

11209  
1ej 35



*Universidad Nacional Autónoma  
de México*

*Facultad de Medicina  
División de Estudios Superiores  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Curso de Especialización en Cirugía General*



*"ANÁLISIS DE CUARENTA Y UN CASOS  
CLÍNICOS DE SANGRADO DE APARATO  
DIGESTIVO ALTO QUE AMERITO TRA-  
TAMIENTO QUIRÚRGICO DE URGENCIA".*

**T E S I S**

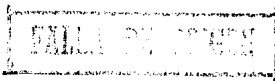
*Para obtener el Título de  
Especialista en Cirugía General del:*

*Dr. Félix Hernández Reyes*

*Asesor: Dr. José Fenig Rodríguez*

*México, D. F.*

*Diciembre 1986*





Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E.

	Pag.
INTRODUCCION.....	1
MATERIAL Y METODOS.....	3
RESULTADOS.....	4.
COMENTARIOS Y DISCUSION.....	8
RESUMEN.....	17.
BIBLIOGRAFIA.....	18.

### INTRODUCCION.

El sangrado gastrointestinal alto es un problema médico común que frecuentemente requiere hospitalización. Hay 50 admisiones hospitalarias por 100,000 personas por año por esta patología. Aunque el 85% de los episodios de sangrado se controla medicamente, aproximadamente del 15 al 20% de los pacientes no seleccionados con sangrado de aparato digestivo alto requieren de intervención quirúrgica de urgencia. La tasa de mortalidad del 10% no ha cambiado durante las tres últimas décadas, una explicación probable es que se ha mejorado en el tratamiento de pacientes críticamente enfermos con otras enfermedades médicas serias así como el aumento en la proporción de pacientes con edad de 60 años o más que presentan esta patología lo cual los predispone a una alta mortalidad.(3,4,9). En ninguna otra rama de la medicina, es tan importante la cooperación entre varias disciplinas, requiriendo la participación del gastroenterólogo, endoscopista, radiólogo y cirujano desde el inicio de la patología. La etiología del sangrado de aparato digestivo alto puede variar de país a país y aún en nuestro medio de institución a institución, en nuestro medio la causa principal del mismo es secundaria a várices esofágicas en el 49.3%, en segundo lugar la gastritis erosiva en el 23% y el tercer lugar la úlcera péptica con el 15.9%. El tratamiento quirúrgico se efectuó en el 5% de los casos ya que la mayoría de pacientes presentaron ruptura de várices esofágicas, practicándose poco la cirugía de urgencia en estos casos en que el estado del paciente se encuentra muy comprometido.(1,24).

La mortalidad operatoria para cirugía de urgencia en pacientes con sangrado de aparato digestivo varía ampliamente dependiendo de la patología de fondo y del procedimiento quirúrgico empleado, así te-

nemos que en derivaciones portocava la mortalidad ha llegado a ser hasta del 50%, la resección gástrica por úlceras gástricas agudas es del 23 al 27%.(5,7,9,10).

El presente trabajo analiza la morbimortalidad quirúrgica de 41 casos de pacientes que presentaron sangrado de aparato digestivo alto, los cuales se trataron en el Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza en un período de 3 años.

### MATERIAL Y METODOS.

Se analizaron en forma retrospectiva los expedientes clínicos de 41 pacientes intervenidos quirúrgicamente en forma urgente, en el Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social. El tratamiento quirúrgico se efectuó en pacientes con sangrado de aparato digestivo alto. El lapso en que se trataron a los pacientes comprendió de enero de 1983 a diciembre de 1985. Se analizaron edad, sexo, antecedentes personales patológicos, la manera o método mediante el cual se llevó a efecto el diagnóstico, criterio por el cual el paciente se sometió a tratamiento quirúrgico de urgencia, magnitud del sangrado, el diagnóstico operatorio, el tipo de cirugía efectuada, las complicaciones postoperatorias, la causa de muerte así como el tiempo aproximado entre el inicio de la sintomatología y el momento de llevar a cirugía a el paciente.

RESULTADOS.

