

Comportamiento del sangramiento digestivo alto en pacientes endoscopiados.

Revista Médica Electrónica 2006;28(4)

HOSPITAL TERRITORIAL DOCENTE "DR. MARIO MUÑOZ MONROY". COLÓN.
MATANZAS

Comportamiento del sangramiento digestivo alto en pacientes endoscopiados.
Upper gastrointestinal bleeding behavior in endoscoped patients.

AUTORES

Dra. Ania Hernández Ortega. (1)
Dr. Julio César Sánchez Cruz. (2)
Maylén Álvarez Díaz. (3)
Anabel Figueroa Vázquez. (3)
Loidys Yanes Castellanos. (3)

(1) Especialista 1er. Grado de Gastroenterología
(2) Especialista 1er. Grado de Endocrinología
(3) Estudiantes 5°. Año de Medicina

E-mail: biblihosprov.mtz@infomed.sld.cu

RESUMEN

El sangramiento digestivo alto puede definirse como toda pérdida hemática de cuantía suficiente como para producir hematemesis o melena, encontrándose su origen desde la boca hasta el ángulo de Treits. Con el objetivo de determinar el comportamiento de esta entidad en pacientes ingresados en el servicio de Cirugía del Hospital "Dr. Mario Muñoz Monroy" en el período comprendido de febrero del 2004 hasta febrero del 2005, se realizó un estudio descriptivo retrospectivo donde se recogieron las variables: edad, sexo, raza, antecedentes patológicos personales, diagnóstico endoscópico, tipos de Diabetes Mellitus y control metabólico, en el caso de los diabéticos. Se aplicó estadística descriptiva a los resultados, arrojando las siguientes conclusiones: predominio en las edades avanzadas y sexo masculino, asociación de consumo de antiinflamatorios no esteroideos y la gastritis hemorrágica fue el hallazgo más frecuente.

DESCRIPTORES (DeCS):

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL/ diagnóstico
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL/ epidemiología
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL/ clasificación
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL/ etiología
ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL/ métodos
HUMANO
ADULTO

INTRODUCCIÓN

En la mayor parte del tubo digestivo la luz intestinal está separada del lecho capilar por una sola capa de células epiteliales. Así pues las lesiones pequeñas de la capa epitelial pueden provocar hemorragia gastrointestinal. Desde el punto de vista de su gravedad, la hemorragia gastrointestinal puede abarcar desde la forma masiva aguda hasta las pérdidas sanguíneas crónicas, intermitentes. Cuando la pérdida hemática es de cuantía suficiente como para producir hematemesis o melena y su origen se encuentra entre la boca hasta el ángulo de treitz se le denomina Sangramiento Digestivo Alto (SDA). (1)

El uso de la endoscopia terapéutica para el control del SDA ha revolucionado el tratamiento de este problema de salud tan difícil, por lo que es muy importante identificar a los pacientes en quienes el sangrado continúa o reincide. La endoscopia es una técnica altamente sensible y relativamente fácil que permite precisar la causa y el origen de la hemorragia en la mayoría de los casos (90-95 %) con una morbilidad menor del 0,01 %. Atendiendo al tipo de lesión observada endoscópicamente Forrest y col. establecieron la siguiente clasificación. (2)

- Ø **Tipo Ia** - hemorragia a chorro.
- Ø **Tipo Ib** - hemorragia en sábana.
- Ø **Tipo IIa** - lesión con base negra.
- Ø **Tipo IIb** -lesión con coágulo.
- Ø **Tipo IIc** - lesión con vaso visible.
- Ø **Tipo III** - no signos de sangrado.

Es debido a la importancia y actualidad de este tema que nos motivamos a realizar la caracterización clínica de un grupo de pacientes con hemorragia digestiva alta con el objetivo de precisar el comportamiento de la misma, establecer la edad, el sexo y la raza más frecuente de presentación de esta patología, identificar los antecedentes de salud de dichos pacientes, determinar el diagnóstico endoscópico más frecuente y conocer el control metabólico de los diabéticos afectados con esta entidad .

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en pacientes con SDA ingresados en el servicio de cirugía del Hospital "Dr. Mario Muñoz Monroy", a los cuales se les practicó Panendoscopia en el período comprendido de febrero del 2004 hasta febrero del 2005.

Universo y muestra coincidieron estando formados por pacientes ingresados con SDA a los cuales se les practicó Endoscopia Digestiva Superior. Recolección de los datos: Se obtuvieron los datos del registro de Endoscopías Digestivas Altas del Departamento de Gastroenterología del Hospital y de las historias clínicas de cada paciente que se encuentran archivadas en el Departamento de Estadísticas.

