



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

TÍTULO

**EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE LA ÚLCERA PÉPTICA EN UN HOSPITAL
DE TERCER NIVEL.**

REGISTRO R-2017-3601-228

TESIS QUE PRESENTA:

DR. GIUSEPPE GILDARDO MONTES BONILLA

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL

ASESORES DE TESIS:

DR. TEODORO ROMERO HERNANDEZ

Ciudad de México, Febrero 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE LA ÚLCERA PÉPTICA EN UN HOSPITAL
DE TERCER NIVEL.**

FIRMAS DE AUTORIZACIÓN

DOCTORA
DIANA G. MENEZ DÍAZ
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DOCTOR
ROBERTO BLANCO BENAVIDES
JEFE DEL SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA
GENERAL UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DOCTOR
TEODORO ROMERO HERNANDEZ
MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA UMAE HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI



Dirección de Prestaciones Médicas
 Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
 Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **3601** con número de registro **17 CI 09 015 034** ante
 COFEPRIS

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO
 XXI, D.F. SUR

FECHA **17/11/2017**

MTRO. TEODORO ROMERO HERNÁNDEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

experiencia en el manejo de la úlcera péptica en un hospital de tercer nivel

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2017-3601-228

ATENTAMENTE

DR.(A). CARLOS FREDY CUEVAS GARCÍA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3601

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO.....	7
JUSTIFICACIÓN.....	20
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
OBJETIVOS.....	22
HIPÓTESIS.....	23
MATERIAL Y MÉTODOS.....	24
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	25
DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.....	26
PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	28
ASPECTOS ÉTICOS.....	29
RESULTADOS.....	31
DISCUSIÓN.....	35
CONCLUSIÓN.....	37
BIBLIOGRAFÍA.....	38
ANEXOS.....	40

RESUMEN

Título: experiencia en el manejo de la úlcera péptica en un hospital de tercer nivel.

Introducción: la úlcera péptica consiste en una pérdida de sustancia en la pared gástrica o duodenal, que se extiende más allá de la muscularis mucosa. Se describió por primera vez en 1955 con una prevalencia del 5-10%. Su principal causa es la infección por *Helicobacter Pylori* y el consumo de antiinflamatorios no esteroideos. Las complicaciones son hemorragia, perforación y estenosis, siendo estas indicaciones quirúrgicas para el manejo de la úlcera. Existen actualmente diferentes técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la úlcera péptica, la elección de esta será individualizada de acuerdo con las condiciones del paciente.

Material y métodos: diseño descriptivo y retrospectivo, el objetivo es presentar la experiencia en el manejo quirúrgico de la úlcera péptica en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. El análisis estadístico se realizará mediante estadística descriptiva y medidas de tendencia central.

Resultados: se revisaron los expedientes de 19 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. El principal síntoma fue epigastralgia en el 69% de los pacientes, la principal indicación de cirugía fue perforación, la técnica mas utilizada fue el cierre primario con parche de epiplón. Una mortalidad del 42%.

Conclusión: la úlcera péptica continua siendo un problema de salud con el cual debido a la disminución en su frecuencia, los equipos quirúrgico están menos familiarizados con su manejo obligándonos replantear el tratamiento que ofrecemos a nuestros pacientes.

Palabra clave: úlcera péptica, perforación, hemorragia, estenosis.

1. Datos del alumno	
(Autor)	
Apellido paterno:	Montes
Apellido materno:	Bonilla
Nombre (s):	Giuseppe Gildardo
Teléfono:	4422748469
Universidad:	Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad o escuela:	Facultad de Medicina
Carrera:	Medico General
Número de cuenta	
2. Datos del asesor	
Apellido paterno:	Romero
Apellido materno:	Hernández
Nombre (s):	Teodoro
3. Datos de la tesis	
Título:	Experiencia en el manejo de la úlcera péptica en un hospital de tercer nivel.
Número de páginas:	40
Año:	2018
Número de registro:	R-2017-3601-228

MARCO TEÓRICO

Introducción

La úlcera péptica consiste en una pérdida de sustancia de 5 mm o más, en la pared gástrica o duodenal, que se extiende más allá de la muscularis mucosa y persiste por la actividad de la secreción ácida gástrica.¹

El primer caso documentado de una úlcera péptica ocurrió hace más de 2000 años, descubierto por arqueólogos chinos en 1975 en la provincia de Hubei, determinando como causa de muerte peritonitis difusa secundaria a una úlcera péptica perforada.²

Se describió por primera vez en 1835 con un posterior aumento en su prevalencia en la primera mitad del siglo XX, sobre todo por la infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y hábito tabáquico.

¹ La primera cirugía de urgencia exitosa se atribuye erróneamente a Mickulicz-Redecki. La primera cirugía exitosa fue reportada el 19 de mayo de 1894 por el cirujano alemán Kriege.²

Su prevalencia actual en la población general se estima entre 5 a 10% y la incidencia oscila entre 0.09-0.3% por paciente y año.^{1,2}

Etiopatogenia

La causa más frecuente de úlcera péptica es la infección por *H. pylori* y el consumo de AINES, parece existir cierta agregación familiar relacionado con enfermedad por reflujo gastroesofágico, esófago de Barrett, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cirrosis e insuficiencia renal. En estudios se he encontrado

que la asociación de úlcera péptica perforada con *H. pylori* es menor que la relación con AINES.^{1,4}

El consumo de AINE es la segunda causa más frecuente de úlcera péptica las cuales se deben a la inhibición de la ciclooxigenasa y de prostaglandinas que tienen función protectora en la mucosa gástrica. El riesgo aumenta cuando ya se ha tenido un cuadro previo, uso de dosis altas o por tiempo prolongado, mayores de 75 años y enfermedades cardiovasculares. Su asociación con *H. pylori* aumenta el riesgo de úlcera, así como el de hemorragia, así como su uso concomitante con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, corticoesteroides, antagonistas de la aldosterona y anticoagulantes.³ El uso de inhibidores de bomba de protones o el uso de inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa-2 disminuyen el riesgo de úlcera péptica.¹

La edad avanzada y el consumo de alcohol son factores de riesgo significativos para úlcera perforada no asociada a *H. pylori*, esta última se podría deber al aumento de comorbilidades asociadas al envejecimiento, así como se ha demostrado en estudios animales la disminución con el envejecimiento de la secreción de moco, bicarbonato y prostaglandinas.⁴

La prevalencia decreciente de *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), le mejora en el tratamiento de la úlcera péptica y en la erradicación de *H. pylori* ha resultado en una reducción de úlcera péptica en las últimas décadas, pero a pesar de esto no ha disminuido de la misma forma la incidencia de úlcera péptica perforada.⁴

Manifestaciones clínicas

Hasta un 70% de las úlceras pépticas son asintomáticas, cuando se presentan síntomas el más común es el dolor abdominal epigástrico el cual característicamente inicia entre 2 y 3 horas posterior a ingesta de alimentos, momento en el que se secreta ácido en ausencia de alimento en el estómago, náusea, vómito y pérdida de peso, en la úlcera duodenal tienen sensación de hambre, así como dolor nocturno, debido al ciclo circadiano siendo máxima su producción entre las 23 y 2 horas. Los pacientes ancianos son generalmente asintomáticos.^{1,4}

Diagnóstico

El diagnóstico de la úlcera péptica engloba dos aspectos: primero, el diagnóstico de la lesión ulcerosa y por segundo el diagnóstico etiológico de la misma.

