

TITULO: Morbimortalidad por Sangrado Digestivo Alto. Hospital Clínico Quirúrgico. Banes. Enero 2007_Diciembre 2008

TITLE: Morbi-Mortality by Upper Digestive Bled. Clinical and Surgical Hospital "DR. Carlos Font Pupo" Banes. January 2007 December 2008

AUTORES

Dr. Jorge Luis Pérez Jara. jorgelp@banes.hlg.sld.cu

Dra. Lizandra Naranjo García.

Dr. Antonio Ricardo García.

PAIS: Cuba

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal y retrospectivo para analizar la morbilidad por sangrado digestivo alto, de los casos atendidos en el servicio de cirugía del Hospital Clínico Quirúrgico de Banes, Holguín, motivados por la alta incidencia en nuestro territorio. La muestra estuvo conformada por los pacientes entre 15 a 65 años y más, se identificaron como principales causas de sangrado digestivo alto a la úlcera péptica crónica, las gastritis hemorrágicas por AINES y las principales enfermedades asociadas fueron las enfermedades del SOMA y la hipertensión arterial. La mortalidad global fue de 7.06 % de casos.

PALABRAS CLAVES: SANGRADO DIGESTIVO ALTO; HEMATEMESIS; HEMATOQUECIA; MELENA.

ABSTRACT:

Motivated by the high incidence in our territory we carried out a descriptive study of transverse and retrospective court to analyze the morbimortality had upper digestive bled, of the cases assisted in the service of surgery at Surgical Clinical Hospital Dr. Carlos E. Font Pupo in Banes, Holguín. The sample was conformed by the patients among 15 to 65 years and more. Identified as main causes of having upper digestive bled to the peptic chronicle ulcer and the hemorrhagic gastritis for AINES .the main associate illnesses were the SOMA illnesses and the hypertension. The global mortality was of 7.06% of cases.

KEY WORDS: UPPER DIGESTIVE BLEED; HEMATEMESIS; HEMATOCHESIA; MELENA.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva Alta podemos definirla, como toda pérdida de sangre originada en el tracto digestivo superior, entre la región faringoesofágica y el ángulo de Treitz, de una intensidad suficiente como para que se manifieste por hematemesis y/o melenas. En este concepto se incluyen también aquellas hemorragias de los órganos vecinos que drenan su sangrado a esta parte del tubo digestivo, bien por orificios naturales, como en el caso de las hemorragias del árbol biliar o el conducto pancreático, o bien por orificios patológicos, como en las fístulas aorto digestivas.¹

En los textos de cirugía de los años treinta se descartaba la intervención quirúrgica de urgencia como método de tratamiento para los pacientes con hemorragia intestinal masiva. Hacia 1940, el perfeccionamiento de las técnicas anestésicas, así como el surgimiento de los antimicrobianos, el mejoramiento de la técnicas de reposición sanguínea e incluso el propio acto quirúrgico permitían ya la intervención quirúrgica selectiva, apareciendo ya una supervivencia creciente en comparación con el tratamiento médico aislados.²

En las últimas dos décadas el tratamiento se ha refinado enormemente, hasta el punto de que los pacientes que sangran activamente a partir de ulceraciones péptica presentan una supervivencia superior al 95%. Sin embargo el tratamiento actual no es tan satisfactorio en las hemorragias digestivas altas por várices esofágicas y en las hemorragias intermitentes a partir de una fuente oculta.³

La trascendencia de las hemorragias digestivas altas se agranda por el hecho de la alta mortalidad, que a pesar de todos los avances diagnósticos y terapéuticos sigue estando entre el 5% y el 10% de los casos.^{4, 5}

¹ Farreras Valenti, P: Medicina Interna, p822_841.

² Hardy, J. Problemas Quirúrgicos Graves, p321_324.

³ Abella Martín, E, Rev. Cub. Med, p462-468.

⁴ Allan, R. A study of the factors influencing Mortality rates from gastrointestinal hemorrhage, p533_550.

