





pero se ha producido un aumento proporcional de la prevalencia de la úlcera complicada, especialmente en los últimos 20 años y mucho más acusada para la úlcera gástrica que para la úlcera duodenal. Este incremento probablemente sea debido a la amplia utilización a nivel mundial de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y al aumento de la edad media de la población general. Es así que en la mayoría de los casos, la cirugía de la úlcera péptica quede reducida al tratamiento quirúrgico de sus complicaciones (perforación, hemorragia, estenosis), salvo un pequeño número de casos en los que la persistencia de sintomatología, la falta de respuesta a la medicación, o la recidiva de la lesión, obligan a un tratamiento quirúrgico<sup>4-7,21</sup>.

A nivel del primer mundo ha cobrado auge la tendencia a tener en cuenta las particularidades de la edad geriátrica para el estudio de las diferentes ramas de la medicina. Esto se debe a que en estos países se verifica una transición demográfica que se caracteriza por una muy baja tasa de fecundidad y un aumento importante de la supervivencia. Estos cambios afectan igualmente a Cuba, debido a las características socioeconómicas y del Sistema Nacional de Salud del país.

La población anciana supera el millón y medio de habitantes y según la base de datos demográficos de la Oficina Nacional de Estadísticas, actualmente algo más del 13,5 % de la población está comprendido en el grupo de 60 y más años de edad y para el año 2025 será el territorio más envejecido de la región con el 24 % de sus habitantes mayores de 60 años. Otro aspecto que se debe tener en cuenta es el aumento de la esperanza de vida geriátrica, con 19,5 años para los hombres y 21,1 para las mujeres que alcancen los 60, lo que hace que más de la tercera parte de la población anciana rebase los 75 años, edad considerada de forma diferenciada hoy como la cuarta edad, que posibilita la aparición de los llamados viejos-viejos o longevos que superan los 90 años. El sistema de salud cubano en la búsqueda de la equidad, la efectividad y la eficiencia debe tener dominio de cuáles son los posibles retos que el proceso de envejecimiento de la población puede provocar. Entre los principales problemas a resolver por el sistema de salud cubano está conservar la salud, restablecer las capacidades físicas y mentales de los ancianos y sin dudas pierde importancia relativa evitar las muertes prematuras y aumentar su supervivencia, es decir, los problemas de salud de la tercera edad comienzan a desplazar a los de los menores, dada su magnitud en el contexto de la población<sup>8-12</sup>.

La condición de fragilidad de los adultos mayores, derivada del proceso de envejecimiento, los coloca en una situación de riesgo de desarrollar, empeorar o perpetuar efectos adversos para su salud, debido a la disminución de su reserva fisiológica, que condiciona una mayor susceptibilidad a la agresión externa al disminuir los mecanismos de respuesta y su eficacia para conservar el equilibrio del medio interno, aumentando la posibilidad de que cualquier noxa causal desencadene en pérdida de función, discapacidad y dependencia<sup>13</sup>. A la hora de aplicar estas particularidades epidemiológicas de la ancianidad a la enfermedad, algunos estudios plantean que prácticamente uno de cada dos ancianos que acude a la consulta del geriatra por cualquier motivo se le diagnostica una enfermedad ácido-péptica. Entre estas enfermedades, las más frecuentes son la úlcera péptica y la enfermedad por reflujo gastroesofágico aunque se trata de una enfermedad ya conocida, no ha sido hasta hace poco cuando se le ha dado, en el ámbito de la geriatría, la importancia que realmente tiene, las dificultades para diagnóstico y tratamiento quirúrgico resultan un proceso difícil y complicado<sup>6,14</sup>. En un estudio del hospital Miguel Enríquez los casos de úlcera gastroduodenal complicada pertenecientes a la tercera edad, entre 61 y 90 años, (n=96), representan casi la tercera parte de la totalidad (32,2 %)<sup>15</sup>.

Otras series plantean que no hay una prevalencia creciente de úlcera gástrica en los ancianos. En este grupo, se encontró que la enfermedad ulceropéptica se presentaba más a menudo con sangramiento y que no había diferencias significativas en los niveles de erradicación y recurrencia de *Helicobacter pylori* en los pacientes añosos comparados con grupos etáreos más jóvenes. Otro estudio en ancianos demostró que la cura para la infección por *Helicobacter pylori* es altamente recomendada en pacientes ancianos con enfermedad úlcero péptica asociada esta bacteria<sup>16,17</sup>.

La descripción de un grupo de 168 ancianos atendidos en un hospital municipal, aún teniendo la misma duración de enfermedad acidopéptica, tuvo un número significativamente menor de quejas de dolor epigástrico justo antes del ingreso y menos consumo de alcohol, al compararse con pacientes más jóvenes. Los pacientes más viejos, por su parte, sí tenían una evolución más complicada de la enfermedad aguda caracterizada por un mayor número de sangramientos de las úlceras, más necesidad de transfusiones y una estadía hospitalaria más prolongada con una mortalidad más alta<sup>18</sup>.

En la provincia de Sancti Spíritus, durante los últimos cinco años, la tasa de mortalidad por 100000 habitantes a causa de cáncer de estómago (altamente relacionado con la úlcera gástrica) ha estado entre 5,2 y 7,3, siendo el cáncer en general la mayor causa de muerte en la provincia en el año 2006, con una tasa de 188,1 por cada 100000 habitantes<sup>19</sup>.

Como se ha ilustrado, la úlcera péptica tiene características especiales en los ancianos, en el ámbito de esta investigación, se debe resaltar que se estudió la aplicación de procedimientos quirúrgicos en este grupo etáreo, acerca de lo cual se puede señalar que la edad cronológica por sí misma no es una contraindicación formal para recibir un tratamiento quirúrgico. Algunos autores plantean que solamente después de los 80 años es que los riesgos de la cirugía se incrementan considerablemente, pero los pacientes septuagenarios tienen una morbilidad quirúrgica semejante a la de los pacientes más jóvenes<sup>8</sup>.

