

Caracterización clínico-endoscópica de pacientes con hemorragia digestiva alta. Hospital General Pedro Betancourt de Jovellanos

Clinic-endoscopic characterization of patients with upper gastrointestinal bleeding in the General Hospital Pedro Betancourt, Jovellanos

Dra. Mayelin Abreu Jarrín, Dra. Solange Ramos Tirado, Lic. Noelvis Trejo Muñoz, Lic. Domingo Cintado Tortoló

Hospital General Docente Pedro Betancourt. Jovellanos. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la hemorragia digestiva alta es una de las emergencias más frecuentes en los servicios de urgencias. Su mortalidad promedio es del 10%. La etiología más común continúa siendo la úlcera péptica y es más frecuente en hombres y adultos mayores.

Objetivo: caracterizar clínica y endoscópicamente a los pacientes con hemorragia digestiva alta atendidos en el departamento de Gastroenterología del Hospital General Pedro Betancourt en el período comprendido entre Enero del 2012 a Enero del 2013.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo prospectivo, se tuvieron en cuenta diferentes variables clínicas y endoscópicas como: edad, sexo, presentación clínica, tipo de lesión y clasificación de la hemorragia por úlcera; estas fueron representadas en tablas y gráficos por frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: de los 40 pacientes estudiados con una edad promedio de 57,3 años +/-13,5 años; predominó del sexo masculino (72,5 %). La presentación clínica más frecuente fue la melena (65%). El principal hallazgo endoscópico fue la úlcera duodenal (45%) y la clasificación de la complicación hemorrágica de la úlcera más frecuente fue el sangrado reciente.

Conclusión: la hemorragia digestiva alta continúa siendo una urgencia que se presenta con mayor frecuencia en pacientes mayores de 60 años, fue la úlcera gastroduodenal con estigmas de sangrado reciente el hallazgo endoscópico más común.

Palabras clave: hemorragia digestiva alta, hallazgos endoscópicos, tratamiento endoscópico.

ABSTRACT

Introduction: the upper gastrointestinal bleeding is one of the most common emergencies treated at the emergency services. Its average mortality rate reaches 10%. The most common etiology is still the peptic ulcer, and it is more frequent in men and elder people.

Objective: to characterize, clinically and endoscopically, the patients with upper gastrointestinal bleeding attended at the Department of Gastroenterology of the General Hospital Pedro Betancourt in the period from January 2012 to January 2013.

Methods: it was carried out a descriptive- prospective study, taking into account clinical and endoscopic variables like age, gender, clinical presentation, endoscopic findings, kind of lesion and classification of the ulcer hemorrhage complication. The variables were represented in charts and pictures per absolute and relative frequencies.

Results: a sample of 40 patients were enrolled with an average age of 57,3 +/- 13,5 years. The predominant gender was the male one with 72,5 %. The most common clinical presentation was the melena (65%). The main endoscopic finding was the duodenal ulcer (45%) and the most frequent ulcer hemorrhagic complication was the recent bleeding.

Conclusion: the upper gastrointestinal bleeding still remains as an urgency more frequently in male patients older than 60 years. The gastroduodenal ulcer with recent bled stigmas was the most common endoscopic finding.

Key words: upper digestive hemorrhage, endoscopic findings, endoscopic treatment.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta (HDA) se considera un problema de salud pública, tanto por su frecuencia como por su elevada mortalidad; constituye una de las urgencias médicas más frecuentes, con una incidencia anual estimada de 50 a 100 cada 100.000 habitantes por año, y una tasa de ingreso hospitalario anual de 100 por cada 100.000 ingresos hospitalarios. A pesar de los grandes avances en la atención a los pacientes, la mortalidad por esta entidad se ha mantenido relativamente constante entre el 5 y el 10% durante los últimos 50 años. Una posible explicación a este hecho, es el aumento en la esperanza de vida de los pacientes, así como el aumento en la prevalencia de las comorbilidades en los pacientes con HDA, que han contrarrestado los avances diagnósticos y terapéuticos de los últimos veinte años.⁽¹⁾

