

Mortalidad asociada a hemorragia digestiva alta por enfermedad ácido péptica en pacientes operados

Mortality associated with upper gastrointestinal bleeding due to peptic acid disease in patients operated

MsC. Lucas García Orozco, MsC. Luis Roberto Piña Prieto, Dr. Guido Alfonso Lozada Prado, Dr. Erian Jesús Domínguez González y MsC. Milagros Escalona Rabaza

Hospital Provincial Docente Clinicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Introducción: existen diversos criterios en cuanto a la identificación de los pacientes con sangrado digestivo alto que requirieren tratamiento quirúrgico de urgencia, dada la alta tasa de letalidad y mortalidad que presentan.

Objetivo: valorar la mortalidad por hemorragia digestiva alta asociada a enfermedad ácido péptica.

Métodos: se realizó una investigación descriptiva de 38 pacientes que habían sido operados por hemorragia digestiva asociada a enfermedad ácido péptica, que fallecieron en el Hospital Provincial Docente Clinicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres" durante el decenio 2002-2011.

Resultados: en la casuística se encontró un predominio del sexo masculino y del grupo etario de 60 y más años. Los sangrados masivo y persistente constituyeron las situaciones más comunes para decidir el tratamiento quirúrgico urgente. La vagotomía troncular más piloroplastia fue la técnica más empleada, en tanto la infección respiratoria y el choque séptico resultaron ser las principales complicaciones posoperatorias; este último y la disfunción multiorgánica fueron las causas directas de muerte más representativas.

Conclusiones: para seleccionar la técnica quirúrgica en cada paciente debe tenerse en cuenta la causa del sangrado, la localización, el estado clínico y la edad. La vagotomía troncular asociada a algún procedimiento de drenaje resultó la más utilizada porque es menos laboriosa y el efecto antiácido más efectivo.

Palabras clave: mortalidad, tratamiento quirúrgico, sangrado digestivo alto, úlcera péptica.

ABSTRACT

Introduction: there are several criteria regarding the identification of patients with upper gastrointestinal bleeding who require emergency surgical treatment because of their high lethality and mortality rate.

Objective: to value the mortality due to high gastrointestinal bleeding associated with acid peptic disease.

Methods: a descriptive study was carried out in 38 patients who were operated due to gastrointestinal bleeding associated with acid peptic disease and who died in "Saturnino Lora" Provincial Teaching Clinical Surgical Hospital during 2002-2011.

Results: there was a prevalence of the male sex and age group of 60 years and over in the case material. Massive and persistent bleeding was the most common condition to decide emergency surgical treatment. Truncal vagotomy plus pyloroplasty was the most used technique, while respiratory infection and septic shock were found to be the major postoperative complications; the latter and multiple organ dysfunction were the most representative direct causes of death.

Conclusions: to select the surgical technique for each patient it should be considered the cause of bleeding, location, clinical state and age; although truncal vagotomy, associated with some drainage procedure, was the most used because it is less complicated and the antacid effect is most effective.

Key words: mortality, surgical treatment, upper gastrointestinal bleeding, peptic ulcer, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

Conceptualmente, la hemorragia digestiva alta (HDA) constituye toda pérdida hemática de volumen suficiente como para producir hematemesis, melena o ambas, cuyo origen se encuentra entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz.^{1, 2} La frecuencia global de este trastorno se desconoce con exactitud, pero se sabe que su incidencia anual oscila entre 50 a 150 pacientes por cada 100 000 habitantes, los cuales deben ser inmediatamente hospitalizados por ese motivo.¹

En la actualidad, el examen endoscópico precoz (entre 2 y 24 horas posteriores a la hospitalización) constituye el método de elección para el diagnóstico de la causa de la HDA. Su creciente importancia reside en que además de permitir localizar un episodio de sangrado digestivo y tratar a quien lo padece puede aportar información sobre el pronóstico y la estratificación para el riesgo de resangrado, sobre la base de la presencia o ausencia de estigmas de reciente hemorragia.² En tal sentido se han propuesto muchas clasificaciones, pero la más comúnmente utilizada en los servicios de cirugía es la de Forrest, aunque existen otras como el índice de Rockall, según el cual puede lograrse una predicción reproducible de la mortalidad.²