Muy pocos estudios específicos han sido realizados en la población geriátrica y los sujetos añosos son casi siempre excluidos de los ensayos clínicos tempranos. Como consecuencia de esto se conoce poco acerca de los resultados clínicos de los pacientes ulcerosos de más de 65 a 70 años<sup>20</sup>. Esta razón, unida a las características epidemiológicas y de morbimortalidad de la úlcera péptica gastroduodenal en ancianos, motivaron a realizar este estudio con el objetivo de describir los resultados del tratamiento quirúrgico de úlcera péptica gastroduodenal en los pacientes ancianos en el servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus, entre el 1ro de enero de 1997 y el 31 de diciembre de 2006.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio observacional descriptivo con un diseño longitudinal prospectivo. El universo y la muestra estuvieron constituidos por los 60 pacientes de la tercera edad, operados de úlcera péptica gastroduodenal de forma electiva.

Criterios de inclusión:

1. Ancianidad (60 y más años de edad)
2. Úlcera péptica gastroduodenal complicada con una o varias de las siguientes situaciones anatomopatológicas
  - Estenosis piloroduodenal.
  - Penetración cubierta a órganos vecinos.
  - Refractoriedad al tratamiento médico asociado al antecedente de haber presentado al menos una hemorragia digestiva alta de moderada a gran cuantía.
  - Recidiva ulcerosa posterior a perforación libre.
1. Úlcera péptica gástrica complicada con una o varias de las siguientes situaciones:
  - Los mismos anteriormente señalados.
  - La atipicidad celular por status inflamatorio crónico severo (comprobado definitivamente este carácter por medio de biopsia por congelación transoperatoria del nicho ulceroso).

Criterios de exclusión:

Pacientes que habían recibido una operación electiva definitiva para la úlcera péptica gastroduodenal y presentaron recidiva ulcerosa.

En el estudio se consideraron las siguientes variables:

Edad: Se tuvo en cuenta la edad en años del paciente al momento de realizarse el diagnóstico. Se consignaron las siguientes categorías:

- 60-65 años.
- 66-70 años.
- 71y más años.

Sexo: Se tuvo en cuenta el sexo biológico. Se consignaron las siguientes categorías:

- Femenino.
- Masculino.

Localización de la úlcera según el órgano afecto: se consideró la topografía de la úlcera según el órgano del tubo digestivo donde estaba, considerándose las siguientes categorías:

- Úlcera gástrica.
- Úlcera duodenal.

Localización de la úlcera en el órgano: se consideró la localización de la úlcera según el sitio anatómico del estómago o duodeno donde se encontraba. Se consignaron las siguientes categorías:

Úlcera gástrica

- Prepilórica-pilórica
- Curvatura mayor
- Cara anterior del antro
- Cara posterior del antro
- Cara anterior
- Curvatura menor
- Cara posterior
- Subcardial

Úlcera duodenal

- 1ra porción cara anterior
- 1ra porción cara posterior

Técnica quirúrgica realizada: se refiere al conjunto de procedimientos que se practicaron en cada uno de los casos operados. Se consignaron las categorías:

- Vaguetomía troncular y antrectomía.

- Vaguetomía troncular y píloroplastia.
- Vaguetomía troncular, resección en cuña y píloroplastia.
- Vaguetomía troncular y gastroyeyunostomía.
- Gastrectomía proximal.

Presencia de enfermedad concomitante: se consideró la presencia o no de alguna enfermedad que además de la úlcera péptica padecieran estos pacientes. Se consideraron las siguientes categorías:

- Sí.
- No.

Enfermedades concomitantes: se refiere a las entidades nosológicas que además de la úlcera péptica aquejaban a los pacientes del estudio. Se consignaron las siguientes categorías:

- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus
- Asma bronquial
- Accidente vascular encefálico
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Presencia de complicaciones: se consideró la presencia o no de eventos patológicos que agravaron el estado del paciente luego de la intervención quirúrgica. Se consideraron las categorías:

- Sí.
- No.

Período peri operatorio: se refiere a las etapas que transcurren durante y después de la cirugía (no se consideró la etapa anterior), consignándose las categorías:

- Transoperatorio (durante el acto quirúrgico).
- Postoperatorio precoz (dentro de las primeras 48 horas posteriores al acto quirúrgico).
- Postoperatorio tardío (luego de las 48 horas posteriores al acto quirúrgico).

Complicaciones perioperatorias: se refiere a los eventos que sucedieron al proceder quirúrgico y que estuvieran en relación directa con la técnica quirúrgica realizada. Se plantearon según el momento perioperatorio en que se presentaron. Se consignaron las categorías:

Transoperatorio

- Desgarro esplénico accidental.

Postoperatorio precoz

- Dehiscencia del muñón duodenal.
- Absceso intrabdominal.
- Atonía gástrica.

Postoperatorio tardío

- Gastritis crónica del estómago operado.

- Diarreas postvaguetomía.

Complicaciones no relacionadas con la técnica quirúrgica: se consideraron los eventos que sucedieron al acto quirúrgico y que no estuvieron en relación directa con la técnica quirúrgica realizada. Se consignaron las categorías:

- Sepsis respiratoria
- Crisis hipertensiva
- Sepsis de la herida quirúrgica
- Arritmia cardíaca

Estado al egreso: se refiere al estado vivo o no que presentaban los pacientes al alta, considerándose las categorías:

- Vivo
- Fallecido

Evaluación de Visick: A la hora de valorar los resultados de los procedimientos quirúrgicos en la úlcera péptica duodenal, la clasificación de Visick permite establecer cuatro categorías bien definidas:

- I. Excelente: paciente operado asintomático.
- II. Muy bien: el paciente se encuentra perfectamente, pero con síntomas leves y ocasionales.
- III. Satisfactorio: síntomas leves o moderados, controlados, que no interfieren en su vida laboral.
- IV. No satisfactorio: síntomas moderados o graves que interfieren con las actividades laborales del enfermo (recidiva de la úlcera y secuelas).

La evaluación de Visick solo se pudo hacer a 48 pacientes, pues dos habían fallecido en el postoperatorio y 10 no asistieron a la consulta postoperatoria en la que se cerró el estudio, por causas no conocidas.

Los datos para la investigación fueron obtenidos a través de la revisión del libro de registro del grupo multidisciplinario de cirugía del aparato digestivo superior perteneciente al Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus, así como durante las consultas de seguimiento a los pacientes estudiados. La información fue recolectada mediante la utilización de un modelo confeccionado por los autores para el efecto (Anexo I).

La información fue procesada de forma manual con el empleo de una calculadora, los resultados obtenidos se presentan en tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas y tablas de contingencia para así facilitar su comprensión.