Podemos definirla como toda pérdida de sangre originada en el tracto digestivo superior, entre región faringoesofágica y ángulo de Treitz. El sangrado digestivo puede expresarse clínicamente de diferentes formas, dependiendo de la

localización del sangrado y la cuantía del mismo. Así tenemos la hematemesis, melena y rectorragia (hemorragia digestiva aguda), o bien no manifestarse clínicamente, detectándose únicamente en pruebas de laboratorio como la presencia de sangre oculta en heces (SOH) o la presencia de anemia ferropénica, habiendo descartado otras causas como pérdidas ginecológicas o malabsorción (hemorragia digestiva crónica). Hematemesis es el vómito de sangre, que puede ser de color rojizo si es reciente y negro o en posos de café si es sangre digerida; la melena se define como la deposición de heces negras, "pegajosas", "alquitranadas" y malolientes. Algunos pacientes con HDA van a debutar con pérdidas de sangre roja por heces (rectorragia o hematoquecia), debido a la intensidad de la hemorragia y/o rapidez del tránsito. ⁽²⁾

La mayoría de las HDA (80-90%) son de causa no varicosa siendo la úlcera péptica la patología más frecuente (40-50%). Más del 95% de las úlceras están asociadas a la toma de AINE y/o a la presencia de *H. pylori*. Otras causas de HDA menos frecuentes son las várices esófago-gástrica, las lesiones agudas de la mucosa gástricas o duodenales, el síndrome de Mallory-Weiss, la esofagitis péptica, las lesiones tumorales benignas y malignas y las lesiones vasculares (lesión de Dieulafoy, angiodisplasia, fístula aortoentérica, etc.). Hay que señalar además que en un 5-8% de las ocasiones no se logra determinar la causa de la hemorragia, a pesar de las exploraciones pertinentes. ⁽³⁾

La HDA es autolimitada en el 90 % de los casos; de un 70 a un 80% de los casos producida por úlcera se detiene de forma espontánea y la mortalidad posterior es insignificante. La mortalidad hospitalaria por cuadros agudos de hemorragia digestiva ha permanecido sin cambios durante la última década, oscilando entre el 4 y el 10 % en la HDA de origen no varicoso, a diferencia de la secundaria a hipertensión portal cuya mortalidad es entre el 18 y el 30 % al alta hospitalaria. Además la mortalidad puede alcanzar de un 30 a un 40 % en los pacientes que presentan hemorragia persistente y el 21 % cuando es masiva. ⁽⁴⁾

Dentro de los factores de pronóstico adverso y riesgo de hemorragia persistente o recidivante tenemos a la edad superior a 60 años, la enfermedad médica coexistente, el shock o hipotensión ortostática, la coagulopatía asociada, el inicio de sangrado en el hospital, las transfusiones múltiples, la inmunodepresión, el diagnóstico incierto y la hemorragia grave. ⁽⁵⁾

Valoración diagnóstica y pronóstica y tratamiento inicial

Se recomienda que el manejo de la HDA se realice a partir de la aplicación de protocolos específicos y con un manejo "multidisciplinar" (con equipos formados por especialistas en urgencias, gastroenterólogos, cirujanos, radiólogos intervencionistas, especialistas en cuidados intensivos y profesionales de enfermería).