Los estudios radiológicos no son de elección ya que depende del tipo de técnica, la experiencia del radiólogo, tamaño de las lesiones debido a que las úlceras menores de 5mm son difíciles de diagnosticar. No permite toma de biopsias y realizar algún tratamiento.¹

Endoscopia, es la técnica más sensible y específica, por lo cual es el gold standard, esta permite la toma de biopsias y el tratamiento.³ Las úlceras benignas suelen ser defectos de sustancia con bordes redondeados, ligeramente sobreelevados, con fibrina en el fondo. En los casos que se sospecha de malignidad se recomienda la toma de biopsias de los cuatro cuadrantes.¹

La endoscopia de seguimiento en úlceras duodenales no es necesaria debido a su bajo grado de malignidad a diferencia de la úlcera gástrica la cual se sugiere su realización y toma de biopsia en caso de no haber resuelto.¹

Diagnóstico etiológico

Se tiene que investigar el consumo de fármacos gastrolesivos, en caso de no poder realizarse una adecuada anamnesis se puede realizar el test de tromboxanos que permite la detección de salicilatos en los 5 a 6 días previos. Se debe de descartar siempre la presencia de H. pylori ya sea por medios directos o indirectos.

Dentro de los métodos directo se encuentra la visualización directa de H. pylori por medio de biopsias o el test rápido de ureasa. Entre los métodos indirectos está el test de aliento, serología o antígeno de H. pylori en heces. Antes de realizar cualquier prueba el paciente debe de abstenerse del consumo de antibióticos 4 semanas previas y de inhibidores de bomba de protones dos semanas previas.¹

Complicaciones

Las úlceras se pueden complicar en forma de hemorragia, perforación, penetración u obstrucción, siendo más común que se compliquen las mayores a 2cm, refractarias y las localizadas en canal pilórico.¹

Hemorragia: La úlcera péptica es la causa más común de hemorragia del tubo digestivo alto siendo responsable del 27% a 40% de todos los episodios de hemorragia y hasta en 60% de los casos en poblaciones de alto riesgo como alcohólicos, insuficiencia renal crónica o pacientes con hematoquecia. Cuando se asocia a consumo de AINE tiene un riesgo relativo entre 2-7 y 33.9, es dosis dependiente y también se relaciona con el tipo de fármaco siendo los de menor riesgo aceclofenaco y el de mayor riesgo el ketorolaco. Respecto a H. 'pylori tiene

un riesgo relativo de 6. Se manifiesta en forma de hematemesis, vomito en posos de café y de forma ocasional sangrado masivo con hematoquecia e hipotensión. La mayoría de los casos se pueden manejar mediante reanimación hídrica, IBP y tratamiento endoscópico. Su mortalidad se ha mantenido estable en un 5-10%.^{1,3}

Obstrucción: las úlceras del canal pilórico o duodeno pueden producir obstrucción del vaciamiento gástrico ya sea por cambios inflamatorios o por fibrosis y cambios secundarios a la cicatrización, estos pacientes presentan saciedad precoz, distensión abdominal, anorexia, náuseas, vómitos, epigastralgia y pérdida de peso.¹

Perforación: entre un 2 y un 10% de las úlceras pueden perforarse, siendo en 60% de los casos úlceras duodenales, con una incidencia de 7 a 10 casos por cada 100 000 habitantes. El sitio de perforación suele ser intrabdominal con posterior liberación de contenido intestinal a la cavidad peritoneal, las úlceras posteriores pueden perforarse y contenerse dentro del retroperitoneo y dar sintomatología de peritonismo.⁵ Un tercio se relacionan con AINE. Inicialmente el dolor se localiza en epigastrio y rápidamente se generaliza en el abdomen, 2 a 12 horas después disminuye el dolor la localización es difusa y empeora con los movimientos. En la última fase se presenta distensión abdominal, hipertermia e hipovolemia. La mortalidad se ha mantenido en un 5-10% reportado en series hasta del 20%.^{1,3,6,7}

Penetración y fistulización: hace referencia a la penetración a través de la pared intestinal sin fuga de contenido gástrico a la cavidad peritoneal, sus localizaciones más frecuentes son páncreas, epiplón menor, vía biliar, hígado, epiplón mayor, mesocolon, colon y estructuras vasculares.¹

Manejo quirúrgico de la úlcera péptica

El tratamiento de la úlcera péptica ha cambiado en la última mitad del siglo XX debido a la aparición de nuevos agentes farmacológicos generando una reducción en el número de operaciones de 60 por 100,000 habitantes de 1961 a 1965 a siete por 100,000 de 1981 a 1984. El uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) se ha asociado a un aumento en complicaciones hemorrágicas por lo que algunas series reportan aumento en el número de cirugías de emergencia a pesar de que la cirugía electiva a presentado una disminución importante. Este mismo hecho se observó en un estudio realizada en Centro Médico “la raza” IMSS con una disminución de las operaciones de 22% en 1982 a 4% en 1988. En el Instituto de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” las cirugías de urgencia se duplicaron de un 15% a 31% de 1980-1984 a 1990 a 1994.⁸

Entre las indicaciones de cirugía electiva se encuentran: historia prolongada y falla de tratamiento médico después de 24 semanas con uso de IBP, estenosis pilórica persistente o estrechez del estómago, sospecha de malignidad y complicaciones como perforación o hemorragia.^{1,8}

Los objetivos del tratamiento quirúrgico son la corrección del problema presente, evitar la morbilidad y mortalidad operatorias y efectos colaterales postoperatorias. El tratamiento por realizar se debe de basar en la fisiopatología del problema, condiciones generales del paciente y comorbilidades por lo cual no es de sorprender que aún no exista un procedimiento ideal para todos los casos de úlcera.⁸

Las úlceras pépticas perforadas son la segunda causa de perforación abdominal que amerita tratamiento quirúrgico. El 2 a 10% de los pacientes con enfermedad

ácido péptico tendrán perforación gástrica o duodenal en algún momento de su vida.⁹

Técnicas de vagotomía

Vagotomía troncular. Es una de las operaciones más frecuentes introducida por Dragsted surgiendo varias modalidades entre ellas la vagotomía con piloroplastia (VT-P). vagotomía troncular con gastroyeyunoanastomosis (VT-GY) o la vagotomía con antrectomía (VT-A). Las dos primeras tienen un riesgo de recurrencia de 10% comparado con el riesgo de recurrencia del 1% de la VT-A dándole a esta última su posición actual como la mejor opción para evitar la recurrencia de úlcera péptica.