Los parámetros éticos se tuvieron en cuenta mediante la información de la realización del estudio al Comité de Ética de la entidad hospitalaria para de esta manera poder acceder a los libros de registro.

## **RESULTADOS**

La úlcera gastroduodenal predominó en el sexo masculino, (36 pacientes) así como en el grupo etáreo de 60 a 65 años (37 pacientes), afectándose con mayor frecuencia el estómago (43 pacientes). (Tabla 1)

Tabla # 1. Distribución de pacientes de la tercera edad, operados por úlcera péptica según edad, sexo y órgano afectado, Servicio de Cirugía General Hospital Camilo Cienfuegos Sancti Spíritus., Año 1997-2006.

Edad	Diagnóstico operatorio								Total	
	Úlcera gástrica				Úlcera duodenal					
	Mas	Fem	No	%	Mas	Fem	No	%	No	%
<b>60 a 65</b>	11	12	23	53,4	8	6	14	82,35	37	61,6
<b>66 a 70</b>	9	3	12	27,9	3	0	3	17,6	15	25,0
<b>71 y más</b>	5	3	8	18,6	0	0	0	0	8	13,3
<b>Total</b>	25	18	43	100	11	6	17	100	60	100

La úlcera péptica gástrica se encontró con mayor frecuencia en la región pilórica o prepilórica (21 pacientes), mientras que la úlcera péptica duodenal se encontró con mayor frecuencia en la cara anterior de la primera porción del duodeno (14 pacientes). (Tabla 2)

Tabla # 2. Distribución según localización topográfica de la úlcera en el paciente de la tercera edad, Servicio Cirugía General Hospital Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus, Año 1997-2006.

<b>Localización</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Gástrica</b>		
Prepilórica-pilórica	21	48,72
Curvatura mayor	6	13,92
Cara anterior del antro	5	11,6
Cara posterior del antro	3	6,9
Cara anterior	3	6,9
Curvatura menor	3	6,9
Cara posterior	1	2,32
Subcardial	1	2,32
<b>Subtotal</b>	<b>43</b>	<b>100</b>
<b>Duodenal</b>		
1ra porción cara anterior	14	82,35
1ra porción cara posterior	3	17,64
<b>Subtotal</b>	<b>17</b>	<b>100</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

La técnica quirúrgica más empleada fue la vaguectomía troncular y antrectomía, seguido por la vaguectomía troncular y piloroplastia (con 28 y 18 pacientes respectivamente), tanto para la úlcera gástrica como para la duodenal. (Tabla 3)

Tabla # 3. Distribución de las técnicas quirúrgicas realizadas según la localización de la úlcera por órganos en los pacientes de la tercera edad, Servicio Cirugía General Hospital Camilo Cienfuegos Sancti Spíritus, Año 1997-2006.

Técnica quirúrgica	Úlcera gástrica		Úlcera duodenal		Total	
	No	%	No	%	No	%
Vaguetomía troncular y antrectomía	19	44,18	9	52,9	28	46,66
Vaguetomía troncular y píloroplastia	12	27,9	6	35,29	18	30,0
Vaguetomía troncular, resección en cuña y píloroplastia	8	18,6	0	0	8	13,33
Vaguetomía troncular y gastroyeyunostomía	3	6,97	2	11,76	5	8,33
Gastrectomía proximal	1	2,32	0	0	1	1,66
<b>Subtotal</b>	43	100	17	100	60	100
<b>Total</b>	43	71,66	17	28,33	60	100

Las enfermedades concomitantes no influyeron de forma representativa en la aparición de las complicaciones. (Tabla 4)

Tabla # 4. Relación entre las enfermedades concomitantes y presentación de las complicaciones post operatorias en el paciente de la tercera edad, Servicio Cirugía General Hospital Camilo Cienfuegos Sancti Spíritus. Año 1997-2006.

Presencia de enfermedad concomitante	Presencia de complicaciones				Total	
	Sí		No			
	No	%	No	%	No	%
<b>Sí</b>	2	28,57	17	32,07	19	31,66
<b>No</b>	5	71,42	36	67,9	41	68,33
<b>Total</b>	7	100	53	100	60	100

La hipertensión arterial y la diabetes mellitus fueron las enfermedades concomitantes más frecuentes, con 13 y 4 pacientes respectivamente, encontrando un fallecido con cada una de estas. (Tabla 5)

Tabla # 5. Distribución de enfermedades concomitantes en el paciente ulceroso de la tercera edad, según estado al egreso. Servicio Cirugía General Hospital Camilo Cienfuegos Sancti Spíritus. 1997 al 2006.

Enfermedades concomitantes	Estado al egreso				Total	
	Vivo		Fallecido			
	No	%	No	%	No	%
<b>Hipertensión arterial</b>	12	92,3	1	7,69	13	100
<b>Diabetes mellitus</b>	3	75,0	1	25,0	4	100
<b>Asma bronquial</b>	1	100	0	0	1	100
<b>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica</b>	1	100	0	0	1	100
<b>Accidente vascular encefálico</b>	1	100	0	0	1	100

La complicación más frecuentemente encontrada fue la gastritis crónica del estómago operado (3), habiendo con respecto al total de casos un 15 % de complicaciones. (Tabla 6)

Tabla # 6. Distribución según las complicaciones perioperatorias en paciente de la tercera edad, Servicio de Cirugía General Hospital Camilo Cienfuegos Sancti Spíritus, Año 1997-2006.

<b>Período</b>	<b>Complicaciones perioperatorias</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Transoperatorio</b>	Desgarro esplénico accidental	1	11,1
<b>Postoperatorio precoz</b>	Dehiscencia del muñón duodenal	2	22,2
	Absceso intrabdominal	1	11,1
	Atonía gástrica	1	11,1
<b>Postoperatorio tardío</b>	Gastritis crónica del estómago operado	3	33,33
	Diarreas postvaguetomía	1	11,1
<b>Total de complicaciones del perioperatorio</b>		9	100
<b>Porcentaje de complicaciones (N=60)</b>		9	15,0

Las complicaciones no relacionadas con la técnica quirúrgica realizada más frecuentes fueron la crisis hipertensiva y la sepsis respiratoria (2 pacientes cada una), habiendo solamente un 6 % de pacientes con este tipo de complicaciones. (Tabla 7)

Tabla # 7. Distribución de pacientes ancianos según complicaciones no relacionadas con la técnica quirúrgica realizada. Servicio Cirugía General Hospital Camilo Cienfuegos Sancti Spíritus. Año 1997-2006.