Las hemorragias digestivas altas se presentan como hematemesis, melena y/o hematoquecia con diversos grados de alteración hemodinámica, dependiendo de la localización, de la velocidad y cuantía de las pérdidas sanguíneas, desde el punto de vista de su gravedad puede abarcar desde la forma masiva aguda hasta las pérdidas sanguíneas crónicas e intermitentes, afectando a todos los estratos socioeconómicos y se reporta casi por igual en el entorno urbano y rural.⁶

Por lo antes planteado **el Problema Científico** del cual se ocupó la presente Investigación es el siguiente:

¿Cuál será el comportamiento de la morbilidad por SDA en nuestro municipio según el análisis de las variables fundamentales: edad y sexo, enfermedades relacionadas con el mismo, sus causas más frecuentes, los tratamientos empleados, y las principales tasas de morbilidad del SDA?

Concebimos la idea científica a defender y que responde a nuestro principal objetivo.

Caracterizar la morbilidad por sangrado digestivo alto en nuestro centro hospitalario, para promover una serie de acciones de salud encaminada a la prevención de las principales causas que originan este peligroso síndrome que pone en peligro la vida de muchos pacientes y que una vez establecido el diagnóstico de un sangrado digestivo alto, aplicar el tratamiento mas correcto para obtener un mejor pronóstico con un elevado índice de supervivencia, disminuyendo las complicaciones y aumentando la calidad de vida de los pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS.

El universo de estudio estuvo conformado por los pacientes con diagnóstico de sangrado digestivo alto, de debut, atendidos en nuestro centro pertenecientes a las cinco áreas de salud de nuestro municipio, en el período comprendido entre enero de 2007 a diciembre de 2008. La muestra quedó constituida por 85 casos, se excluyeron un total de seis casos por existir dificultades desde el punto de vista de la historia clínica, como documento oficial que aportará

⁵ Pinol Jiménez, F., Curso de Capacitación en Endoscopia Digestiva A la Atención Primaria de salud, p25_29.

⁶ Sedgwick E C., Diagnostico y tratamiento en Sangramientos Digestivos Masivos.p62_69.

información confidencial y evidencia real del cuadro presentado, se excluyeron del estudio a los pacientes con el diagnóstico de sangrado digestivo alto que en su Historia clínica no se constató la información suficiente y pacientes con recidiva de los episodios de sangrado. Para el procesamiento de la información inicialmente se tuvo en cuenta el consentimiento de todos los pacientes que participaron en nuestro trabajo teniendo en cuenta principios éticos y la completa voluntariedad lo que nos permitió obtener la información, para la cual se aplicó a todos los pacientes objeto de estudio, una encuesta estructurada que recogió, además de datos generales, variables biológicas de interés como: edad, sexo, antecedentes patológicos personales, causas más frecuentes de SDA, tratamiento empleado. Finalmente la información se almacenó en una base de datos realizada a través del programa Microsoft Excel y se procesó la información a través de métodos de estadística descriptiva, se realizaron cálculos con valores porcentuales lo que nos permitió su presentación en tablas simples y realizar conclusiones. Para la elaboración del informe final se utilizó el software Microsoft Word sobre el soporte Windows XP.

RESULTADOS DEL TRABAJO

La tabla No. 1 representa la distribución de los pacientes estudiados según edad y sexo, observándose que el mayor número de casos se encuentran en el intervalo de 65 años y más, con una cifra de 30 enfermos (35,29%), seguido del grupo de 55 a 64 años con 20 casos para él (23,53%). Con respecto al sexo en nuestra investigación existió un predominio significativo del sexo masculino (62,35%), sobre el femenino (37,65%), con una relación aproximada de 1,6 a 1.

Tabla No. 1. Distribución de los casos estudiados según edad y sexo.