Por ser la enfermedad ulceropéptica la causa más frecuente de HDA haremos referencia a la misma en relación con su abordaje. Se deben implementar una serie de medidas para llevar a cabo un adecuado manejo de estos pacientes; estas incluyen: la confirmación de la hemorragia digestiva alta y colocación de sonda nasogástrica, la valoración y corrección de la alteración hemodinámica, la corrección de la anemia y de las alteraciones de la coagulación. ^(3,6)

Pueden aplicarse otras medidas previas a la gastroscopia como la perfusión de inhibidores de la bomba de protones (IBP) a dosis altas, pues reduce de forma significativa la incidencia de estigmas endoscópicos de alto riesgo y la necesidad de aplicar terapéutica endoscópica. Se recomienda su administración de forma

sistemática inmediatamente después del ingreso y antes de la endoscopia, pues reduce la necesidad de tratamiento endoscópico, reduce la estancia hospitalaria y resulta coste-efectivo. Por ello se recomienda la administración sistemática de IBP inmediatamente después del ingreso y antes de la endoscopia. ^(4,7)

Para el completar el manejo adecuado de la HDA es necesario disponer de panendoscopia urgente 24 h al día y de un endoscopista capacitado en técnicas de hemostasia endoscópica, así como de profesionales de enfermería experimentados en la endoscopia terapéutica. La efectividad diagnóstica de este proceder está entre 94 y 96 %, especialmente si es realizada dentro de las 12 horas de evidencia de sangrado. Este examen tiene fines diagnósticos, terapéuticos y pronósticos, posibilita identificar la lesión sangrante, el tratamiento endoscópico en aquellos casos que lo requiera y por último dado los signos endoscópicos nos da un valor pronóstico (recidiva). ⁽⁸⁾

Tratamiento endoscópico

El 80% de las HDA cede de forma espontánea. Sin embargo, el 20% de los pacientes presentará una recidiva hemorrágica, siendo esta última uno de los principales determinantes de la mortalidad. En el caso de la HDA por ulcera, la probabilidad de recidiva hemorrágica puede predecirse a partir de los estigmas endoscópicos de alto riesgo descritos por Forrest. (Anexo)

Por la importancia de este tema y los cambios en el enfoque y manejo que ha tenido lugar en el abordaje de este síndrome en los últimos años, así como su elevada incidencia, nos motivamos a realizar la investigación, la cual tiene como objetivo caracterizar clínicos y endoscópicamente a los pacientes con HDA atendidos en el Hospital General Pedro Betancourt de Jovellanos de enero de 2012 a enero de 2013.

MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo prospectivo realizado desde el 14 de julio de 2008 al 14 de junio de 2009 en el Servicio de Endoscopia Digestivas del Hospital General Docente Pedro Betancourt de Jovellanos.

Universo: conformado por 40 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de HDA a los cuales se les realizó panendoscopia superior, previo consentimiento informado y de acuerdo en participar en la investigación.

La indicación de HDA venía dada por la presencia de melenas, hematemesis o vómitos en posos de café, objetivados por el personal médico en los distintos servicios del centro o referido por los pacientes; todo lo anterior acompañado de datos analíticos y los obtenidos durante el examen físicos que apoyaran dicha sospecha.

Las endoscopias fueron realizadas por médicos especialistas en gastroenterología y personal de enfermería.

En cada uno de los casos se tuvo en consideración las siguientes variables:

1. Edad: 18-34; 35-49; 50-64; 65-79; 80 y más.
2. Sexo: masculino y femenino.

3. Presentación clínica: melena, hematemesis, hematemesis y melena juntos.
4. Tipo de lesión endoscópica: úlcera gástrica, úlcera duodenal, doble úlcera (gástrica y duodenal), lesiones agudas de la mucosa (LAM), gastropatía por hipertensión portal (GHTP), várices esofágicas, várices gástricas, Síndrome de Mallory Weiss, tumores gástricos, ectasias vasculares, normal, etiología no precisada.
5. Clasificación de la úlcera sangrante según Forrest (Anexo).
6. Tratamientos endoscópico: esclerosis con sustancias vasoactivas.

La exploración endoscópica se realizó con Panendoscopio Olympus Evis. El tratamiento endoscópico fue realizado con aguja de esclerosis.

