

11209  
203



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

GERENCIA DE SERVICIOS MEDICOS  
PETROLEOS MEXICANOS  
HOSPITAL CENTRAL NORTE

COMPORTAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD ULCEROSA PEPTICA EN DERECHOHABIENTES QUE REQUIRIERON TRATAMIENTO QUIRURGICO EN EL HCN DE PEMEX DE ENERO DE 1995 A DICIEMBRE DE 1997

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO GENERAL  
P R E S E N T A

DR. EUSEBIO LOPEZ LOPEZ

ASESOR DE TESIS:

265849

DR. RICARDO NIEVA KEHOE

DR. JOSE A. ANGULO CERVERA



PEMEX MEXICO, D.F.

FEBRERO DE 1998

TESIS CON  
FALLA DE ORICEN



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.

**U N A M**

**FACULTAD DE MEDICINA  
ESTUDIOS DE DIVISION DE POSTGRADO**

**GERENCIA DE SERVICIOS MEDICOS DE PEMEX**

**COMPORTAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DE  
ENFERMEDAD ULCEROSA PEPTICA EN  
DERECHOHABIENTES QUE REQUIRIERON  
TRATAMIENTO QUIRURGICO EN EL HCN DE PEMEX**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL**

**DR. EUSEBIO LOPEZ LOPEZ**

*Residente de el IV año de Cirugía General*

**DIRECTOR DE TESIS**

**DR. RICARDO NIEVA KEHOE**

*Médico Cirujano adscrito al servicio de Cirugía General  
H C N de PEMEX*

**ASESOR DE TESIS**

**DR. JOSE A. ANGULO CERVERA**

*Médico Internista  
Supervisor médico  
H C N de PEMEX*

**DR. JESUS DIAZ TORRES**  
DIRECTOR DEL HOSPITAL CENTRAL NORTE  
PETROLEOS MEXICANOS.



**DR. FRANCISCO JAVIER ZAMORA GARCIA**  
JEFE DE ENSEÑANZA DEL HCN  
PETROLEOS MEXICANOS

**DR. JESUS FRANCISCO GUERRERO ROMERO**  
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL  
HCN DE PETROLEOS MEXICANOS

## AGRADECIMIENTOS

A alguien a quién con mucha frecuencia olvido y que sin embargo mantiene su gentil y generoso trato hacia mi, ¡gracias Jesús!.

A mis padres por que son y serán siempre los pilares que soportan mi existencia.

A mis hermanos por ocuparse de mis obligaciones durante mis ausencias.

A los pacientes, de quién espero haber dado y tomado lo mejor.

A mis maestros por su enseñanza académica y de la vida misma.

A Don Luis por su amistad y apoyo siempre incondicional.

Al Dr. Joaquin Aguilar, por forjar mi carácter y por su amistad inquebrantable.

A mis compañeros por estar aquí y en especial a David por ser mi hermano académico.

A mis hermanos de la vida, Cuauhtemoc, Arturo y Vicente.

A todas las personas que colaboraron en mi preparación académica y humana.

Al Dr. Salvador Ilizaliturri por su valiosa colaboración con el trabajo.

## INDICE

<b>TITULOS</b>	<b>PAG.</b>
MARCO TEORICO	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
JUSTIFICACIONES	17
OBJETIVOS	18
TIPO DE ESTUDIO	18
UNIVERSO DE TRABAJO	18
CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	19
VARIABLES	19
METODOLOGIA	20
MANEJO ESTADISTICO	20
ORGANIZACION	21
RESULTADOS	21
DISCUSIONES	27
COMENTARIO	29
CONCLUSIONES	29
BIBLIOGRAFIA	31
ANEXO 1	33

## MARCO TEORICO

La enfermedad ácido-péptica se presenta como consecuencia de el efecto lesivo del ácido y la pepsina que se producen en el estomago, esto cuando este efecto sobrepasa los procesos restaurativos y de protección de la mucosa gástrica. de tal manera que se considera a el ácido y la pepsina como factores permisivos en la patogenia de la úlcera, de tal forma que la hipersecreción observada en la mayoría de los pacientes que presenta úlcera duodenal hace valido el dicho de Schwartz "Sin ácido no hay úlcera", sin embargo en la mayoría de los paciente que presentan úlcera péptica gástrica los niveles basales o estimulados de ácido son normales o incluso pueden presentarse por abajo de lo normal, por esta razón se deduce que la mucosa gástrica o duodenal presentan un deterioro en sus mecanismos de protección y restauración que se traducen en mayor susceptibilidad de sufrir lesión por el ácido y pepsina. Diversos estudios en pacientes con úlcera duodenal, han demostrado que rara vez se afectan personas que presentan producción de ácido estimulada con pentagastrina inferior a 12mmol/hr, y solo 33% de pacientes con úlcera duodenal son realmente hipersecretores. Por otro lado se ha observado en pacientes en quienes se presenta hipersecreción importante de ácido gástrico como son los pacientes con Zollinger-Ellison, el 10% no presentan úlcera péptica lo cual sugiere un adecuado funcionamiento de los mecanismos de defensa de la mucosa gástrica.

En base a los antecedentes mencionados se determina que la mucosa gástrica se encuentra protegida normalmente de los efectos lesivos del ácido y pepsina, mediante sus mecanismos de restauración y protección y que son diversos factores los que pueden romper el equilibrio entre producción de ácido y pepsina y los mecanismos de protección de la mucosa gástrica, dentro de los cuales se pueden enumerar tres factores principales: patologias que ocasionan de ácido, ingesta de fármacos antiinflamatorios no esteroideos y la infección por helicobacter Pylori, y desde luego existen otros factores de menor influencia pero también importantes, entre los cuales se pueden enumerar: el tipo de personalidad del paciente, hábitos alimenticios, Tabaquismo y alcoholismo, la edad, patologias crónico-degenerativas, incluso

se ha encontrado predisposición en sujetos que presentan grupo sanguíneo O para UG. y del tipo A para UD. etc.(2,3,8,9,10,11,12,13)

#### ASPECTOS FISIOLÓGICOS:

El ácido clorhídrico es secretado por las células parietales en respuesta a su estimulación por el vago, la histamina y la gastrina. Estos estimulantes interactúan de tal manera que su efecto final es la activación de la célula parietal y la liberación de ácido clorhídrico por la bomba de protones que intercambia iones hidrógeno por iones potasio, controlada por la enzima ATP-asa de hidrógeno y potasio.

El estómago sano en reposo tiene una secreción basal de ácido gástrico baja, pero se estimula por la ingestión de una comida equilibrada. En consecuencia la ingestión de tres comidas al día origina tres aumentos súbitos de la secreción gástrica de ácido. Entre las comidas la secreción de ácido regresa al índice basal y durante toda la noche hay un ritmo basal relativamente bajo.

El índice de secreción gástrica de ácido solo es uno de los factores que afectan el nivel de acidez intragástrica; esta última, o actividad de los iones hidrógeno dentro del contenido líquido del estómago, no solo se relaciona con la cantidad de ácido que se secreta hacia la luz del estómago, sino también con la cantidad de alimento que neutraliza o amortigua el ácido intragástrico y el volumen de líquidos que lo diluye y el ritmo de vaciamiento gástrico, con lo cual también se neutraliza el ácido al mezclarse con el contenido alcalino del duodeno.

El estímulo fisiológico de la producción de ácido es la ingestión de alimentos. en este proceso se han descrito 3 fases:

1.- Fase vagal o cefálica, la cual se origina con la vista, el olor o el gusto de los alimentos y también estimulada por la hipoglucemia.

2.- Fase gástrica, mediada por la gastrina, la cual es liberada de las células G al percibirse distensión antral, estimulación vagal y contacto de proteínas parcialmente digeridas con mucosa antral.



