancia causante de daño directo de las células epiteliales (16), e inductora, además de inflamación, infiltración celular, alteración del potencial antioxidante de la mucosa, reducción de la viscosidad del moco y producción de hipergastrinemia, procesos que originan la lesión (17).

El conocimiento de estos avances científicos, permitieron localizar la fisiopatología de la úlcera gastroduodenal, alrededor de los receptores H₂ de histamina, de la enzima ATPasa H⁺/K⁺ y del *Helicobacter pylori* (7). En consecuencia, la terapéutica sufrió modificación, eligiéndose el abordaje farmacológico, orientado en el aumento del pH del medio, favoreciendo la resistencia de la barrera mucosa y la erradicación del *Helicobacter pylori* (18). Así el manejo quirúrgico de la úlcera péptica fue disminuyendo, limitándose a la actualidad a las complicaciones (19).

Con respecto a las complicaciones del *ulcus ulceroso*, primeramente, resalta que están referidas a la perforación; la hemorragia y la estenosis, aunque esta última es poco común (20). En general los eventos de complicación de las úlceras gastroduodenales, se presentan en un 25% de los casos, requiriendo los pacientes de hospitalización y cirugía de urgencia, demanda que se mantiene aun cuando ha disminuido la prevalencia de la enfermedad (7).

Vale agregar que, entre las complicaciones, la perforación es el cuadro clínico con mayor requerimiento de tratamiento quirúrgico (20), ya que las hemorragias tienden a resolverse con fármacos inhibidores de la bomba de protones y terapia endoscópica, reservándose la cirugía para hemorragias copiosas o vasos profundos (21). Indistintamente, ante todos los casos de pacientes con complicaciones ulcerosas gástricas o duodenales, el cirujano debe actuar con rapidez y precisión, ya que el retardo en el diagnóstico y tratamiento por más de 24 horas es un factor de mal pronóstico (22).

En este sentido, el cirujano está comprometido a actuar competentemente en la evaluación del paciente, diagnosticando precozmente la complicación, la localización de la úlcera y el manejo de las diferentes técnicas quirúrgicas requeridas (23). Del mismo modo, la naturaleza del proceso quirúrgico exige al cirujano conciencia situacional, debiendo partir de la comprensión

de la información, de manera que pueda anticiparse a los eventos o hallazgos quirúrgicos, con habilidad para la toma de decisiones ante posibles opciones (24).

El desarrollo de estas competencias inherentes al saber y hacer, solicita del cirujano la elaboración de nuevos esquemas de acción (25), formados desde las situaciones clínicas reales de la práctica diaria, sin embargo, la rapidez exigida en los servicios de cirugía, lleva a limitar la conciencia situacional y toma de decisiones a la particularidad del momento enfrentado con los casos clínicos, obviando la documentación y sustentación científica y dejando interrogantes sin respuestas.

En ese entendido, un aspecto fundamental a considerar en el abordaje de la ulcera péptica, es que clínicamente se presentan localizada con más frecuentes, en el duodeno y en el estómago, aunque algunas con menor frecuencia, aparecen en el tercio inferior del esófago y zonas de mucosa gástrica ectópica, como los divertículos de Meckel (26). También ha de tenerse presente que la ulcera péptica no complicada se caracteriza clínicamente por dolor abdominal epigástrico, pudiendo acompañarse de anorexia y la pérdida de peso, así como de náuseas y vómitos y otros síntomas dispépticos, como eructos, distensión abdominal, intolerancia a las grasas o pirosis (27).

Desde el punto de vista epidemiológico, se caracteriza por una prevalencia del 0,12-1,5%, con incidencia anual de 0,09-0,3%, considerándose una patología frecuente a escala mundial (26), pudiendo aparecer en cualquier grupo etario y en ambos géneros, aunque la incidencia aumenta con la edad y la localización en duodeno es más frecuente en varones (28). A estos aspectos epidemiológicos se agrega que, tiene curso crónico recidivante con brotes y algunos pacientes permanecen asintomáticos, presentándose la enfermedad con alguna complicación (2).

Con respecto a la etiopatogenia y su impacto epidemiológico, se tiene que los AINES se relacionan con una incidencia de úlceras gástricas del 6 al 12 % y del 8% de duodenales, mientras que los casos de úlceras pépticas en personas infectadas por *Helicobacter pylori*, son 6-10 veces más, que en los no infectados (28). Esta relación de la ulcera péptica con el *Helicobacter pylori*, le concede relevancia epidemiológica, ya que se calcula padece la mitad de la población mundial (29). Igual puede decirse de su asociación causal con el consumo de los AINES, debido a que aproximadamente, 30 millones de habitantes consumen a diario estos fármacos, para controlar el dolor (30).

A pesar de lo señalado, la introducción de nuevos fármacos para el tratamiento de la dispepsia y la erradicación de *Helicobacter pylori* ha contribuido a la disminución en la incidencia de úlcera péptica no complicada (4), por lo que a nivel mundial se aprecia una disminución en la prevalencia de esta enfermedad (31), principalmente en los pacientes menores de 60 años, en quienes interactúan otros factores, relacionados con mejoría de las condiciones de salud (2).

Ahora bien, aun cuando la tendencia epidemiológica es al descenso, factores como el aumento de la esperanza de vida y el uso de AINES, han llevado a un repunte en el número de casos de úlcera péptica, estimándose una prevalencia de 12.4% en países de América Latina complicada (4). Apreciándose, además que, del total de personas afectadas con esta enfermedad, el 10 al 20% se complicará con hemorragia o perforación, con una incidencia de 19.4 y 3.7, respectivamente (22), y adicionalmente las úlceras pépticas representan cerca del 50% de las causas de hemorragias del tubo digestivo alto (18).

De cualquier manera, en los servicios de emergencias quirúrgicas, el cirujano tiene en cuenta que la úlcera péptica complicada constituye un problema cotidiano, representando una emergencia médica asociada al incremento de la morbimortalidad (4), por lo que ante cuadros hemorrágicos digestivos altos (32) y abdomen agudo (32), debe evaluar a los pacientes, indagando sobre antecedentes o síntomas de enfermedad ácido-péptica, considerando que un número importante de pacientes desarrollarán complicaciones de forma silente (4).