Los datos obtenidos fueron colocados en una planilla confeccionada por la autora, los que posteriormente fueron procesados mediante Epiinfo 6; los textos se realizaron con Microsoft Office Word 2007 y se representaron en tablas y gráficos confeccionados con Microsoft Office Excel 2007. Se calcularon porcentajes, medias, razones y desviaciones estándar para el resumen de la información.

RESULTADOS

En este estudio fueron incluidos 40 pacientes, con un rango etario de 27 a 81 años y un promedio de 57,6 +/- 13.5 años de edad; de ellos 29 fueron hombres (72,5%) y 11 mujeres (27,5%) para una relación hombre /mujer de 2,6:1. El 67,5% de los pacientes estaban por encima de los 60 años de edad.

Desde el punto de vista clínico la forma de presentación más frecuente fue la melena con 26 pacientes para un 65%; seguida de la hematemesis y melena con 9 casos para un 22,5%. No se observaron casos con otros tipos de presentaciones. Tabla No 1.

Tabla 1. Características clínico demográficas de los pacientes con hemorragia digestiva alta

Total de pacientes	40
Edad promedio y rango etario. Mayores de 60 años.	57,6 +/- 13.5 (27-81) 27 (67,5%)
Sexo (masculino/femenino) Relación H/M	29 (72,5%)/ 11(27,5%) 2,6: 1
Presentación clínica (No. %): Melena y Melena Hematemesis.	Hematemesis 26 (65%) 9 (22,5%) 5 (12,5%)

Fuente: Planilla de recolección de la información.

Al analizar las causas de la HDA observamos que la enfermedad ulceropéptica constituyó la entidad más frecuente, con 29 pacientes para un 72,5%; de los cuales

18 se localizaron en el duodeno (45 %). Tres pacientes presentaron lesiones agudas de la mucosa (LAM), para un 7,5%. Causas menos frecuentes fueron síndrome de Mallory Weiss, várices gástricas, várices esofágicas, gastropatía por hipertensión portal, ectasias vasculares y neoplasias gástricas todas con 1 caso para un 2,5% cada una de ellas. Solo en 2 exámenes no se pudo determinar la causa de la hemorragia digestiva, resultados que se muestran en la tabla No 2.

Tabla 2. Diagnóstico endoscópico de los pacientes con hemorragia digestiva alta

Hallazgos endoscópicos.	Frecuencia	%
Úlcera duodenal.	18	45
Úlcera gástrica.	7	17,5
Úlcera duodenal y gástricas	4	10
LAMG.	3	7,5
Etiología no precisada.	2	5
Mallory-Weiss	1	2,5
Varices esofágicas.	1	2,5
Várices Gástricas.	1	2,5
Tumor gástrico.	1	2,5
Ectasias vasculares	1	2,5
GHTP	1	2,5
Total	40	100

Fuente: Planilla de recolección de la información

De los 28 pacientes a quienes se les diagnosticó por medio de la panendoscopia úlcera gastroduodenal, se encontraban en el momento del proceder con signos de sangrado reciente, siendo dentro de este grupo el IIB el de mayor número de casos con 10 para un 35,7%, aparecen en orden de frecuencia el grupo sin estigmas de sangrado. Tabla No. 3.

Tabla. 3. Diagnóstico endoscópico de la complicación hemorrágica de la úlcera en los pacientes estudiados, según clasificación de Forrest

Hallazgos endoscópicos.	Frecuencia n=28		Tratamiento endoscópico. n=4
I- A	0	0	0
I- B	2	7,1	1
II- A	1	3,6	1
II- B	10	35,7	2
II- C	7	25	0
III	8	28,6	0

Fuente: Planilla de recolección de la información.

Recibieron tratamiento endoscópico con sustancias vasoactivas (adrenalina diluida al 1/10000) un total de 4 pacientes, 2 de ellos clasificados como Forrest II B. Ningún paciente presentó recidiva, luego de habersele aplicado la terapia endoscópica.