VARIABLES. Operacionalización: Edad (Se definió por grupos etáreos). Sexo (Se definió como femenino y masculino). Raza (Se definió como blanca, negra, mestiza y amarilla). Antecedentes Patológicos Personales (Se definió por la presencia de cualquier enfermedad crónica no transmisible y se incluyó en esta variable el uso de antiinflamatorios no esteroideos [AINEs]). Diagnóstico endoscópico (Se clasificó según él o los diagnósticos endoscópicos de cada paciente). Control metabólico (Se

recogió el valor de la glucemia en ayunas, clasificándose según lo establecido por el Programa Nacional de Diabetes. (3)

RESULTADOS

El grupo etáreo de mayor predominio del SDA se encontró entre las edades comprendidas de 61 a 70 años. El sexo masculino fue el más frecuentemente afectado. La raza blanca fue la más afectada. Dentro de los antecedentes patológicos personales que presentaron los pacientes con sangramiento digestivo alto resultó más frecuente la ingestión de AINEs. El diagnóstico endoscópico más reiterado fue la Gastritis Aguda Hemorrágica. El mayor por ciento de los pacientes diabéticos con SDA presentaron Diabetes Mellitus (DM041 tipo 2 y predominó el mal control metabólico de los mismos.

Tabla No. 1 Grupos etáreos de los pacientes con sangramiento digestivo alto. Hospital "Dr. Mario Muñoz Monroy". Año 2004-5.

Grupos etáreos	No.	%
15-20	0	-
21-30	4	8
31-40	6	12
41-50	9	18
51-60	7	14
61-70	13	26
71 y más	11	22
Total	50	100

Fuente: H/C

Tabla No. 2 Diagnósticos Endoscópicos de los pacientes con sangramiento digestivo alto. Hospital "Dr. Mario Muñoz Monroy". Año 2004-5.

Diagnóstico Endoscópico	No.	%
Gastritis Aguda Hemorrágica	15	30
Úlcera gástrica	10	20
Piloritis	4	8
Úlcera Duodenal	10	20
Duodenitis Aguda	3	6
Estenosis Postbulbar	6	2

Fuente: H/C

DISCUSIÓN

En el servicio de Gastroenterología del Hospital Docente Territorial "Dr. Mario Muñoz Monroy", del municipio de Colón, fueron endoscopiados un total de 50 pacientes que acudieron al servicio de Cirugía con un SDA en el período de febrero del 2004 a febrero del 2005.

Con respecto a la distribución por edades el mayor número de pacientes se enmarcó en el grupo de 61 a 70 años lo que coincide con estudios realizados al

respecto en otras partes de nuestro país (4, 5) y se explica por ser este grupo de edad el que más consume AINES y además porque en la 3ra. edad los síntomas de las afecciones gastrointestinales cursan con un cuadro clínico menos florido, que pudiese ser la causa de su diagnóstico más tardío y de su debut con complicaciones. Existen además otras razones de índole general que se pueden exponer: lo primero es que a partir de los 50 años de edad comienzan a aparecer con mayor frecuencia lesiones premalignas y malignas del tubo digestivo que son potencialmente sangrantes y que pueden causar episodios de hemorragia; por otro lado, el efecto "acumulativo" de muchos años de algunos factores de riesgo muy relacionados con esta entidad, como son el alcoholismo, el hábito de fumar, los grandes bebedores de té y café, etc.

En nuestro estudio del total de 50 pacientes a los que se les realizó esofagogastroduodenoscopia el mayor por ciento (74 %) correspondió al sexo masculino, lo que coincide con lo reportado en la bibliografía consultada (6), donde se recoge que la incidencia de SDA es más frecuente en el varón con respecto a la mujer, con una proporción aproximada de 2/1. Este predominio se debe fundamentalmente a la mayor frecuencia en el hombre de sangramiento por úlcera péptica (sobre todo duodenal), várices esofágicas, síndrome de Mallory-Weiss y esofagitis. Los pacientes de la raza blanca resultaron la mayoría de los estudiados (68 %), lo que no guarda relación con ninguna de las patologías observadas, las cuales se comportan indistintamente para las diferentes razas. Del total de pacientes estudiados un gran número refirió antecedentes patológicos personales, predominando el consumo de AINES (62 %). Se debe hacer referencia al incremento del uso de los mismos en nuestra población, lo cual repercute desfavorablemente en los pacientes con úlcera péptica e incluso aquéllos que no la presentan, pues el uso diario de tales medicamentos aumenta considerablemente el riesgo de enfermedad ulcerosa, lo que se atribuye a la supresión de la síntesis de prostaglandinas, así como a su interferencia con la producción de mucus y la alteración a nivel de la barrera citoprotectora, entre otros factores (10). En otras fuentes revisadas se señalan mayores por cientos de consumo de AINES (40 %) de los pacientes con SDA y perforación como complicación por una úlcera. (7, 8) A pesar de que el SDA puede tener muchas causas, la gran mayoría de episodios de sangrado se deben a un reducido tipo de lesiones. En la muestra analizada la gastritis hemorrágica fue la causa de sangramiento más frecuentemente diagnosticada por endoscopia (30 %) seguida de la úlcera duodenal (20%) y la úlcera gástrica (20 %), lo cual no coincide con la literatura consultada en la cual se plantea que la úlcera péptica es la causa más frecuente de sangramiento digestivo alto, (5) lo que pudiera estar relacionado con la existencia de 10 pacientes en los cuales no se pudo comprobar la existencia de úlcera péptica al presentar en el momento de la endoscopia piloritis cuatro casos y estenosis postbulbar seis casos. Con respecto a la presencia de SDA en diabéticos se registraron cuatro pacientes (8 %), aunque no existen evidencias en los estudios consultados (9) que indiquen mayor incidencia de patologías gastrointestinales que causen SDA en diabéticos. Es lógico suponer que cuando éstas se presentan pueden llegar a la complicación hemorrágica con mayor frecuencia debido a que los síntomas son menos floridos que en los pacientes no diabéticos, a causa de la neuropatía visceral de los primeros. Al analizar el control metabólico el 75 % de los diabéticos tuvo cifras inadecuadas, lo cual nos confirma la relación directa que existe entre el descontrol metabólico y los trastornos neuropáticos autonómicos, (10) es decir, al disminuir la sensibilidad en esta zona los procesos inflamatorios gastrointestinales altos no son percibidos por los pacientes quienes no solicitan ayuda médica o al menos evitan a tiempo los agentes nocivos; por otra parte, la macroangiopatía de la cual no está excepto el aparato digestivo, desempeña un papel determinante al no ser aportadas oportunamente las sustancias protectoras de la mucosa, retardándose además el proceso de cicatrización de dichas lesiones. Se concluye que el sangramiento digestivo alto predominó en edades avanzadas Los hombres más