Se estudiaron a 41 pacientes sometidos a cirugía de urgencia por presentar sangrado de aparato digestivo alto, siendo 20 del sexo femenino y 21 del sexo masculino, variando la edad de 19 a 85 años con una media de 53.48 años. El promedio de edad en el sexo femenino fué de 57.75 años y en masculino de 49.42 años.

Solamente en 31 pacientes (75.60%) se encontraron antecedentes personales patológicos, seis pacientes presentaban antecedentes de úlcera péptica (14.63%), cinco con úlcera duodenal y uno con úlcera gástrica; en cinco pacientes se detectaron antecedentes de sangrado sin especificar causa del mismo (12.19%). En cinco pacientes se detectó cirugía previa; cinco con artritis reumatoide, cinco con alcoholismo crónico y seis con datos de hipertensión arterial. La mortalidad en estos pacientes fué del 71.42%.

En relación al diagnóstico preoperatorio en 19 pacientes se efectuó mediante clínica únicamente (64.35%). En 18 pacientes se efectuó clínica y endoscópicamente el diagnóstico (43.90%).-- Únicamente en 4 pacientes se efectuó mediante clínica y serie --esófagogastroduodenal el diagnóstico (9.75%).

En relación a la causa de cirugía de urgencia se efectuó en 16 pacientes (39.03%) por sangrado incohercible al tratamiento médico. Por sangrado importante que llevó al paciente a el choque hipovolémico en 11 pacientes (26.82%). Por recidiva de sangrado en 9 pacientes (21.98%). Por sangrado masivo en 3 pacientes (7.31%). Por presentar orupo raro sanguíneo y sangrado incohercible en un paciente (2.43%). Por sangrado postoperatorio en 1 paciente -- (2.43%).

Se valoró la magnitud de sangrado mediante el cálculo de la

cantidad de sangre administrada o bien mediante el estado hemodinámico del paciente. En catorce pacientes (34.14%), se determinó la cantidad de paquete y plasma administrada siendo un total de 123 unidades, con rangos de administración desde dos -- unidades hasta 20 unidades con un promedio de 8.7 unidades. En 15 pacientes (36.58%) el sangrado llevó al paciente ha presenchoque hipovolémico. En siete pacientes se detectó únicamente - anemia clínica (17.07%). En un paciente se determino sangrado masivo(2.43%). Solamente en cuatro pacientes no se logró evaluar la magnitud del sangrado.

El diagnóstico operatorio concordo con úlceras gástricas en - 18 pacientes (43.94%), gastritis erosiva en 7 pacientes (17.09%). Úlcera duodenal sangrante en 7 pacientes (17.07%). Sangrado por v<sup>á</sup>rices esofágicas en 3 pacientes (7.31%). Úlceras de Stress en dos pacientes (4.87%). En 1 paciente síndrome de Mallory Weiss (2.43%). Proceso tumoral sangrante en 1 paciente (2.43%). Linfoma gástrico en 1 paciente (2.43%) y en 1 paciente no se logró - determinar el sitio de sangrado.

En relación a la cirugía efectuada, se realizó vagotomía con piloroplastía Heineke Mikulicz en 10 pacientes (24.40%), en 1 caso de estos se efectuó piloroplastía Weinberg. Resección gástrica con cirugía de Billroth I en 5 pacientes (12.20%). Gastrectomía subtotal con cirugía de Billroth II con gastroyeyuno anastomosis isoperistáltica tipo Hoffmeister en 5 pacientes (12.20%). Gastrotomía exploradora con vagotomía y piloroplastía Heineke Mikulicz en 5 pacientes (12,20%). Derivación portocava fallida en 1 paciente (2.43%). Gastrectomía total con esofagostomía en 1 paciente (2.43%). Devascularización esófagogástrica con esplenectomía y funduplicatura con gastro-gastro anastomosis en 1 paciente