3.- Fase intestinal inicia con el vaciamiento gástrico, tan pronto como los alimentos parcialmente digeridos ingresan a la primera porción intestinal y solo es responsable del 10% de la secreción ácida.

El perfil de acidez intragástrica en las 24hrs es casi inverso al de la secreción gástrica del mismo estimulada por el alimento; la acidez disminuye inmediatamente después de ingerir una comida, por que esta neutraliza la concentración ácida preprandial. El estómago incrementa el índice de secreción de ácido, y finalmente reaparece la acidez cuando se excede la capacidad de neutralización del alimento. En consecuencia, antes de cada una de las comidas principales se observan picos de acidez intragástrica, en particular antes del almuerzo y la cena y en las primeras horas de la noche.<sup>(1,2,3,8,11)</sup>

Sabemos que la etiología de la úlcera péptica es multifactorial, sin embargo existen factores relacionados con más fuerza a esta patología entre los cuales se encuentran:

Trastornos genéticos como el gastrinoma familiar, la mastocitosis sistémica, la amiloidosis, síndrome de Zollinger Ellison, etc.

El tabaquismo.

La administración de medicamentos ulcerogénicos como los AINEs y esteroides.

Acción bacteriana, dada por el *Helicobacter pylori*, bacilo flagelado gram negativo que se ha encontrado hasta en el 95% de enfermos con úlcera duodenal y también en muchos con úlcera gástrica, este microorganismo produce una respuesta inflamatoria histológica lo cual en interacción con otros factores como los ya mencionados producen la úlcera péptica, sin embargo existen pacientes portadores de *Helicobacter pylori*, los cuales no presentan sintomatología ni úlcera en el examen endoscópico, algo bien establecido es que la infección por Hp es responsable de recidiva si no se aplica el tratamiento de erradicación. Se descarta por lo tanto que la infección por si sola ocasione úlcera péptica, la erradicación no acelera la curación de la úlcera, no se ha comprobado su participación ni a favor ni en contra del

sangrado, sin embargo se han encontrado datos favorables en relación a la erradicación y el resangrado, y por último esta en discusión la aplicación de tratamiento de erradicación a todo el paciente que de positiva alguna de las pruebas que existen para detección de Hp.<sup>(15-17)</sup>

A la úlcera péptica se le clasifica en tres tipos principales la úlcera duodenal, úlcera gástrica y úlcera esofágica entre las cuales existen diferencias en su patogénia, epidemiología y forma de tratamiento tanto médico como quirúrgico.<sup>(1,2)</sup>

#### ULCERA DUODENAL:

Generalmente existe exceso absoluto o relativo de ácido gástrico y secreciones pépticas, la liberación por lo tanto de ácido hacia el duodeno también esta aumentada, también es probable la participación de alteraciones en los mecanismos de defensa de la mucosa, aproximadamente el 40% de los pacientes presentan índices de secreción elevados, aumento en el número de células parietales y de su sensibilidad para la gastrina, aumento del tono basal y de la secreción de gastrina, esto en parte debido a la alteración en el mecanismo de retroalimentación negativa de la liberación de gastrina, también encontramos el factor infección por *Helicobacter pylori* que actualmente ha tomado importancia relevante. Este tipo de úlcera tiene poca relación con las neoplasias y en relación con las complicaciones se observa un predominio importante de hemorragia, perforación, obstrucción o estenosis pilórica y rara vez úlcera refractaria a tratamiento. <sup>(1,2,8,11)</sup>

#### ULCERA GASTRICA:

En el caso de este tipo de úlcera existe diferencia substancial en relación a la UD, con respecto a la secreción ácida del estomago, encontrando incluso pacientes con baja secreción de ácido. esto a pesar de que ambas son de carácter péptico.

A la UG se le clasifica en tres tipos:

- 1.- tipo I.- localizada en curvatura menor, sin antecedentes pépticos, secreción ácida normal o baja.
- 2.- tipo II.- UG asociada a UD ( aproximadamente en el 42%)
- 3.- tipo III: úlcera prepilórica.

La úlcera gástrica guarda una relación más estrecha con el cáncer gástrico, por lo que siempre que se detecta una lesión ulcerosa se obliga a descartar malignidad, también se observa con mayor frecuencia factores predisponentes de tipo externo es decir ingesta de AINEs, tabaquismo, y en relación a las complicaciones la hemorragia, la perforación y la úlcera refractaria a tratamiento son las más frecuentes, pero también se presenta la obstrucción de salida gástrica, la cual se presenta en el tipo II y III de úlcera gástrica que presenta un comportamiento similar al de la úlcera duodenal.

### EPIDEMIOLOGIA

Respecto a la epidemiología de la úlcera péptica, tenemos que la prevalectia es 10 veces mas frecuente la UD que la de la úlcera gástrica, se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino, su incidencia mayor se encuentra entre la población de 30 a 50 años, en tanto que la úlcera gástrica es más frecuente entre personas de la 5 a la 7a década.

La prevalectia durante la vida es de 10% en general, de 11.3% para el sexo masculino y de 7.7% para el femenino. La prevalencia es diferente de acuerdo con el área geográfica en que se realice la evaluación, reportándose por ejemplo en Finlandia 1.4%, Japón reporta 2.5%, EUA 1.6 esto en relación con la úlcera duodenal y en la década de los 90s, pero en todos los casos se reportaron prevalencias de alderredor de 4% en estudios previos. se ha reportado en la unión Americana 300 000 casos nuevos al año, esta incidencia es de 15 a 30/ 1000 hab. por año, esta incidencia varia cuando el análisis se realiza por grupo de edad, aumentando en forma lineal con la edad, reportando una mortalidad de 1/100 000 al año, de tal manera que reportan cerca de 2000 muertes por año pero solo el 15% de estas muertes son debidas a complicaciones de la úlcera péptica y el resto a patologias concomitantes del paciente.

Los americanos también observaron que anualmente se hospitalizan aproximadamente 7000 pacientes con úlcera gástrica no complicada y cerca de 10000 con alguna complicación principalmente hemorragia y perforación.

## COMPLICACIONES DE ULCERA PEPTICA

### HEMORRAGIA

Se trata quizá de la complicación más frecuente de la úlcera péptica y significa el 45% de los casos de hemorragia de tubo digestivo alto, siendo similar la incidencia para úlcera duodenal que para úlcera gástrica, en general se considera de mayor peligro una úlcera gástrica sangrante que una duodenal, esto en relación a la edad de presentación, a que el sangrado de la UG resulta mas persistente y que los pacientes presentan otros problemas concomitantes, en el caso de la úlcera duodenal habitualmente las que se encuentran en la pared posterior son las que sangran esto por la vecindad de elementos vasculares relacionados con dicha pared.

La hemorragia puede presentarse con intensidad variable, siendo lenta y crónica o aguda y en forma masiva con riesgo vital para el paciente.

La incidencia de hemorragia en pacientes con úlcera péptica es de 150/100 000, presentando en EUA cerca de 1.1 millones de ingresos hospitalarios al año.

La mortalidad de pacientes con hemorragia por úlcera péptica es de 10 a 14%, pero en pacientes previamente hospitalizados por este motivo la mortalidad aumenta a 70% aproximadamente.

El 75% de los pacientes con UG sangrante son manejados con éxito con tratamiento médico y las indicaciones del manejo quirúrgico son:

- 1.- Pérdida masiva de sangre acompañada de choque.
- 2.- Hemorragia incohercible

3.- Hemorragias repetidas o crónicas que requieren de más de 6 unidades de sangre en 24hrs.

4.- En caso de úlcera gástrica, se considerara la necesidad de transfundir 3 unidades de sangre, ya que en general estos pacientes son mayores y con patologías concomitantes limitantes.

Ademas de las condiciones anteriores se deberán tomar en consideración la edad y enfermedades concomitantes del paciente.

