

Incidencia de la hemorragia digestiva alta en el adulto mayor. Banes 2013-2017

Incidence of the upper gastrointestinal bleeding in the older adult. Banes 2013-2017



Juan Pablo Ricardo Pérez¹, Héctor Alejandro Santiesteban Fuentes¹, Yoander Nápoles Zaldívar^{2*}, Natalio Bairán Ayala³, Daniel José Guillén Peregrín³

¹Estudiante de 5^º año de Medicina. Alumno Ayudante de Cirugía General. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Dr. Carlos Font Pupo. Holguín-Cuba.

²Estudiante de 5^º año de Medicina. Alumno Ayudante de Medicina Interna. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Dr. Carlos Font Pupo. Holguín-Cuba.

³Especialista de I grado en Cirugía General. Profesor instructor. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Hospital Clínico Quirúrgico Provincial Lucía Íñiguez Landín. Holguín-Cuba.

Recibido: 26/09/17 | Revisado: 20/03/18 | Aceptado: 27/10/18 | Online: 30/10/18

*Correspondencia: (Y. Nápoles Zaldívar). Correo electrónico: ynap@nauta.cu



Citar como: Ricardo JP, Santiesteban HA, Nápoles Y, Bairán N, Guillén DJ. Incidencia de la hemorragia digestiva alta en el adulto mayor. Banes 2013-2017. 16 de Abril. 2018;57(269):151-156.

Resumen

Introducción: La hemorragia digestiva alta es un problema de salud de elevada frecuencia y una de las principales causas de ingreso hospitalario. La forma aguda de presentación con importantes repercusiones sistémicas pone a prueba la pericia y experiencia del equipo médico que atiende al paciente.

Objetivo: Caracterizar el comportamiento de la hemorragia digestiva alta en el adulto mayor en el Hospital Clínico Quirúrgico de Banes durante el periodo de enero 2013 a enero 2017.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta en el Servicio de Guardia del Hospital Clínico Quirúrgico de Banes en el período comprendido de enero de 2013 a enero de 2017.

Resultados: Se obtuvo que la hemorragia digestiva en el adulto mayor predominó en las edades de 70-79 años, en el sexo masculino (n=53) y en la raza blanca (n=63). La etiología que primó fue la gastritis erosiva en 21 casos. Los sangramientos de moderada intensidad fueron los más relevantes en el momento del diagnóstico y un 96 % de los pacientes resolvió con un tratamiento médico, con una supervivencia de 93,3 %.

Conclusiones: La mortalidad en el adulto mayor por hemorragia digestiva alta fue muy baja, fruto del trabajo mancomunado entre internistas y cirujanos.

Palabras clave: hemorragia gastrointestinal, anciano, gastritis, úlcera duodenal, neoplasias

Abstract

Introduction: The upper gastrointestinal bleeding is a health problem of high frequency and one of the main causes of hospital admission. The acute form of presentation with important systemic repercussions puts on approval the skill and experience of the medical team that assists the patient.

Objective: To characterize the behavior of the upper gastrointestinal bleeding in the older adult in the Surgical Clinical Hospital of Banes during the period of January 2013 to January 2017.

Materials and Methods: An observational, descriptive and cross-sectional study was conducted in patients diagnosed with an upper gastrointestinal bleeding in the Service of Guard of the Surgical Clinical Hospital of Banes during the period of January 2013 to January 2017.

Results: The upper gastrointestinal bleeding in older adult prevailed in the 70-79 year-old ages, in the male sex (n=53) and in the white race (n=63). The etiology that predominated was the erosive gastritis in 21 cases. The bleeding of moderate intensity was the most significant in the moment of the diagnosis and 96 % of the patients solved with a medical treatment, with a survival of 93,3 %.

Conclusions: The mortality in older adult for upper gastrointestinal bleeding was very low, fruit of the joint work between internists and surgeons.

Keywords: gastrointestinal hemorrhage, aged, gastritis, duodenal ulcer, neoplasms

Introducción

La hemorragia digestiva (HD) ha sido mencionada a lo largo de la historia. Hipócrates es el que hace la primera referencia 400 años ANE de algunos de sus síntomas¹, seguido por Claudio Galeno, médico griego. Más tarde, en el siglo II, Goldestein demostró y resaltó con más elocuencia la evidencia de la HD y de heces de color negro².