Grupos de Edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
15 – 24 años	2	2.35	1	1.18	3	3.53
25 – 34 años	3	3.53	2	2.35	5	5.88
35 – 44 años	8	9.41	5	5.88	13	15.29
45 – 54 años	9	10.59	5	5.88	14	16.47
55 – 64 años	11	12.94	9	10.59	20	23.53
65 y mas años	20	23.53	10	11.76	30	35.29
Total	53	62.35	32	37.65	85	100.00

Fuente: historia clínica de los pacientes

En la **tabla No. 2** evaluando los antecedentes patológicos personales de nuestro pacientes ingresados por SDA, observamos que la mayor proporción de pacientes refirieron algunas de estas afecciones, entre las que se destacan las enfermedades del SOMA con un total de 54 pacientes (63, 53%), seguido de la hipertensión arterial con 40 pacientes (47,0 6%), la cardiopatía isquémica en el 44,70% de los casos y la úlcera péptica crónica gástrica ó duodenal en el 23,53%, así como la gastritis crónicas en el 21,18% de los casos.

Tabla No. 2: Distribución de los paciente según Antecedentes Patológicos Personales.

APP	No	%
Referidos	80	94.11
• Enfermedades del SOMA	54	63.53
• Hipertensión Arterial.	40	47.06
• Cardiopatía Isquémica.	38	44.70
• Úlcera Péptica Duodenal y gástrica	20	23.53
• Gastritis Crónica	18	21.18
• Cirrosis Hepática	10	11.76
• Diabetes Mellitus.	10	11.76
• Neoplasias.	3	3.53
No referidos	5	5.68

Fuente: historia clínica de los pacientes

Cuando analizamos la distribución de los casos según causas de sangrado digestivo alto en la **tabla No3** nos percatamos que la úlcera péptica crónica gástrica y duodenal fue la entidad más frecuentemente encontrada en 33 pacientes para un 38,82% de los casos, seguido de la gastritis aguda hemorrágica con 20 casos para un 23,53% de los casos, esto coincide con la mayoría de los trabajos revisados en la bibliografía, donde se citan estas dos afecciones como las primeras causas de sangrado digestivo alto indistintamente, sumando en nuestra casuística un total de 53 pacientes para un 62,35% de los casos.

Tabla No. 3. Distribución de los casos según las causas de sangrado digestivo alto.

Enfermedades	No	%
Úlcera péptica, gástrica y duodenal	33	38.82
Gastritis aguda hemorrágica	20	23.53
Varices Esofágicas	10	11.76
Gastroduodenitis severa	7	8.23
Síndrome Mallory Weiss	5	5.89
Hernia Hiatal	5	5.89
Tumores gástricos	3	3.53
Causas no diagnosticadas	2	2.35
Total	85	100.00

Fuente: historia clínica de los pacientes.

En la **tabla No. 4** se analizan la distribución de pacientes según el tipo de tratamiento empleado resultando ser el tratamiento médico el que predominó con 74 pacientes para 87,06% de los casos, el tratamiento quirúrgico se realizó en 11 pacientes con un 12,94% de los casos.

Tabla No. 4. Distribución de pacientes según el tratamiento empleado.

Tipo de Tratamiento	No	%
Tratamiento Médico	74	87.06
Tratamiento Quirúrgico	11	12.94
Total	85	100.00

Fuente: historia clínica de los pacientes

En la tabla No. 5 calculamos la morbilidad de la afección en la población del municipio Banes que es actualmente de unos 83.000 habitantes, encontrando una tasa de mortalidad específica por SDA de 7,22 lo que significa que en Banes entre 2007 y 2008 fallecieron como promedio siete personas por SDA por cada 100 000 habitantes, comportándose de forma similar a lo reportado por otros autores en Cuba y el mundo.^{7, 8, 9}

La tasa de letalidad por SDA que expresa la gravedad de esta enfermedad en nuestro medio es 7,05% con una tasa de incidencia de 10,24 casos nuevos por cada 10 000 habitantes.

Tabla No. 5. Distribución de pacientes según la morbimortalidad.