El tratamiento médico se lleva acabo con modificación de los hábitos alimenticios, con antiácidos, análogos de prostaglandinas, bloqueadores de los receptores de histamina, bloqueadores de la bomba de protones o sucralfato

El diagnóstico y tratamiento endoscópico, ha tomado importancia relevante, ya que ademas de permitimos hacer un diagnóstico objetivo, identificando la causa y la intensidad del sangrado, se pueden realizar procedimientos como la toma de biopsias y de hemostasia como la escleroterapia con inyección de agentes esclerosantes, electrocauterio, sonda térmica o láser y que permite hacer un pronóstico de riesgo de sangrado o resangrado de una lesión.

Del 25% de pacientes que no responde al manejo médico el 60% será controlado con un procedimiento hemostático endoscópico seguido de manejo médico y endoscopia de control. Y solo el restante 40% que correspondería a el 10% global requerirá de intervención quirúrgica.

El procedimiento quirúrgico que se realizara estará basado en diferentes condiciones que el cirujano deberá observar como son:

Indicaciones y urgencia de la operación.

Si se conoce el sitio y el tamaño de la úlcera.

Enfermedades concomitantes.

Edad, sexo y edo. nutricional del paciente.

Consumo de fármacos ulcerogénicos.

Presencia de choque, peritonitis o diátesis hemorrágica

## Experiencia y preferencia particular del cirujano

Los procedimientos de que se dispone para el manejo de esta complicación son:

- 1.- Hemostasia (ligadura) + vagotomía y piloroplastia.
- 2.- Vagotomía y antrectomía (incluyendo en la resección a la úlcera) con reconstrucción en Billroth I o II.
- 3.- Hemigastrectomía como procedimiento único.
- 4.- Solo sutura y ligadura de la úlcera.
- 5.- Vagotomía gástrica proximal.

La cirugía más empleada es la vago-piloro, ya que se trata de un procedimiento de fácil ejecución en menor tiempo quirúrgico anestésico lo cual resulta muy conveniente en un paciente en edo. crítico, sin embargo presenta un índice de resangrado cercano al 30%.

La vagotomía y antrectomía es un procedimiento con bajo índice de resangrado, sin embargo resulta ser un procedimiento muy elaborado que requiere de un tiempo anestésico quirúrgico prolongado y que significa un trauma mayor para el paciente, así como también presentar más complicaciones postquirúrgicas tanto tempranas como tardías.

La hemigastrectomía se realiza en pacientes en los cuales es posible realizar la resección incluyendo el sitio del sangrado y en pacientes en que se intenta reducir el tiempo anestésicoquirúrgico, las complicaciones tardías son los factores limitantes de este procedimiento.

La sutura y ligadura de úlcera sangrante es el procedimiento más rápido y que salva la vida del paciente, utilizado en paciente en estado crítico, se ha reportado una incidencia de resangrado similar a la de la V-P, cuando el paciente recibe apoyo terapéutico adecuado con BH2 o inhibidores de la bomba de protones.

La vagotomía gástrica proximal o también llamada vagotomía superselectiva, se trata de un procedimiento de reciente utilización, sin

embargo este encuentra su indicación más acertada en el caso del tratamiento de la úlcera péptica de forma electiva, pero cabe mencionar que es una posibilidad viable en manos experimentadas, con las ventajas que se obtienen al no interrumpir la integridad de los ramos hepático y celíaco de los vagos, así como la inervación del piloro, con lo cual se disminuyen en forma importante las complicaciones postquirúrgicas tempranas y tardías.(2,4,5,7,10,13)

## PERFORACION

Esta complicación se presenta habitualmente en la úlcera gástrica anterior o en la úlcera duodenal gigante y anterior, el 75% de los pacientes que la presentan tienen antecedentes o síntomas precedentes, la presentación de perforación en las UG es menos frecuente que la duodenal pero su morbimortalidad es mayor, ya que los pacientes son habitualmente de mayor edad y con patologías concomitantes.

El paciente se presenta con un cuadro de dolor abdominal que culmina en un abdomen agudo con la gama de sintomatología de la que este se acompaña como: anorexia, náusea y vómito, datos de irritación peritoneal.

La radiografía de tórax con el paciente de pie revela aire libre subdiafragmático en aproximadamente el 75% de los pacientes, pero puede faltar si la perforación se ha cubierto rápidamente o cuando la radiografía no es tomada en bipedestación.(3)

El manejo de la úlcera perforada se puede realizar en forma conservadora con manejo médico o con tratamiento quirúrgico.

Donovan y cols, en la Universidad de Alabama del sur, son quienes tienen la mayor experiencia con el tratamiento no quirúrgico de úlceras duodenales perforadas, sin embargo este tratamiento se aplica a personas seleccionadas en las cuales la úlcera se perfora pero sella rápidamente o c, en personas con elevado riesgo quirúrgico, de tal manera que este tratamiento solo se aplicó a el 10 a 15% de los pacientes perforados, reportándose en la serie con mayor número de pacientes (109) resultados satisfactorios con una mortalidad de solo el 4.6%, a pesar de los resultados obtenidos en la mayoría

de los hospitales este manejo solo se aplicó a pacientes en fase terminal de choque séptico, esto como consecuencia de las dificultades referentes a la selección de los pacientes candidatos a este tipo de manejo y a la facilidad y rapidez del tratamiento quirúrgico. (3,8)

El tratamiento quirúrgico para la perforación de la úlcera duodenal es de dos tipos: el cierre primario con parche de epiplon o un parche de Graham y la operación definitiva.

Para la úlcera gástrica también existen dos formas de manejo, el cierre primario con resección de la úlcera o la gastrectomía parcial que incluye la úlcera (antrectomía, hemigastrectomía, gastrectomía subtotal o gastrectomía de Pauchet).

La elección de la técnica que se habrá de utilizar ya que no existe una que sea la mejor, será determinada en realidad por el estado físico del paciente y los hallazgos transoperatorios, también se deberá tomar en cuenta el que el paciente tenga necesidad de recibir tratamiento con AINEs u otro medicamento ulcerogénico. (5,7,8)

#### Tipos de procedimientos quirúrgicos:

1.- El cierre primario con parche de epiplon o el parche de Graham, es la técnica de elección en pacientes que presentan perforación como primera manifestación de la úlcera y en pacientes con elevada contaminación de la cavidad peritoneal y con malas condiciones generales y elevado riesgo quirúrgico. Sin embargo se describe que solo el 33% presentara resultados satisfactorios a largo plazo y el resto desarrollará síntomas de recidiva, y un 33% necesitará ser reintervenido para operación definitiva.

2.- Vagotomía troncal y piloroplastia, se trata de la intervención definitiva con mortalidad menor de 1% y un índice de recidiva de 6-7%. también presenta bajo índice de complicaciones tardías en relación a otras técnicas que requieren extirpación gástrica.



3.- Vagotomía troncal y antrectomía, se prefiere cuando las condiciones del piloro no son aptas para realizar piloroplastia o cuando se desea disminuir al máximo la secreción ácida del estomago, en esta operación se reporta una mortalidad del 1-3% y recidivas de 1%, resultando de esta manera en la técnica quirúrgica que menor índice de recidiva presenta, pero tiene el inconveniente de presentar con mayor frecuencia complicaciones tempranas y tardías, como sería dehiscencia de muñón duodenal o de la anastomosis y en relación a las tardías algún síndrome postgastrectomía o postvagotomía.

La reconstrucción se puede realizar de acuerdo con tres opciones: Billroth I, Billroth II o gastroyeyunostomía en Y de Roux.

4.- Gastrectomía (en cualquier variedad), mayormente utilizada en úlceras gástricas, pero actualmente ya no se realiza debido a la mayor incidencia de problemas transoperatorios y complicaciones tardías y sin presentar ventajas sobre técnicas menos agresivas.