Vagotomía selectiva (VS). Al observar que la VT retardaba el vaciamiento gástrico las cirugías se hicieron más selectivas para preservar la inervación de las vías biliares, intestino y otros órganos, asociándose a piloroplastia resulto más efectiva que la VS-P, observando menor recurrencia, menor frecuencia de trastornos de la motilidad, menor litiasis vesicular, y menor diarrea posvagotomía.

Vagotomía supraselectiva. Esta es conocida como vagotomía gástrica proximal o de células parietales, divide las fibras vagales preganglionares de la porción productora de ácido del estómago. Su principal ventaja son la seguridad y ausencia casi total de síntomas postoperatorias con un riesgo de recurrencia de 1% a 30%. La vagotomía supraselectiva extendida (VSSE) ha demostrado ser efectiva para la curación de úlceras en más del 95% los casos.⁸

Resecciones gástricas

La recurrencia de VT sin resección gástrica era del 10% lo que llevo al desarrollo de técnicas de resección más diversos tipos de anastomosis gastroduodenales o gastrointestinales. La VT más antrectomía mostro baja recurrencia menor del 1% por lo que se ha considerado como el estándar de oro a pesar de presentar síndromes posvagotomía como vaciamiento rápido, diarrea los cuales suelen ser de difícil control.

En los años 90 hubo una aceptación por la VSS o VSSE siendo adoptada por muchos como el procedimiento de elección para el tratamiento de úlcera péptica. En Estados Unidos ha tenido una menor aceptación por 2 razones, la primera, muchas operaciones se llevan a cabo en casos de urgencia requiriendo un mayor tiempo operatorio que la VT y la segunda es por la presencia de fibrosis periduodenal presente en pacientes con úlcera duodenal predisponiendo al desarrollo de úlcera recurrente.

En las úlceras gástricas la operación más recomendable es la resección gástrica distal con gastroduodenoanastomosis (Billroth I) ogastroyeyunoanastomosis (Billroth II) asociada a vagotomía. En las úlceras gástricas prepilóricas, se recomienda vagotomía, al igual que en las úlceras gástricas con úlcera duodenal o en pacientes con consumo de AINEs, en las úlceras gástricas de la porción distal del estómago o curvatura menor se recomienda una gastrectomía distal sin vagotomía.⁸

Indicaciones de cirugía de emergencia.

Aunque la frecuencia de intervenciones quirúrgicas ha disminuido en los últimos años, las principales indicaciones son: 1) hemorragia grave que no responde a las

medidas iniciales de reanimación; 2) no disponibilidad o falla de los métodos endoscópicos o de otro tipo no quirúrgicos; y 3) la coexistencia de otra indicación para cirugía como perforación, obstrucción o sospecha de malignidad.

La elección del tipo de cirugía deberá ser individualizada y deberán tomarse en cuenta las condiciones generales del paciente, edad, presencia de padecimientos asociados, así como la localización, tamaño y anatomía de la úlcera.⁸

Hemorragia. La endoscopia gastrointestinal alta ha sido el mejor método para establecer el diagnóstico y el tratamiento endoscópico controlar la hemorragia activa. El tratamiento médico concomitante con IBPs también parece ser efectivo para disminuir la recurrencia. La embolización angiográfica, es un buen método para cohibir la hemorragia en pacientes en quienes los métodos endoscópicos hemostáticos han fallado, siendo efectiva en más de 50% de los casos, tiene como riesgo el potencial infarto visceral, estenosis duodenal. A pesar de estos tratamientos descritos, aproximadamente el 2% de los pacientes con hemorragia requerirán de un tratamiento quirúrgico con una mortalidad reportada de hasta el 33%.^{5,8}

Con respecto a la úlcera duodenal el control intraluminal del sitio de sangrado se puede lograr mediante una duodenotomía longitudinal extendiéndose a través del píloro, el vaso se liga en la parte superior o inferior de la úlcera para controlar la arteria gastroduodenal, en caso de no tener éxito se puede identificar en su origen el borde superior de la primera porción de duodeno. La duodenotomía puede ser cerrado de forma longitudinal si no hay riesgo de estenosis, de lo contrario se realiza de forma transversal. El 5% no son susceptibles de control local y requerirá de gastrectomía parcial con reconstrucción de Billroth I, Polya o Y de Roux.⁵

Las úlceras gástricas sangrantes pueden ser controladas con sutura simple, pero esto no suele conseguir hemostasia y la resección de la úlcera con cierre primario del defecto puede ser necesario, si no es resecada se debe de tomar biopsia debido al riesgo de 5 a 4% de malignidad. Las úlceras de la curvatura menor del estómago hasta un 15% requerirán de una gastrectomía distal.

Se recomienda posterior al tratamiento quirúrgico administrara tratamiento para erradicación de H. pylori en pacientes con evidencia de infección y uso de IBP a dosis altas por 4 a 6 semanas.⁵

Perforación. La mortalidad por úlcera duodenal perforada es de aproximadamente 5% hasta 30%, aproximadamente el 70% de las muertes por úlcera péptica son secundarias a perforación. El 60% se localizan en duodeno, 23% región pilórica y 17% cuerpo gástrico. La edad avanzada, uso de AINE, comorbilidades, inestabilidad hemodinámica preoperatoria, acidosis, insuficiencia renal y retraso de más de 24 horas se han asociado con aumento de la mortalidad.⁵ Se ha propuesto el tratamiento no quirúrgico siendo efectivo en el 78% de los casos, con una mortalidad del 14% encontrando una mayor estancia intrahospitalaria promedio de 12 días contra 7.8 días del tratamiento quirúrgico, así como falla del tratamiento con una $p < 0.05$. entre los factores predictivos para falla en tratamiento médico se encuentran neumoperitoneo de alto volumen, sensibilidad en el tacto rectal digital, timpanismo abdominal, datos de irritación peritoneal y edad superior a 59 años, retraso de más de 12 horas en el inicio del tratamiento e inestabilidad hemodinámica.^{7,8}

El manejo quirúrgico se centra en lavado abdominal y reparación del defecto, removiendo alimento y tejido necrótico. La reparación generalmente se realiza con

parche de epiplón con o sin cierre directo de la úlcera. La resección de la úlcera y cierre primario puede ser una mejor opción. Para defectos grandes puede ser necesario gastrectomía distal formal con reconstrucción.