Tasas de morbimortalidad	Tasas
Tasa de mortalidad específica por SDA	7 por cada 100 000 habitantes
Tasa de letalidad	7,05 por cada 100 habitantes
Tasa de incidencia	10,24 por cada 10.000 habitantes

Fuente: historias clínicas de los pacientes

DISCUSION

En nuestra opinión creemos que la doble asociación entre el elevado número de pacientes que presentan enfermedades del Soma e HTA y cardiopatía isquémica está dado ya que los mismos tienen un consumo elevado de AINES y ASA como antiagregante plaquetario y cómo se conocen los AINES cuando se consumen exageradamente ó asociados tienden a elevar las cifras de tensión arterial, lo que en pacientes seniles eleva el riesgo de sangrado digestivo por gastro erosión, lo que unido al consumo de anticoagulantes aumenta el riesgo y la gravedad de estas lesiones.

Nosotros creemos que esto está influenciado por el predominio del mayor número de pacientes en edad senil, así como los factores de riesgo asociados como son el consumo de AINES y otros hábitos tóxicos como el café y el alcohol, lo cual aumentan el riesgo considerable de enfermedad inflamatoria gastro intestinal. En la actualidad la panendoscopia del tubo digestivo alto permite localizar, determinar y caracterizar el tamaño de las lesiones

⁷ Morgan, AG. , "O.M.G.E. International upper gastrointestinal bleeding survey, p76_79.

⁸ Rodríguez Arencibia, A., Morbimortalidad por SDA por ulcera duodenal, p42_45.

⁹ Crespo Acebal, L. Rev. Cúb.Med Intensiva y Emergencia, p1.

sangrantes de las mucosas esófagogastrica y duodenal y valorar las características de las lesiones y emitir un pronóstico de carácter endoscopio que defina la conducta futura del paciente.¹⁰

En nuestra casuística predominó el tratamiento médico lo que coincide con la mayoría de los autores revisados ^{11,12} ya que la mayoría de los casos que ingresan en los servicios de urgencia con sangrado digestivo alto, las hemorragias se clasifican como leves, y ceden con los tratamientos médicos que incluyen la reposición de volumen con cristaloides, expansores plasmáticos y hemoderivados, la protección de las vías aéreas, los nuevos medicamentos como los inhibidores de los receptores H2, los que bloquean la bomba de protones ejemplo: Omeprazol, y en el caso de las HDA varicosas, las drogas vasoplégicas que disminuyen el sangrado en el área esplacnica y así evitan múltiples intervenciones quirúrgicas, Lobesio¹³ emite una serie de criterios de admisión en unidades de cuidados intensivos de pacientes con hemorragia digestiva alta como son: sangrado masivo que hace necesaria la intubación endotraqueal, pacientes que debutan con hematemesis y hematoquecia, sangrado activo que requiere endoscopia urgente, pacientes con estigmas de sangrado reciente en la endoscopia, y sangrado recurrente significativo durante la misma hospitalización.

Hoy día la mayoría de los cirujanos limitan el gesto quirúrgico en el sangrado digestiva alto de causa no varicosas al control de las hemorragias con suturas del nicho ulceroso en la úlcera duodenal, o la resección local del nicho ulceroso en la úlcera gástrica, asociado a veces a la ligadura de la arteria gastroduodenal o de la coronaria estomacica según los casos.

El tratamiento quirúrgico se realizó en 11 pacientes de los 14 que se catalogaron como graves a su ingreso, por los criterios clínicos y la magnitud de su hemorragia, según valoramos en tablas anteriores, esto nos sugiere que aún se es conservador con pacientes que son tributarios de tratamiento quirúrgico y en los cuales debemos tener una conducta más agresiva acorde con una serie de factores de riesgo y pronósticos que presentan estos casos,

¹⁰ Naranjo Garcia, L., Caracterización clínico-terapéutica de la hemorragia digestiva alta, p34_39.

¹¹ Toledo Sotomayor, G., Sangramiento digestivo alto. Comportamiento clínico en un grupo de pacientes, p4

¹² Hernández Ortega, A, et al. , Comportamiento del sangramiento digestivo alto en pacientes endoscopiados, p28.