Más aun, se ha de enfocar en dos complicaciones principales de la úlcera péptica, hemorragia digestiva superior y perforación (34). En el caso de hemorragias digestivas superior, la evaluación se orienta a identificar hematemesis, melena y anemia ferropénica (35). Mientras que el diagnóstico de úlcera perforada, se sospecha en caso de peritonitis difusa (36), bajo 4 indicadores de diagnóstico: dolor abdominal intenso, aumento de la sensibilidad abdominal, posición de defensa y rayos X con signos de neumoperitoneo (34).

De cualquier manera, la cirugía de urgencia es necesaria en 3.8 al 7% de los pacientes con úlcera péptica (22), particularmente la perforación, representa la tercera causa de cirugía de urgencia por abdomen agudo con peritonitis (37). Contrariamente, los casos de hemorragia digestiva superior, entre un 70 y 80%, cesan espontáneamente (38) o aplicando hemostasia endoscópica, y solamente en caso de persistencia o en hemorragias masivas, se procede a la cirugía, específicamente suturación, vagotomía y piloroplastia (39).

Tomando en referencia el comportamiento estadístico descrito, se considera que el cirujano general debe anticiparse a los posibles hallazgos transoperatorio de la úlcera complicada por perforación, es común encontrarse con adherencias de peritoneo por perforación aguda, a través de todos los planos de la pared del estómago o duodeno, resultando una situación para lo cual el cirujano debe tener previsiones (40). De igual forma debe prever cuales son localizaciones más frecuentes, es decir la cara anterior del estómago y del duodeno (41).

Igualmente, el cirujano debe ser competente en el abordaje de la úlcera sangrante, manejar la sutura-ligadura de la arteria relacionada con la hemorragia, la vagotomía duodenal, la gastrectomía distal y la resección de la úlcera, antrectomía y excisión en cuña (42). Así mismo, debe considerar la posibilidad de encontrarse con un vaso visible no sangrante, en una zona levantada en la base de la úlcera, frecuentemente menor de tres o cuatro milímetros, con un agujero en la arteria subyacente (43).

Por otra parte, una situación problemática a evitar es que el 40% de los pacientes con úlcera péptica complicada, se diagnostican de forma errónea, asociándose a una mortalidad del 10%, elevándose al 20% si el paciente requiere cirugía de urgencia (44), resultando útil la caracterización clínica y quirúrgica, pues contribuye a la toma de decisiones del equipo quirúrgico, ya que la prevalencia de las úlceras pépticas complicadas alcanza hasta el 20% de enfermedad, resultando un motivo de ingresos frecuente en los servicios de cirugía general (45), llegando incluso a representar la úlcera péptica una emergencia de cirugía frecuente, con una incidencia anual de entre 50 y 150 casos por cada 100 000 habitantes (46).

Desde las aseveraciones descritas, se considera que el diagnóstico clínico de la úlcera péptica complicada y la toma oportuna de la decisión quirúrgica, son conductas medicas exigentes de conocimiento y experiencia del equipo de cirujanos tratantes (47), ya que la prontitud es un factor fundamental en la limitación de la complicación y la mortalidad (34) por la enfermedad en cuestión.

En ese sentido, se tiene que el equipo quirúrgico basa sus decisiones y actuaciones en conocimientos generados por investigaciones, asociándose la caracterización clínica a un probable diagnóstico nosológico, y a la selección del tratamiento apropiado, los cuales deben ser de amplio dominio. Aun así, el cirujano ha de estar comprometido a revisar constantemente los conocimientos del abordaje médico y quirúrgico, por lo que, sumado a la actualización

constante, ha de mantener una dinámica de pregunta y respuesta, ante las constantes dudas surgidas de incoherencias entre la teoría y observación.

De ahí que, el investigador, en su condición de cirujano se pregunta ¿En qué medida las probabilidades estadísticas de ingresos de pacientes con úlceras pépticas complicadas se ajustan a los estudios publicados en los últimos años? Lógicamente, la respuesta no ha de quedarse en la observación diaria, sino que ha de sustentarse en el método científico, en cuanto a plantearse ¿Cuál es la incidencia de pacientes con úlcera péptica complicada atendidos en la Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera”? ¿Se corresponde esta incidencia con las informadas en otras regiones del país o en otros países?

Además, desde la práctica clínica, surgen estas interrogantes ¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes con úlcera péptica complicada? ¿Coincide las características clínicas de los pacientes con úlcera péptica complicada con otros estudios o hay aspectos diferentes en la experiencia hospitalaria local? ¿Cuáles son las características quirúrgicas de los pacientes con úlcera péptica complicada? ¿Concuerdan las características quirúrgicas de los pacientes con úlcera péptica complicada con otros estudios, o hay variación en la experiencia quirúrgica local?

La búsqueda de las respuestas a estas interrogantes, lleva a plantearse el presente estudio con el objetivo de determinar las características clínicas y quirúrgicas de los pacientes con úlcera péptica complicada atendidos en la Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera”, durante el periodo 2018-2020.

Igualmente se fijan como objetivos específicos: identificar la incidencia de pacientes con úlcera péptica complicada atendidos en la Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera, durante el periodo 2018-2020; describir las características clínicas de los pacientes con úlcera péptica complicada atendidos en la Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera, durante el periodo 2018-2020, y establecer las características quirúrgicas de los pacientes con úlcera péptica complicada atendidos en la Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera, durante el periodo 2018-2020.

Desde el contexto de los objetivos del estudio, se citan diversos antecedentes relacionados con los mismos. Primeramente, se trae a colación el estudio de Flores y Flores (2009)⁴⁸ titulado: Resultados del tratamiento de la úlcera péptica perforada, un estudio descriptivo y prospectivo

de los pacientes tratados por úlcera péptica perforada en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario «Manuel Ascunce Domenech» de Camagüey, durante los años 2006 y 2007. En el estudio predominó el sexo masculino (88,2 %) y las edades entre los 40 y 59 años (52,9 %), el dolor abdominal estuvo presente en el 100 % de los casos, seguido de viente en tabla (88,2 %), neumoperitoneo (85,3), ruidos hidroaéreos anormales (85,3), náuseas (50%) y vómitos (44,1).

En los hallazgos quirúrgicos la úlcera duodenal predominó (67,6 %): 21 de la primera porción y 2 de la segunda, 26,5 % fueron gástricas y 5,9 de la neoboca, resultando la mayoría (55,88) con perforaciones entre 0,5 y 0,9 cm de diámetro. La operación más realizada fue la sutura y epiploplastia (85,4 %); solo el 8,8 % le fue practicado sutura y epiploplastia con exclusión pilórica.