<b>Complicaciones no relacionadas con la técnica quirúrgica realizada</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Sepsis respiratoria</b>	2	33,3
<b>Crisis hipertensiva</b>	2	33,3
<b>Sepsis de la herida quirúrgica</b>	1	16,6
<b>Arritmia cardíaca</b>	1	16,6
<b>Total de complicaciones no relacionadas con la técnica</b>	6	100
<b>Porcentaje de morbilidad</b>	6	10,0

La mayor parte de nuestros pacientes (38) fueron evaluados como Visick I, dividiéndose el resto equitativamente de tal forma que no hubo ningún caso valorado como Visick IV. (Tabla 8)

Tabla # 8. Distribución de pacientes ancianos operados según clasificación de Visick. Servicio de Cirugía General Hospital Camilo Cienfuegos Sancti Spiritus. Año 1997-2006.

Técnica quirúrgica	Total de casos	Clasificación de Visick						Total	
		Visick I		Visick II		Visick III			
		No	%	No	%	No	%	No	%
<b>VT y antrectomía</b>	28	21	55,26	2	40,0	2	40,0	25	41,66
<b>VT y píloroplastia</b>	18	14	36,84	0	0	2	40,0	16	26,6
<b>VT, resección en cuña y píloroplastia</b>	8	1	2,63	2	40,0	1	20,0	4	6,66
<b>VT y gastroyeyunostomía</b>	5	2	5,26	1	20,0	0	0	3	5,0
<b>Gastrectomía proximal</b>	1	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total de la muestra</b>	60	38	100	5	100	5	100		
<b>Total de pacientes evaluados</b>	48	38	79,16	5	10,41	5	10,41	48	100

VT: Vaguetomía troncular

Nota aclaratoria: solamente se evaluaron al cabo de los 10 años a 48 pacientes dado por 2 fallecidos y 10 que no asistieron a consulta al cierre de esta investigación.

## DISCUSIÓN

Al analizar la distribución de pacientes de la tercera edad operados por úlcera péptica según edad y sexo, se encontró que la úlcera gastroduodenal predominó en el sexo masculino, así como en el grupo etáreo de 60 a 65 años, afectándose con mayor frecuencia el estómago. Estos resultados no son totalmente coincidentes con las series revisadas nacional e internacionalmente, a opinión de los autores debido a que estos estudios incluyen el tratamiento quirúrgico tanto electivo como de urgencia. De hecho, todos coinciden en que la mayor parte de las cirugías realizadas a este nivel se debieron a complicaciones urgentes como la perforación o la hemorragia.

Fowler y Khoubian en el American Journal of Surgery, en un estudio mostraron una tendencia a la distribución equitativa de la enfermedad ulceropéptica en ambos sexos. En cuanto a la edad, Gustavsson y colaboradores obtuvieron en un estudio poblacional que la edad media para una operación de emergencia se elevó desde los 52 hasta los 65 años de edad de 1956 a 1985. Los datos de esta fuente muestran un incremento en la edad media desde 75 años entre 1984 y 1989 hasta 77 años en los 1990<sup>7</sup>.

Singh y Trikha en su estudio encontraron que la úlcera péptica fue más común en ancianos e individuos dispépticos y que no había efecto del sexo o el status socioeconómico. Asimismo, el *Helicobacter pylori* se asociaba con la edad solamente y no dependía del sexo, el status socioeconómico o la dispepsia. Por otro lado, independientemente de la morbilidad, sí hay una

relación en la mortalidad por esta enfermedad, afectando más frecuentemente a pacientes femeninas<sup>22,23</sup>.

Quintana Proenza y Sánchez Rojas en una investigación de pacientes ancianos operados realizada en Camagüey encontró que había una relación casi invariable en todos los tipos de cirugía de 2:1 a favor del sexo masculino en todos los grupos de edades. Predominó el grupo de 60 a 69 años de edad (51,01 %) y el paciente de mayor edad tenía 95 años<sup>24</sup>, los obtenidos resultados de este trabajo coinciden con lo anterior.

También este resultado se confrontó con el análisis del órgano donde más frecuentemente se localiza la úlcera péptica en esta investigación. Durante el siglo XX el aumento producido en la úlcera péptica se debió fundamentalmente a la úlcera de localización duodenal, que pasaba a ser más frecuente que la úlcera gástrica<sup>4</sup>. En esta serie predominó la localización gástrica, lo que en opinión de los autores se debe al hecho de que se trata de pacientes operados electivamente, donde influyó la atipicidad celular por status inflamatorio crónico severo asociada a la úlcera gástrica (comprobado definitivamente este carácter por medio de biopsia por congelación transoperatoria del nicho ulceroso). Esto también coincide con un estudio de pacientes con el diagnóstico de sangramiento digestivo alto, se observó que como causa de éste la úlcera duodenal fue tributaria de los pacientes más jóvenes y la gástrica de los ancianos<sup>25</sup>.

La distribución según la localización topográfica de la úlcera en los pacientes de la tercera edad ilustra que la úlcera péptica gástrica se encontró con mayor frecuencia en la región pilórica o prepilórica, mientras que la úlcera péptica duodenal se encontró con mayor frecuencia en la cara anterior de la primera porción del duodeno. Esto coincide plenamente con toda la literatura revisada, donde la mayor frecuencia de úlcera gástrica es para la localización pilórica o prepilórica y donde el mayor número de úlceras duodenales se encuentran en la cara anterior de la primera porción del duodeno. De hecho, a criterio de los autores la mayor frecuencia de estas localizaciones influye en la mayor frecuencia de ciertas técnicas resectivas y combinadas que se aplican en estas situaciones.

Fowler y Khoubian, afirman que la enfermedad ulceropéptica continúa requiriendo el mismo tipo de tratamiento quirúrgico, pero con la salvedad de que los casos consistirán principalmente de los inestables pacientes añosos<sup>7</sup>. En este trabajo, la distribución de las técnicas quirúrgicas realizadas según la localización de la úlcera por órganos en los pacientes de la tercera edad, indica que la técnica quirúrgica más empleada fue la vaguectomía troncular y antrectomía, seguido por la vaguectomía troncular y piloroplastia, tanto para la úlcera gástrica como para la duodenal.