Entre las principales indicaciones del tratamiento quirúrgico de la hemorragia digestiva alta asociada a enfermedad ácido péptica se encuentran: presencia de choque e inestabilidad hemodinámica, necesidad de transfundir más de 4 unidades de sangre o hemoderivado para la estabilización de un anciano y de 6 unidades en jóvenes; también en caso de que no se disponga de la posibilidad del tratamiento endoscópico, ante un sangrado masivo en el cual el riesgo de exsanguinación es mayor que el beneficio potencial de una endoscopia, ante la dificultad para la visualización endoscópica de la fuente de la hemorragia y si existe recurrencia de la hemorragia por una úlcera penetrante mayor de 2 cm de diámetro, entre otras.¹⁻³

La decisión de realizar una operación urgente depende más de la frecuencia y duración de la hemorragia que de su causa específica y esta ocurre en alrededor del 10 % de los pacientes, la mayoría de los cuales presentan úlceras sangrantes y en menor medida

várices esofágicas. La mortalidad es de 3% aproximadamente en el primer sangrado y se eleva a 30 en los sujetos con hemorragias recidivantes, sobre todo en ancianos y hospitalizados.^{4,5}

Actualmente, existen diversidad de criterios en cuanto a la identificación de las características de los pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa en general y de enfermedad ácido péptica, en particular, que requieren tratamiento quirúrgico de urgencia, dada la alta tasa de letalidad y mortalidad a que se asocia, lo cual justificó la realización de este estudio con el objetivo de valorar la mortalidad por hemorragia digestiva alta asociada a enfermedad ácido péptica.

MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva y aplicada de serie de casos, con el fin de caracterizar a los pacientes fallecidos, que habían sido operados por hemorragia digestiva alta asociada a enfermedad ácido péptica, en el Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, durante el período comprendido desde enero de 2002 hasta diciembre de 2011.

El universo quedó representado por los 38 pacientes que murieron por esta causa, admitidos en la citada institución durante el decenio señalado.

Las principales variables analizadas fueron: edad, sexo, indicación del tratamiento quirúrgico de urgencia, tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta la intervención, así como desde esta hasta el deceso, técnica y tiempo quirúrgico, complicaciones y causa directa de la muerte.

Los datos necesarios para llevar a buen término la investigación se obtuvieron a través de las historias clínicas hospitalarias, informes operatorios y anatomopatológicos de las biopsias, así como certificados de defunción, con los cuales fue llenada una planilla de vaciamiento. Para procesar la información obtenida se utilizó el software estadístico profesional SPSS, versión 11,5. Como medidas de resumen para variables cualitativas se emplearon el porcentaje y la razón.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra el predominio del sexo masculino (64,7%), y con una razón hombre/mujer de 1,8:1. Asimismo, prevalecieron los pacientes mayores de 60 años (73,6%).

Tabla 1. Pacientes según edad y sexo

Grupos de edades (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
15-30	1	4,5	0	0	1	2,9
31-45	3	13,6	0	0	3	8,8
46-60	4	18,2	1	8,3	5	14,7
Más de 60	14	63,7	11	91,7	25	73,6
Total	22	100,0	12	100,0	34	100,0

El tratamiento quirúrgico (tabla 2) fue indispensable en los pacientes con sangrados masivo y persistente (44,1 y 29,4%, respectivamente).

Tabla 2. Indicación de tratamiento quirúrgico urgente

Indicación de tratamiento quirúrgico urgente	No.	%
Sangrado masivo	15	44,1
Sangrado persistente	10	29,4
Úlcera mayor de 2 cm	4	11,8
Sangrando recidivante	3	8,8
Endoscopia con Forrest I, IIa	2	5,9
Total	34	100,0

La decisión de operar (figura) se determinó en la mayoría de los pacientes después de las primeras 24 horas de hospitalización (70,6 %), con predominio de los intervenidos por sangrados masivo y persistente (29,4 %, respectivamente).