afectados por SDA. La gastritis hemorrágica fue la causa de sangramiento digestivo alto en la mayoría de los pacientes endoscopiados. La ingestión de AINES fue el antecedente que con mayor frecuencia refirieron los pacientes y el mal control metabólico predominó en los diabéticos con SDA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Farreras Valentí P. Medicina Interna. T1. 13 ed. Barcelona, España: Ediciones DOYMA; 2000.p. 822-41.
2. Piñol Jiménez F, Hernández Garcés H. Curso de capacitación en endoscopia digestiva a la atención primaria de salud. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2003.
3. Ministerio de Salud Pública. Anteproyecto Programa Nacional de Diabetes Mellitus. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2000.
4. Crespo Acebal L. Morbimortalidad por sangramiento digestivo alto en la Unidad de Cuidados Intermedios Quirúrgicos. Estudio en 365 pacientes. Rev cubana med int emerg 2002; 4(2)
5. Zaltman C, Souza H, Siffert Pereira ME. Upper gastrointestinal bleeding in a Brazilian hospital: a retrospective study of endoscopic records . Arq gastroenterol 2002; 39(2):74-80.
6. Gastrointestinales y Hepáticas. Fisiopatología, Diagnóstico y Tratamiento. T1. 6a ed. La Habana: Médica Panamericana; 2000. p. 666-728.
7. Byron Creer MD. Efectos GE de los AINEs. Avances en Gastroenterología y Hepatología. Rev patología digestiva española 2001; 14(3)
8. Yola Moride T, Jean-François B, Nicholas Moore S, Perreault. Arthritis resther 2005; 7: 333-42.
9. Perusicova J. Gastrointestinal complications in diabetes mellitus. Vnitr lek 2004 ;50(5): 338-43.
10. Vinik AI, Erbas T. Recognizing and treating diabetic autonomic neuropathy. Cleve clin j med 2001; 68(11): 928-30, 32,34-44.

SUMMARY

The upper gastrointestinal bleeding can be defined as every blood loss of enough quantity as to produce hematemesis or mane, beings its origins from the mouth to the angle of Treits. With the objective of determining the behavior of this entity in patients entered by this cause in the Surgery service of Mario Muñoz Monroy Hospital during the period February 2004- February 2005, a descriptive retrospective study was carried out where the following variables were picked up: age, sex, race, personal pathological antecedents, endoscopic diagnosis and, in the case of diabetic patients, types of Diabetes Mellitus and metabolic control. The descriptive statistics applied to the results led to the following conclusions: predomination of this disease in advanced ages, male sex, and association with the use of nosteroidal antinflammatory drugs. The most frequent discovery was the hemorrhagic gastritis.

KEY WORDS

GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE/ diagnosis
GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE/ epidemiology
GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE/ clasiffication
GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE/ etiology
GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE/ methods
ENDOSCOPY, GASTROINTESTINAL/ methods

**HUMAN
ADULT**

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Hernández Ortega A, Sánchez Cruz J C, Álvarez Díaz M, Figueroa Vázquez A, Yanes Castellanos L. Comportamiento del sangramiento digestivo alto en pacientes endoscopiados. Rev méd electrón [Seriada en línea] 2006; 28(4). Disponible en: URL: http://www.cpimtz.sld.cu/revista_medica/año_2006/vol4_2006/tema05.htm [consulta: fecha de acceso]