DISCUSIÓN

La HDA constituye una de las urgencias médicas más frecuentes, por lo que debemos conocer tanto las causas como el tratamiento más adecuado para la misma. En este estudio los resultados coinciden con los encontrados en la bibliografía consultada en Cuba, donde la incidencia de la HDA aumenta con la edad y la proporción entre varones y mujeres es de 2:1. ⁽⁹⁾

En un medio como el nuestro, donde el envejecimiento de la población es progresivo, debemos considerar que este grupo van a presentar episodios más graves, por lo que las medidas terapéuticas han de ser más agresivas.

En cuanto a la etiología de la HDA los resultados obtenidos en esta investigación sincronizan totalmente con la literatura revisada, en la cual se plantea que el 90% de estos casos de SDA se deben a alguna de estas causas. ^(10,11)

En otros estudios realizados a pacientes con HDA, se determinó que la úlcera duodenal fue la causa de sangrado más frecuente diagnosticada por endoscopia, coincidiendo con los resultados obtenidos en nuestra investigación. ⁽⁸⁾

Otro resultado interesante, es la baja incidencia de hemorragia secundaria a varices esófago-gástricas, inferior a la observada en otros estudios, que consideramos en parte puede deberse a el número de casos involucrados en la investigación y que además a que nos indica de forma indirecta que existe un adecuado tratamiento y betabloqueo de pacientes cirróticos, que puede disminuir de forma considerable los eventos hemorrágicos.

Al analizar los hallazgos endoscópicos en cuanto a la clasificación de la complicación hemorrágica de la úlcera (Clasificación de Forrest) los resultados obtenidos son similares a otros estudios realizados, donde la mayor parte de los pacientes se encuentran en el estadio del grupo II (hemorragia reciente), variando en proporción del IIA al IIC. ^(13,14)

Según lo descrito en la literatura en el estadio II la incidencia de resangrado es superior al 50% por lo que hay que ser estricto desde el punto de vista terapéutico, pues el riesgo de resangrado es un parámetro importante que va delimitar la situación real de la hemorragia digestiva. ^(3,14)

En esta investigación no existe coincidencia entre el número de pacientes candidatos a terapia endoscópica y el número de casos que fueron tratados; esto se debe a que durante gran parte del período estudiado no disponíamos del equipamiento necesario para realizarla.

Con este estudio los autores arribaron a las conclusiones que la HDA fue más frecuente en pacientes mayores de 60 años y en el sexo masculino. La principal causa de HDA fue la úlcera gastroduodenal. En cuanto a la clasificación endoscópica de la úlcera complicada por hemorragia predominaron las lesiones con estigmas de sangrado reciente. No se reportaron recidivas luego del tratamiento endoscópico

realizado. La hemorragia digestiva alta sigue siendo una de las complicaciones más graves del aparato digestivo y un frecuente motivo de hospitalización; continúa considerándose como una urgencia grave, por lo que requiere una atención precoz y multidisciplinaria.