Es necesario considerar otras cuestiones independientemente de la técnica a realizar. Por ejemplo, antes de indicar el tratamiento quirúrgico como única alternativa al fracaso del tratamiento médico debe cerciorarse de la ausencia de infección por *Helicobacter pylori* y del consumo de AINE<sup>5</sup>. Es por eso que actualmente, el conocimiento más profundo de los mecanismos fisiológicos ha permitido el paso de una cirugía radical (gastroenterostomía y exéresis gástrica extensa) a una más conservadora (vagotomía) con menor morbilidad postoperatoria a corto y largo plazo, así como a un tratamiento médico más eficaz basado en neutralizar la secreción ácida, prevenir la secreción ácida o proteger la mucosa dañada<sup>21</sup>.

Para García Gutiérrez, las operaciones actuales para el tratamiento de la úlcera péptica se dividen en técnicas de resección gástrica, de sección de vagos, combinadas y derivativas, estas últimas casi siempre como complementos de una de las anteriores y en ocasiones de excepción como fin primario<sup>2</sup>.

Sin embargo, nuevas técnicas cirugía laparoscópica se abren camino pujantemente. Por ejemplo, la aplicación por Hernández Gutiérrez y Torres Peña de la vagotomía laparoscópica de Hill-Barker en el Centro Nacional de Cirugía Endoscópica de Cuba, demostró que la técnica endoscópica fue superior a la convencional en cuanto al tiempo quirúrgico y anestésico, la respuesta clínica, las recidivas, las complicaciones y los costes, por lo que se cumplió la hipótesis de la investigación<sup>26</sup>. Según los autores estos medidores revisten vital importancia cuando se habla de pacientes añosos. Basta mencionar que la disminución del tiempo quirúrgico y anestésico pueden disminuir notablemente una complicación temible para un grupo inmunocomprometido como el que se trata: la sepsis.

Jaén Tolón y Ojeda López en un estudio acerca de la cirugía laparoscópica en ancianos, al referirse a la enfermedad ulceropéptica, señala que se utilizaron como procedimientos quirúrgicos la vagotomía altamente selectiva en 56 pacientes y la vagotomía altamente selectiva anterior con vagotomía troncular posterior en 51 pacientes. La indicación quirúrgica más frecuente fue la no respuesta al tratamiento médico en el 90,7 % de los casos. De ambas técnicas, la vagotomía altamente selectiva anterior con vagotomía troncular posterior fue la de menor tiempo quirúrgico y menor estadía posoperatoria. Actualmente se recomienda la cirugía videoendoscópica en los adultos mayores, pues reduce la mortalidad de forma considerable en relación con la que existía antes de utilizarse la técnica laparoscópica, disminuye el trauma quirúrgico y garantiza una pronta recuperación de los enfermos<sup>27</sup>.

En relación con la cirugía oncológica relacionada con úlcera gástrica se recomienda no limitar la extensión del proceder quirúrgico de manera rutinaria, de tal forma que se comprometa la radicalidad oncológica, aunque deberán tenerse en cuenta, tanto los beneficios potenciales de la cirugía, como los aspectos de la calidad de vida reducida que puede seguir a una intervención mutilante<sup>8</sup>.

Al momento de analizar la relación entre las enfermedades concomitantes y la presentación de las complicaciones post operatorias aparecidas en los pacientes de esta serie, se encontró que las enfermedades concomitantes no influyeron de forma representativa en la aparición de las complicaciones, puesto que a pesar de que el mayor número de pacientes, que no las tenían, coincidió con el mayor número de pacientes sin enfermedades concomitantes, de los pacientes que sí se complicaron, fueron más los que no tenían enfermedades concomitantes que los que sí tenían este tipo de enfermedades.

Igualmente, de la distribución de enfermedades concomitantes en el paciente ulceroso de la tercera edad, según su estado al egreso, se deriva que la hipertensión arterial y la diabetes mellitus fueron las enfermedades concomitantes más frecuentes. A la hora de relacionar este dato con el estado de los pacientes al egreso, se encontró que los dos fallecidos que presentaban enfermedades concomitantes correspondían cada uno a cada una de las enfermedades citadas como de mayor frecuencia.

Los hallazgos llevan a tomar en consideración a la hipertensión arterial (HTA). La literatura plantea que la HTA suficientemente tratada no aumenta el riesgo de complicaciones cardíacas perioperatorias. El mayor peligro del paciente hipertenso en relación con el acto quirúrgico es la posibilidad de amplias fluctuaciones tensionales entre hipotensión e hipertensión en el decursar del proceder quirúrgico, al exponer a fenómenos isquémicos y hemorrágicos, tanto cerebrales como cardíacos, arritmias y otros eventos. La atención previa al acto quirúrgico del paciente anciano hipertenso requiere una evaluación clínica integral y de algunas pruebas complementarias que permitan una evaluación lo más aproximada al riesgo quirúrgico, fijar una mejor estrategia de tratamiento multidimensional, prever complicaciones y programar una rehabilitación consecuente. El riesgo perioperatorio mayor del hipertenso anciano está en la inestabilidad tensional que acompaña al no tratado, adicionado a la comorbilidad frecuente, daño en órganos diana, modificaciones propias del envejecimiento, sensibilidad a drogas y discapacidad<sup>31</sup>.

En cuanto a los fallecidos, se apreció que su frecuencia fue muy baja. De hecho, un estudio de Duggan y Zinsmeister, de la Clínica de Mayo, arrojó que las muertes por úlcera estaban confinadas a aquellas que se perforaron, donde los parámetros relacionados con la muerte incluían la edad, el género masculino, la operación de emergencia, la úlcera gástrica y el hábito de fumar. La mayor parte de las muertes se debieron a cardiopatías y cáncer, pero los fallecidos por enfermedades digestivas o respiratorias eran más que las cifras esperadas<sup>28</sup>. Esto coincide en gran parte con el artículo de Fowler y Khoubian, que señala que la mortalidad estuvo afectada por factores de riesgo y por la necesidad de una operación urgente, no por la edad. Sus datos apoyan estas conclusiones al no tener un aumento de muertes en relación con el aumento de la edad<sup>7</sup>. En coincidencia con otros autores la sepsis fue la causa directa de muerte más encontrada. Estudios realizados en las décadas del sesenta y del setenta ya demostraron que la sepsis constituye la primera causa de muerte en los ancianos, la dificultad de estos para recuperarse de una infección parece ser un factor causal importante que eleva la mortalidad después de una cirugía, la inmunodepresión del anciano se agrava grandemente, por los efectos de la cirugía y la anestesia sobre el sistema inmunitario<sup>22</sup>.