(2.43%). Desconexión ácidos porta, fundoplastia tipo Nissen, esofe-  
nectomia, vagotomía con piloroplastia en 1 paciente (2.43%). Gas-  
trotomía alta, sutura de laceración esofágica en 1 paciente (2.43%).  
Cierre primario de úlcera gástrica con gastroyeyuno anastomosis -  
retrocólica en 1 paciente (2.43%). Gastrotomía, hemostasia de ulce-  
ra sangrante con vagotomía y gastroyeyuno anastomosis en 1 paciente  
(2.43%). Desmantelamiento de anastomosis más nueva gastroyeyuno --  
anastomosis en 1 paciente (2.43%). Duodenotomía en 1 paciente (2.43%).  
Sutura de nicho ulceroso, vagotomía, piloroplastia y parche de Thal  
en 1 paciente (2.43%). Desmantelamiento de Nissen, esofaectomía  
distal y ascenso gástrico en 1 paciente (2.43%).

Las complicaciones postoperatorias se presentaron en 10 pacien-  
tes (24.49%), haciendo un total de 12 complicaciones predominando -  
las fistulas enterocutáneas con 4 pacientes (33.34%). Neumonía de  
focos múltiples en dos pacientes (16.65%). Dehiscencia de herida  
quirúrgica con infección de la misma en 3 pacientes (25%). Hiper-  
glicemia en 1 paciente (8.33%). Insuficiencia Cardíaca con disequi-  
librio hidroelectrolítico en 1 paciente (8.33%). Hipoglicemia en 1  
paciente (8.33%).

La mortalidad se presentó en 14 pacientes teniendo un porcenta-  
je global de 34.14%. Fueron 9 mujeres y 5 hombres. El paciente de  
menor edad fué de 25 años y el de mayor de 85 años. Las causas --  
fueron secundarias a alteraciones hemodinámicas en 8 pacientes  
(57.14%). Sepsis en 2 pacientes (14.29%). Sangrado postoperatorio  
por dilución de factores en dos pacientes (14.29%). Síndrome de  
insuficiencia respiratoria progresiva del adulto en 1 paciente  
(7.14%). Taponamiento de cánula endotraqueal en 1 paciente (7.14%).

En treinta y tres pacientes se determinó el tiempo que trans-

currió entre el inicio de la sintomatología y el momento de la cirugía, siendo el rango de 12 horas hasta 20 días con un promedio de 5.6 días. Correlacionando lo anterior con la mortalidad se determinó en 10 casos teniendo como promedio 6.6 días.

En treinta y cuatro pacientes se determinó la hemoglobina preoperatoriamente, teniendo un rango de 3 gr hasta 13.3 gr con una determinación media de 7.42 gr. En treinta y cinco pacientes se determinó el hematocrito teniendo un rango de 10 ml -- hasta 41 ml, con un promedio de 24.94ml. El tiempo de protrombina se determinó en 16 pacientes los cuales presentaron porcentajes del 55% al 100% con una media del 78%.

### DISCUSION.

En la actualidad ingresan a hospitalización en Inglaterra y País de Gales 25100 personas anualmente por hemorragia -- gastrointestinal de todas las causas, siendo el 49% de estos ingresos secundarios a úlcera péptica sangrante. (2,24). En el Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza, se -- presentarón durante un año 578 ingresos por sangrado de aparato digestivo y solamente en el 5% se efectuó cirugía de -- urgencia (29 casos), la casuística que se presenta en el es-- tudio actual es de 41 casos, la cual es representativa.

En relación al sexo no existió predominancia franca de alguno, siendo la relación de 1.05:1 a favor del masculino, en otros estudios hay predominancia del sexo masculino en relación de 1.8 ó 2:1. (1.2).

En relación a la edad hay similitud con otros estudios (1), o bién una discrepancia imortante en estudios en los que involucra a pacientes pediátricos (4).