El cierre simple es el procedimiento más común realizado de urgencia con o sin parche de epiplón, incluyendo la técnica de Cellan-Jones (parche de epiplón pediculizado) o Graham (epiplón libre). No existe una recomendación oficial ya que no se ha encontrado una diferencia significativa en la morbilidad o mortalidad, dependiendo de la preferencia del cirujano. Los resultados a largo plazo de la reparación con parche de epiplón para la úlcera duodenal perforada han sido insatisfactorios, reportando una alta incidencia de recurrencia, por lo cual se recomienda un procedimiento reductor de ácido, además de la reparación de la perforación.⁵

La gastrectomía subtotal rara vez se realiza hoy en día estando indicada en casos de perforación asociado a hemorragia masiva y para úlcera perforada con pérdida de sustancia de 10 a 20 mm de diámetro con morbilidad de 10-30% y mortalidad del 20%.⁷

Se ha propuesto la antroduodenectomía con anastomosis gastroduodenal como cirugía de salvamento en casos de úlcera péptica en la que por razones anatómicas no es posible realizar un cierre simple o en casos de sangrado recurrente después de tratamiento endoscópico o radiológico, este procedimiento se asocia con una mortalidad que va del 7 al 24%. Dentro de las complicaciones se ha observado la fuga duodenal hasta en un 14% de los pacientes sin afectar de forma directa la tasa de mortalidad.¹⁰

El tratamiento quirúrgico óptimo para la úlcera duodenal perforada ha generado controversia. La reparación simple ha sido el procedimiento más comúnmente realizado, acompañado del tratamiento médico que debe de incluir la erradicación de *H. pylori*.^{6,8}

Tratamiento laparoscópico

El abordaje quirúrgico por mínima invasión es actualmente una técnica que permite la identificación y reparación de la perforación, lavado peritoneal y evita las comorbilidades de la laparotomía. EN 1990 Nathanson et al. describen la primera reparación laparoscópica para un paciente con úlcera duodenal perforada. Mouret et.al publicaron los primeros resultados de la reparación laparoscópica para úlcera gástrica perforada. El primer reporte en México de un cierre laparoscópico fue realizado por Cueto y Weber en 1993.⁹

Se han encontrado ventajas de la cirugía laparoscópica en el manejo de úlceras pépticas entre las que se encuentran la confirmación del diagnóstico, adecuada localización, sitio y posición de la úlcera, permitiendo el acceso y reparación sin necesidad de incisiones quirúrgicas grandes con menor o igual tiempo quirúrgico, uso de drenajes y sonda nasogástrica por tiempo más breve, menor estancia intrahospitalaria, inicio temprano de la vía oral, regreso más rápido a actividades laborales y disminución de morbilidad. Algunas series menciona menor dolor y uso de analgésicos, disminución del trauma quirúrgico, así como de infecciones de sitio quirúrgico y mortalidad.^{9,11}

Al examinar los marcadores de respuesta aguda y endotoxemia en pacientes que se sometieron a reparación laparoscópica, estudios no encontraron diferencia al

compararlos con pacientes que tuvieron reparación abierta, por lo que parece ser el riesgo de translocación bacteriana y de endotoxemia no es significativo.

Los factores relacionados con malos resultados en la cirugía laparoscópica y necesidad de conversión son choque prequirúrgico, perforación de más de 24 horas así como comorbilidades de mal pronóstico.^{9,12} Se ha relacionado el tamaño de perforación mayor de 9mm así como tiempo de perforación mayor de 12.5 horas como los principales factores de riesgo para conversión de la cirugía laparoscópica en los casos de úlcera duodenal perforada con una tasa del 12.4% (rango de 0.0%- 28.5%).¹³

Complicaciones postquirúrgicas

Las complicaciones más frecuentes posterior al tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica son íleo paralítico, infecciones respiratorias y de la herida quirúrgica.⁹

Dentro de los factores de riesgo para reintervención por úlcera gastroduodenal perforada que se han identificado se encuentran el sexo masculino, coexistencia de patologías, estado de choque al llegar a admisión y retraso en tratamiento quirúrgico. Edad avanzada y uso de esteroides se asoció a una disminución en el riesgo de reintervención.¹⁴

En metaanálisis no se ha observado diferencia significativa entre la cirugía laparoscópica y abierta respecto a mortalidad, tiempo quirúrgico, estancia intrahospitalaria e inicio de dieta vía oral, reflejando una diferencia significativa a favor de la cirugía laparoscópica para un menor tiempo de uso de sonda nasogástrica, menor dolor postquirúrgico y menores tasas de infección de sitio quirúrgico.¹²

JUSTIFICACION

El tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica ha cambiado en los últimos años debido al advenimiento de medicamentos que han modificado de manera exitosa el curso de la enfermedad, actualmente la cirugía electiva y de urgencia para el tratamiento de la úlcera son procedimientos realizados con menor frecuencia llevando a una disminución en la experiencia quirúrgica en los médicos en formación, así como el auge de la cirugía laparoscópica ha ido tomando mayor terreno. Esto asociado a una discrepancia en la literatura respecto a cuál es tratamiento ideal ya que este debe de ser individualizado de acuerdo al contexto clínico del paciente; sin embargo, persiste como parte de las patologías e intervenciones realizadas en centros hospitalarios de tercer nivel como el Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” del Centro Médico Nacional Siglo XXI. El servicio de Gastrocirugía está formando parte del equipo multidisciplinario para el abordaje diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica, sin embargo, no contamos con información sobre dicho procedimiento en esta unidad. El conocimiento de estos datos puede ser útil para analizar la experiencia que se tiene en nuestro hospital, así como conocer los resultados de la intervención en estos casos, causas de morbimortalidad, complicaciones, indicación de la cirugía, así como identificar los aciertos y errores en la atención de estos pacientes y poder implementar estrategias para mejorar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Realizar un procedimiento quirúrgico para el tratamiento de la úlcera péptica ya sea de forma electiva o de urgencia constituye una cirugía donde los detalles técnicos son importantes para su éxito y resultados a largo plazo. La presencia de múltiples técnicas y las condiciones clínicas del paciente en el momento de su valoración han generado un gran número de opciones como tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica, desarrollando diferentes vertientes respecto al manejo ideal de estos pacientes.

¿Cuál es la experiencia en el tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica perforada en el Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” del Centro Médico Nacional Siglo XXI, durante el periodo comprendido de enero 2015 a diciembre de 2017?.

OBJETIVO

El propósito de este trabajo es presentar la experiencia en el manejo quirúrgico de la úlcera péptica en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Identificar la información epidemiológica de cada paciente como edad, sexo, comorbilidades, diagnóstico, tipo de intervención quirúrgica, complicaciones de la misma y resultado del tratamiento en términos de morbimortalidad.