¹³ Lobesio, C., Hemorragias Digestivas Altas, p222_240.

como son la senilidad (más de 60 años), el shock hipovolémico, la recidiva hemorrágica y las enfermedades asociadas graves, especialmente la insuficiencia cardíaca, respiratoria, renal y hepática que empeoran el pronóstico.¹⁴

Las principales condicionales que llevaron pacientes al quirófano fueron: la decapitación constante de la Hemoglobina a pesar de la reposición de volumen, el deterioro hemodinámico y la edad avanzada de los pacientes en algunos casos, resultados estos que concuerdan con la bibliografía consultada.

¹⁵ Así Lovesio plantea también la hemorragia digestiva alta, en el curso de una falla pluriparenquimatosa, también la necesidad de más de seis unidades de sangre en 24 horas como criterio de intervención quirúrgica urgente.

Hardy plantea que no son candidatos a cirugía en la hemorragia digestiva alta de causa varicosas aquellos pacientes que tienen hemorragia luego de un episodio agudo de alcoholismo, hemorragias al final de una historia larga y progresiva de insuficiencia hepática con signos de precoma o coma hepático 48 a 36 horas antes, hígado muy pequeño o grande, aquellos cuya hemorragia cesa con los balones.

Atkinson y colaboradores entre otros autores muestran que las necesidades de cirugía en los casos con SDA oscilan entre un 15 y un 30% constituyendo las úlceras gastroduodenales y las várices esofágicas las lesiones que necesitaron en mayor medida de estas alternativas, lo que se comportó similar en nuestra serie¹⁶.

En la mayoría de las series revisadas en países occidentales la incidencia de las hemorragias digestivas altas se sitúa entre 50 a 150 casos anuales por 100 000 habitantes con una mortalidad entre el 8 y el 12%.¹⁷

Estas cifras demuestran que en la población del municipio Banes los factores de riesgo y las causas etiológicas de este peligroso síndrome tienen un comportamiento similar al de los llamados países desarrollados, lo que evidencia que la medicina cubana tiene un altísimo nivel de desarrollo, aunque debemos trabajar más en la prevención y promoción en las áreas de salud con diversas causas que pueden ser disminuidas como son: el alcoholismo,

¹⁴ McGregor, DB. , Massive gastrointestinal hemorrhagic a surgery, p530_534.

¹⁵ MINSAP; Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en Cirugía, p99_104.

¹⁶ Atkinson, RG. , Usefulness of prognostic indices in upper gastrointestinal bleeding, p233_242.

¹⁷ Byron Creer, MD. , Efectos GI de los AINES, p45_49.

hepatitis virales complicadas, el consumo exagerado de café y de AINES que está demostrado pueden desencadenar esta grave situación.

CONCLUSIONES

- 1- El sangrado digestivo alto predominó en pacientes de 65 años y más y en el sexo masculino en proporción de 1,6 a 1.
- 2- La causa más frecuente de sangrado digestivo alto fue la úlcera péptica duodenal y las gastritis hemorrágicas medicamentosas
- 3- La morbimortalidad se comportó muy similar a todas las series revisadas.

RECOMENDACIONES

- 1- Continuar profundizando en el conocimiento de este tema con el objetivo de brindar una mejor atención al paciente con sangrado digestivo alto para disminuir su morbimortalidad.
- 2- Realizar endoscopia precoces a todo lo pacientes que acudan al cuerpo de guardias con sangrado digestivo alto con fines diagnósticos, terapéuticos y pronósticos.
- 3- Realizar un mayor número de seminarios y de actividades científicas sobre este tema, facilitando la divulgación de material docente actualizado sobre el tema.
- 4- Promover mayor cantidad de acciones de salud en atención primaria (consultorios y policlínico) para prevenir y hacer profilaxis de esta peligrosa enfermedad y sus causas. Ejemplo. El alcoholismo y el abuso de AINES.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abella Martín, E: Apuntes sobre historia de la úlcera Gastroduodenal y su tratamiento. **Rev.Cub.Med** (La Habana) 21(5):462-78,1982.
2. Atkinson RG; Hurstone, DP. Usefulness of prognostic indices in upper gastrointestinal bleeding. **Rev. Best Pract Res Clin Gastroenterol.** (USA) 22(2):233-42, 2008.
3. Allan, R., Dykes, P: A study of the factors influencing Mortality rates from gastrointestinal hemorrhage. **Rev.QJMED** (England) 2 (3): 1550, 1996.
4. Byron Creer, MD. Efectos GI de los AINES. Avances en Gastroenterología y Hepatología. **Rev. Patología digestiva española** (España) 14(3): 103-109, 2001.