5.- Extirpación de la úlcera y cierre, solo aplicable a la úlcera gástrica y en pacientes con elevado riesgo quirúrgico en los que se pretende disminuir el tiempo anestésico-quirúrgico.

6.- Vagotomía selectiva y piloroplastia, técnica diseñada para disminuir las complicaciones tardías de la vagotomía troncal, preservando la inervación hepatoiliar y celiaca, la morbimortalidad es similar a la VT.

7.- Vagotomía gástrica proximal, técnica que no requiere de técnica de drenaje ya que preserva incluso la inervación de antro y piloro, sin embargo el índice de recidivas supera el 10%(varia según la experiencia del cirujano), sin embargo el 90% de las recidivas responden en forma adecuada a el tratamiento médico.

Respecto a las complicaciones tempranas están relacionadas con el tipo de procedimiento que se efectúe y las tardías se relacionan con la vagotomía y las resecciones y anastomosis (síndromes postvagotomía y gastrectomía).

## OBSTRUCCION

La obstrucción de la salida gástrica suele presentarse preferentemente en UD, pero las UG tipo II y III como ya se comentó en párrafos anteriores, se comportan como UD, por lo que también presentan esta complicación, sin embargo las obstrucciones de salida de origen gástrico más frecuentemente presentan etiología neoplásica.

La incidencia de obstrucción es con mucho inferior a la de perforación y sangrado.

La obstrucción aguda se presenta como resultado del proceso inflamatorio y el edema de la zona piloro-duodenal, y la agresión crónica del ácido puede producir una fibrosis permanente del canal pilórico, con retracción gradual y finalmente con estenosis del esfínter.

Los pacientes con dicho problema generalmente en la fase aguda se presentan con trastornos hidroelectrolíticos y en la forma crónica incluso con desnutrición. En general son pacientes con antecedentes pépticos y los más frecuentes son dolor abdominal, náusea y vómito.

El diagnóstico se sospecha por el examen clínico y se confirma mediante:

1.- Estudios radiológicos contrastados en el cual se observa un estómago dilatado y retencionista,

2.- Prueba de carga de solución salina, en la cual se realiza: a) vaciamiento gástrico mediante SNG, b) instilación de 750cc de solución salina, c) colocación del paciente sentado durante 30 minutos, d) aspiración gástrica .

En condiciones normales se obtendrán 400cc en la aspiración final y en el 90% de pacientes sin obstrucción se obtendrán menos de 200cc, de tal manera que el obtener más de 400cc hace positiva la prueba

3.- La endoscopia en la actualidad es el método de elección diagnóstica y también el método terapéutico de elección.

"La obstrucción de salida gástrica adquirida, es más común en patología neoplásica que en enfermedad ulcerosa. La endoscopia es el método diagnóstico de elección, la cirugía paliativa en patología maligna tiene pobres resultados y alta morbilidad, la colocación paliativa de endoprotesis vía endoscópica es más favorable. La obstrucción inducida por úlcera péptica puede ser tratada mediante dilatación endoscópica con balón, con lo cual aproximadamente el 65% de los pacientes experimentan mejoría substancial, pero pueden requerir más de una sesión de dilatación, generalmente a este manejo se le acompaña de terapia con acidorreductores y erradicación de *Helicobacter pylori*. La cirugía se asocia con elevada morbi-mortalidad y se reserva para los casos en que el tratamiento endoscópico falla".(16)

El manejo de los pacientes en fase aguda se enfoca a mejorar sus condiciones generales, a restablecer el equilibrio hidroelectrolítico, el apoyo nutricional y desde luego la administración de inhibidores de la secreción ácida, en general el edema e inflamación ceden en 3 a 5 días, con lo cual es posible mejorar en forma substancial las condiciones del paciente y permiten el planteamiento de terapéutica endoscópica o quirúrgica con mejores expectativas para el paciente. de persistir el problema más de 3 a 5 días está indicado el tratamiento quirúrgico, en el cual se realizarán tres procedimientos fundamentalmente.

1.- Vagotomía y piloroplastia, aplicable cuando las condiciones del canal pilórico lo permiten y cuando el paciente no es candidato a una resección, se cataloga como la segunda elección.

2.- Vagotomía y antrectomía, es la de primera elección, la reconstrucción se efectúa de acuerdo a los hallazgos operatorios y la preferencia del cirujano.

3.- Vagotomía y gastroenterostomía, se considera como una alternativa aplicable en pacientes que presentan un canal pilórico y duodeno no aptos para una plástia o resección.

Las complicaciones al igual que en las técnicas mencionadas para la hemorragia, serán consecuencia de la denervación y las resecciones o procedimientos de drenaje utilizados.

## INTRATABILIDAD

La úlcera péptica es una enfermedad crónica que se presenta en forma periódica, que se activa y desaparece a lo largo de muchos años, luego de su diagnóstico y de la administración de un tratamiento médico adecuado, aproximadamente el 90% responde favorablemente, el restante 10% de los pacientes son refractarios al tratamiento y presentan recrudescencias múltiples, en estos casos es donde el *Helicobacter pylori* juega su papel más importante, siendo la recurrencia úlcerosa, el evento con el cual se tiene certeza de su participación, de tal forma que el investigar su presencia y aplicar el tratamiento de erradicación disminuya en forma aún más importante el índice de reactivación de la enfermedad, así también habrá paciente a los cuales se tenga que aplicar el llamado tratamiento de mantenimiento crónico, en general con bloqueadores de receptores de histamina, posterior a este tipo de manejo aún aparece una pequeña porción de paciente con enfermedad refractaria y serán estos pacientes los candidatos a el manejo operatorio de la diatesis ulcerosa.

El tratamiento quirúrgico de los pacientes con resistencia al tratamiento médico generalmente se puede realizar en forma electiva y con el paciente en condiciones adecuadas para el estres quirúrgico, de esta manera los objetivos del procedimiento quirúrgico son mejor definidos que en el tratamiento también operatorio aplicado en caso de urgencia.

Los objetivos del tratamiento quirúrgico son:

- 1.- promoción de la curación de la úlcera.
- 2.- manejo de las complicaciones específicas.
- 3.- reducción de las posibilidades de reaparición de la úlcera.
- 4.- reducción de los efectos colaterales postoperatorios.
- 5.- resección de la úlcera en caso de UG.

Las técnicas quirúrgicas disponibles actualmente para el manejo de la enfermedad péptica son las siguientes:

1.- Vagotomía troncal posterior y seromiotomía anterior, procedimiento muy nuevo pero rápidamente popularizado, como consecuencia de resultados favorables en cuanto a la disminución de la producción de ácido, con una curación de la enfermedad úlceroa en aproximadamente el 90% de los pacientes, su mayor inconveniente radica en su elevado porcentaje de recidiva que es de 5 a 15% y está ligado en forma importante a la experiencia y habilidad personal del cirujano. Sin embargo su baja morbilidad postoperatoria, índice de complicaciones tardías menor a 5%, y que no es necesario realizar procedimiento de drenaje así como su realización mediante técnica quirúrgica de penetración mínima le convierten en la operación más idónea para el manejo de estos pacientes. Desde luego existen pacientes en los cuales no será posible realizar este procedimiento.

2.- Vagotomía superselectiva, altamente selectiva o proximal. Procedimiento en el cual se realiza una disección de la curvatura menor del estómago, desde los 5 últimos centímetros del esófago hasta la incisura angularis, de forma tal que solo se denerva el fondo y cuerpo gástricos, preservando la inervación hepatobiliar, celiaca y del antro pilórico (N. de Latarjet), con lo cual tampoco se necesita de procedimiento de drenaje, esta operación se realiza mediante laparotomía, siendo esta la diferencia mayor con el procedimiento anteriormente descrito, con morbilidad, índice de recidiva y efectos adversos similares.