En el 75.60% de los pacientes se encontrarón antecedentes -- que fuerón determinantes para la presentación del sangrado o influyeron en la morbimortalidad, predominando en esta serie -- los antecedentes de úlcera péptica. Se ha mencionado la "morb-- talidad inevitable" entre los pacientes con sangrado de aparato digestivo que se presenta habitualmente a causa de otras -- complicaciones como la insuficiencia cardiovascular, la insu-- suficiencia renal, la sepsis y los defectos de coagulación por ejemplo, variando la mortalidad del 25 al 50%. Las enfermeda-- des médicas con mayor importancia en relación con el sangrado de aparato digestivo son: cardiopatía previa en particular car--

diopatía izquémica; enfermedad respiratoria crónica en especial la bronquitis crónica; artritis reumatoide avanzada; cirrosis -- hepática; insuficiencia renal al momento de la cirugía. Todos -- estos trastornos se suelen exacerbar bajo los efectos de la -- hipovolémia, la hipotensión y la anestesia.(2). En los pacientes con sangrado por várices esofágicas el 80% han tenido ingesta de alcohol por más de 10 años. (7).

En relación al método seguido para efectuar al diagnóstico - preoperatorio el mayor porcentaje correspondió al clínico úni-- ramente en el 64.35%, le siguió el método clínico y endoscópico en el 43.90% y por último el clínico más serie esofagogastrodu-- denal. No se emplearon otros métodos diagnósticos por ser más - sofisticados o bien porque las condiciones de los pacientes no lo permitieron y en última instancia porque se dió por "comple-- tados" los estudios del paciente con los métodos anteriores. En este hospital a raíz de la creación de la clínica de sangrado de aparato digestivo se sigue un algoritmo de diagnóstico y -- tratamiento que incluye endoscopia y estudios radiológicos con-- trastados pero cuando se efectua el primer estudio permite una certeza diagnóstica del 93%. (1,2).

Las indicaciones para cirugía de urgencia por sangrado de -- aparato digestivo se encuentran preestablecidas variando los -- criterios poco, algunos autores las dividen en absolutas y rela-- tivas. (1,9,10,11,22,23.). En nuestra serie la mayor indicación fué el de sangrado incohercible al tratamiento médico con el -- 39.03% y el segundo lugar el que el paciente se encontraba en choque hipovolémico en el 21.98%. En relación a esto se ha toma--

do inclusive como indicación quirúrgica de urgencia ante un sangrado de aparato digestivo a la edad, ya que se encuentra bien establecido el aumento de la mortalidad en forma significativa en pacientes de más de 60 años de edad.(2). En otros estudios se ha tomado como indicativo la cantidad de sangre administrada en correlación con la perdida.(2,9,10,11). La recidiva de la hemorragia es una de las principales indicaciones ya que se asocia con un aumento en la mortalidad desde un 7.8% al 22.8%. (2, 11). La no respuesta a otros tratamientos como la coagulación endoscópica bipolar, en donde hasta el 17.85% requiere de cirugía de urgencia.(8).

En catorce pacientes (34.14%), se determinó la cantidad de plasma o paquete globular administrados preoperatoriamente, teniendo un promedio de 8.7 unidades, en otros estudios se han administrado 3.7 unidades como promedio. (1). En relación a lo anterior hay autores que sugieren el tratamiento quirúrgico de urgencia con la administración de 3 unidades transfundidas como mínimo. (9).

En relación al diagnóstico operatorio predominó el de úlceras gástricas en el 43.94%, en segundo lugar la gastritis erosiva y úlcera duodenal sangrante con el 17.07% cada una. En estudios efectuados en nuestro medio hay predominancia de las vârices esofágicas en el 49% en pacientes no sometidos a tratamiento quirúrgico.(1). Hay concordancia con otros estudios en el segundo lugar en relación con la gastritis erosiva. En otros países la principal incidencia de sangrado se presenta en el 49% secundaria a úlcera péptica, predominando la úlcera duodenal en esta esta entidad, siendo además la causa más frecuente de cirugía de urgencia

secundaria a sangrado de aparato digestivo.(2,24).

