

**Trabajo original**

Hospital Clínico Quirúrgico Lucia Iñiguez Landín. Holguín

**Mortalidad por hemorragia gastrointestinal alta en pacientes atendidos en el Hospital Clínico Quirúrgico Lucia Iñiguez Landín**

**Mortality Due to Upper Gastrointestinal Bleeding. Lucia Iñiguez Landín  
Surgical Teaching Hospital**

*Nerza Enid Peña Pupo<sup>1</sup>, Rosell Batista Feria<sup>2</sup>, Luisa Maria Ametller Hernández<sup>3</sup>,  
Ranier Nelson Pupo Carracedo<sup>4</sup>, Nancy de las Mercedes Abreu Leyva<sup>5</sup>*

- 1 Especialista Primer Grado en Cirugía General. Profesor Asistente Cirugía General Vicedirectora Quirúrgica Hospital Clínico Quirúrgico Lucia Iñiguez Landín
- 2 Especialista Primer Grado en Cirugía General. Instructor Cirugía General. Jefe de Servicio Cirugía General. Hospital Clínico Quirúrgico Lucia Iñiguez Landín
- 3 Especialista Primer Grado en Cirugía General. Hospital Clínico Quirúrgico Lucia Iñiguez Landín
- 4 Especialista Primer Grado en Medicina General Integral. Especialista Primer Grado en Gastroenterología. Hospital Clínico Quirúrgico Lucia Iñiguez Landín.
- 5 Especialista Primer Grado en Medicina Interna. Instructor. Hospital Clínico Quirúrgico Lucia Iñiguez Landín

**RESUMEN**

Se realizó un estudio de los pacientes fallecidos por hemorragia gastrointestinal alta en el Hospital Provincial Docente Lucia Iñiguez Landín de Holguín, desde

enero de 2000 a diciembre 2004. Se utilizaron los expedientes clínicos para extraer los siguientes datos: edad, las causas, síntomas y signos más comunes del sangramiento, tratamiento realizado y causas de muerte, con el objetivo de analizar las principales causa de fallecimiento de los pacientes con hemorragia digestiva alta, en nuestro centro. El sangramiento se presentó, más frecuentemente, en 41 pacientes mayores de 60 años, la úlcera gastroduodenal fue la causa principal de HGA y el signo más frecuente fue las mucosas hipocoloreadas. Se operaron 23 pacientes 34,33% y la técnica quirúrgica más frecuentemente realizada fue la transfixión del vaso sangrante con vaguectomía y piloroplastia. La principal causa de muerte fue el fallo multiorgánico.

Palabras clave: hemorragia gastrointestinal alta, mortalidad

## **ABSTRACT**

A study in patients who died due to gastrointestinal bleeding at Lucia Iñiguez Landín Teaching Hospital from January 2000 to December 2004 was carried out. Different data such as age, causes, the most common bleeding symptoms and signs, treatment and causes of death were analyzed, aimed at knowing the main causes of death in patients with upper gastrointestinal bleeding (UGB). Bleeding was present in patients older than 60 years(41 patients).Gastroduodenal ulcer was the main cause of UGB and the most frequent sign was hypocolored mucosa. Only 23 patients (34.33%) underwent surgery and the main cause of death was multiorgan failure.

Key words: upper gastrointestinal bleeding, mortality

## **INTRODUCCIÓN**

La hemorragia gastrointestinal alta (H.G.A) constituye una de las principales urgencias atendidas en los hospitales clínico-quirúrgicos y es un evento impresionante tanto para el médico como para el paciente <sup>(1)</sup>. Por definición, se

considera aquella que se produce a nivel de los primeros segmentos del aparato digestivo, desde la boca hasta el ángulo duodenoyeyunal.

Esta enfermedad es un problema frecuente en el mundo y es considerada como causa mayor de morbilidad y mortalidad en todos los grupos de edades, pero su incidencia es difícil de determinar, a pesar de la gran cantidad de reportes que se encuentran en la literatura médica.

Aunque existen numerosas causas que motivan la H.G.A, la mayoría de los autores coinciden en referir que las más frecuentes son las enfermedades ulcerosas, las várices esofágicas, tumores malignos y benignos, hernia hiatal y divertículos (1, 2, 3, 4,5).