Más adelante, Cabrera, Hidalgo y Lorda (2011)⁴⁹, realizaron el estudio titulado: Comportamiento de la úlcera gastroduodenal perforada, un estudio descriptivo y retrospectivo en el Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay", dirigido a caracterizar a los pacientes con úlceras gastroduodenales perforadas en un periodo de 4 años. Los resultados presentan que el 47,9 % de los pacientes eran de edad entre los 51 y 60 año, predominando el sexo masculino (80%). En relación con las perforaciones, la localización duodenal fue la más frecuente (67,9%), seguida de la gástrica (30_%) y la pilórica (2,1 %), mientras que los procedimientos quirúrgicos de más aplicación fue la sutura y epiploplastia (57,8%) y vagotomía con piloroplastia (25,7 %).

Posteriormente, De La Torre, García y Borges (2012)⁵⁰, publicaron el estudio titulado: Comportamiento de la úlcera gástrica y duodenal perforada en un servicio de Cirugía General, enmarcado en el objetivo de describir el comportamiento de la úlcera gastroduodenal perforada en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario “Manuel Ascunce Domenech” de Camagüey, en el período comprendido entre enero de 2003 y enero de 2011. Entre los se puede apreciar que La úlcera duodenal perforada predominó con respecto a la gástrica, representando el 68,27%; y siendo la mayoría de perforaciones menores de 1cm, mientras que la técnica quirúrgica más empleada fue la sutura y la epiploplastia (66,89).

En el mismo sentido, Martínez, Barrios, Zelada, González, Pérez y Pederzol (2014)⁵¹, realizaron el estudio: Manejo de las úlceras pépticas perforadas. años 2005 a 2013, cuyo objetivo fue determinar la frecuencia de úlcera péptica perforada (UPP) en los abdómenes

agudos, factores predisponentes, tratamiento, morbilidad y mortalidad. Esta investigación identificó que las edades de los pacientes estuvieron entre 26 y 82 años, edad promedio 54 años. Además, se evidenció que los síntomas predominantes fueron, dolor abdominal de inicio súbito (100%), además de náuseas (93%) y vómitos (66%). Se realizó radiografía de tórax a 53% de los pacientes donde se observó el Signo de Popper. La localización de la úlcera fue en estómago (90%) y duodeno (10%), practicándose sutura primaria y epiploplastia en el 90% de los casos.

En 2016, Cintra, Cintra y Cintra⁵², realizaron la investigación Úlcera gastroduodenal perforada en el Hospital “Dr Agostinho Neto” de Guantánamo. Estudio de 10 Años, siguiendo un diseño descriptivo retrospectivo, bajo el objetivo de caracterizar el comportamiento del tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica gastroduodenal perforada, durante el periodo comprendido desde enero de 2001 hasta diciembre de 2010. El mayor porcentaje de pacientes estudiados estaban en las edades medias y avanzadas, siendo la edad promedio 50 años. Adicionalmente, los resultados se hace referencia a que el 25,23% de los pacientes evolucionaron con complicaciones, falleciendo el 17,14% del total de los pacientes, identificándose la peritonitis generalizada como causa directa del 100% de las muertes.

Materiales y Métodos

La investigación se fundamenta en un diseño de investigación retrospectiva, estudiándose el universo de los pacientes con diagnóstico de ingreso de Úlcera Péptica Complicada, en los servicios “A y B” de la CHET, durante los años 2018, 2019 y 2020. Para la recolección de datos se procedió a la revisión de las historias clínicas, aplicando un instrumento tipo ficha de registro de datos, contentivo de 42 ítems que miden los indicadores de la variable, diseñada para los fines de la investigación. Una vez recolectado los datos, fueron tabulados y analizados con estadística descriptiva.

Resultados de la Investigación

Se encontró un total de 32 pacientes con úlcera péptica complicada atendidos en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, durante el período comprendido entre el 2018-2020, de los cuales el 68,75 es del género masculino y el 31,25 femenino (Tabla N° 1). La edad de los pacientes estuvo comprendida entre 37 y 81 años, con un promedio de 60,75 años, estando la mayoría (62,50%) entre los 55 y 69 años (tabla N° 2).

En lo referente a las características clínicas de los pacientes con úlcera péptica complicada (Tabla N°3), prevaleció el dolor abdominal de ubicación generalizada (68,75) y epigástrica (18,75) y con menor frecuencia en banda (3,12%) y en hemiabdomen derecho e izquierdo (3,12%). el dolor fue descrito mayoritariamente como opresivo (87,50), y pocas veces lacerante (8,37) y tipo cólico (3,12), predominando el inicio súbito (75%) sobre el insidioso (25%).

Respecto a los síntomas concomitantes, el vómito fue el hallazgo más característico, manifestándose en el 93,75% de los casos, siendo el alimentario (43%) y el intestinal (28,72%) los más frecuente, presentándose 1 caso de vómito bilioso. Otros síntomas registrados fueron: fiebre (12,50%), ausencia de evacuaciones (6,25%), anorexia (3,12%). A estos resultados se agregan los signos clínicos de más relevancia identificados en el estudio, referidos al Signo de Jobert, y el Signo de Popper, encontrándose en el 50% y 81,25% respectivamente, del total de los pacientes evaluados.

La investigación permitió describir las características quirúrgicas de las úlceras pépticas complicadas (Tabla N° 4), en cuanto que se encontró diferentes grados según la clasificación de Johnson: Grado I (18,75), Grado II (12,50), Grado III (62,50) y Grado IV (6,25), notándose el predominio del grado III. Otro hallazgo quirúrgico de interés fue la práctica de dos procedimientos quirúrgicos, la sutura de Graham Modificado, en 29 pacientes (90,62%) y gastrectomía subtotal más gastroentero anastomosis en Y de Roux, en 3 pacientes (9,37%).

Discusión de Resultados

La perforación es la complicación más común de la úlcera péptica, en la revisión de los casos de pacientes atendidos en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, se pudo identificar que estos pacientes predominantemente son del género masculino, tal como se sostiene en las revisiones bibliográficas, entre estas el estudio de Flores y Flores (2009)⁴⁸ y Cabrera, Hidalgo y Lorda (2011)⁴⁹. La asociación para desarrollar úlcera péptica con el sexo masculino, posiblemente guarde relación con los hábitos de consumo de alcohol y tabaco, o una tendencia biológica aún no identificada⁵³.