En la mayoría de los casos se presenta de forma aguda y con importantes repercusiones sistémicas como hematemesis, melena (heces blandas de color intenso alquitranado, muy malolientes), hipovolemia, anemia, pérdidas ocultas, vómitos de sangre fresca con coágulos sanguíneos o restos hemáticos oscuros denominados en poso de café, lo que obliga a adoptar medidas urgentes para estabilizar a los pacientes y efectuar un tratamiento específico adecuado².

En el caso particular del paciente anciano la etiología de la pérdida sanguínea incluye: las úlceras pépticas inducidas por fármacos, infección y/o sepsis, la hemorragia relacionada con la hipertensión portal y lesiones hemorrágicas no neoplásicas (Mallory-Weiss, esofagitis por reflujo, entre otras). Todas ellas suponen el 90 % de las causas. En los últimos años, se viene observando un aumento de la incidencia de la úlcera gástrica en detrimento de la duodenal, posiblemente debido a la

polifarmacia. Entre las causas menos frecuentes se encuentran la neoplasia y las lesiones vasculares esofágicas, gástricas o duodenales^{3,4}.

Múltiples son los factores pronósticos de la hemorragia digestiva alta (HDA) que obligan a guardar disposiciones especiales y realizar una pormenorizada atención, entre ellos: la edad superior a 60 años, hipovolemia severa, recidiva durante la hospitalización, alteraciones de la coagulación, comorbilidad elevada, hemorragia activa en el momento de la endoscopia, vaso visible, coágulo fresco adherido y úlceras de gran tamaño^{5,6}. La endoscopia digestiva alta es la prueba diagnóstica de elección para la HDA con una elevada sensibilidad y especificidad para la identificación y localización de las lesiones sangrantes. También permite obtener biopsias con el fin de excluir la presencia de células malignas y para determinar la presencia de *Helicobacter pylori*⁷.

El tratamiento quirúrgico sólo se debe utilizar cuando fracase el endoscópico o si existiera una recidiva de la hemorragia con repercusión hemodinámica, ya que la cirugía eleva mucho la mortalidad cuando se ha de realizar de urgencia, sobre todo en el paciente anciano⁸.

Si se considera que la HDA supone un 0,7-1,5 % de todas las urgencias hospitalarias, con tendencia al aumento, y que

se estima que para el año 2030 la población de ancianos casi se habrá duplicado^{9,10}, se puede incluir entonces, a la HDA, como un potencial problema de salud en el futuro, ya sea en cuerpos de guardia de cirugía como de medicina interna.

En Cuba, las personas mayores de 60 años constituyen el 14,7 % de la población. Para el 2025 se calcula que uno de cada cuatro cubanos tendrá 60 años y habrá 156 adultos mayores por cada 108 niños¹¹. Datos estadísticos de Salud en Cuba y Holguín, reflejan un aumento de la incidencia de HDA del 14 al 39 %. En el municipio Banes, durante el período comprendido del 2013 al 2017 la incidencia de esta enfermedad fue de 190 pacientes.

Objetivo

Caracterizar el comportamiento de la hemorragia digestiva alta en el adulto mayor en el Hospital Clínico Quirúrgico de Banes durante el periodo de enero 2013 a enero 2017.

Material y Métodos

Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en pacientes con HDA atendidos en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Dr. Carlos Font Pupo” de Banes, durante el período de enero del 2013 a enero del 2017.

Universo y muestra

El universo estuvo representado por 190 pacientes que fueron diagnosticados con HDA, atendidos durante el período de tiempo seleccionado. Se seleccionó una muestra de 75 pacientes mediante un muestreo no probabilístico.

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de HDA.
- Pacientes que presentaron en el momento del diagnóstico edad mayor de 60 años.

Criterios de exclusión

- Pacientes con historias clínicas incompletas.