Recomendamos realizar estudios que incluyan comorbilidades, consumo de fármacos entre otras asociadas a este importante evento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wang TC, Fleischer DE, Kaufman PN, Malagelada JR, McDonald WJ, McQuaid KR, et al. The best of times and the worst of times: sustaining the future of academic gastroenterology in the United States--Report of a Consensus Conference Conducted by the AGA Institute Future Trends Committee. *Gastroenterology*. 2008 Feb;134(2):597-616 Citado en PubMed; PMID: 18242223.
2. Calbo Mayo JM, García Mas P. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la hemorragia digestiva. *Medicine*[Internet]. 2007[Citado 4 Feb 2012]; 09 (88):5708-14. Disponible en :<http://www.elsevier.es/es/revistas/medicine-62/protocolo-diagnostico-terapeutico-hemorragia-digestiva-13111325-protocolos-urgencias-2007#d9b89d1eb131f07442202ad362ea247b>
3. Calvet Calvo X, Almela Notari P. Hemorragia digestiva alta. En: Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. Cap. 9. Asociación Española de Gastroenterología [Internet]. 2011 [Citado 4 Feb. 2012] Disponible en: http://www.manualgastro.es/ei/ctl_servlet? f=1036&id_contenido=684
4. Alcedo J, Villanueva C, García Pagán JC. Hemorragia gastrointestinal. En: Montoro Huguet MA, García Pagán JC. Manual de Emergencias en Gastroenterología y Hepatología. 2010 . p. 53-70
5. Hernández Garcés HR. Manual de endoscopia superior diagnóstica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008 .Cap 9 .p. 170. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gastroenterologia/>
6. Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, Sung J, Hunt RH, Martel M, et al. International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med*. 2010;152(2):101-13. Citado en PubMed; PIMD: 20083829.
7. Lau JY, Leung WK, Wu JC, Chan FK, Wong VW, Chiu PW, et al. Omeprazole before endoscopy in patients with gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med*. 2007; 356(16): 1631–40. Citado en PubMed; PMID: 17442905
8. Management of acute upper and lower gastrointestinal bleeding. A national clinical guideline. Septiembre 2008. Cap. 5 .p. 22. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk>
9. Tsoi KK, Chiu PW, Sung JJ. Endoscopy for upper gastrointestinal bleeding: is routine second-look necessary? *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2009 Dec; 6(12): 717-22. Citado en PubMed; PMID: 19946305.

10. Almeida Varela R, Pérez Suárez F, Díaz Elías JO, Martínez Hernández JA. Comportamiento de la hemorragia digestiva alta en el Hospital Universitario «Calixto García». Rev Cubana de Cir [Internet] 2011 [citado 12 Sep. 2012]; 50 (1): 40-53. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v50n1/cir04111.pdf>
11. Basto M, Vargas G, Ángeles P. Factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 1980-2003. Rev Gastroenterol Per [Internet]. 2005[citado 4 Feb. 2012]; 25(3):259-67. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292005000300005&script=sci_arttext
12. Lanas A, Calvet X, Feu F, Ponce J, Gisbert JP, Barkun A. I Consenso Nacional sobre el Manejo de la Hemorragia Digestiva por Úlcera Péptica. Primer consenso español sobre el manejo de la hemorragia digestiva por úlcera péptica. Med Clin. 2010; 135(13):608-16. Citado en PubMed; PMID: 20846695
13. Fillipi J. Clínica y Diagnóstico de la Hemorragia Digestiva Alta. Manual de Patología Quirúrgica. Chile: P Univ. Católica de Chile; 2007.
14. Kahi CJ, Jensen DM, Sung JJ, Bleau BL, Jung HK, Eckert G, et al. Endoscopic therapy versus medical therapy for bleeding peptic ulcer with adherent clot: a meta-analysis. Gastroenterology. 2005; 129(3): 855–62. Citada en PubMed; PMID: 16143125

Anexo



Fig. 1 Clasificación de Forrest para la complicación hemorrágica por Úlcera Péptica. Tomado de: Hernández Garcés HR. Clasificaciones endoscópicas del tracto digestivo superior. Instituto de Gastroenterología. La Habana, Cuba.

Recibido: 22 de enero de 2013.
Aceptado: 18 de febrero de 2013.

Mayelin Abreu Jarrín. Hospital General Docente Pedro Betancourt. Jovellanos.
Matanzas, Cuba. Correo Electrónico: mayelinaj.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Abreu Jarrín M, Ramos Tirado S, Trejo Muñoz N, Cintado Tortoló D. Caracterización clínico-endoscópica de pacientes con hemorragia digestiva alta. Hospital General Pedro Betancourt de Jovellanos. Rev Méd Electrón [Internet]. 2013 Mar-Abr [citado: fecha de acceso]; 35(2). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol2%202013/tema05.htm>