La edad de los pacientes del estudio, también coincide con los antecedentes revisados, entre estos los trabajos de Martínez, Barrios, Zelada, González, Pérez y Pederzol (2014)⁵¹ y Cintra, Cintra y Cintra (2016)⁵². Es de consideración que los resultados reflejan que la edad promedio

de los pacientes fue de 60,75 años, mostrando una tendencia de úlcera péptica perforada relacionada a la edad mayor, lo que es explicable fisiopatológicamente porque el envejecimiento está acompañado por pérdida de celularidad en la mucosa gástrica, además de disminución de las prostaglandinas, protectoras de la enfermedad ácido-péptica, así como reducción en la capacidad regenerativa de la mucosa a las lesiones, por reducción del flujo sanguíneo de la mucosa gástrica⁵⁴.

En cuanto a las características clínicas de los pacientes con úlcera péptica complicada, el dolor de inicio súbito y el vómito resultaron los hallazgos más frecuentes en los pacientes sujetos de estudio, en coincidencia con las publicaciones de Flores y Flores (2009)⁴⁸ y Martínez, Barrios, Zelada, González, Pérez y Pederzol (2014)⁵¹. Es importante la consideración de estos datos clínicos, que contribuye a reconocer la perforación de las úlceras péptica, causa frecuente de abdomen agudo, favoreciendo el tratamiento oportuno, disminuyendo la mortalidad asociada, que puede llegar alcanzar el 17,14%⁵².

Los signos clínicos de Signo de Jobert, y el Signo de Popper, resultaron relevantes en el estudio, igualmente en correspondencia con los hallazgos de Flores y Flores (2009)⁴⁸ Martínez, Barrios, Zelada, González, Pérez y Pederzol (2014)⁵¹. Sin duda, el conjunto de la semiología, el laboratorio y la imagenología, aunado al juicio clínico, son las herramientas fundamentales del cirujano para precisar el diagnóstico y establecer la conducta quirúrgica indicada, sobre todo en los cuadros de abdomen agudo, donde los signos clínicos son imprescindibles en el diagnóstico diferencial.

El estudio reveló resultados acordes con la bibliografía consultada, en relación con el procedimiento quirúrgico más frecuente, referido sutura y epiploplastia, especificada como la sutura de Graham Modificado, en la presente investigación. Contrariamente, en lo referente a la ubicación de la úlcera perforada a nivel gástrico (Johnson III) es incongruente con los hallazgos de Flores y Flores (2009)⁴⁸, Cabrera, Hidalgo y Lorda (2011)⁴⁹ y De La Torre, García y Borges (2012)⁵⁰, coincide solamente con el estudio de Martínez, Barrios, Zelada, González, Pérez y Pederzol (2014)⁵¹, teniendo en común la edad promedio superior a los 60 años.

Conclusión

Se encontró un total de 32 pacientes con úlcera péptica complicada atendidos en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, durante el período comprendido entre el 2018-2020, el 68,75 es del género masculino y el 31,25 femenino, en edad comprendida entre 37 y 81 años, con un promedio de 60,75 años, estando la mayoría (62,50%) entre los 55 y 69 años. Clínicamente, los pacientes se caracterizaron por predominio del dolor abdominal de ubicación generalizada (68,75) y epigástrica (18,75), descrito mayoritariamente como opresivo (87,50). El vómito fue el hallazgo concomitante más frecuente (93,75%), resaltando, además, los signos clínicos de Jobert, y Popper, en el 50% y 81,25% respectivamente. Las características quirúrgicas estuvieron definidas por la clasificación de Johnson, preponderando el grado III (62,50), mientras los dos procedimientos quirúrgicos realizados fueron la sutura de Graham Modificado (90,62%) y gastrectomía subtotal más gastroentero anastomosis en Y de Roux, en 3 pacientes (9,37%).

Referencias Bibliográficas

- 1.- Llorens, P. Etiología de la Úlcera Péptica. Revista Chilena de Cirugía. 2000 [Consultado 15 de Noviembre 2020]; 52 (6):666-669. Disponible en <https://books.google.co.ve/books?id=WBfskYjZzd0C&pg=PA666&dq=ulcus+peptico&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwi-tIDajI3tAhUhlkKHcHmBnQ4ChDoATAFegQICBAC#v=onepage&q=ulcus%20peptico&f=false>
- 2.- Coste, P. y V. Hernández. Actualización en Enfermedad Ácido Péptica. Revista Clínica de la Escuela de Medicina. 2017 [Consultado 15 de Noviembre 2020]; 5 (1):11-18 Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2017/ucr171d.pdf>
- 3.-De Argila, C. Enfermedad Ulcerosa Péptica. En Rodrigo L. (Editor) Tratamiento de las Enfermedades Digestivas. México: Editorial Medica Panamericana, 2018
- 4.-Morales, L. Úlcera Péptica. Revista Comunicación Médica Continuada. 2019 [Consultado 17 de Noviembre 2020]. Disponible en <https://med-cmc.com/ulcera-peptica/>
- 5.-De Prado, L. Síndrome Ulceroso y Gastritis. En Argente H. y M. Álvarez (Editores). Semiología Médica. México: Editorial Médica Panamericana, 2018
- 6.-Pajares, J. La Historia de la Úlcera Péptica: ¿Hemos Llegado a su Final? Ars Médica. Revista de Humanidades. 2007 [Consultado 15 de Noviembre 2020]; (1):54-68 Disponible en https://www.fundacionpfizer.org/sites/default/files/ars_medicajun2007vol06num1054lahistoria_de_la_ulcera_peptica_hemos_llegado_a_su_final_0.pdf
- 7.-García, S. Revisión Bibliográfica de la Actualización del Tratamiento Farmacoterapéutico de la Úlcera Péptica. Tesis de Grado. Facultad de Farmacología. Universidad Complutense. 2015 [Consultado el 19 de Noviembre 2020] Disponible en <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/SOFIA%20GARCIA%20MARTIN.pdf>
- 8.-Zolezzi, A. Tratamiento de la Úlcera Péptica. Revista de Gastroenterología del Perú. 2018 [Consultado 18 de Noviembre 2020]; 18 (S1) Disponible en https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/gastro/vol_18s1/ulcerap.htm
- 9.-Franco, M. Gastropatía por Aines: Lesión Gástrica, Incidencias y Mecanismos IV Reunión Científica de la Sociedad Española del Dolor. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2000 [Consultado 15 noviembre 2020]; (23-27) Disponible en http://revista.sedolor.es/pdf/2000_09_06.pdf
- 10.-Oscanoa, T. y F. Lizaraso. *Antiinflamatorios No Esteroides: Seguridad Gastrointestinal, Cardiovascular y Renal*. Revista de Gastroenterología de Perú. 2015 [Consulta 15 de Noviembre 2020]; 35 (1) Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292015000100007
- 11.-Camacho, J. Úlcera Péptica. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2014 [Consultado 17 de Noviembre 2020]; LXXI (609):129-134. Disponible en <https://www.medingraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc141u.pdf>
- 12.- Martínez, J; J. Molano y S. Henao. Lesiones Mucosas Gastroduodenales por Aspirina. Administrando los Riesgos. Revista de Gastroenterología de Perú. 2016 [Consultado por 16 de noviembre 2020]; 36 (2) Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-1292016000200005
- 13.-Abdo, J. Úlcera Péptica, AINEs y Helicobacter. Revista de Gastroenterología de México. 2013 Consultado 15 de noviembre 2020 78 (S1):8-9 Disponible en