Variables

Se estudiaron las siguientes variables: *edad* (años cumplidos), dividida en los siguientes grupos: 60-69; 70-79; 80-89 y ≥ 90 ; *sexo*

(según sexo biológico); *raza* (blanca o negra); *etiología de la HDA*: gastritis erosiva, úlcera gástrica, úlcera duodenal, várices esofágicas, gastropatía portal, traumatismos y tumores; *intensidad del sangrado*: leve (paciente asintomático, constantes normales, piel normocoloreada, templada y seca), moderado (no hay taquicardia ni hipotensión en decúbito, pero pueden aparecer de manera discreta al incorporarse; se mantiene la diuresis; hay palidez mucosa y cierta frialdad acra; no hay hiperhidrosis), grave (en decúbito, pulso de 100-120 latidos por minuto (lpm) y presión arterial sistólica (PAS) de 80-100 mmHg; paciente pálido y frío con hiperhidrosis y pérdida de turgencia tisular; sensación de intranquilidad), masivo (taquicardia en reposo superior a 120 lpm, PAS < 80 mmHg; anuria, palidez grisácea y rasgos faciales afilados, sudoración viscosa, frialdad acentuada producida por vasoconstricción periférica y colapso venoso y estado estuporoso; en ocasiones se presentan convulsiones)^{5,6}; *tratamiento según diagnóstico etiológico*: médico o quirúrgico; *estado al egreso*: vivo o fallecido.

Procedimientos, recolección, manejo de datos y análisis estadístico

Se utilizaron los métodos empíricos, teóricos y estadísticos y para la recolección de los datos se revisó las historias clínicas individuales de los pacientes incluidos en el estudio y archivadas en el departamento de estadísticas del Hospital Clínico Quirúrgico “Dr. Carlos Font Pupo”.

Aspectos éticos

Se tuvieron en cuenta los principios éticos para investigaciones biomédicas con seres humanos. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la institución hospitalaria, manteniendo a su vez los principios de la bioética: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

Resultados

En cuanto a la distribución de los pacientes por sexo y grupo etario, 53 correspondieron al sexo masculino para 70,7 %, y la edad predominante en ambos sexos fue de 70 a 79 años, con 28

pacientes, representando 37,3 % del total (tabla 1). Predominó la raza blanca con un 84 % del total.

Tabla 1. Distribución de pacientes con hemorragia digestiva alta según edad y sexo.

| Edad | Sexo | | | | | |
|--------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|
| | Masculino | | Femenino | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % |
| 60-69 | 12 | 16,0 | 5 | 6,7 | 17 | 22,7 |
| 70-79 | 19 | 25,3 | 9 | 12 | 28 | 37,3 |
| 80-89 | 15 | 20 | 3 | 4 | 18 | 24,0 |
| ≥ 90 | 7 | 9,3 | 5 | 6,7 | 12 | 16,0 |
| Total | 53 | 70,7 | 22 | 29,3 | 75 | 100 |

Tabla 2. Distribución de la etiología de la hemorragia digestiva alta según tratamiento.

| Diagnostico etiológico | Médico | | Quirúrgico | | Total | |
|------------------------|-----------|-----------|------------|----------|-----------|------------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Gastritis erosiva | 20 | 26,7 | 1 | 1,3 | 21 | 28 |
| Úlceragástrica | 15 | 20 | 1 | 1,3 | 16 | 21,3 |
| Úlceraduodenal | 15 | 20 | 0 | 0 | 15 | 20 |
| Varices esofágicas | 8 | 10,7 | 1 | 1,3 | 9 | 12 |
| Gastropatía portal | 7 | 9,3 | 0 | 0 | 7 | 9,3 |
| Tumores | 4 | 5,3 | 0 | 0 | 4 | 5,3 |
| Traumatismos | 3 | 4 | 0 | 0 | 3 | 4 |
| Total | 72 | 96 | 3 | 4 | 75 | 100 |

La gastritis erosiva fue el diagnóstico etiológico más frecuente para un 28 % del total, seguido por la úlcera gástrica con 21,3 %. La conducta terapéutica más idónea para los pacientes fue el tratamiento médico para un 96 % del total. La gastritis erosiva fue a su vez la entidad que más requirió dicho tratamiento

médico con un 26,7 % (tabla 2). El sangrado de intensidad moderada estuvo presente dentro de 47 pacientes, lo que representa el 62,7 % del total. El 93,3 % de los pacientes egreso vivo. (Tabla3)

Tabla 3. Distribución de pacientes según intensidad del sangrado y estado al egreso.

| Intensidad del sangrado | Vivo | | Fallecido | | Total | |
|-------------------------|-----------|-------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Leve | 7 | 9,3 | 0 | 0 | 7 | 9,3 |
| Moderado | 47 | 62,7 | 0 | 0 | 47 | 62,7 |
| Grave | 16 | 21,3 | 2 | 2,7 | 18 | 24 |
| Masivo | 0 | 0 | 3 | 4 | 3 | 4 |
| Total | 70 | 93,3 | 5 | 6,7 | 75 | 100 |