3.- Vagotomía troncal o selectiva y procedimiento de drenaje, en este caso la técnica varía en que se preserva la inervación hepatobiliar y celiaca en la selectiva o se interrumpe a nivel troncal en la unión GE interrumpiendo incluso la inervación celiaca y hepática, con lo cual la cirugía se torna más amplia ya que se debe realizar un procedimiento de drenaje, con algún tipo de piloroplastia o gastroduodenostomía o incluso gastroyeyunostomía, este procedimiento ofrece menor índice de recidivas de aproximadamente el 6%, sin embargo aumenta su morbilidad operatoria y sus efectos colaterales tardíos hasta 20%.

4.- Vagotomía troncal y antrectomía, esta técnica ofrece la menor recidiva de todas, ya que la interrupción vagal disminuye aproximadamente 45% de la producción del ácido, con la antrectomía se elimina otro 45% y juntas eliminan del 85 a 90% del mismo, sin embargo el hecho de requerir una resección aumenta considerablemente su morbilidad y mortalidad transoperatorias, así como sus efectos colaterales tardíos, los cuales incluso resultan de más difícil control que el de las técnicas antes descritas.

La reconstrucción se realizara de acuerdo con los hallazgos transoperatorios y preferencias del cirujano.

El índice de mortalidad es de 0.6 a 1.8%, el de recidiva es de 1 a 2% y los efectos adversos se presentan en 13 a 28%.

5.- La resección de la úlcera o la hemigastrectomía, son el procedimiento de elección en caso de úlcera gástrica, considerando que se trata de pacientes en su mayoría con secreción ácida normal y que existe una relación importante de UG con Ca gástrico, cabe mencionar que cuando se trate de úlceras de tipo II y III el manejo sera similar al de la UD.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

En las tres últimas décadas el tratamiento primario de la úlcera péptica es el tratamiento médico, sobretodo posterior a el advenimiento de los medicamentos bloqueadores de los receptores de la histamina y más recientemente los bloqueadores de la bomba de protones, de tal manera que el tratamiento quirúrgico electivo practicamente ha desaparecido, quedando solo el tratamiento quirúrgico de las complicaciones de la úlcera péptica, como son: el sangrado, la perforación, la estenosis pilorica y la úlcera refractaria al tratamiento., de tal forma que la incidencia de cirugia en el tratamiento de úlcera péptica disminuyo en forma importante, sin embargo se ha observado un incremento en el número de pacientes que han sido operados por úlcera péptica complicada en los últimos 3 años en el hospital central norte de PEMEX y sobretodo en el primer semestre de 1997 . Así como también se ha encontrado un predominio importante de perforación y de pacientes del sexo masculino

## **JUSTIFICACIONES:**

El manejo de los pacientes con una complicación de úlcera péptica requiere de mayores cuidados intrahospitalarios y un aumento importante en los costos, así como una mayor morbilidad y mortalidad.

Aumento aparente en los casos de úlcera péptica complicada en derecho habientes del HCN en el período de 1995 a 1997.

## **OBJETIVOS:**

- 1.- Conocer la incidencia real de complicaciones de úlcera péptica en el HCN de PEMEX.
- 2.- Conocer los factores predisponentes para la complicación de la úlcera péptica en los derechohabientes del HCN .
- 3.- Identificar a la población de elevado riesgo de complicación de úlcera péptica
- 4.- Optimizar la utilización de recursos disponibles para la prevención y manejo de pacientes de elevado riesgo de complicación de úlcera péptica.

## **TIPO DE ESTUDIO.**

Retrospectivo

Longitudinal

Descriptivo

Observacional.

## **UNIVERSO DE TRABAJO:**



Se incluyeron pacientes operados en el hospital central norte de PEMEX, durante el periodo comprendido del 1 de Enero de 1995 al 31 de Diciembre de 1997, con diagnóstico postquirúrgico de úlcera péptica sangrante, perforación de úlcera péptica, estenosis pilórica o úlcera refractaria a tratamiento.

### **CRITERIOS DE INCLUSION:**

Pacientes operados en el H C N de PEMEX del 1 de Enero del 93 a el 31 de Diciembre del 97 con Diagnostico de úlcera péptica complicada

Ser derecho habiente de PEMEX

### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

Pacientes que no sea posible documentar o realizar seguimiento

### **VARIABLES**

**Edad:** cuantificada en años

**sexo:** Masculino o Femenino

**Antecedentes:** diabetes, hipertensión, enfermedad reumática.

**Administración de AINE:** si o no

**Alcoholismo:** si o no

**Tabaquismo:** si o no

**Dx de enfermedad péptica previo a la Cirugía:** si o no

**Tratamiento previo a la cirugía:** si o no y tipo.

**Endoscopia:** si o no y hallazgos.

**Biopsia endoscópica:** sí o no y reporte histopatológico.

**Cuadro clínico:**

**Síntomas:** Dolor abdominal, náusea y vómito, hematemesis, melena, anorexia, fiebre.

**Signos:** taquicardia, irritación peritoneal, hipotensión.

**Laboratorio:** anemia, leucocitosis, neutrofilia, DHE.

**Radiología:** íleo, aire libre, derrame pleural

**Dx preoperatorio**

**Dx postoperatorio**

**Tratamiento quirúrgico**

**Evolución.**

## **METODOLOGIA**

### **PLAN DE RECOLECCION DE LA INFORMACION**

Se identificarán los nombres y fichas de los pacientes operados por complicación de úlcera péptica de los últimos tres años, valiéndonos de los registros diarios de cirugías de los servicios de Cirugía, Anestesiología y enfermería de quirófano, posteriormente se solicitarán al archivo clínico mediante su número de afiliación y confirmado por el nombre del paciente, la información obtenida de los expedientes fué vaciada en hojas de recolección de datos (anexo 1) clasificando a los pacientes de acuerdo a el año de la presentación de la patología, también se realizó una relación de pacientes con diagnóstico de úlcera péptica ya sea gástrica o duodenal, utilizando para este fin el registro diario del servicio de endoscopia. Posteriormente la información que incluye todas las variables, se incluyó en una base de datos en el programa Microsoft Excel de Windows 95 para su manejo estadístico.

### **MANEJO ESTADISTICO**

Se procesó la información obtenida de las variables del estudio con medidas de dispersión, de tendencia central, y de asociación estadística, para la base de datos se utilizó Excel y para el análisis se procedió con EPIINFO

ver. 6.0 y SPSS, por último se graficó la información más útil en Power Point y Excel.

Los resultados se presentaran en tablas de distribución de frecuencias y gráficas.

## ORGANIZACION

### RECURSOS:

**HUMANOS.-** Investigador principal, investigadores asociados y los propios de la institución para la atención de los pacientes.

**MATERIALES.-** Reporte diario de actividades de quirófano, registro diario de cirugías de los servicios de Anestesiología y Cirugía General, registro diario del servicio de endoscopia, Expediente clínico, hojas de recolección de datos, computadora personal, programa Microsoft Excel versión 7.

**FINANCIEROS.-** Los propios de la institución para actividades asistenciales.

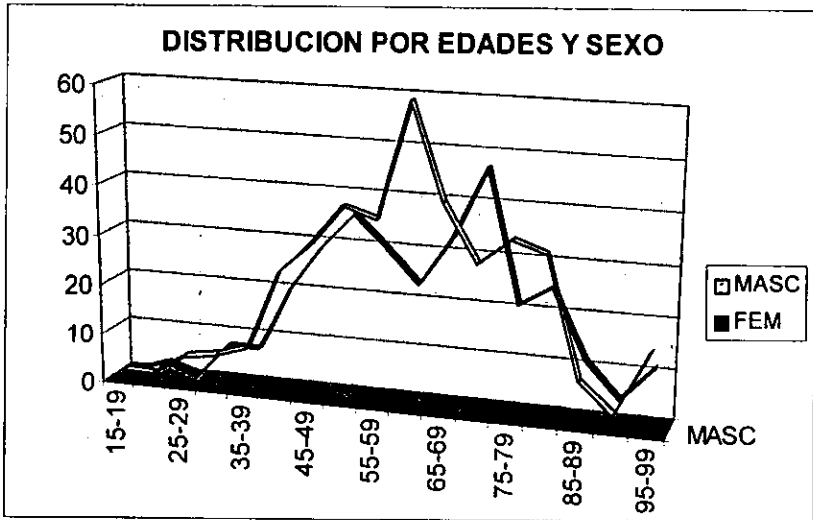
## RESULTADOS

En el estudio se analizaron 21 expedientes de pacientes que fueron operados por presentar alguna de las complicaciones de la enfermedad ulcerosa péptica durante el periodo programado del estudio, solamente uno se excluyo por no contar con expediente clínico.