En relación con el tema de la comorbilidad, en la bibliografía revisada este es un elemento a destacar en el grupo de los ancianos que se someten a cirugía mayor, como es el caso de la cirugía electiva de úlcera péptica gastroduodenal. Hay autores que consideran que la edad como tal representa un riesgo extra en pacientes operados; sin embargo, otros plantean que el peligro de la cirugía en el anciano se relaciona más con las enfermedades asociadas que ellos suelen sufrir que con la edad en sí. Esto se debe a que el grupo de los adultos mayores cuenta con la mayor prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles, destacándose precisamente, en coincidencia con los hallazgos, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Quintana Proenza y Sánchez Rojas, en pacientes añosos, apunta que aunque en su estudio predominaron los ancianos sin enfermedades asociadas (54,22 %), 114 (45,78 %) tenían una o varias ya diagnosticadas antes del ingreso y prevalecieron las enfermedades cardiovasculares y dentro de éstas la hipertensión arterial<sup>22,24</sup>.

La literatura especializada al respecto también señala que se debe realizar una evaluación exhaustiva del paciente en el preoperatorio y tener presente los riesgos de la anestesia, para los cuales, también resulta influyente la comorbilidad y no la edad cronológica en sí<sup>8</sup>.

El Ilustre Colegio Médico de Madrid destaca la importancia de la consideración de la comorbilidad en relación con la enfermedad ulceropéptica sobre la base de que la población anciana padece frecuentemente varias importantes patologías concomitantes que, como la demencia, la osteoartrosis, las enfermedades cardiovasculares o la diabetes, “tapan” a otras patologías, aparentemente menos trascendente y, por ello, menos informadas<sup>6</sup>.

Los próximos resultados a discutir tratan acerca de las complicaciones más frecuentemente encontradas en los pacientes ancianos operados de úlcera péptica gastroduodenal. Primeramente se mostraron las complicaciones relacionadas con la técnica quirúrgica realizada, divididas según el momento en transoperatorias, postoperatorias precoces y postoperatorias tardías y en ella se pone de manifiesto que la más frecuente de estas fue la gastritis crónica del estómago operado, perteneciente al período postoperatorio tardío, seguida por la dehiscencia del muñón duodenal, perteneciente al postoperatorio precoz. También se señala que con respecto al total de casos operados hubo complicaciones en un 15 % de estos.

Además se recogieron otro tipo de complicaciones, las no relacionadas con la técnica quirúrgica realizada. En este caso las más frecuentes fueron la crisis hipertensiva y la sepsis respiratoria, habiendo solamente un 6 % de pacientes con este tipo de complicaciones.

Las nuevas técnicas, menos invasivas, han demostrado ser menor causa de complicaciones, un estudio comparativo griego de Nikolopoulo y Thomopoulos entre 105 pacientes con sangramiento digestivo alto agudo que tuvieran antecedentes de cirugía gástrica y 608 pacientes con el mismo

cuadro nunca tratados quirúrgicamente, demostró que este síndrome es más severo en los pacientes tratados quirúrgicamente que en los no operados<sup>29</sup>. Por supuesto que ellos se basan en la comparación con otras alternativas terapéuticas como la hemostasia endoscópica, entre otras, por lo que no cabe equipararlas a las condiciones en que fue realizado este estudio.

Un estudio brasileño de Coelho-Neto y Andreollo encontró que los síntomas más comunes en el postoperatorio tardío fueron la ligera dispepsia con o sin *Helicobacter pylori* (HP). La diarrea, la anemia y el síndrome de dumping ocurrieron, respectivamente, en el 18,6 %, 3,4 % y 3,4 % de los casos. La reconstrucción por Billroth I tuvo los mejores resultados clínicos estadísticamente. Los hallazgos endoscópicos mostraron resultados normales en la mayor parte de los casos y gastritis por reflujo alcalino o gastritis erosiva en pocos casos. Las recurrencias ulcerosas fueron diagnosticadas en un 3,4 % de los pacientes, de los cuales todos eran HP positivos. La mayoría de los pacientes tenían HP antes de la cirugía y también en el postoperatorio<sup>30</sup>.

Rodríguez Rodríguez y Albertini López aportan que el 32,7 % de los pacientes tuvieron complicaciones posoperatorias. La disfagia (14 %) y las diarreas (17 %) fueron las más frecuentes. Hubo recidivas en el 4,6 % de los casos. Se obtuvieron buenos resultados, según la clasificación de Visick, en el 92,6 % de los pacientes y no hubo mortalidad posoperatoria<sup>3</sup>. En el hospital Miguel Enríquez, Yera Abreus y Gutiérrez Rojas encontraron que las complicaciones en general de la úlcera gastroduodenal se presentaron mucho más frecuentemente entre la quinta y séptima décadas de la vida y en el sexo masculino. La complicación más frecuente fue la hemorragia<sup>15</sup>, los resultados de este estudio lo anterior, aunque con las posibilidades no se pueden incluir comparaciones con respecto al *Helicobacter pylori*. En esta serie se encontraron las diarreas postvaguectomía con una frecuencia discretamente significativa si se compara con el total de complicaciones. Sin embargo, no se encontraron ni disfagia ni síndrome de dumping ni se recogieron datos de recidiva ulcerosa, como aparecen en los estudios citados. Además, este estudio encontró un 35 % de complicaciones de ambos tipos explicados, lo que se acerca bastante al 37 % encontrado en revisión internacional.

Dado el riesgo de que persista la úlcera refractaria tras el tratamiento quirúrgico, en estos pacientes se recomienda agotar todas las opciones médicas (incluido el ajuste individual de las dosis de inhibidores de la bomba de protones necesario para obtener una inhibición ácida eficaz durante 24 h/día) antes de indicar la cirugía<sup>5</sup>.

Con respecto a las complicaciones no relacionadas con la técnica quirúrgica, se encontró que tuvieron mayor frecuencia la sepsis respiratoria y la crisis hipertensiva. Esta última presumiblemente relacionada con el elevado número de pacientes hipertensos que se incluyó en esta serie.