Discusión

Al analizar la distribución por grupos de edades y sexo en la muestra bajo estudio, se comprobó que el mayor número de pacientes presentaba entre 70 y 79 años, coincidiendo con la diversas teorías sobre los cambios regresivos en el envejecimiento, muchos de ellos altamente predisponentes a la aparición de HD^{12,13}. En cuanto al sexo, predominó el masculino, lo cual se corresponde con la literatura revisada, donde el sangrado es mayor en hombres, esto es debido a la cultura étnica existente en la sociedad donde el hombre tiene una mayor predisposición a la adopción de hábitos enólicos, al tabaquismo, drogadicción, etc^{14,15}. Se observó un mayor predominio de la raza blanca, lo cual coincide con lo reportado en las literaturas donde autores como García *et al*¹⁴, Winograd y colaboradores¹⁶, así como García y otros¹⁷ plantean que el predominio es en la raza blanca.

A pesar de que la HDA puede tener muchas causas, la gran mayoría de episodios de sangrado se debieron a un reducido tipo de lesiones. La gastritis erosiva fue la causa de hemorragia más frecuente, seguida por la úlcera duodenal, varices esofágicas y gastropatía portal. Este hallazgo coincide con la literatura en la cual se plantea que la frecuente ingestión de aspirina, antiinflamatorios no esteroideos y derivados de la prednisona suprimen la síntesis de prostaglandinas, interfieren con la producción de mucus y alteran la barrera citoprotectora de la mucosa gástrica¹⁷⁻¹⁹.

Basados en la etiología de la HDA diagnosticada, el manejo del paciente con un tratamiento médico en el 96 % de los casos fue de elección. Afortunadamente el criterio de intervención quirúrgica se ve reducido a un limitado número de pacientes, en los que el tratamiento médico no es efectivo o satisfactorio. La literatura consultada concuerda con lo analizado en el estudio^{20,21}.

El análisis de la distribución según la intensidad del sangrado, resaltó un predominio del sangrado moderado, seguido del grave y se observó un mayor número de muertes debido a sangrado masivo. Aunque existió mortalidad, la misma representó un 6,7 % del total, datos muy por debajo de la estadística nacional e internacional lo que demuestra un excelente trabajo en el manejo terapéutico de estos pacientes en el municipio estudiado. No obstante, cabe resaltar la

importancia de la atención individualizada e intensiva en los sangrados graves y masivos, ya que son estos los que con mayor frecuencia requieren para su resolución tratamiento quirúrgico y los que a su vez presentan un mayor riesgo de fallecer²².

Conclusiones

La mortalidad en el adulto mayor por hemorragia digestiva alta fue muy baja, fruto del trabajo mancomunado entre internistas y cirujanos. Los resultados obtenidos en el estudio refuerzan la importancia de concretar acciones de promoción y prevención de salud incluso en los adultos mayores, que permitan modificar modo, condiciones y estilos de vida.

Autoría

Todos los autores participaron en igual medida en la realización del estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

Ninguno.

Referencias

1. Balanzó J, Villanueva C. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. Hemorragia digestiva alta. Barcelona: Ediciones Doyma; 2014.
2. Miño G, Jaramillo JL, Gálvez C. Análisis de una serie general prospectiva de 3270 hemorragias digestivas altas. *Rev Esp Enf Dig*. 1992;82:7-15.
3. Casamayor E, Rodríguez Z, Goderich JM. Sangrado digestivo alto: consideraciones actuales acerca de su diagnóstico y tratamiento. *MEDISAN* [Internet]. 2010 [citado el 28 de diciembre de 2017];14(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000500002&lng=es
4. Gralnek IM, Dumonceau J-M, Kuipers EJ, Lanás A, Sanders DS, Kurien M, et al. Diagnosis and management of non variceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* [Internet]. 2015 [citado el 28 de diciembre de 2017];47(10):1-46.
5. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):401-06.

6. Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation-determinants of a recommendation's direction and strength. *J Clin Epidemiol*. 2013;66(7):726-35.
7. Cervantes E, García-González R. Helicobacter pylori y la respuesta inmune. *Rev Latinoam Patol Clin Med Lab [Internet]*. 2015 [citado el 28 de diciembre de 2017];62(2):112-18. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2015/pt152g.pdf>
8. Holloway RH, Hongo M, Berger K, MacCallum RW. Gastric distention: a mechanism for postprandial gastro esophageal reflux. *Gastroenterol*. 2014;89(4):779-84.
9. Laine L, Jensen DM. Management of patients with ulcer bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2012;107(3):345-54.
10. Paniagua EM, Piñol JF. Gastroenterología y Hepatología Clínica. 1era ed. La Habana: ECIMED; 2015.
11. Colina E, Carrasco MR, Machado MC, Darías A, Diéguez R. Geriatria y gerontología. La Habana: Editorial Científico-Técnica;2011.
12. Rego JJ, Leyva C, Pérez M. Caracterización clínico-terapéutica del sangramiento digestivo alto. Hospital "Dr. Salvador Allende". Primer semestre 2006. *Rev Cubana Farm [Internet]* 2007 [citado el 28 de diciembre de 2017];41(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152007000300008&lng=es
13. Crespo L. Morbimortalidad por sangramiento digestivo alto en la Unidad de Cuidados Intermedios Quirúrgicos. *Rev Cub de Med Intensiva y Emergencia [Internet]*. 2002 [citado el 28 de diciembre de 2017];1(1):46-52. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol1_1_02/mie08102.pdf
14. García C, Bravo E, Guzmán P, Gallegos R, Corzo M, Aguilar V. Validación del score de Rockall en pacientes adultos mayores con hemorragia digestiva alta no variceal en un hospital general de tercer nivel. *Rev Gastroenterol [Internet]*. 2015 [citado el 28 de diciembre de 2017];35(1):25-31. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v35n1/a03v35n1.pdf>
15. Oleaga JR, Hernández G, Carrasco MR. Comportamiento del sangramiento digestivo alto en adultos mayores. *Rev Cubana Tecnol Salud [Internet]*. 2013 [citado el 28 de diciembre de 2017];4(2). Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/download/130/174>
16. Winograd R, Williams E, Rodríguez D, Ramos JY, Guisado Y, Angulo O, et al. Endoscopia en la atención a pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal. *Rev Cubana Med Mil [Internet]*. 2015 [citado el 28 de diciembre de 2017];44(2):187-94. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v44n2/mil07215.pdf>
17. García L, Piña LR, Rodríguez Z, Romero LI, Escalona M. Algunas especificidades sobre la mortalidad asociada a la hemorragia por enfermedad ulcerosa péptica gastroduodenal. *MEDISAN [Internet]*. 2015 [citado el 28 de diciembre de 2017];19(5):658-74. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n5/san12195.pdf>
18. Cruz AA, Sánchez JR. Presentación sindrómica del sangrado digestivo alto variceal y no variceal en el servicio de Urgencias de un hospital público de segundo nivel del estado de Chiapas. Análisis descriptivo y comparativo con la prevalencia nacional. *Med Int Mex [Internet]*. 2013 [citado el 28 de diciembre de 2017];29(5):449-57. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2013/mim135b.pdf>
19. Almeida R, Pérez F, Díaz JO, Martínez JA. Comportamiento de la hemorragia digestiva alta en el Hospital Universitario Calixto García. *Rev Cubana Cir [Internet]*. 2011 [citado el 28 de diciembre de 2017];50(1):40-53. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v50n1/cir04111.pdf>
20. Díaz-Canel O. Tratamiento endoscópico de la urgencia en el sangramiento digestivo alto. Asociación Médica del Caribe-AMECA-Biblioteca. AMECA-CMA, CITMATEL; 2004.
21. Brito-Lugo P, Moreno-Terrones L, Bernal-Sahagun F. Clinical guidelines for the diagnosis and treatment of non variceal upper gastrointestinal hemorrhage. *Diagnosis. Rev Gastroenterol Mex*. 2016;72(4):399-400.
22. Granera LF, Mejía W. Correlación entre la presentación clínica y los hallazgos endoscópicos, en pacientes hospitalizados por hemorragia digestivas sometidos a endoscopia digestivas altas, en el Hospital Alemán Nicaragüense, entre el 1 de enero 2012 al 31 diciembre 2016 [Internet]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2017 [citado el 28 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/4296/1/96878.pdf>



Este artículo de **Revista 16 de Abril** está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, **Revista 16 de Abril**.