<http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-ulcera-peptica-aines-helicobacter-articulo-S0375090613000992>

14.-Pajares J. y J. Gisbert. Helicobacter Pylori: su Descubrimiento e Importancia en la Medicina. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2006 [Consultado 15 de Noviembre 2020] 98 (10) Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082006001000007&script=sci_arttext&tlng=es

15.-Mancenlle, R. Prevalencia de la Infección por Helicobacter Pylori en la Población General adulta en la Provincia de Ourense y estudios de Factores de Riesgo Asociado. España: Editorial USC, Universidad Santiago de Compostela, 2007.

16.-Cervantes, E. Helicobacter Pylori: Mecanismos de Patogenicidad. Revista Latinoamericana Patología Clínica Médica de Laboratorio. 2020 [Consultado el 16 de noviembre 2020]; 63 (2):100-109 Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2016/pt162h.pdf>

17.-Gutiérrez, B. Helicobacter pylori: Nuevos Tratamientos. Trabajo de Grado. Universidad Complutense. 2019 [Consultado 18 de Noviembre 2020] Disponible en <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/BEATRIZ%20GUTIERREZ%20COLINO.pdf>

18.- Vaca, B; M. Sarcos; N. Espinosa y A. Veletanga. Hemorragia Digestiva Alta por Úlcera Péptica o Duodenal. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. 2019 [Consultado 20 de noviembre 2020]; 3 (2):894-914 Disponible en <file:///C:/Documents%20and%20Settings/asd/Mis%20documentos/Downloads/Dialnet-HemorragiaDigestivaAltaPorUlcerasPeticasODuodenal-7066882.pdf>

19.-Montalvo, E; O. Corres y C. Athié. Factores Asociados con Complicaciones Posoperatorias y Mortalidad en Úlcera Péptica Perforada. Cirugía y Cirujanos. 2011 [Consultado 20 de noviembre 2020]; 9 (2): 141-148 Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2011/cc112g.pdf>

20.-Rodríguez, G. y E. Cerchiari. Enfermedad Ulcerosa Gastroduodenal. Clínica Quirúrgica. Clínicas Quirúrgicas Facultad de Medicina Universidad de la República. Uruguay. 2018 [Consultado el 19 de Noviembre 2020]; Disponible en https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/Enfermedadulcerosagastroduodenal_CQFM-1.pdf

21.-Cobiellas, R; C. López y N. López. Actualización en el Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Digestiva Alta. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2018 [Consultado el 20 de noviembre 2020]; 43 (3) Disponible en http://revzoilomarinellosldcu/index.php/zmv/article/view/1290/pdf_478

22.-CENETEC. Diagnóstico y Tratamiento de Úlcera Péptica Aguda Complicada. Secretaría de Salud de México. 2015 [Consultado el 17 de Noviembre 2020] Disponible en <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/169GPCULCER/APEPTICA/Gpculcerapeptica.pdf+&cd=17&hl=es&ct=clnk&gl=ve>

23.-Fombellida, D; L. Gil; L. Mora; A. Urieta; M. Alonso y M. Moreno. Cirugía en las Hemorragias Graves de las Úlceras Gastroduodenales. Cirugía Española. 2000 [Consultado 20 de Noviembre 2020]; 67 (2):150-154 Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-cirugia-hemorragias-graves-ulceras-gastroduodenales-9284>