La gran diversidad de tratamiento quirúrgico esta en relación con la gran diversidad de patología, al respecto se aprecia una predominancia de la vagotomía troncular con piloroplastia con el 24.40% en nuestro estudio. En relación con el tratamiento quirúrgico de la úlcera duodenal, se ha recomendado la sutura en "ocho" a nivel de la úlcera sangrante con material no absorbible con -- piloroplastia ya sea Finney para excluir la úlcera del paso del contenido gástrico, la preferencia de una u otra técnica depende de la experiencia y preferencia del cirujano; en la técnica de Heineke Mikulicz es más fácil cerrar duodeno y si es necesario se puede efectuar una gastrectomía posteriormente. Estos procesos se pueden combinar con una vagotomía troncular.(2). No esta bien definido el papel de la vagotomía gástrica proximal en la úlcera duodenal sangrante siendo sus inconvenientes al que requiera mucho tiempo para efectuarlas así como de muchas experiencias, alquonoseuropeos la emplean esta técnica una vez que se ha controlado el período agudo 48 horas después del mismo en condiciones casi electivas y con tratamiento con cimetidina.(2). Se ha visto una mortalidad significativamente mayor en pacientes por arriba de los 70 años en quienes se les efectua gastrectomía de urgencia en contraposición a los que se les efectua vagotomía con piloro--plastia.(13). En este estudio se encontro igual porcentaje en cirugía de Billroth I con variaciones en el porcentaje de la resección gástrica; Billroth II con gastrectomía;gastrostomía exploradora con vagotomía troncular, piloroplastia Heineke Mikulicz y su tura de vaso sangrante en un porcentaje de 12.20%. Con respecto al tratamiento de la úlcera gástrica sangrante el crater puede su-

turarse o extirparse, puesto que algunas de estas úlceras pueden ser malignas, esta indicado extirparlas siempre que sea posible para examen histopatológico de la pieza, se puede efectuar incisión en cuña desde fuera o mediante gastrostomía, esto puede resultar técnicamente difícil si el nicho ulceroso se encuentra cerca del hiato esofágico o si hay erosión por el cráter de la pared posterior del estómago, la ventaja de esta técnica es su rapidez, sobre todo cuando el estado general del paciente se encuentra muy comprometido o es de edad avanzada, la desventaja es que resulta difícil definir el sitio de la hemorragia desde fuera y la más alta recurrencia que tras la resección gástrica, esta cirugía se puede combinar con una vagotomía y una cirugía de drenaje. La vagotomía gástrica proximal en úlcera gástrica sangrante no se recomienda en esta eventualidad, ya que la úlcera puede ocasionar gran edema y cicatrización del epiplón menor lo cual puede dificultar la identificación de los nervios de Latarjet, lo cual hace fácil el dañarlos. Se han efectuado en contraposición con el punto precedente vagotomía supraselectiva con sutura de vaso sangrante mediante gastrotomía con aparentes buenos resultados.(2,14). En nuestra serie la gastritis erosiva y la úlcera duodenal sangrante ocuparon el segundo lugar; para controlar la gastritis erosiva sangrante se han propuesto vagotomía troncular, piloroplastia y con sutura en caso de erosión escasa, pero la gastrectomía parcial con vagotomía para algunos es la técnica de elección porque además de disminuir la secreción ácida del estómago, la vagotomía disminuye el flujo sanguíneo hacia la mucosa gástrica, teniendo particular utilidad esta técnica si todas las erosiones se localizan en la parte distal del antro gástrico. La devascularización gástrica en pacientes con hemorragia masiva por gastritis ha disminuido la --

mortalidad hasta de 38% en contraposición con la vagotomía más piloroplastia (55%) y con la gastrectomía (63%). (15). En nuestra serie la cirugía para várices esofágicas sangrantes de urgencia no se llevó a efecto con la frecuencia reportada en otros estudios ya sea por el estado crítico de los pacientes o bien por la experiencia necesaria para tales eventualidades (1). En relación a la derivación portocava efectuada en pacientes con sangrado de várices esofágicas, se han reportado supervivencias tempranas hasta del 50% por Orloff en cirugía, la cual se lleva a efecto dentro de las primeras 8 horas de ingreso a el hospital, resultando la supervivencia mayor en contraposición con el tratamiento médico de urgencia (7). Se han efectuado derivaciones mesocavales en forma urgente por sangrado de várices esofágicas aún en pacientes con cirrosis hepática que se encontraban dentro de la clasificación de Child C (16). Encontramos un 4,87% de pacientes que presentaron úlceras de Stress, efectuándose en estos: en el primero gastrectomía total con esofagostomía y en el segundo desmantelamiento de anastomosis con nueva gastroyeyuno, no se han puesto de acuerdo en un procedimiento en especial para tal eventualidad siendo hasta ocho los efectuados en tal padecimiento con predominio de la vagotomía con procedimiento de drenaje y ligadura de vasos sangrantes - con índice de efectividad de el 57%, la gastrectomía se llevó a efecto menos pero su índice de efectividad es del 80 al 90% (17).