5. Crespo Acebal, L. Morbimortalidad por Sangramiento digestivo alto en la Unidad de Cuidados Intermedios Quirúrgicos. **Rev. Cúb. Med Intensiva y Emergencia** (La Habana) 9(4):10-12, 2002.
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en Cirugía. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 2005. 450 p.
7. Farreras Valentí, P. Sangramiento digestivo alto. **En su:** Medicina Interna: t. 1. 13. ed. Barcelona: Ediciones DOYMA, 1996. p. 822-841.
8. Hardy, James. Hemorragias digestivas masivas. **En:** Problemas Quirúrgicos Graves. 2. ed. La Habana: Editorial Científico técnica, 1986. p.321-324.
9. Hernández Ortega, A... [et al.]. Comportamiento del Sangramiento digestivo alto en pacientes endoscopiados **Rev. Méd. Electrón [Seriada en línea]** 2006; 28(4)
<http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202006/vol4%202006/tema05.htm> [consultado: 12 mar. 2009].
10. Lobesio, Carlos. Hemorragias Digestivas Altas. **En:** Medicina Intensiva. Buenos aires: Editorial El Ateneo, 2005. p.222-240.
11. McGregor, D. B. Massive gastrointestinal hemorrhagic a surgery **Rev Clínicas Quirúrgicas de N A (USA)** 80:530-534, 1996.
12. Morgan A. G; Clamp, S. E. O.M.G.E. International upper gastrointestinal bleeding survey 1978-1996 **Rev. Scand J Gastroenterol** (Noruega) 5 (3): 222-236, 1998.
13. Naranjo García, L. Caracterización clínico-terapéutica de la hemorragia digestiva alta: enero 2005 a noviembre 2008. Holguín: Banes; Hospital Clínico Quirúrgico, 2008. 65 h. (Trabajo para optar por el título de Master en Urgencias Médicas).
14. Pinol Jiménez F, Lesiones de estómago y duodeno / F. Pinol Jiménez, H. Hernández Garcés. **En:** Curso de capacitación en endoscopia digestiva a la atención primaria de salud. La Habana; MINSAP, 2003. p25-29.
15. Sedgwick E. C. Diagnóstico y tratamiento en sangramientos digestivos masivos. **Rev. Clínicas Quirúrgicas de N A (USA)** 24:76-89, 1996.
16. Rodríguez Arencibia, A. Morbimortalidad por SDA por úlcera duodenal. Período de 1984-1988. Holguín; Hospital Docente Provincial "Vladimir Ilich Lenin", 1989. 71 h. (Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer grado en cirugía).

DATOS DE LOS AUTORES

- **Dr. Jorge Luís Pérez Jara.** Especialista de Primer Grado en Cirugía. Máster en Urgencias Médicas en APS. Profesor Auxiliar de Cirugía Dirección: Calle tráfico edificio #1, Apto19, Rpto Nicaragua, Banes, Holguín. Teléfono: 803679. Correo electrónico: jorgelp@banes.hlg.sld.cu

- **Dra. Lizandra Naranjo García.** Especialista de Segundo grado en cirugía. Máster en Urgencias Médicas en APS. Profesora Auxiliar de cirugía. Centro de trabajo: Hospital Clínico Quirúrgico de Banes.

- **Dr. Antonio Ricardo García.** Especialista de Segundo grado en Angiología y Cirugía Vascular. Profesor Auxiliar de Angiología.

Centro de trabajo: Hospital Clínico Quirúrgico de Banes. Holguín. Cuba. Dirección Carretera de Veguita, SN, Banes. Teléfono 803302 y 803332

Fecha de Recepción: 27 de Noviembre 2009

Fecha de Aprobación: 9 de Marzo 2010

Fecha de Publicación: 31 de Marzo 2011