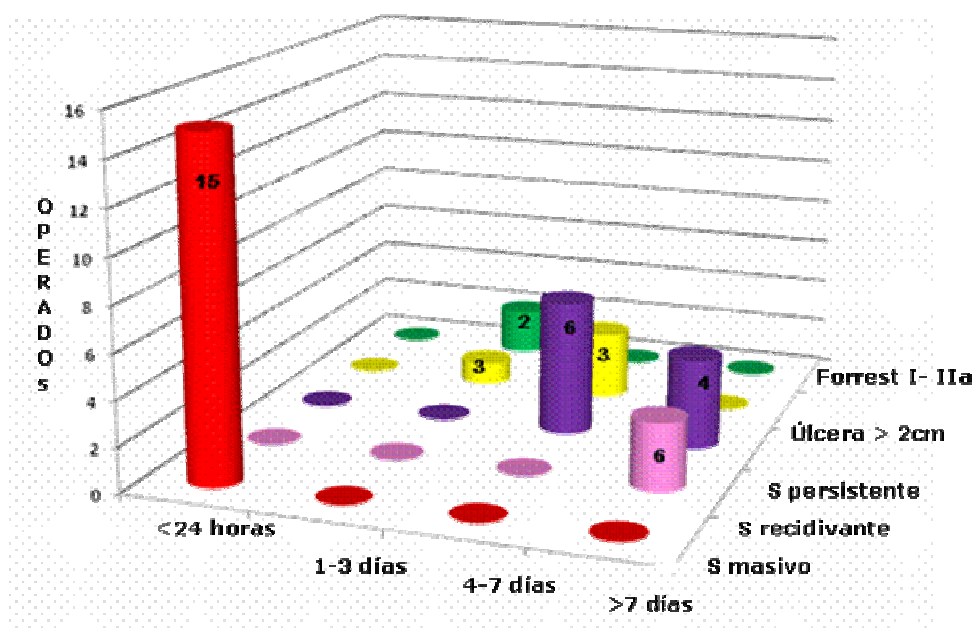


Fig. Relación entre la indicación de tratamiento quirúrgico urgente y el tiempo transcurrido hasta la intervención quirúrgica

En la casuística (tabla 3), la técnica quirúrgica más empleada resultó ser la vagotomía troncular más piloroplastia (38,2 %), seguida de la vagotomía troncular más piloroplastia más ligadura del vaso sangrante.

Tabla 3. Técnica quirúrgica empleada

Técnica quirúrgica	No.	%
Vagotomía troncular más piloroplastia	13	38,2
Vagotomía troncular más piloroplastia más ligadura del vaso sangrante	11	32,5
Gastrotomía más ligadura del vaso sangrante	5	14,7
Gastrectomía subtotal	3	8,8
Vagotomía troncular más antrectomía	1	2,9
Vagotomía troncular más gastroyeyunostomía	1	2,9
Total	34	100,0

Se produjeron 3 complicaciones peroperatorias y 13 posoperatorias, dadas por 8,8 y 38,2 %, respectivamente, con una proporción de 4,3:1. Entre las primeras predominó el desgarro esplénico (5,7 %) y entre las segundas prevalecieron la infección respiratoria (20,6 %) y el choque hipovolémico (17,0 %); también se registraron fístulas, evisceración, así como infecciones urinaria y del sitio quirúrgico.

Después de operados, poco más de la mitad de ellos no sobrevivieron al cuarto día y aproximadamente cuatro quintas partes del total no permanecieron vivos en la primera semana del período posoperatorio, con predominio de los que murieron entre el primer y tercer días (38,2 %).

El síndrome de disfunción multiorgánica múltiple, fue la causa de muerte predominante (41,2 %), seguido por el choque séptico (23,5 %) y los eventos cardiorrespiratorios (sepsis respiratoria, insuficiencia cardíaca e infarto del miocardio), con 11 pacientes; solo se produjo un deceso por choque hipovolémico.

DISCUSIÓN

Estudios realizados informan que la morbilidad y mortalidad del paciente con HDA se relaciona con ciertos factores de riesgo como la edad, la magnitud de la hemorragia, el resangrado durante la hospitalización, el origen de la hemorragia (arterial o venosa), las enfermedades asociadas como el alcoholismo, las coagulopatías y la inmunosupresión.⁶

Salvatierra *et al*⁷ hallaron también una primacía del sexo masculino en su casuística, con similar razón a la ya mencionada y una edad promedio de 57,8 años. Lepore y Sampor⁸ coinciden al afirmar que los hombres fueron los más afectados (60 %) en una proporción de 1,5:1, sobre todo los de 60 y más años. J Le'Clerc⁹, en el 2010, igualmente comunicó que los varones resultaron ser los más numerosos, principalmente en las edades comprendidas entre 70 y 79 años.