- 24.-Benera, J. Importancia de las Habilidades No Técnicas en la Práctica Quirúrgica Actual. Revista de Cirugía Española. 2019 [Consultado 23 de Noviembre 2020]; 97 (4): 190-195 Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-importancia-habilidades-no-tecnicas-practica-S0009739X19300089>
- 25.-Rodríguez, M. La Teoría del Aprendizaje Significativo: Una Revisión Aplicable a La Escuela Actual. Revista Electrónica de Investigación e Innovación Educativa y Socioeducativa. 2011 [Consultado 25 de noviembre 2020]; 3 (1) Disponible en [ile:///C:/Documents%20and%20Settings/asd/Mis%20documentos/Downloads/Dialnet-LaTeoriaDelAprendizajeSignificativo-3634413.pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/asd/Mis%20documentos/Downloads/Dialnet-LaTeoriaDelAprendizajeSignificativo-3634413.pdf)
- 26.-Borquez, M. Revisión Bibliográfica Sobre la Úlcera Péptica. Revista Ocronos. 2020 [Consultado 15 de Noviembre 2020]; 3 (2):198 Disponible en <https://revistamedica.com/revision-bibliografica-ulcera-peptica/+&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=ve>
- 27.-Rozman, C. y F. Cardellach. Compendio de Medicina Interna.España: Editorial Elsevier, 2017
- 28.-Barenys, N. y N. Chahri. Abordaje de la Úlcera Péptica: Epidemiología y Factores Predisponentes de la Úlcera Gastroduodenal. Actualización Gh Continuada. 2008 [Consultado 17 de noviembre 2020]; 7 (6):257-262 Disponible en [ile:///C:/Documents%20and%20Settings/asd/Mis%20documentos/Downloads/70000606%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/asd/Mis%20documentos/Downloads/70000606%20(1).pdf)
- 29.- Duquesne, A; A. Orellana; Y. Rodríguez y F. Alonso. Caracterización Clínico-Epidemiológica, Endoscópica y Microbiológica de Pacientes con Síntomas Digestivos Según su Status de Helicobacter Pylori. Medicina General Integral. 2019 [Consultado 19 de Noviembre 2020]; 35 (2) Disponible en <http://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/254/248>
- 30.-Vladislavovna, S; L. Torres y H. Reyes. Analgésicos Antiinflamatorios no Esteroideos en la Terapia del Dolor. Orientación Para Su Uso en el Primer Nivel de Atención. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2006 [Consultado el 15 de noviembre 2020]; 44 (6): 565- 572 Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745536011.pdf>
- 31.-Montes, P; S. Salazar y E. Monge. Cambios en la Epidemiología de la Úlcera Péptica y su Relación con la Infección con Helicobacter Pylori. Hospital Daniel Carrión 2000-2005. Revista de Gastroenterología del Perú. 2007 [Consultado 17 de Noviembre 2020]; 27 (4) Disponible en <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1022-51292007000400007>
- 32.-Martínez J. y Callejas J. Hemorragia Digestiva Alta: Etiología y Procedimientos Diagnósticos. Emergencias. 2005 [Consultado 23 de Noviembre 2020]; 17 (4):S50-S54 Disponible en file:///C:/Documents%20and%20Settings/asd/Mis%20documentos/Downloads/Emergencias-2005_17_4_S50-4.pdf
- 33.-González, A. y M. Velásquez. Abdomen Agudo: Un enfoque Práctico. Universidad del Valle. Colombia: Programa editorial, 2010
- 34.-Rosado, M. y G. Padrón. Úlcera Duodenal Perforada en Mujer Joven. Revista Salud Quintana Roo. 2014 [Consultado 23 de noviembre 2020]; 7 (27): 23-27 Disponible en

<https://salud.groo.gob.mx/revista/revistas/27/clinico/4.pdf+&cd=32&hl=es&ct=clnk&gl=ve>

35.-Zarate, A. Hemorragia Digestiva Alta. Manuales. 2018 [Consultado 20 de noviembre 2020] Disponible en <https://www.medfinis.cl/img/manuales/HDA-2.pdf>

36.-Cintra, S; A. Cintra y S. Cintra. Úlcera Gastroduodenal Perforada en el Hospital “Dr Agostinho Neto” de Guantánamo. Estudio de 10 Años. Revista Información Científica. 2016 [Consultado el 24 de noviembre 2020]; 95 (1):127-138 Disponible en [ile:///C:/Documents%20and%20Settings/asd/Mis%20documentos/Downloads/Dialnet-UlceraGastroduodenalPerforada EnElHospitalDrAgostin-6027400.pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/asd/Mis%20documentos/Downloads/Dialnet-UlceraGastroduodenalPerforadaEnElHospitalDrAgostin-6027400.pdf)

37.-Bejarano, R. Perforación Gastroduodenal por Úlcera Péptica: Estudio de 99 Pacientes Operados. Revista Cubana de Cirugía. 2007 [Consultado el 25 de noviembre 2020]; 46 (3) Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000300006

38.-Cárcamo, C; J. López y D. Cardemil. Cirugía de la Hemorragia Digestiva Alta no Variceal. Cuadernos de Cirugía. 2005 [Consultado 23 de noviembre 2020]; (19): 11-16 Disponible en <http://revistas.uach.cl/pdf/cuadcir/v19n1/art02.pdf>

39.-Villanueva, C; J. García y A. Hervás. Hemorragia Gastrointestinal. Práctica Clínica en Gastroenterología y Hepatología. 2011 (Consultado 25 de noviembre 2020); https://www.aegastro.es/sites/default/files/files/03_Gastroenterologia.pdf

40.-López, J. 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. Tesis de Grado. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 2016 [Consultado 23 de noviembre de 2020]; Disponible en <https://repositorio.unan.edu.ni/3039/1/67834.pdf+&cd=14&hl=es&ct=clnk&gl=ve>

41.-Cabrera, F; M. Hidalgo y L. Lorda. Comportamiento de la Úlcera Gastroduodenal Perforada. Revista Cubana de Medicina Militar. 2011 [Consultado en 25 de Noviembre 2020] 40 (1) Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0138-65572011000100003>

42.- Hurtado, H. Tratamiento Quirúrgico Actual de la Úlcera Péptica. Revista de Gastroenterología de México. 2003 [Consultado 25 de noviembre 2020]; 68 (2) Disponible en <file:///C:/Documents%20and%20Settings/asd/Mis%20documentos/Downloads/X0375090603242926.pdf>

43.- Jensen, D. Hemorragia Digestiva por Úlcera Péptica: Estigmas y Tratamiento, Monoterapia o Terapias Combinadas. Conferencia dictada en el XXIX Congreso Chileno de Gastroenterología, Santiago, 4 y 5 de diciembre de 2002. [Consultado 25 de noviembre 2020]. Disponible en <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/786>

44.-García, S; P. Bonilla; B. Quintero; F. Trujillo; J. Ríos y J. Sánchez. Abdomen Agudo Quirúrgico. Un Reto Diagnóstico. Cirujano General. 2017 [Consultado 25 de Noviembre 2020]; 39 (4):203-208 Disponible en https://www.medigraphic.com/pdfs_cirgen/cg-017/cg174b.pdf

45.-Obregón, F; T. Escalante; E. García; G. Benítez; A. Sánchez; R. Saade y S. Szomstein. Manejo Laparoscópico de la Úlcera Péptica Perforada. Primera Experiencia en el Hospital Universitario de Caracas. Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica, A.C.