En relación a las complicaciones postoperatorias se presentaron en el 24.40% de los pacientes con predominio de las fistulas enterocutáneas en un 33.34% de las mismas, en otros estudios predomina la infección de la herida quirúrgica con o sin sepsis intrabdominal, lo segundo la dehiscencia de anasto-



mosis. Se ha correlacionado a las complicaciones con la mortalidad teniendo dentro de las complicaciones técnicas a la hemorragia recidivante con el 19.5% y dentro de las complicaciones no técnicas a las complicaciones cardiovasculares con el 30.5%.(2).

La mortalidad global se presentó en el 34.14% de los pacientes, con predominio del sexo femenino, siendo las causas hemodinámicas en el 57.14% la causa directa de muerte, la sepsis intrabdominal se presentó en el 14.29%, la mortalidad varía dependiendo de muchos factores como por ejemplo la patología de fondo y del procedimiento empleado. Así tenemos que shunts de urgencia llevados a efecto en sangrado por várices esofágicas conlleva una mortalidad de hasta el 50% así mismo la ligadura directa de las várices gastroesofágicas tiene una mortalidad similar (2). La mortalidad operatoria de las úlceras de stress independientemente del procedimiento empleado varía del 54 al 70% (5,7). En la úlcera duodenal sangrante la mortalidad presente en cirugía reseccionista va del 20 al 32% y en la vagotomía con drenaje más sutura del nicho ulceroso sangrante varía del 2.4 al 17% (13,18). En úlceras gástricas sangrantes la resección gástrica tiene una mortalidad del 2.2 al 27% y la vagotomía con drenaje y sutura o escisión de estas lesiones tiene una mortalidad del 11.5 al 14% (2,5,18). En otros estudios se han analizado las causas de muerte refiriendo que el 40% de estas se devieron a la técnica operatoria ocasionando recidiva del sangrado, dehiscencia de anastomosis y sepsis postoperatoria; las causas no técnicas se presentaron en el 60% aproximadamente (2). Las infecciones intrabdominales constituyen una causa significativa de mortalidad ( en nuestra serie se presentaron en el 14.29% como causa directa de mortalidad ),por lo que es importante prevenirlas en lo posible, se presenta prefe-

rentemente en pacientes con úlcera, cáncer, cirugía gástrica -  
previa, pacientes en estado crítico avanzado, desnutrición o -  
enfermedades subyacentes, por lo que es imprescindible la tera-  
pia antibiótica profiláctica previo a la cirugía o durante la  
inducción anestésica. En nuestro estudio se presentó el sín--  
drome de dilución de factores en el 14.29% como causa de morta-  
lidad, el cual se presenta preferentemente en pacientes en que  
nes se administra exceso de cristaloides, lo que ocasiona una -  
expansión de volúmen de líquidos orgánicos, disminución en la -  
concentración de electrolitos, proteínas plasmáticas (factores  
de coagulación ) y una osmolaridad del plasma disminuida (19).-  
El síndrome de insuficiencia respiratoria progresiva del adulto  
se presentó en el 7.14% de la mortalidad en nuestro estudio, --  
esta entidad se presenta en pacientes que han presentado choque  
de cualquier etiología, en quienes han broncoaspirado o quienes  
han recibido transfusiones masivas, etc... conllevando una morta-  
lidad del 50% en centros especializados (20,21). En uno de nues-  
tros casos la muerte fué ocasionada secundaria a broncoaspiración,  
esto probablemente ocasionado por el estado comprometido de la --  
paciente ya que presentaba gastritis erosiva y cor pulmonale cró-  
nico que ameritó intubación endotraqueal. En nuestra serie el 50%  
de la mortalidad se presentó en pacientes mayores de 70 años, --  
como se ha mencionado en otras series esta gran mortalidad influ-  
ye para que se efectue el tratamiento quirúrgico lo más pronto  
posible, esto probablemente se encuentre asociado a la gran canti-  
dad de enfermedades subyacentes y complicaciones cardiovasculares  
(2,13).