Según otros estudios de complicaciones de pacientes quirúrgicos ancianos sin precisar tipo de operación, la infección de herida quirúrgica fue la complicación más frecuente y la sepsis intraabdominal la causa más común de muerte, existiendo inferencia estadística en la relación morbimortalidad con cirugía urgente electiva, con una morbilidad global del 9,18 % y una mortalidad del 2,54 %, lo que no tuvo relación directa con el incremento de la edad de los pacientes. Se establece un grupo de edad con resultados mayormente negativos éste recae directamente en el grupo de 70 y 79 años, donde se presentó el mayor número de complicaciones, en conjunto con el grupo de 60 y 69 años. Lo obtenido en este estudio se corresponde parcialmente lo anterior, donde se observó que hubo presencia de absceso intrabdominal en un caso y de sepsis de la herida quirúrgica igualmente en un caso, con discreta significación si se compara con el total de complicaciones.

En esta investigación se obtuvo como resultado la distribución de pacientes ancianos operados según clasificación de Visick encontrándose que la mayor parte de los pacientes fueron evaluados como Visick I. Hubo un número menor de casos valorados como Visick II, con una cifra igual a los evaluados como Visick III. No se recogieron casos en cuya evolución aparecieran síntomas

moderados o graves que interfirieran con las actividades laborales del enfermo, como la recidiva de la úlcera y secuelas, por lo que no hubo evaluados de Visick IV.

La literatura expresa que en la generalidad de los pacientes operados de úlcera péptica gastroduodenal evolucionan satisfactoriamente hacia un Visick I ó II, o sea que se mantienen asintomáticos o con síntomas leves y aislados. Por ejemplo, un estudio brasileño de 59 pacientes sometidos a diferentes variantes de gastrectomía arrojó que la mayoría (96 %) tuvo una muy buena evolución clínica Visick I y II<sup>30</sup>.

Los autores creen que aunque los sujetos fueran ancianos, con todos los factores de riesgo y la comorbilidad asociada a este grupo etáreo, obtuvieron buenos resultados con la evaluación de Visick debido a que se trató en todo momento de operaciones programadas, con las ventajas obvias que se derivan para el paciente.

## CONCLUSIONES

La úlcera gastroduodenal predominó en el sexo masculino y el órgano con mayor frecuencia de afectación fue el estómago. El grupo etáreo más tratado fue el de 60 a 65 años. La úlcera péptica gástrica se encontró con mayor localización en la región pilórica o prepilórica, mientras que la úlcera péptica duodenal se encontró con mayor frecuencia en la cara anterior de la primera porción del duodeno. La técnica quirúrgica más empleada fue la vaguectomía troncular y antrectomía, seguido por la vaguectomía troncular y piloroplastia. Las enfermedades concomitantes no influyeron de forma representativa en la aparición de las complicaciones. La enfermedad concomitante más encontrada fue la hipertensión arterial, encontrando un fallecido con esta enfermedad. La complicación relacionada con la técnica quirúrgica realizada más frecuentemente encontrada fue la gastritis crónica del estómago operado, habiéndose complicado menos de la quinta parte de los pacientes operados. Las complicaciones no relacionadas con la técnica quirúrgica realizadas más frecuentes fueron la sepsis respiratoria y la crisis hipertensiva, habiendo una muy pequeña parte de pacientes con este tipo de complicaciones. Al ser evaluados por la clasificación de Visick postoperatorio, la mayor parte de los pacientes fueron valorados como Visick I. No se obtuvo ningún caso evaluado como Visick IV.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Zenilman ME, Kaltic MR. Principles and Practice of Geriatric Surgery. New York: Springer; 2001.
2. García Gutiérrez A, Pardo Gómez G. Texto de Cirugía. La Habana: Ministerio de Salud Pública;2005.
3. Rodríguez Rodríguez I, Albertini López G. Operaciones conservadoras de órganos en la úlcera péptica duodenal. Rev Cubana Med Milit. 2004;33(4). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol33\\_4\\_04/mil02404.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol33_4_04/mil02404.htm)
4. Boixeda MD, Martín de Argila C. Úlcera péptica. Programa anual 2001-2002 de formación continuada acreditada para médicos de atención primaria. El med interact Diario Electr Sanid. 2003 Ene (892). Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/aula/tema9/ulcera12.htm>
5. Boixeda de Miquel, Daniel y Martín de Argila, Carlos. Úlcera péptica. Disponible en URL <http://www.cirugest.com/revisiones/cir13-03/13-03-01.htm>
6. Fowler Steven F, Khoubian Jake F, Mathiasen Ron A, Margulies DR. Peptic ulcers in the elderly is a surgical disease. Am J Surg. 2001 Dec;182(6):733-7. Available from: <http://www.americanjournalofsurgery.com/article/S0002-9610%2801%2900796-6/abstract>
7. Soriano García JL, Carrillo Franco G, Arrebola Suárez JA, Martín García A. El cáncer en la tercera edad. Rev Cubana Oncol. 1995 En-ju;11(1). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol11\\_1\\_95/onc14195.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol11_1_95/onc14195.htm)