HIPOTESIS

No se requiere para el presente trabajo, ya que únicamente se describirá la experiencia en el manejo quirúrgico de la úlcera péptica.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de Estudio:

Descriptivo y retrospectivo.

Población de estudio:

Se incluirán los expedientes de los pacientes con diagnóstico de úlcera péptica en el servicio de Gastrocirugía del hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI en el período comprendido del mes de enero 2015 al mes diciembre de 2017.

Grupo de Estudio:

Todos los expedientes de los pacientes que se ingresaron con el diagnóstico de úlcera péptica perforada en el servicio de Gastrocirugía del hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI en el período comprendido del mes de enero del 2015 a diciembre del 2017, que cuenten con expediente clínico en esta unidad.

Tamaño de la muestra

Se estudiará la totalidad de los pacientes ingresados con el diagnóstico de úlcera péptica perforada en el periodo comprendido entre enero 2015 y diciembre del 2017 del servicio de gastrocirugía del hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI

Ubicación Temporal y Espacial:

El presente estudio se realizará en el servicio de Gastrocirugía de la Unidad de Alta Especialidad (UMAE) Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” del Centro Médico Nacional (CMN) “Siglo XXI” del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la Ciudad de México. en el período comprendido de enero de 2015 a diciembre de 2017.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión:

- Pacientes que se ingresaron con el diagnóstico de úlcera péptica y se les haya realizado algún procedimiento quirúrgico como tratamiento en el servicio de Gastrocirugía del hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI

Criterios de No inclusión:

- Pacientes con los que no se cuente con expediente clínico.

Exclusión:

- Pacientes con expediente clínico incompleto

Definición de Variables:

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento	Número de años que ha vivido una persona hasta el momento del evento quirúrgico estudiado	Cuantitativa Continua o discontinua	Años
Género	Conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras o machos	Conjunto de características biológicas que definen al humano como hombre o mujer (masculino o femenino)	Nominal dicotómica	Masculino / Femenino
Síntomas	Alteración del organismo que pone de manifiesto la existencia de una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza	Señal referida por el paciente como aviso de la existencia de una enfermedad	Nominal	Síntoma
Comorbilidades	Presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario	Patología presentada por el paciente además de la enfermedad o trastorno primario	Nominal	Nombre de la enfermedad

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Procedimiento quirúrgico realizado	Técnica quirúrgica	Técnica quirúrgica empleada durante una cirugía	Nominal	Nombre del procedimiento
Sangrado transoperatorio	Acción y efecto de sangrar	Pérdida hemática transoperatoria	Numérica	Mililitros
Tiempo quirúrgico	Periodo que transcurre del principio al fin de la cirugía	Minutos que transcurren desde que inicia la cirugía hasta que termina	Numérica	Minutos
Complicaciones quirúrgicas transoperatorias	Dificultad añadida que surge en el proceso de la cirugía	Cualquier alteración respecto al curso previsto durante una operación	Nominal dicotómica	Sí / No
Complicaciones posoperatorias	Dificultad añadida que surge después de la cirugía	Cualquier alteración respecto al curso previsto después de la cirugía	Nominal	Nombre de la complicación
Días de estancia intrahospitalaria postquirúrgica	Número total de días que el paciente se encuentra hospitalizado después de una cirugía	Número total de días que el paciente se encuentra hospitalizado a partir del día que se realiza la cirugía	Numérica	Días
Reintervención	Procedimiento quirúrgico repetido, habitualmente por algo relacionado con la primera	Realización de una segunda o más intervenciones quirúrgicas por causas relacionadas con la intervención anterior	Nominal dicotómica	Sí / No

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizará una revisión retrospectiva de los expedientes de los pacientes ingresados con el diagnóstico de úlcera péptica que reciben manejo quirúrgico en el servicio de Gastrocirugía del hospital de especialidades del Centro Médico Nacional siglo XXI en el periodo comprendido de enero del 2015 hasta diciembre de 2017. Se obtendrán datos demográficos, clínicos y técnicos, así como de morbilidad y mortalidad de los expedientes de los pacientes para describir su manejo quirúrgico y evolución clínica.

ANÁLISIS DE DATOS.

Se analizarán los datos obtenidos mediante estadística descriptiva y medidas de tendencia central en el sistema SPSS Versión 17.

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS.

Financieros: Los gastos generados por el estudio serán absorbidos por los investigadores.

Humanos: Participarán en el estudio el investigador principal y asociado

Físicos: Expedientes clínicos de pacientes que de los pacientes ingresados con el diagnóstico de úlcera péptica en el servicio de Gastrocirugía del hospital de especialidades del Centro médico nacional siglo XXI.

Para la captura de los datos: En la hoja de recolección se utilizará una computadora personal, papel e impresiones.

ASPECTOS ÉTICOS

Los investigadores garantizan que este estudio tiene apego a la legislación y reglamentación de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, lo que brindará mayor protección a los sujetos del estudio, los cuestionarios y los resultados de las pruebas clínicas y de laboratorio, serán guardados de manera confidencial (los datos obtenidos serán conocidos únicamente por los investigadores responsables del trabajo), para garantizar su privacidad.

No se realizó ningún procedimiento experimental en la población estudiada, se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, basado en los expedientes clínicos de los pacientes, por lo tanto con riesgo menor al mínimo para éstos.

Los procedimientos de este estudio se apegan a las normas éticas, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación y se llevará a cabo en plena conformidad con los principios de la “Declaración de Helsinki” y sus enmiendas. Los investigadores garantizan que:

-Se realizó una búsqueda minuciosa de la literatura científica sobre el tema a realizar.

-Este protocolo será realizado por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un equipo de médicos clínicamente competentes y certificados en su especialidad.

-Este protocolo guardará la confidencialidad de las personas. La información obtenida se mantendrá confidencial, sin registrar nombres o números de seguridad

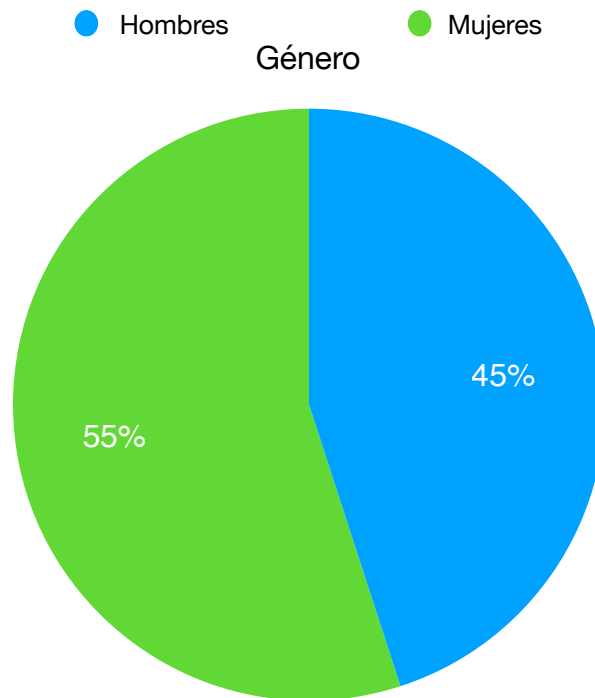
social en el cuerpo de trabajo, que permita identificar de forma posterior a los pacientes. Todos los autores firmarán una carta de confidencialidad sobre el protocolo y sus resultados de manera que garantice reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.