Se ha visto un aumento directamente proporcional entre mortali-  
dad y retraso en el tratamiento quirúrgico, en nuestra serie se --  
determinó el lapso entre el inicio de la sintomatología y la ciru-

gía, teniendo una media de 5.6 días en 33 pacientes, en los pacientes que murieron se determinó un promedio de 6.6 días. En cirugía gastroduodenal se ha llegado a una mortalidad del 3% en pacientes en quienes se les efectuó cirugía una vez efectuado el diagnóstico. El momento de la cirugía se determina a través de una íntima comunicación entre el médico y/o gastroenterólogo con el cirujano. A veces el retraso de una cirugía se debe a la falta de experiencia en el manejo de tales pacientes y no en raras ocasiones se debe a problemas de organización (disponibilidad de anestesiólogo y de quirófano). Por lo anterior muchos autores han recomendado que todos los pacientes sean ingresados inicialmente en una unidad de cuidados intensivos o en unidades especialmente diseñadas para tratar esta eventualidad, los mejores resultados han sido reportados por unidades de este tipo (1,2,7).

En treinta y cuatro de nuestros pacientes se determinó el promedio de hemoglobina preoperatoria siendo de 7.42 gr y en 35 pacientes el de hematocrito siendo de 24.94 ml. Los estudios realizados durante las primeras horas después de una hemorragia masiva puede no proporcionar orientación alguna sobre la magnitud del déficit de volumen, el hematocrito quizá permanezca relativamente normal y solo tras la hidratación adecuada reflejará correctamente la pérdida sanguínea; en un adulto promedio el hematocrito disminuye de un 3 a 4% por cada 500 ml de sangre perdida.

RESUMEN.