El diagnóstico ante los síntomas no es difícil, los medios diagnósticos más fieles para determinar la etiología son: la esofagogastroduodenoscopia y la angiografía selectiva(4, 5). El tratamiento es médico quirúrgico, reservándose fundamentalmente para el sangramiento masivo, iterado, recidivante, y persistente (5).

La hemorragia gastrointestinal alta tiene una significativa mortalidad global que oscila entre 8 y 12%, pues a pesar de lo avances en el conocimiento, diagnóstico y tratamiento, ésta no ha variado sustancialmente en los últimos años.

Estudios realizados informan que su incidencia global en los países occidentales varía de 50 a 150 por cada 100 000 habitantes, aproximadamente 50 de cada 100 mil pacientes internados. (6)

En nuestro país según series revisadas la frecuencia de H.G.A. es de 100 por cada mil habitantes y su mortalidad de un 9 – 10%. (7,8). Con el objetivo de determinar el total de fallecidos por H.G.A. y sus causas se realiza el presente trabajo, en el Hospital Clínico Quirúrgico Lucia Iñiguez Landín.

## **MÉTODOS**

Se realizó un estudio retrospectivo de tipo descriptivo de los fallecidos por HGA, con una muestra de 67 pacientes, durante el período de enero de 2000 a diciembre 2004 en el Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iñiguez Landín. Se realizó la revisión de las historias clínicas de todos los pacientes fallecidos por esta

enfermedad para determinar la edad, síntomas y signos, la etiología, el tratamiento, las causas de muerte y el porcentaje de incidencia de cada una de ellas. Estas variables fueron llevadas a representación tabular, se consideró la H.G.A severa cuando no se mantuvo la hemodinámica en el paciente (presión arterial sistólica mayor de 100 mm/hg, frecuencia cardíaca menor de 100 lat. /min y hemoglobina igual o mayor a 8 g/l) a pesar de las transfusiones sanguíneas, las reposiciones de volúmenes y la terapéutica impuesta.

## RESULTADOS

Durante el período comprendido desde enero de 2000 a diciembre de 2004 fallecieron 67 pacientes con el diagnóstico de H.G.A. en el Hospital Provincial Docente Lucía Iñiguez Landín de Holguín, la muestra corresponde con el total de fallecidos por esta causa.

El grupo de edades más afectado fue el mayor de 60 años, con 41 pacientes para un 61,19%, seguido por el de 46 a 59 años, con 17 pacientes para un 25,3%, sólo 9 pacientes se encuentran entre 31 y 45 años para un 13,4% (tabla I).

Tabla I. Distribución según edad

EDAD	No.	%
31 – 45 años	9	13,4
46 – 59 años	17	25,3
60 y más	41	61,1
Total	67	100

Fuente: expedientes clínicos

El análisis de los síntomas y signos (tabla II) nos mostró que el más frecuente fue las mucosas hipocoloreadas encontrado en 56 pacientes (83,58%), seguido de la melena y la hematemesis en el 80,59% y el 43,2%, respectivamente.

Tabla II. Cuadros clínicos

Cuadro clínico	No.	%
----------------	-----	---

Hematemesis	29	43,2
Melena	54	80,5
Anemia	56	83,2
Hipotensión	15	22,3

Fuente: expedientes clínicos

Según la etiología de H.G.A (tabla III) predominó la úlcera gastroduodenal, la gastritis aguda y las várices esofágicas en primer, segundo y tercer lugar para un 41,79%, 19,4% y 16,41%, respectivamente. El 11,9% de los pacientes de la serie tenían cáncer gástrico.

Tabla III. Etiología de la hemorragia gastrointestinal alta

Etiología	No.	%
Úlcera gastroduodenal	28	41,7
Várices esofágicas	11	16,4
Gastritis agudas	13	19,4
Neoplasia gástrica	8	11,9
Otras	7	10,4
Total	67	100

Fuente: expedientes clínicos

Al analizar la magnitud del sangramiento encontramos que 37 pacientes tuvieron HGA severa, 19 moderada y 11 leve para un 55,2%; 28,3% y 16,4%, respectivamente.