En nuestra serie aproximadamente un cuarto de los analizados no aportaron datos de interés relacionados con antecedentes de importancia, vinculados directamente con la hemorragia digestiva. Este dato contrasta con el antecedente de ingestión de manera regular de antiinflamatorios no esteroideos en 25 pacientes, muchos de los cuales presentaban, además, otras condicionantes favorables para el desarrollo de hemorragia digestiva alta, tales como enfermedad ácido péptica previa, consumo desmedido de alcohol, tratamiento anticoagulante o afecciones favorecedoras como hipertensión arterial, diabetes mellitus, entre otras; mayoritariamente los de 60 años y más, lo cual coincide con otros autores.^{1,3,6,7}

Los procedimientos endoscópicos han posibilitado en muchos casos detener el sangrado, disminuir el número de intervenciones urgentes y realizar las electivas que suponen siempre menor riesgo quirúrgico. En algunas ocasiones, el control de la hemorragia durante un período suficiente, posibilita que el paciente llegue al quirófano en mejores condiciones de estabilidad hemodinámica; en otras, constituye la solución del problema.¹⁰

No debe olvidarse que decidir operar un enfermo con hemorragia digestiva alta con carácter urgente, implica tratar a un sujeto con un riesgo quirúrgico elevado, lo que se incrementa si la causa de la decisión es un sangrado digestivo alto masivo, que implica, por sí mismo, alteraciones importantes de su medio interno. Todo ello empeora en pacientes mayores de 60 años, en los cuales los mecanismos de homeostasis parecen estar dañados por pérdida fisiológica de sus capacidades.¹

El éxito del tratamiento de los enfermos con hemorragias masivas depende de la capacidad del internista y del cirujano para valorar su estado general, de la magnitud del sangrado, de las medidas de reanimación y del tratamiento intensivo,^{11,12} sin dejar de mencionar la valoración integral, teniendo en cuenta, principalmente, algunas variables de interés como la edad. Al respecto, resultó llamativo que más de la mitad de los integrantes de la serie fueron intervenidos después de las primeras 24 horas de su hospitalización, con predominio después del cuarto día, en su mayoría en los adultos mayores, con un deterioro notable de su estado físico, lo que a juicio de los autores es un dato a tener en cuenta al tratar a pacientes con condicionantes similares.

Algunos autores estiman que las afecciones que conllevan a la HDA tienen un carácter más grave después de los 60 años, pues 30 % de las lesiones sangran a partir de esta edad.^{13,14}

Con respecto al tiempo transcurrido después de la intervención quirúrgica fueron encontradas coincidencias con los datos aportados por Cárcamo *et al*¹⁵ en su serie, quienes puntualizan que el tiempo promedio entre la intervención quirúrgica y el momento de la defunción fue de 2,2 días.

Fleitas *et al*¹³ encontraron un predominio de la gastrostomía con ligadura del vaso sangrante con 52,5%, así como también de la vagotomía troncular con piroloplastia.

El tratamiento quirúrgico en pacientes con HDA se suele reservar para los que presentan hemorragia importante que no muestran respuesta al tratamiento de apoyo hemodinámico inicial, y en ocasiones, a la administración de aminas presoras en la cavidad gástrica; también ante el fracaso del tratamiento endoscópico o la recidiva del sangrado durante la estancia hospitalaria.¹⁴

Actualmente, en las instituciones de vanguardia respecto al diagnóstico y tratamiento de la hemorragia digestiva alta, las variantes de la cirugía radical (gastroenterostomía y exéresis gástrica extensa) han pasado a ser anecdóticas en relación con los procedimientos más conservadores (vagotomías), sobre todo las practicadas por vía laparoscópica, lo cual facilita no solo la homeostasis en el epitelio gastroduodenal, sino que minimiza los tiempos quirúrgicos y proporciona iguales resultados con menos riesgos operatorios.¹⁵

Con el fin de fundamentar lo anteriormente expuesto pudiera alegarse que en los pacientes estudiados primó el diagnóstico endoscópico de lesión ulcerosa (61,8 %) y

que la inestabilidad hemodinámica en la mayoría de ellos, con criterio de sangrado masivo, fueron las razones que justificaron su intervención mediante ese método, que además de realizarse en menos tiempo, ejerce finalmente un efecto antiácido mucho más eficaz.

Cárcamo¹⁶ cita escasas complicaciones durante el período posoperatorio en su serie, representadas por 20,5%, con primacía del choque hipovolémico; aunque en su opinión no influyeron de forma significativa entre las causas de muerte, lo cual difiere de los datos aportados en esta serie, pero coinciden con los resultados de Fleitas *et al*,¹³ quienes enuncian en su investigación datos similares con respecto al choque hipovolémico.

Es válido señalar que los datos reflejados en esta serie están relacionados con la noxa sobreañadida que representa el acto quirúrgico de urgencia en un paciente con comorbilidad asociada y capacidades homeostáticas limitadas.