-En la publicación de los resultados de esta investigación se preservará la exactitud de los resultados obtenidos.

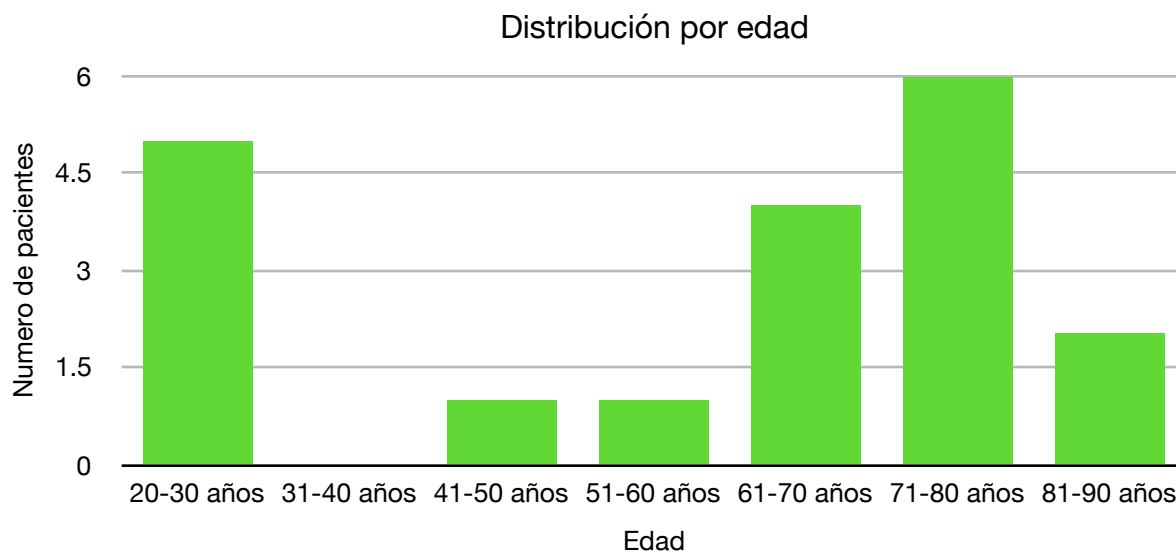
-En este protocolo no se necesita obtener una carta de consentimiento informado porque se trata de un estudio observacional descriptivo cuyos datos necesarios están contenidos en el expediente clínico de los pacientes.

RESULTADOS

Se revisaron los registros de pacientes hospitalizados en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” del Centro Médico Nacional Siglo XXI a los cuales reingresaron con el diagnóstico de úlcera péptica en el periodo comprendido de enero 2015 a diciembre de 2017. Se encontraron 27 pacientes en total, de los cuales 3 fueron excluidos por tener expediente incompleto, 5 por no haber recibido tratamiento quirúrgico; de los 19 pacientes que cumplieron con los criterios de selección, 10 fueron mujeres (55%) y fueron hombres (45%) (**Gráfica 1**). El promedio de edad fue de 59.05 años, con una mínima de 23 años y máxima de 87 años. El promedio de edad para las mujeres fue de 59.7 años, el promedio de edad para hombres fue de 58.33 años (**Gráfica 2**).



Gráfica1. Distribución por género



Gráfica 2. Distribución por edad.

El principal síntoma presentado por los pacientes fue el dolor abdominal localizado en epigastrio en el 68% de los pacientes, seguido de náusea, vomito e intolerancia a la vía oral, y melena. Se identificó el antecedente de *H. pylori* en el 36.8% de los casos, uso crónico de AINES en 2 pacientes (10%), tabaquismo en el 57% de los pacientes y alcoholismo en el 20%.

Todas las cirugías fueron realizadas por diferentes cirujanos. La indicación más frecuente para realizar algún procedimiento quirúrgico fue la perforación de la úlcera péptica en el 78.9% de los casos, sangrado en el 15.7% y úlcera recurrente en el 5.2% (**tabla 1**).

Indicación quirúrgica	Número de pacientes	Porcentaje %
Úlcera perforada	15	78.9%
Sangrado	3	15.7%
Úlcera recurrente	1	5.2%

Tabla 1. Distribución de acuerdo a indicación quirúrgica.

Se realizaron 7 cirugías laparoscópicas y 12 cirugías abiertas. El único procedimiento que se realizó de forma laparoscópica fue el cierre primario de la perforación con colocación de parche de epiplón. En las cirugías abiertas, en 7 casos se realizó cierre primario con parche de epiplón, en 2 pacientes se realizó hemostasia y en 3 pacientes se realizó antrectomía con gastroyeyunoanastomosis en y de Roux y de estas solamente en 2 casos se realizó vagotomía de tipo troncular (**Tabla 2**).

	Cirugía laparoscópica	Cirugía abierta
Cierre primario mas parche de epiplón	7	7
Hemostasia	0	2
Gastroyeyunoanastomosis	0	3

Tabla 2. Técnica quirúrgica utilizada

El tiempo quirúrgico promedio fue de 2 horas 16 minutos con un mínimo de 50 minutos y un máximo de 6 horas. Para la cirugía laparoscópica el tiempo promedio fue 1 hora 38 minutos con un mínimo de 60 minutos y un máximo de 4 horas. Para la cirugía abierta el tiempo quirúrgico promedio fue de 2 horas 39 minutos, con un mínimo de 50 minutos y un máximo de 6 horas (**tabla 3**).