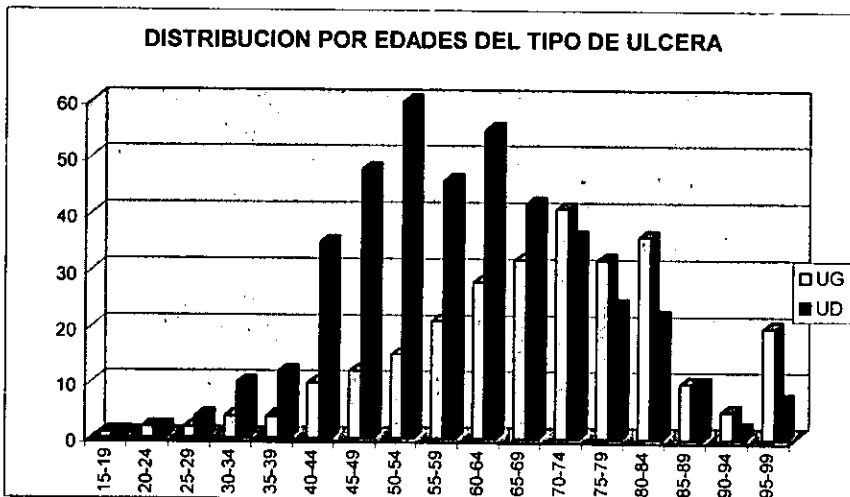
También se documento la población derechohabiente portadora de enfermedad ulcerosa del HCN, con evidencia endoscópica de la patología, de Enero de 1995 a Diciembre de 1997, encontrando 691 pacientes, con edad minima de 18 y maxima de 97 años, edad promedio de 62.8 y desviación estandar de 15.88, 385 hombres (55.7%) y 306 mujeres (44.3%) (gráfica No. 1). así como 275 pacientes con úlcera gástrica (39.8%) y 416 con úlcera duodenal(60.2%) (gráfica No. 2). Los pacientes más afectados se encuentran en el rango de los 50 y 80 años, sin predominio de sexo. La úlcera duodenal

se presenta con mayor frecuencia en la 4ta y 5ta décadas de la vida y la úlcera gástrica durante la 6ta a 8va décadas de la vida.

**GRAFICA No.1**

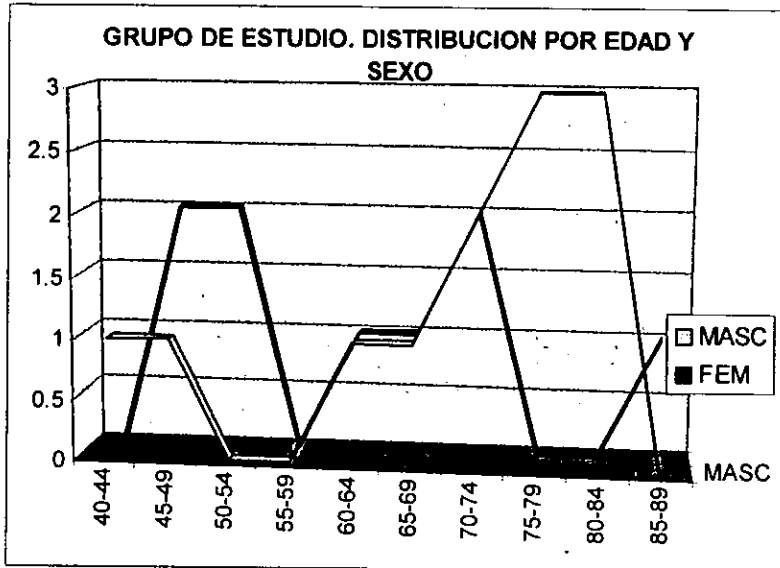


**GRAFICA No. 2**



De los 21 operados, se encontraron 12 del sexo masculino y 9 del femenino, 57.2% y 42.8% respectivamente, la mayor incidencia presenta un pico en la 5ta década y otro en la 8va y 9na décadas de la vida

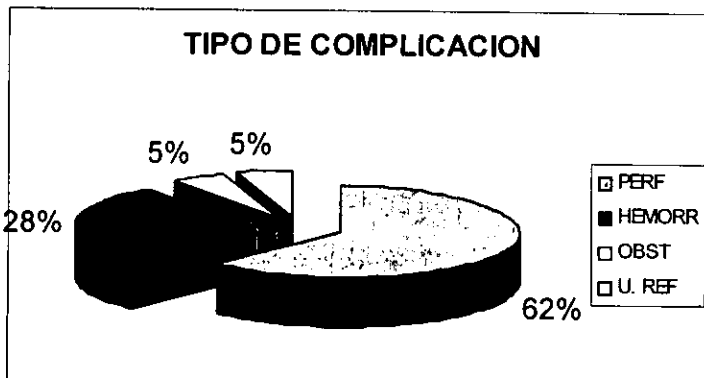
**GRAFICA No. 3.**



La distribución de las complicaciones fue de la siguiente manera:

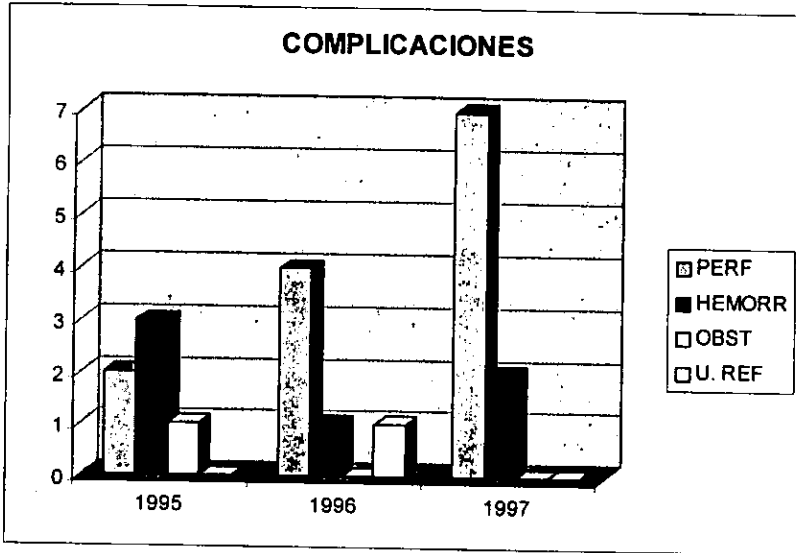
	1995	1996	1997	TOTAL	%
PERF	2	4	7	13	62.00%
HEMORR	3	1	2	6	28.00%
OBST	1	0	0	1	5.00%
U. REF	0	1	0	1	5.00%
TOTAL	6	6	9	21	100%

**GRAFICA No. 4.**



Se observo un marcado aumento en la presentación de complicaciones sobre todo en el último año analizado y a expensas de la perforación.