En la casuística fueron aplicadas numerosas técnicas quirúrgicas, en correspondencia con las características del proceso patológico. Los tiempos de evolución preoperatoria y posoperatoria hasta el fallecimiento, dependen de factores asociados al paciente y de la aparición de complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Fernández Z, Acosta González D, Fong Estrada JA. Conducta ante la hemorragia digestiva alta por úlcera gastroduodenal en el anciano: consideraciones actuales. *Rev Cubana Cir.* 2010 [citado 10 dic 2011]; 49(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-74932010000100011&script=sci_arttext
2. Goldman L, Schafer AI. *Goldman's Cecil Medicine.* 24th. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012. p. 587-61.
3. Contardo Zambrano C, Espejo Romero H. Hemorragia digestiva alta no originada por várices. *Acta Med Peruana.* 2006 [citado 16 Dic 2011]; 23(3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172006000300007&script=sci_arttext
4. Shambourek RD, Farrar JT. Disorder of the digestive system in the elderly. *New Eng J Med.* 1990; 322(7):438-43.
5. Balanzó Tintoré J, Villanueva Sánchez C. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. Hemorragia digestiva alta. Barcelona: Doyma; 2004.
6. Cruz Alonso JR, Anaya González JL, Pampín Camejo LE, Pérez Blanco D, Lopategui Cabezas I. Mortalidad por sangrado digestivo alto en el Hospital "Enrique Cabrera". *Rev Cubana Cir.* 2008 [citado 19 dic 2011]; 47(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-74932008000400006&script=sci_arttext
7. Salvatierra Laytén G, De la Cruz Romero L, Paulino Merino M, Vidal Vidal V, Rivera Dávila C, Cano Chuquilin A, et al. Hemorragia digestiva alta no variceal asociada al uso del antiinflamatorios no esteroideos en Lima Metropolitana. *Rev Gastroenterol Perú.* 2006 [citado 16 Dic 2011]; 26(1); Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292006000100002&script=sci_arttext

8. Lepore GV, Sampor CV, Storni MP, Calderón Gospodinoff SR. Lesiones endoscópicas más frecuentes en un grupo de pacientes con clínica de hemorragia digestiva alta. Rev Posg VIa Cát Med. 2006 [citado 9 Abr 2010]; 158: 5-8. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista158/2_158.pdf
9. JLe'Clerc N. Caracterización de pacientes con sangramiento digestivo alto. Rev Cubana Cir. 2010 [citado 9 Abr 2011]; 49(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v49n2/cir04210.pdf>
10. Palomino Besada AB, Suárez Conejera AM. Escleroterapia endoscópica en el sangramiento digestivo alto de origen no variceal. Rev Cubana Med Mil. 2007 [citado 7 Ene 2012]; 36(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v36n2/mil02207.pdf>
11. Velásquez Chamochumbi H. Hemorragia digestiva por várices esófago-gástricas. Acta Med Peruana. 2006 [citado 11 Ene 2009]; 23(3):156-61. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172006000300006&script=sci_arttext
12. Casamayor Callejas E, Rodríguez Fernández Z, Goderich Lalán JM. Sangrado digestivo alto: consideraciones actuales acerca de su diagnóstico y tratamiento. MEDISAN. 2010 [citado 29 Ene 2012]; 14(5):591. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192010000500002&script=sci_arttext
13. Fleitas Pérez O, Muarra HD, Gil Casas B, Roye Reina Y. Morbimortalidad por sangramiento digestivo alto en el adulto mayor. Análisis de 3 años. Mediciego; 15(supl.2), oct. 2009 [citado 15 dic 2012]; Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol15_supl2_09/articulos/a5_v15_supl209.htm
14. Machuca MT, Fernández DL, Gómez MN, Bordon KB. La endoscopia en la hemorragia digestiva alta. Rev Posg VIa Cát Med. 2008 [citado 9 Abr 2010]; 180. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista180/6_180.pdf
15. Cárcamo I, López S, Cardemil N. Cirugía de la hemorragia digestiva alta no variceal. Cuad Cir. 2005;19(1):11-6.
16. Lovesio C. Hemorragia digestiva alta grave. En: Medicina Intensiva. 5 ed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2002.

Recibido: 20 de septiembre de 2012.

Aprobado: 29 de septiembre de 2012.

Lucas García Orozco. Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres". Avenida de los Libertadores S/N esquina calle 4, Reparto Sueño, Santiago de Cuba. Correo electrónico: zenen@medired.scu.sld.cu