	Cirugía laparoscópica	Cirugía abierta
Tiempo quirúrgico promedio	1 hora 38 min	1 hora 39 min
Tiempo mínimo	60 minutos	50 minutos
Tiempo máximo	4 horas	6 horas

Tabla 3. Tiempos quirúrgicos

El sangrado promedio fue de 630ml, siendo para la cirugía laparoscópica 57.14 ml y para la cirugía abierta 965ml. Del total de pacientes solo 1 requirió reintervención quirúrgica por evisceración. El sitio más común de localización de la úlcera fue la gástrica en 11 pacientes, duodeno en 7 pacientes y 1 marginal a anastomosis gastroentérica en un paciente con antecedentes de bypass gástrico. El promedio de días de estancia intrahospitalaria fue de 9.9 días, mínimo de 4 días, máximo de 20 días, para la cirugía laparoscópica el promedio de días de estancia intrahospitalaria fue de 5.8 con un mínimo de 4 días y un máximo de 10 días, para la cirugía abierta el promedio de días de estancia intrahospitalaria fue de 12.3 días con un mínimo de 4 días y un máximo de 20 días. El inicio de la vida oral en promedio fue los 5.3 días posterior a la cirugía, para la cirugía laparoscópica la vía oral se inició a los 4 días y para la cirugía abierta se inició a los 5.88 días. De las complicaciones registradas durante su estancia intrahospitalaria la más común fue la lesión renal aguda AKIN II en 5 pacientes (26%), seguida de AKIN III en 3 pacientes (15%), seroma de herida quirúrgica en 2 pacientes (1%) y colecciones intraabdominales en 2 pacientes (1%). Fallecieron un total de 8 pacientes (42%), 3 pertenecientes al grupo de cirugía laparoscópica (42.8%), 5 del grupo de cirugía abierta (41.6). El diagnóstico más común de muerte fue choque séptico, con un promedio de 8.25 días entre la fecha de defunción y el día de la cirugía.

DISCUSIÓN

La úlcera péptica ha mostrado una reducción en su incidencia en las últimas décadas debido al uso de inhibidos de bomba de protones y el tratamiento de H. pylori, pero a pesar de esto no ha disminuido de la misma forma la incidencia de úlcera péptica perforada.

Dentro de nuestro estudio encontramos como principal sintomatología el dolor en epigastrio en el 68% de los pacientes lo cual coincide con estudios realizados por Carretero donde reportan este síntoma hasta en 70% de los pacientes.

En cuanto a los antecedentes presentados nuestro estudio difirió respecto a la bibliografía ya que se presentó en un mayor número de pacientes el tabaquismo, seguido de H. Pylori el cual es nombrado en numerosos estudios como el principal antecedente etimológico para la úlcera péptica y principalmente sus complicaciones. Otros antecedentes encontrados en un porcentaje bajo fue el uso de AINES y el alcoholismo.

Encontramos que el 63.2% de los procedimientos se realizaron de forma abierta contra un 36.8% laparoscópico, observando diferencias en cuanto a tiempos quirúrgicos disminuyendo una hora el tiempo promedio de la cirugía laparoscópica contra la cirugía abierta. El principal procedimiento realizado tanto en cirugía abierta como en laparoscópica fue el cierre primario con colocación de parche de epiplón. Se reportó solamente un caso de cirugía electiva por úlceras de repetición con mala respuesta al tratamiento. A diferencia de lo sugerido por la bibliografía no se realizó en la mayoría de los casos vagotomía.

Se observó una mayor mortalidad obteniendo un promedio de 42% comparado con la bibliografía la cual reporta una mortalidad que va del 5 a 10 %, sin presentar diferencias entre el tipo de técnica quirúrgica realizada.

En lo que respecta a la morbilidad se observó menor tiempo de estancia intrahospitalaria, tiempo quirúrgico, sangrado e inicio de vía oral en los pacientes manejados con cirugía laparoscópica contra los que se sometieron a cirugía abierta, lo cual correlaciona con los estudios realizados por Rodríguez, et.al.

CONCLUSIONES

Actualmente la prevalencia de la úlcera péptica ha disminuido de forma importante debido al advenimiento de mejoras en el tratamiento médico con el uso de inhibidores de las bombas de protones, por lo cual los médicos en formación en áreas quirúrgicas están poco familiarizados con el manejo quirúrgico de sus complicaciones, asociado a que no se ha determinado cual es el manejo quirúrgico ideal.

En este estudio no se observó una asociación tan importante con *H. pylori* como el reportado en la bibliografía, esto hecho se podría asociar a la falta de toma de biopsias durante la cirugía o el seguimiento adecuado del paciente en el periodo postquirúrgico para confirmar o excluir su presencia, llevando a un subregistro del índice de infección por este agente. Además de que la falta de tratamiento adecuado podría llevar a presentar recidiva en un futuro.

En este estudio no hubo una diferencia en cuanto a mortalidad en el tipo de técnica quirúrgica elegida pero se demuestra lo ya visto en otros estudios donde los periodos de estancia intrahospitalaria, tiempo de cirugía, sangrado transquirúrgico e inicio de vía oral son menores para la cirugía laparoscópica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carretero C. Úlcera Péptica. *Medicin*. 2016; 12(3): 111-7.
2. Lau W, Leow C. History of perforated duodenal and gastric ulcers. *World J Surg*. 1997; 21(8): 890-896.
3. Lanas A, Chan F. Peptic ulcer disease. *Lancet*. 2017; 390: 623-24.
4. Yang Y, Bang C, Shin S, Park T, Baik G, Kim D. Clinical characteristics of peptic ulcer perforation in Korea. *World J Gastroenterol*. 2017; 23(14): 2566-2574.
5. Proctor M, Deans C. Complications of peptic ulcers. *Surgery*. 2014; 32(11): 599-607
6. Domínguez-Vega G, Pera M, Ramon J, Puig S, Membrilla J, Grande L. tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica perforada: comparación entre los abordajes laparoscópicos y abierto. *Cir Esp*; 2013; 91(6): 372-377.
7. Mouly C, Chati R, Scotte M, Regimbeau J. therapeutic management of perforated gastro-duodenal ulcer: literatura review. *Journal of Visceral Surgery*. 2013; 250: 333-340.
8. Hurtado-Andrade H. Tratamiento quirúrgico actual de la úlcera péptica. *Rev Gastroenterol Mex*. 2003; 68(2); 143-54.
9. Rodríguez G, Trejo M, Valenzuela C, Solórzano D, Romero L, Moreno M. Tratamiento mínimamente invasivo de úlceras pépticas perforadas en el Hospital General "Dr Manuel Gea González". *Cirujano General*. 2016; 38(2); 72-77
10. Chereau N, Chandeze M, Tantardini C, Tresallet C, Lefevre J, et.al. Antroduodenectomy with Gastroduodenal Anastomosis: Salvage

Emergency Surgery for Complicated Peptic Ulcer Disease—Results of a Double Institution Study of 35 Patients. *J Gastrointest Surg.* 2016; 20(3): 539-545.