**GRAFICA No. 5.**

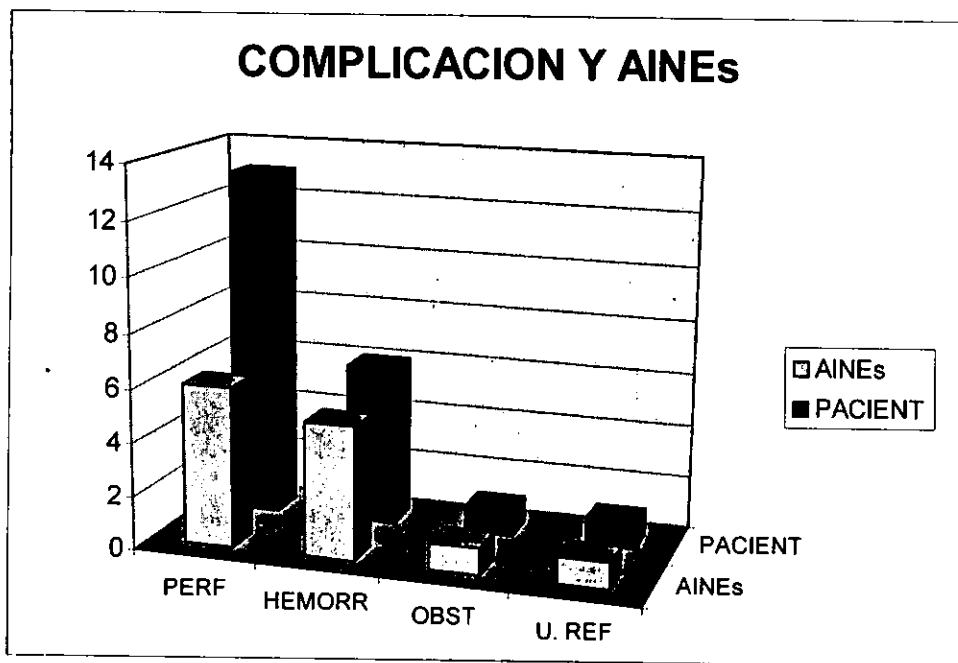


La relación del tipo de complicación con los antecedentes patológicos fue:

	DIABETES	HIPERTE NSION	ULCERA PEPTICA	E. REU- MATICA	AINES
PERF	5	7	2	2	6
HEMORR	2		3	3	5
OBST			1		1
U. REF			1	1	1
TOTAL	7	7	7	6	13

La administración de AINEs se encuentra en 13 pacientes (62%), presentándose en todos los casos de obstrucción y úlcera refractaria, en el 83.3% en pacientes con hemorragia y en 46% de pacientes con perforación.

GRAFICA No. 6.



El tabaquismo se presentó en 12 pacientes(57%), al igual que la ingesta de café, el alcoholismo se encontró en 10 pacientes(47.6%)

	TABAQUISM ○	ALCOHOLISM ○	CAFE
PERFORACION	7	5	9
HEMORRAGIA	4	5	2
OBSTRUCCION			
U.REFRACTARIA	1		1
TOTAL	12	10	12

El cuadro clínico que presentaron los pacientes vario de acuerdo con el tipo de complicación:

	DOLOR	VOMITO	HEMAT	MELENA	HIPOREXIA	FIEBRE
PERF	13	10			12	3
HEMORR	2	3	4	5	5	
OBST		1				
U. REF				1	1	
TOTAL	15	14	4	6	18	3

NOTA: Como era de esperarse el dolor fue la característica en la perforación, la hematemesis y melena en caso de hemorragia, náusea y vómito en obstrucción y la hiporexia en úlcera refractaria.

Los hallazgos físicos también están ligados al diagnóstico.

	I. PERITONEAL	HIPOTENSION	TAQUICARDIA
PERF	11		12
HEMORR		6	6
OBST			
U. REF			
TOTAL	11	6	18

Los exámenes de laboratorio y gabinete presentan diferencias al igual que el cuadro clínico.

	LABORATORIO			
	ANEMIA	LEUCOCITOSIS	NEUTROFILIA	DHE
PERF	5	10	11	6
HEMORR	6		1	1
OBST				
U. REF				
TOTAL	11	10	12	7

	RADIOLOGIA		
	ILEO REF.	A. LIBRE SD.	D. PLEURAL
PERF	13	4	1
HEMMORR	1		
OBST			
U. REF			
TOTAL	14	4	1



El tratamiento aplicado a cada paciente estuvo ligado a su diagnóstico:

	TRATAMIENTO QUIRURGICO			
	CIERRE Y EPI- PLOPLASTIA	VAGOTOMIA Y PILOROPLASTIA	VAGOTOMIA Y ANTRECTOMIA	HEMIGASTRECT OTRO
PERF	13			
HEMORR		3		
OBST		1		2
U. REF		1		
TOTAL	13	5		2

La evolución en general es buena,

	BUENA	COMP	FATAL
PERFOR	10	2	1
HEMORR	4		2
OBSTRUC		1	
U. REF.	15	3	3

Se presentaron 3 defunciones, 2 relacionadas directamente con la complicación en este caso hemorragia, presentándose en el postoperatorio temprano y 1 por broncoaspiración en un paciente con Diagnóstico de úlcera gástrica perforada a quien se realizo cierre primario y yiploplastia.

Los pacientes con evolución complicada en general presentaron estancia prolongada por ileo postquirúrgico o relacionada con otras patologías concomitantes.

## DISCUSIONES

En este estudio observamos que la población mas afectada es el sexo masculino, y que los pacientes se complican en dos etapas de la vida, con un pico en la 5 y 6ta décadas de la vida y otro en la 7 y 8va décadas, en el primero predominan pacientes del sexo femenino y en el segundo el

masculino, con lo cual concluimos que las mujeres se complican a más temprana edad, no contamos con antecedentes bibliográficos al respecto.

Nuestro estudio presenta a la perforación como la complicación que se presenta con mayor frecuencia, sin que esto quiera decir que se trate de la complicación más frecuente, pero sí que es la complicación que siempre amerita tratamiento quirúrgico, a diferencia de la hemorragia que es muy frecuente pero que la indicación quirúrgica se presenta solo en un 10% de los casos.

Llama la atención que en los tres años estudiados se presentaron perforaciones, pero el número de casos se incremento de 2 a 4 del 95 al 96 y de 4 a 7 del 96 al 97, aumentando en un 100% y 75% respectivamente. No encontramos ningún factor directamente relacionado con este fenómeno en la información recabada, tal vez como consecuencia de que esta complicación se presento como primera manifestación de enfermedad péptica en 11 pacientes (84.6%), lo que hace una gran diferencia con lo reportado en la literatura, en la que se menciona solo un 30% como primera manifestación.

En este estudio resulta de particular importancia los resultados postquirúrgicos, los cuales consideramos buenos, se presentó una mortalidad de solo 14.5% (3 pacientes) en el postoperatorio temprano, cifra que es menor a la reportada en la literatura, en la que se mencionan cifras del 10 al 15%. En relación al grupo de casos de perforación y el tratamiento aplicado, (a ninguno se le realizó tratamiento definitivo) hasta el momento no ha sido necesario reintervenir a ningún paciente para tratamiento definitivo, y la mayoría continua con manejo médico de enfermedad ulcerosa.

Otra diferencia importante en nuestros resultados comparado con reportes previos, se encuentra en los auxiliares diagnósticos radiológicos, relacionados con la perforación. Se tienen reportes de la presencia de aire libre subdiafragmático en el 70% de los casos, sin embargo en nuestro estudio este dato se encontró solo en 4 pacientes (30.7%), por lo que la recomendación es de realizar un estudio radiológico intencionado y con el paciente en posición sédente o erecta mínimo por 10 minutos.