2007 [Consultado 25 de noviembre 2020]; 8 (2):67-72. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2007/ce072d.pdf>

46.-Ramírez, J; B. Menéndez y R. Cobiellas. Hemorragia Digestiva Alta no Varicosa: Comportamiento e Índice de Rockall. Revista Cubana de Cirugía. 2014 [Consultado en 25 de noviembre 2020]; 53 (1) Disponible en <http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/50/42>

47.- Butte, J; B. Dagnino; A. Tapia y J. Llanos. Estado Actual del Tratamiento Quirúrgico de la Úlcera Péptica Perforada en el Hospital Regional de Talca. Revista Chilena de Cirugía. 2007 [Consultado 18 de Noviembre 2020]; 59 (1):16-21 Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262007000100005

48.- Flores, E. y E. Flores. Resultados del tratamiento de la úlcera péptica perforada Rev. Cubana Cir. 2009 [Consultado el 8 de Julio de 2021]; 48 (2) Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932009000200005

49.-Cabrera, F; M. Hidalgo y L. Lorda. Comportamiento de la úlcera gastroduodenal perforada. Rev. Cub. Med. Mil. 2011 [Consultado el 8 de Julio 2021]:40 (1). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000100003

50.-De La Torre, J; J. García y Y. Borges. Comportamiento de la úlcera gástrica y duodenal perforada en un servicio de Cirugía General. Rev. 16 de Abril. 2016[Consultado 8 de agosto 2021];248 Disponible en <http://www.16deabril.sld.cu/rev/248/ao5.html>

51.-Martínez, N; J. Barrios; I. Zelada; E. González; R. Pérez y R. Pederzoli. Manejo de las úlceras pépticas perforadas. Años 2005 a 2013. Rev. Cir. Parag. 2014. [Consultada el 8 de agosto de 2021]; 38(2). Disponible en http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202014000200002

52.-Cintra, B; P. Cintra y P. Cintra PS. Úlcera gastroduodenal perforada en el Hospital “Dr Agostinho Neto” de Guantánamo. Estudio de 10 años. RIC. 2016 [Consultad 19 de junio 2º21];95 (1):127-138. Disponible en <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73675>

53.- Bejarano, M y F. Méndez. Interacción de los factores asociados a la enfermedad úlcero péptica. Rev. Col Gastroenterol. 2006 [Consultado 9 de septiembre 2021]; 21 (1) Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v21n1/v21n1a06.pdf>

54.- Jiménez, J y F. Guillén. Enfermedad ácido-péptica en el paciente anciano. En: Sociedad Española Geriatria Gerontología y Recordati. La enfermedad ácidopéptica en las personas mayores. Madrid: SL, editores, 2001. p. 12-28.

Anexo N° 1
Tablas de Resultados de la Investigación.

Tabla N° 1

Distribución de Pacientes con Úlcera Péptica Complicada atendidos en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, según Género. Periodo 2018-2020.

Género	F. A.	F. R
Masculino	22	68,75
Femenino	10	31,25
Total	32	100

Fuente: Ficha de Datos

Tabla N°2

Distribución de Pacientes con Abscesos Intraabdominales Tratados con Drenaje Percutáneo Guiado por Tomografía Computarizada en la Unidad de Imagenología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, según Edad. Años 2019-2021.

Edad	F. A.	F.R.
35-39	1	3,12
40-44	2	6,25
45-49	2	6,25
50-54	2	6,25
55-59	6	18,75
60-64	7	21,87
65-69	7	21,87
70-74	3	9,37
75-79	1	3,12
80 y más	1	3,12
Total	32	100

Fuente: Ficha de Datos

Tabla n°3

Características Clínicas de los Pacientes con Úlcera péptica Complicada Atendidos en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Período 2018-2020.

Características			Frecuencia	
			F.A.	F.R.
Síntomas	Dolor, ubicación	Generalizado	22	68,75
		Epigastrio	6	18,75
		En banda	1	3,12
		Hemiabdomen Izquierdo	1	3,12
		Hemiabdomen derecho	1	3,12
		Epigastrio-Hipogastrio	1	3,12
	Dolor, descripción	Opresivo	28	87,50
		Lacerante	3	9,37
		Cólico	1	3,12
	Dolor, Inicio	Súbito	24	75
		Insidioso	8	25
	Concomitantes	Vomito	6	
		Ausencia de evacuaciones	2	
		Vómito intestinal	9	
		Vómito alimentario	14	
		Vómito bilioso	1	
		Fiebre	4	
		Anorexia	1	
Signos	Signo de Jobert	Presente	16	
		Ausente	14	
		Sin realizar	2	
	Signo de Popper	Presente	26	
		Ausente	4	
		Sin realizar	2	

Fuente: Ficha de Datos

Tabla n°4

Características Quirúrgicas de las Úlcera péptica Complicada en Pacientes Atendidos en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Período 2018-2020.

Características			Frecuencia	
			F.A.	F.R.
Hallazgos	Johnson	Grado I	6	18,75
		Grado II	4	12,50
		Grado III	20	62,50
		Grado IV	2	6,25
Procedimiento	Graham Modificado		29	90,62
	Gastrectomía	Subtotal+	3	9,37
	anastomosis Y de Roux			

Fuente: Ficha de Datos

Anexo 2: Operacionalización de la Variable.

Variable Características de las Úlceras Pépticas: Se refiere a los rasgos clínicos y quirúrgicos de los pacientes con úlcera péptica complicada atendidos en el Servicio de Cirugía de en la Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera”,

Categoría	Indicador	Sub-indicador	Items
Rasgos Clínicos de los pacientes con Úlcera péptica complicada: Incluye síntomas y signos registrados en la historia clínica al momento del ingreso del pacientes	Síntomas registrados en la historia clínica al momento del ingreso del paciente: Incluye característica del dolor y manifestaciones gástricas.	Característica del Dolor: .-Ubicación Típica (epigástrica) o Atípica (hipocondrio, umbilical, hipogastrio, lumbar o difusa) .-Descripción: urente, lancinante, cólico, punzante, sordo, gravitativo, pulsativo, de hambre. .-Irradiación: tórax, dorso, hombro, abdomen, difusa. .-Perfil de inicio: insidioso, brusco, súbito. .-Curso: Episódico, continuo Manifestación Gástrica: .-Nauseas. .-Vómitos. .-Anorexia. .-Hiporexia. .-Reflujo.	
	Signos registrados en la historia clínica al momento del ingreso del paciente, incluye hallazgos al examen físico, laboratorios y radiológicos	Examen Físico: .-Palidez Cutáneo Mucosa. .-Sensibilidad epigástrica a la palpación. .-Taquicardia. .-Hipotensión. .- Hematemesis. .-Melena. .-Abdomen Distendido. .-Abdomen defensivo. .-Abdomen en Tabla. .- Geneau de Musey + .- Blumberg + .- Dumphy + .- Signo de Joubert + Laboratorio: .-Leucocitosis. .-Anemia. ..Acidosis Metabólica. .-Hiperamilasemia. .-Hipoalbulinemia. Radiológicos: .- Rayos x: Aire libre sub diafragmático, dilatación de asas delgadas.	