11. Ge B, Wu M, Chen Q, Chen Q, Lin R, et.al. a prospective randomized controlled trial of laparoscopic repair versus open repair for perforated peptic ulcers. *Surgery.* 2016; 159(2);451-8.
12. Tan S, Wu G, Zhuang Q, Xi Q, Meng Q, Jiang Y, et.al. Laparoscopic versus open repair for perforated peptic ulcer: A metaanalysis of randomized controlled trials. *International Journal of Surgery.* 2016; 33: 124-132.
13. Kim J, Chin H, Bae Y, Jun K. Risk factors associated with conversion of laparoscopic simple closure in perforated duodenal ulcer. *International Journal of Surgery.* 2015; 15; 40-4.
14. Hassalager R, Lohse N, Duch P, Moller M. Risk factors for reintervention after surgery for perforated gastroduodenal ulcer. *BJS.* 2016; 103(12); 1676-82

ANEXO 1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS MANEJO QUIRURGICO DE ULCERA PEPTICA

a. INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE:

NSS:

EDAD:

GÉNERO:

LUGAR DE REFERENCIA:

MOTIVO DE REFERENCIA:

b. INFORMACIÓN PREOPERATORIA

FECHA DE INGRESO:

SÍNTOMAS:

COMORBILIDADES:

ESTUDIOS DE IMAGEN DE ESTA UNIDAD:

TRATAMIENTO PREVIO

c. INFORMACIÓN TRANSOPERATORIA

FECHA DE CIRUGÍA:

INDICACIÓN DE CIRUGÍA:

LOCALIZACION DE LA ÚLCERA PÉPTICA

PROCEDIMEINTO QUIRÚRGICO REALIAZADO

HALLAZGOS:

SANGRADO:

TIEMPO QUIRÚRGICO:

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS:

d. INFORMACIÓN POSOPERATORIA

FECHA DE EGRESO:

DÍAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA:

COMPLICACIONES:

REINTERVENCIÓN (ES) SI / NO:

MOTIVO DE REINTERVENCIÓN (ES):

FECHA DE REINTERVENCIÓN (ES):

NÚMERO DE REINTERVENCIÓN (ES):

PROCEDIMIENTO(S) QUIRÚRGICO(S) REALIZADO:

HALLAZGOS EN REINTERVENCIÓN (ES):

SANGRADO:

TIEMPO QUIRÚRGICO:

REINGRESO (S) SI / NO:

FECHA (S) DE REINGRESO (S):

MOTIVO DE REINGRESO (S):

FALLECIDO SI / NO:

FECHA DE DEFUNCIÓN:

DIAGNÓSTICO DE DEFUNCIÓN:

ANEXO 2. CARTAS DE CONFIDENCIALIDAD

México, DF. a ____ de _____ del año 2017.

Yo, C. **Dr. Teodoro Romero Hernandez** en mi carácter de investigador responsable del proyecto titulado **“Experiencia en el manejo quirúrgico de la úlcera péptica en un hospital de tercer nivel,** con domicilio ubicado en Avenida Cuauhtémoc 330, Colonia Doctores. Cuauhtémoc, Ciudad de México. C.P. 06720, me comprometo a resguardar, mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los documentos, expedientes, reportes, estudios, actas, resoluciones, oficios, correspondencia, acuerdos, directivas, directrices, circulares, contratos, convenios, instructivos, notas, memorandos, archivos físicos y/o electrónicos, estadísticas o bien, cualquier otro registro o información que documente el ejercicio de las facultades para la evaluación de los protocolos de investigación, a que tenga acceso en mi carácter investigador responsable, así como a no difundir, distribuir o comercializar con los datos personales contenidos en los sistemas de información, desarrollados en el ejercicio de mis funciones como investigador responsable.

Estoy en el conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento a lo antes expuesto estaré sujeto a las sanciones civiles, penales o administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y el Código Penal del Distrito Federal, a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás disposiciones aplicables en la materia.

Acepto

ANEXO 3. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “BERNARDO SEPÚLVEDA”
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Lo (a) estamos invitando a participar en el estudio de investigación titulado: “**Experiencia en el manejo quirúrgico de la úlcera péptica en un hospital de tercer nivel**”, que se llevara a cabo en el Servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades en el Centro Médico Nacional Siglo XXI.

El propósito del estudio es identificar la información epidemiológica de cada paciente como edad, sexo, comorbilidades, diagnóstico, tipo de intervención quirúrgica, complicaciones de la misma y resultado del tratamiento en términos de morbilidad y mortalidad. Usted está siendo invitado porque se le realizó ese procedimiento quirúrgico. Al igual que Usted, más personas, derechohabientes del IMSS, serán invitadas. Su participación es completamente voluntaria. Por favor, lea la información que le proporcionamos y haga las preguntas que juzgue pertinentes antes de decidir si desea o no participar.

Si usted acepta participar, se revisará su expediente clínico y se obtendrá la información necesaria para el estudio.

La evaluación clínica que realizaremos no presenta riesgo alguno para su integridad física y/o mental.

El beneficio de su participación en este estudio es obtener información, así como identificar los aciertos y errores en la atención de estos pacientes y poder implementar estrategias para mejorar.

Es importante que sepa que no recibirá un pago por su participación y que el estudio no implica gasto alguno para Usted, **de la misma manera, es importante que sepa que conserva el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe del Instituto.**

Usted no recibirá ningún beneficio directo por su participación, sin embargo los resultados permitirán obtener información para mejorar en el servicio que se brinda a los pacientes.

La información que nos proporcione para identificarlo(a) (**nombre, teléfono y dirección**), al igual que sus respuestas a los cuestionarios y los resultados de sus pruebas clínicas y de laboratorio, serán guardados de manera confidencial (los datos obtenidos serán conocidos únicamente por los investigadores responsables del trabajo), para garantizar su privacidad.

Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar su identidad, la cual será protegida al asignarle un número que utilizaremos para identificarle en nuestras bases de datos.

Si tiene dudas sobre su participación puede comunicarse al siguiente número celular 4422748469.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, colonia Doctores, México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56276900 extensión 21230, correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx

Declaración de Consentimiento

Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio, además he leído (o alguien me ha leído) el contenido de este formato de consentimiento. Se me han dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Se me ha dado una copia de este formato.

Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Firma del encargado de obtener el consentimiento informado

Le he explicado el estudio de investigación al participante y he contestado todas sus preguntas. Considero que comprendió la información descrita en este documento y libremente da su consentimiento a participar en este estudio de investigación.

Nombre del encargado de obtener el consentimiento informado

Firma del encargado de obtener el CI

Fecha

Firma de los testigos

Mi firma como testigo certifica que el/la participante firmó este formato de consentimiento informado en mi presencia, de manera voluntaria.

Nombre del Testigo 1

Parentesco con participante

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del Testigo 2

Parentesco con participante

Firma del Testigo

Fecha