8. Torres Vidal RM, Gran Álvarez MA. Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. Rev Cubana Salud Pública., Rev Cubana Salud Pública. 2005 Abr-jun;31(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662005000200006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200006)
9. Martínez Almanza L, Menéndez Jiménez J, Cáceres Manso E, Baly Baly M, Vega García E, Prieto Ramos O. Las personas de edad en Cuba. Principales tendencias demográficas y morbimortalidad. RESUMED. 1999;12(2):77-90. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol12\\_2\\_99/res05299.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol12_2_99/res05299.htm)
10. Rodríguez Cabrera A, Álvarez Vázquez L. Repercusiones del envejecimiento de la población cubana en el sector salud. Rev Cubana Salud Pública 2006;32(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662006000200013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000200013)
11. Valdivia Domínguez A. El envejecimiento de la población: un reto. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2006; 44(3). Disponible: [http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol44\\_3\\_06/hie01306.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol44_3_06/hie01306.htm)
12. Alonso Galbán P, Sansó Soberats FJ, Díaz-Canel Navarro AM, Carrasco García M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev Cubana Salud Pública. 2007 Ene-mar;33(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662007000100010&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662007000100010&script=sci_arttext)
13. Juárez Corona D, Hurtado Díaz JL, Escamilla Ortiz A, Miranda González O. Análisis de morbilidad y mortalidad en pacientes quirúrgicos geriátricos. Cirujano General. 2005; 27(2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2005/cg052c.pdf>
14. Yera Abreus L, Gutiérrez Rojas AR. El problema de las complicaciones de la úlcera gastroduodenal en el hospital "Miguel Enríquez". Arch Cir Gen Dig. 2006 Sep; 9(4). Disponible en: <http://www.cirugest.com/htm/revista/2006/09/2006-09-04.htm>
15. Sudeep Kahna, Anoop Joshi, Vineet Ahuja, M.p Sharma. Profile of the peptic ulcer disease in the elderly. J Gastroent Hepatol. 2000 Dec;15 (12). Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1440-1746.2000.000a6.x/abstract>
16. Pilotto A, Franceschi M, Di Mario F, Leandro G, Bozzola L, Valerio G. The Long-Term Clinical Outcome of Elderly Patients with Helicobacter pylori-Associated Peptic Ulcer Disease. Gerontology. 1998;44(3):153-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9592687>
17. Permutt, RP, Cello, JP. Duodenal ulcer disease in the hospitalized elderly patient. Dig Dis Sci. 1982 Jan;27(1):1-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Permutt+RP.+Duodenal+ulcer+disease+in+the+hospitalized+elderly+patient>
18. Anuario Estadístico de Salud. Sancti Spiritus: Dirección Sectorial Provincial de Salud;2006.
19. Battaglia G, Di Mario F, Vigneri S, Dal Santo P, Pilotto A, Mazzacca G. Peptic ulcer in the elderly, a double blind, short-term study comparing nizatidine 300 mg with ranitidine 300 mg. Aliment Pharmacol Ther. 1993 Dec;7(6):643-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8161671>
20. Editorial. Principios de la cirugía gástrica. Fisiopatología del estómago operado. [Internet]. Disponible en: <http://www.cirugest.com/htm/revisiones/cir13-04/13-04-01.htm>
21. Morales González RA. Mortalidad postoperatoria intrahospitalaria de los adultos mayores en Cirugía General. Rev Cubana Cir 2003;42(4). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol42\\_4\\_03/cir06403.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol42_4_03/cir06403.htm)
22. Singh V1, Trikha B, Nain CK, Singh K, Vaiphei K. Epidemiology of Helicobacter pylori and peptic ulcer in India. J Gastroenterol Hepatol. 2002 Jun;17(6):659-65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Virendra+Singh.+Epidemiology+of+Helicobacter+pylori+and+peptic+ulcer+in+India>
23. Quintana Proenza A, Sánchez Rojas T, Quintana Marrero JJ, Reyes Balseiro ES, De la Guardia Gispert E, De la Guardia Milla E. El adulto mayor en cirugía general. Rev Cubana Cir. 2001 Oct-dic;40(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932001000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932001000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
24. Crespo Acebal L, Gil Manrique L, Padrón Sánchez A, Rittoles Navarro A, Villa Valdés M. Morbimortalidad por sangramiento digestivo alto en la Unidad de Cuidados Intermedios Quirúrgicos. Estudio en 365 pacientes. Rev Cub Med Int Emer. 2002;1(46-52). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol1\\_1\\_02/mie08102.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol1_1_02/mie08102.pdf)

25. Hernández Gutiérrez JM, Torres Peña R, Cardevilla Azoy C, Rodríguez Rodríguez I. Vagotomía laparoscópica de Hill-Barker frente a la convencional para la úlcera péptica del duodeno. Rev Cubana Cir. 2006 Ene-mar;45(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932006000100005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932006000100005)
26. Jaén Tolón O, Ojeda López LA, Legrá Legrá J, López Pérez A. Cirugía laparoscópica en ancianos. MEDISAN 2002;6(4):36-40. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol7\\_4\\_02/san06402.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol7_4_02/san06402.pdf)
27. Duggan JM, Zinsmeister AR, Kelly KA, Melton LJ. Long-term survival among patients operated upon for peptic ulcer disease. J Gastroenterol Hepatol. 1999 Nov;14(11):1074-82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10574134>
28. Nikolopoulou VN, Thomopoulos KC, Theocharis GI, Arvaniti VA, Vagianos CE. Acute upper gastrointestinal bleeding in operated stomach: outcome of 105 cases. World J Gastroenterol. 2005 Aug 7;11(29):4570-3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16052690>
29. Coelho-Neto Jde S, Andreollo NA, Lopes LR, Nishimura NF, Brandalise NA, Leonardi LS. Late follow-up of gastrectomized patients for peptic ulcer: clinical, endoscopic and histopathological aspects. Arq Gastroenterol. 2005 Jul-Sep;42(3):146-52. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-28032005000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032005000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
30. Del Pozo Jerez, Haydeé y Leiva Suero, Lizette E. Hipertensión arterial y riesgo preoperatorio en el paciente anciano. Acta Médica. 2002;10(1-2). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/act/vol10\\_2002/act06102.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/act/vol10_2002/act06102.htm)
31. Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la úlcera gástrica causada por antiinflamatorios no esteroides. Rev Panam Salud Publica. 1998 Oct;4(4 ). Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49891998001000014](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891998001000014)

## ANEXOS

### Modelo de recolección de la información.

Nombre: \_\_\_\_\_ No. HC: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_

Úlcera: Gástrica \_\_\_\_ Duodenal \_\_\_\_

Especificar locación dentro del órgano: \_\_\_\_\_

Técnica quirúrgica realizada: \_\_\_\_\_

Presencia de enfermedad concomitante. Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Especificar cuál o cuáles: \_\_\_\_\_

Complicaciones: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Momento en que aparece: Transoperatorio \_\_\_\_ Postoperatorio prevoz \_\_\_\_ Postoperatorio tardío  
\_\_\_\_\_

Relacionada con la técnica quirúrgica especificar cuál o cuáles:

---

No relacionada con la técnica quirúrgica especificar cuál o cuáles:

---

Estado al egreso: Vivo \_\_\_\_ Fallecido \_\_\_\_

Evaluación de Visick postoperatorio:

Visick I \_\_\_\_ Visick II \_\_\_\_ Visick III \_\_\_\_ Visick IV \_\_\_\_