El tratamiento quirúrgico se realizó a 23 pacientes, o sea el 34,32% del total de fallecidos. La técnica quirúrgica más utilizada fue la transfusión del vaso sangrante con piloroplastia y vaguectomía en 9 pacientes, para un 39,1%, seguida de la gastrectomía subtotal en 6 para un 26% y la ligadura transgástrica varices esofágicas a 3 pacientes para un 13% (tabla IV).

TABLA IV: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Técnicas quirúrgicas	No.	%
Gastrectomía subtotal + Biroth II	6	26
Transfusión vaso sangrante + píloroplastia + vaguectomía	9	39,1
Transfusión vasos sangrantes	3	13
Ligadura transgástrica de várices esofágicas	3	13
Gastrostomía más Sengstaken	2	8,3
Total	23	100

Fuente: expedientes clínicos

Se analizaron las causas de muerte (tabla V) y se concluyó que el 46,22% de los enfermos murieron por fallo multiorgánico, 8 por bronconeumonía (11,94%) y 6 pacientes por Shock hipovolémico para un 8,95% de los fallecidos.

TABLA V: CAUSA DE MUERTE

C Causas de Muerte	No.	%
Fallo multiorgánico	31	46,2
Shock hipovolémico	6	8,9
Coma hepático	4	5,9
Bronconeumonía	8	11,9
Desequilibrio hidroelectrolítico	4	5,9
TEP	4	5,9
Peritonitis	2	2,9
IRC	4	5,9
IMA	2	2,9
Infarto cerebral	2	2,9

Total	67	100
-------	----	-----

Fuente: expedientes clínicos

## DISCUSIÓN

La H.G.A constituye una urgencia médico quirúrgica a tener en cuenta por lo dramática de su presentación, así como por la mortalidad de alrededor del 10% (1, 7,8).

Al analizar el grupo de edades se comprobó que el mayor número de pacientes se encontraban en el grupo de 60 años y más en un 61,19% como se reportan en referencias nacionales (9,12) los cuales coinciden en que aparece en edades avanzadas de la vida por múltiples factores de índole general, la mayor frecuencia de lesiones malignas y premalignas del tubo digestivo que son potencialmente sangrantes, además el efecto acumulativo de muchos años de algunos factores relacionados con este padecimiento como son el alcoholismo y el hábito de fumar.

Todos los autores coinciden que la úlcera péptica es la causa más común de la H.G.A en el 50% de los enfermos y de ellos 2/3 corresponde a las úlceras duodenales y el 1/3 restante a úlcera gástrica, así lo demuestra un amplio estudio de la Sociedad Americana de Endoscopia Digestiva (9).

En nuestra serie representó el 41,71%, se considera que los factores que pudieran explicar esta situación son el no cumplimiento del tratamiento médico actualizado relacionado con el aspecto higiénico dietético y la sistematicidad en la utilización del tratamiento farmacológico (1,7, 13,14). Se realizó tratamiento quirúrgico a 23 pacientes para un 34,32%. No existió uniformidad en relación con el momento oportuno para esta terapéutica, decisión esta que debe ser tomada cuando el estado general del paciente permita su recuperación postoperatoria, pero si no se logra la estabilidad hemodinámica no se debe intentar mantener la terapéutica medicamentosa por lo que elevará la mortalidad al demorar la intervención quirúrgica, coincidiendo este planteamiento con lo reportado en la literatura nacional e internacional (10, 11, 13, 14, 15, 16).

En la actualidad el desarrollo de las técnicas para el tratamiento endoscópico, el uso de somastatina y de sus derivados o la realización de cortocircuitos transyugular han disminuido el peligro de resangramiento y con ello la necesidad de intervención quirúrgica de urgencia por lo que nuestros resultados no coinciden con la literatura revisada al no estar estos métodos a nuestro alcance, lo cual hace que el tratamiento quirúrgico realizado en el momento oportuno sea el único medio que tenemos para garantizar la vida del paciente (2, 10, 12, 13, 14,15).