Se analizaron en forma retrospectiva los expedientes clínicos de cuarenta y un pacientes sometidos a cirugía de urgencia por presentar sangrado de aparato digestivo alto, se trataron en el Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En relación a la predominancia del sexo se encontró una relación de 1.05 : 1 a favor del sexo masculino. La edad varió de 19 a 85 años con una media de 53.48%. El 75.60% de los pacientes presentaban antecedentes personales patológicos que influyeron en la morbimortalidad (la mortalidad en estos pacientes fué del 71.42%). Predominó el diagnóstico efectuado mediante clínica únicamente en el 64.35%. La causa de cirugía de urgencia se efectuó en el 39.03% por sangrado incoercible al tratamiento médico. En 14 pacientes se determinó la cantidad de paquete y plasma administrados con un promedio de 8.7 unidades. El diagnóstico operatorio fué de úlcera gástrica en el 43.94%. La cirugía predominante fué la de vagotomía troncular con piloroplastia Heineke Mikulicz en el 24.40%. Las complicaciones postoperatorias se presentaron en el 24.49% con predominio de las fistulas enterocutáneas en el 33.34%. La mortalidad se presentó en una frecuencia de 34.14%, predominando la mortalidad secundaria a causas hemodinámicas en el 57.14% de estos pacientes. Se determinó el tiempo que transcurrió desde el inicio de la sintomatología hasta la intervención quirúrgica, teniendo un promedio general de 5.6 días. Se tenía una hemoglobina promedio de 7.42 gr y un hematocrito de 24.94 ml.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- F. Gamboa.A. y Cols. SANGRADO DE APARATO DIGESTIVO. Estudio llevado a efecto en el Hospital de Especialidades del CMR en 1982.
- 2.- Dykes.P.W. HEMORRAGIA DIGESTIVA Editorial DOYMA Barcelona España 1983.
- 3.- Protell.R.L. SEVERE UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING Clinics in Gastroenterology Vol 10 No 1 January 1980.
- 4.- Stone.M.A. SURGERY FOR BLEEDING DUODENAL ULCER. The American Journal of Surgery. 1978 Vol 136: 306-309.
- 5.- Berk.J.E. GASTROENTEROLOGIA.HENRY BOCKUS Salvat. Editores Baecelona España. 1980.
- 6.- Sleisenger.M.H. GASTROINTESTINAL DISEASE 2a Edición Editorial WB Saunders. 1978.
- 7.- Orloff.J. LONG TERM RESULTS OF EMERGENCY PORTOCAVAL SHUNT FOR BLEEDING AESOPHAGEAL VARICES IN UNSELECTED PATIENTS WITH ALSOHOLIC CIRRHOSIS. Ann Surg. 1980 Vol 192(3): 325-340.
- 8.- Donahue.P. ENDOSCOPIC CONTROL OF UPPER GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE WITH BIPOLAR COAGULACION DEVICE. Surgery, Gynecology & OObstetrics. 1984 Vol. 159: 113-118.
- 9.- Hubert.J. THE SURGICAL MANEGEMENT OF BLEEDING STRESS ULCER. Ann. Surg. 1980 Vol. 191 (6): 672-676.
- 10.- Reichle.F.A. PROSPECTIVE COMPARATIVE CLINICAL TRIAL WITH DISTAL SPLENORRENAL AND MESOCAVAL SHUNT. Am.J.Surg. 1979 Vol. 137: 13-21.
- 11.- Turner.W. TRANSHEPATIC EMBOLIZACION IN PATIENTS WITH ACUTE VARICEAL HEMORRHAGE. Am.J.Surg. 1981 Vol.142:731-734.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 12.- Bravo.J. AVANCES EN CIRUGIA. Gaceta Médica de México  
1981 Vol. 117 (3): 94-95.
- 13.- Stone. M. A. SURGERY FOR BLEEDING DUODENAL ULCER  
The American Journal of Surgery 1978 Vol. 136: 306-308.
- 14.- Jonnston.D. DIVISION AND REPAIR OF THE SPHENCTERIC MECHA-  
NISM AT THE GASTRIC OUTLET IN EMERGENCY OPERATIONS FOR --  
BLEEDING PEPTIC ULCER. Ann. Surg. 1977 Vol. 186 (6):723-728.
- 15.- Richardson.D.J. GASTRIC DEVASCULARIZATION Ann. Surg. 1977  
Vol. 185: 649-655.
- 16.- Reichle. A. F. PROSPECTIVE COMPARATIVE CLINICAL TRIAL WITH  
DISTAL SPLENORRENAL AND MESOCAVAL SHUNT. The American  
Journal of Surgery 1979 Vol. 137 : 13-21.
- 17.- Huneet. J. THE SURGICAL MANAGEMENT OF BLEEDING STRESS  
ULCER. Ann. Surg. 1980 Vol. 191 (6): 672-676.
- 18.- Hardy. CIRUGIA. 1985 Editorial Médica Panamericana.  
Buenos Aires Argentina.
- 19.- Krupp. M. DIAGNOSTICO CLINICO Y TRATAMIENTO. 1982  
Editorial Manual Moderno.
- 20.- Lind. T. ADULT RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME. Arch.  
Intern. Med. 1981 Vol. 141: 1749-1752.
- 21.- Weigelt.A.J EARLY IDENTIFICATION OF PATIENTS PRONE TO  
DEVELOP ADULT RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME The American  
Journal of Surgery 1981 Vol. 142:687-690
- 22.- Fisher.J. COMPARISON OF DISTAL AND PROXIMAL SPLENORRENAL  
SHUNTS Ann Surg. 1981 Vol. 194 (4) : 531-542.
- 23.- Osborne. THE ACUTE TREATMENT OF HAEMORRHAGE FROM OESOPHAGEAL  
VARICES: A COMPARISON OF OESOPHAGEAL TRANSECTION STAPLE GUN  
WITH MESOCAVAL SHUNT Br. J. Surg. 1981 Vol 168: 734-737

24.- Berg. BOCKUS GASTROENTEROLOGY 1985 Edito. Saunders  
4a edición: 65-90.