		.-Ecografía: Íleo, líquido libre, meteorismo. .-Tomografía sin contraste: Cráter de la Ulcera, engrosamiento Mural, Estriación de la Grasa Adyacente, Colección, Contenido líquido hiper-atenuante, Distensión Gástrica, Distensión Duodenal, Extravasación sanguínea, Estenosis, Neumoperitoneo. Endoscopia. .-Úlcera perforada: Tipo I, II, III o IV, esófago. .-Úlcera Sangrante: Grado Ia-Ib-IIa-IIb-IIc o III). .-Estenosis: pilórica, piloro-duodenal, duodenal.	
Rasgos Quirúrgicos de los pacientes con Úlcera péptica: Incluye hallazgos registrados en la nota quirúrgica sobre característica de complicación y la úlcera péptica complicada.	Hallazgos registrados en la nota quirúrgica sobre características de la complicación, se refiere tipo de complicación, número de úlceras y extensión de las lesiones.	.-Tipo de Complicación: sangramiento, perforación, estenosis. .-. Número de Úlceras: Única, 2, 3, +3 .- Extensión de la lesión. Localizada (Gástrica, Duodenal, Píloro), Órgano adyacente (páncreas, hígado, colon), Epiplón, Cavidad, Peritoneo, adherencias.	
	Hallazgos registrados en la nota quirúrgica sobre características de la úlcera péptica complicada: se refiere al tamaño, profundidad, condiciones del tejido y zona topográfica.	.-Tamaño: -2 cm/3-5 cm/+5 cm. .- Profundidad: Submucosa Muscular/Serosa. .-Condiciones del tejido: exudado, edematoso, inflamatoria, sangrante, necrosada, hipertrofiado. .-Zona topográfica: Curvatura Menor, Curvatura Mayor, Cara anterior del duodeno, Antro pilórica, Pre pilórica., Yuxtaesofágica.	

Anexo 2: Instrumento de Recolección de Datos.
Ficha de Datos

<i>Datos Personales.</i>				
Edad _____ Sexo _____ Ocupación _____ Estado Civil _____				
<i>Datos Clínicos.</i>				
Antecedente Diagnóstico _____ Diagnostico de Ingreso _____				
Cirugía Realizada _____				
<i>Características Clínicas y Quirúrgicas</i>				
Ítems			Si	No
<i>Características Clínicas.</i>				
A.-Síntomas al Ingreso	1. Característica del Dolor.			
	1.1. Ubicación			
	Típica (epigástrica).			
	Atípica (hipocondrio, umbilical, hipogastrio, lumbar, difusa)			
	1.2. Descripción.			
	Urente.			
	Lancinante.			
	Cólico.			
	Punzante.			
	Sordo.			
	Gravitativo.			
	Pulsativo.			
	De Hambre			
	1.3. Irradiación.			
	Tórax.			
	Dorso			
	Hombro.			
	Abdomen.			
	Difusa.			
	1.4. Perfil de inicio.			
	Insidioso			
	Brusco			
	Súbito.			
	1.4. Curso.			
	Episódico.			
	Continuo.			
	2. Manifestación Gástrica.			
	Nauseas.			
	Vómitos.			
	Anorexia.			
Hiporexia.				
Reflujo				

B. Signos Registrados	3. Examen Físico.		
	Palidez Cutánea Mucosa.		
	Sensibilidad epigástrica a la palpación.		
	Taquicardia.		
	Hipotensión.		
	Hematemesis.		
	Melena.		
	Abdomen Distendido.		
	Abdomen defensivo.		
	Abdomen en Tabla.		
	Signo de Geneau de Musey +		
	Signo de Blumberg +		
	Signo de Dumphy +		
	Signo de Joubert +		
	4. Laboratorio.		
	Leucocitosis.		
	Anemia.		
	Acidosis Metabólica.		
	Hiperamilasemia.		
	Hipoalbulinemia.		
	5. Radiológicos.		
	5.1. Rayos x.		
	Aire libre subdiafragmático		
	Dilatación asas delgadas		
	5.2 Ecografía .		
	Íleo.		
	Líquido libre.		
	Meteorismo		
	5.3. Tomografía.		
	Cráter de la úlcera.		
	Engrosamiento mural.		
	Estriación de la Grasa Adyacente.		
	Colección.		
	Contenido líquido.		
	Hiperatenuante		
	Distensión Gástrica		
	Distensión Duodenal		
	Extravasación sanguínea.		
	Estenosis: pilórica, piloro-duodenal, duodenal.		
	Neumoperitoneo		
	5.4. Endoscopia.		
	Úlcera perforada: Tipo I, II, III o IV, esófago.		
	Úlcera Sangrante: Grado Ia-Ib-IIa-IIb-IIc o III.		
	Estenosis: pilórica, piloro-duodenal, duodenal.		
<i>Características Quirúrgicas.</i>			
C. Hallazgo Complicación	6. Tipo de Complicación.		

	Sangramiento.		
	Perforación.		
	Estenosis.		
	7. Número de Ulceras.		
	Única.		
	2		
	3		
	+3		
	8. Extensión de la lesión.		
	Localizada (Gástrica, Duodenal, Píloro).		
	Órgano adyacente (páncreas, hígado, colon).		
	Epiplón.		
	Cavidad.		
	Peritoneo.		
	Adherencias.		
D. Hallazgo Ulcera Péptica.	9. Tamaño.		
	2 cm		
	3-5 cm		
	+5 cm		
	10.-Profundidad.		
	Submucosa		
	Muscular		
	Serosa.		
	11. Condiciones del tejido.		
	Exudado.		
	Edematoso.		
	Inflamatoria.		
	Sangrante.		
	Necrosada.		
	Hipertrofiado		
	12. Zona topográfica.		
	Curvatura Menor.		
	Curvatura Mayor.		
	Cara anterior del duodeno.		
	Antropilórica.		
	Pre pilórico.		
	Yuxtaesofágica.		