## COMENTARIO

Resulta interesante ver como en la década de los 60s, la cirugía gástrica se presentaba en forma rutinaria, llegando a ser tan frecuente como la cirugía biliar o la de hernias, sin embargo con el advenimiento de los medicamentos bloqueadores de los receptores de histamina, con los cuales se consiguió un control adecuado de la acidez gástrica y curación (cicatrización) de las úlceras, se disminuyo en forma importante el número de cirugías electivas para enfermedad ulcerosa, así como también disminuyo la incidencia de complicaciones, dejando el tratamiento quirúrgico solo para el manejo de estas.

Actualmente se experimenta un nuevo descenso en el número de pacientes complicados que requieren terapéutica quirúrgica, como consecuencia del manejo con nuevos medicamentos que inhiben la producción de ácido gástrico y la aplicación de tratamiento de erradicación del Hp. pero sobretodo a la terapéutica endoscópica de complicaciones, principalmente de la hemorragia y las estenosis.

Por lo anterior pensamos que el tratamiento quirúrgico de la enfermedad ulcerosa péptica y de sus complicaciones tiende a desaparecer y por el momento solo el caso de la perforación seguirá siendo una indicación definitiva de manejo quirúrgico y solo se evitara en casos excepcionales.

## CONCLUSIONES

Existen grupos de pacientes con mayor riesgo de complicación de la úlcera péptica, relacionados con la edad y el sexo. Presentándose a más temprana edad en el sexo femenino.

Por lo que es conveniente el realizar en la consulta general una anamnesis intencionada en los pacientes que presenten factores de riesgo como son: la edad ( 4ª y 5ª decada en mujeres y 7ª y 8ª en hombres), el sexo, administración de AINEs, ingesta de irritantes, hábitos de tabaquismo y alcoholismo, con la intención de detectar patología ulcerosa péptica.

En los pacientes complicados es menester el realizar, un examen clínico más detallado y estudios orientados de gabinete, laboratorio, con lo cual se conseguirá un mejor diagnóstico presuntivo, y en consecuencia un manejo quirúrgico más temprano.

Con la aplicación de las medidas antes mencionadas, se conseguirá detectar a los pacientes de elevado riesgo de padecer enf. Ulcerosa y disminuir el número de sus complicaciones. Con esto se conseguirá optimizar los recursos de la institución.

¿ Que tan importante o conveniente seria crear un programa de detección oportuna de enfermedad ulcerosa péptica, en pacientes con elevado riesgo, mediante estudio endoscópico?

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Sleisenger Marvin H,MD.,Fortrand John S,MD. " ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES" Fisiología, diagnóstico y tratamiento". Editorial Médica Panamericana, 5a. edición, tomo I; : 591-692.
- 2.- Zuidema George D. "CIRUGIA DEL APARATO DIGESTIVO" Editorial Médica Panamericana, 3a. edición, tomo II;1993: 1-103.
- 3.- McQuaid Kenneth R y Isenberg Jon I. " TRATAMIENTO MEDICO DE LA ULCEROPATIA PEPTICA" Clínicas quirúrgicas de Norteamérica 2; 1992:269-299.
- 4.- Sugawa Choichi y Joseph A Louis. "INTERVENCIONES TERAPEUTICAS EN ULCERAS DUODENALES Y GASTRICAS SANGRANTES" Clínicas quirúrgicas de Norteamérica 2; 1992:301-316.
- 5.- Stable Bruce E. "TRATAMIENTO QUIRURGICO ACTUAL DE LAS ULCERAS DUODENALES" Clínicas quirúrgicas de Norteamérica 2; 1997:317-336.
- 6.- Cuschieri A. MD. " VAGOTOMIA POR LAPAROSCOPIA" Clínicas quirúrgicas de Norteamérica 2; 1992:337-346.
- 7.- Steffes Christopher, Fromm D. "THE CURRENT DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING"  
Reprinted from advances in Surgery, Year Book, 1992, 25: 331-361
- 8.- Feliciano David V. "COMPARACION ENTRE EL OMEPRAZOL Y LAS TECNICAS QUIRURGICAS ACIDOPENICAS EN LAS ULCERAS DUODENALES PERFORADAS" Clínicas quirúrgicas de Norteamérica 2; 1992:347-357.

- 9.- Pounder Robert R. " TRATAMIENTO MEDICO DE LA ULCERA PEPTICA: De la fisiología al tratamiento" Annual posgraduate course, American College of Gastroenterology. fascículo I; 1997:3-7.
- 10.- Gostout Christopher J. "HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL ALTA: Valoración y tratamiento" Annual posgraduate course, American College of Gastroenterology fascículo I. 1997:9-20.
- 11.- Lanza Frank L. " AINE's Y TUBO GASTROINTESTINAL" Annual posgraduate course, American College of Gastroenterology fascículo II. 1997:25-32.
- 12.- Spiro Howard M. GASTROENTEROLOGIA CLINICA, editorial Interamericana McGraw-Hill 4a. edición 1997: 111-158.
- 13.- Rollhauser, Fleischer D.E " NONVARICEAL UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING: An Update" Endoscopy 1997:29:91-105.
- 14.- Chan Francis K. L, M D., "DOES SMOKING PREDISPOSE TO PEPTIC ULCER RELAPSE AFTER ERADICATION OF HELICOBACTER PYLORI?" The American Journal of Gastroenterology 1997; vol 92. No.3:442-445.
- 15.- Svanes C; Ovrebo K; Soreide O. "ULCER BLEEDING AND PERFORATION: NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS OR HELICOBACTER PYLORI" Scand J. Gastroenterology suppl. 1996;220: 128-131.
- 16.- Khullar S.K; DiSario JA."GASTYRIC OUTLET OBSTRUCTION" Gastrointestinal Endoscopic Clin. N. Am. 1996 Jul;6(3): 585-603.
- 17.-Warner Christopher W. " TRATAMINTO TRIPLE PARA ULCERA" INFECTOLOGIA , año 16; 11; NOV. 1996: 450-451.

# ANEXO 1

## TRABAJO DE INVESTIGACION COMPLICACIONES DE ULCERA PEPTICA

### HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE DEL PACIENTE;

FICHA:

EDAD:

SEXO:

TEL:

FECHA DE CIRUGIA:

#### ANTECEDENTES:

DIABETES: SI NO , HIPERTENSION: SI NO ENF. REUMATICA: SI  
NO

OTRA ENF. CRONICO DEGENERATIVA:

TABAQUISMO: SI NO ALCOHOLISMO: SI NO TOMA AINES: SI NO

CAFE: SI NO A. IRRITANTES: SI NO

Dx. DE ENF. PEPTICA PREVIO: SI NO TRATAMIENTO: SI NO

#### TIPO DE TRATAMIENTO:

ANTIACIDOS, BH2, B. DE BOMBA, QUIRURGICO.

ENDOSCOPIA: SI NO HALLAZGOS:

BIOPSIA:

#### SINTOMAS DE INGRESO:

DOLOR ABDOMINAL SI NO VOMITO: SI NO HEMATEMESIS: SI NO  
MELENA: SI NO ANOREXIA: SI NO FIEBRE: SI NO

#### SIGNOS

TAQUICARDIA: SI NO HIPERTERMIA: SI NO DOLOR EPIG.: SI NO  
MASA PALPABLE: SI NO IRIT. PERITONEAL: SI NO HIPOTENSION: SI NO

#### LABORATORIO:

ANEMIA: SI NO LEUCOCITOSIS: SI NO NEUTROFILIA: SI NO  
BANDEMIA: SI NO AMILASEMIA: SI NO DHE: SI NO  
TROMBOCITOSIS: SI NO

#### GABINETE:

AIRE LIBRE: SI NO I. EN VIDRIO DESPULIDO: SI NO DERRAME PELURAL: SI  
NO

ILEO REFLEJO: SI NO

#### Dx PREOPERATORIO:

Dx POSTOPERATORIO:

TX QUIRURGICO:

EVOLUCION POSTQUIRURGICA.