En nuestra serie la principal causa de muerte fue el fallo multiorgánico (47,83%) y en segundo lugar la bronconeumonía. El primero debido a las enfermedades de base que presentaban estos pacientes asociados a la edad avanzada y la persistencia del sangramiento en los cuales los métodos utilizados fueron infructuosos. La bronconeumonía generalmente hace su aparición como consecuencia del estado general del paciente y empeora el pronóstico de esta enfermedad (2, 5, 8, 14,15).

## **CONCLUSIONES**

La hemorragia digestiva alta es más frecuente en pacientes mayores de 60 años, en nuestro estudio la principal causa fue la úlcera péptica gástrica y duodenal. La técnica quirúrgica más usada fue la transfixión del vaso sangrante con piloroplastia y vaguectomía troncular. El fallo multiorgánico y la bronconeumonía fueron las principales causas de muerte.

Se debe establecer una conducta ante la hemorragia digestiva alta que garantice la sistematicidad en el seguimiento del paciente y la indicación oportuna para el tratamiento quirúrgico.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1 Palomino A, B, *et.al.* Experiencias en la endoscopia de urgencia en el sangramiento digestivo alto. Rev Cub Milit 1997; 26(2):116 – 121.
- 2 Farreas Valenti, P. Medicina Interna tomo 1. 13 ED. Ed. Barcelona: Ediciones DOYMA, 1996: 822 – 41.

- 3 Holman RA, Davis M, Gough KR. Value of centralised approach in the Management of haematemesis and melena: Experience in a district general hospital. GUT 1999; 31, 504 –8.
- 4 Miño G, Jaramillo JL. Epidemiología, etiología y clínica de la HDA. En: Patología del esófago y del estómago. Madrid: Jarpyo Editores, 1988;(1):125-35.
- 5 Codina Cazador A, Codina Barrera A, Pujol O, Acero Hernández F, González Huix F. Análisis descriptivo de 660 casos de hemorragia digestiva alta: relación con la endoscopia de urgencia y la mortalidad. Rev Esp Enf Apar Dig 1989;75(6):665-706.
- 6 Ibañes Alvarez L. Hemorragia digestiva alta: Práctica de Cirugía. Chile 2000; 5:24 –27.
- 7 Crespo Acebal L., *et.al.* Morbimortalidad por sangramiento digestivo alto en la unidad de cuidados intermedios quirúrgicos. Estudios en 3 pacientes Rev Cub Med Int.Emergency 2004, 1(1): 1- 8.
- 8 Ojeda Ojeda, M J: Mortalidad quirúrgica en el Hospital Carlos Manuel Céspedes de Bayamo. Años 1987 – 1991. Rev.Cub.Cir 1999; 37(1):1 – 9.
- 9 Eisen GM, Dominitz JA, Faigel DO, Golgstein JL, Kalloo An. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Standards of Practice. An annotated algorithmic approach to upper gastrointestinal bleeding. Gastrointest Endosc 2001; 53(7):853 – 8.
- 10 Debognie J.C. Endoscopic et pronostic de l hemorragie der tractus digestiv superieur. Gastroenterol Clin Biol 1999; 3:37 –39.
- 11 Firman Q. Algoritmo Diagnostico y Terapeutico de la Hemorragia gastrointestinal Alta. Endosc 2002; 60(9):925-7.
- 12 Barrero Soto R, Carmenate González N, Martínez Núñez N. Morbilidad y mortalidad provincial. Rev Cubana.Cir 1999; 29(3):394 – 405.
- 13 Trewby P. Upper-gastrointestinal haaemorrhage managed wiyhout endoscopy. Lancet 2000; 356(9247):210.
- 14 Allan R, Dykes PA. Study of the Factores influencing mortality rales from Gastrointestinal hemorrhage. Q J Med, 1986;45:533-550.

15 Morad Broca P. Mortality and emergency abdominal surgery; apropos of 304. cases. Argument for clinical mecline. Bull Acad North Med 2002; 173(8): 1059-63.

*Correspondencia:* Nerza Enid Peña Pupo. Dirección: Calle 22 No. 6 altos % 23 y 25 Pueblo Nuevo Holguín. Teléfono: 461938. Correo electrónico: nerza@hcqho.sld.cu