

**Comunicación Breve**

**Nombre de la Institución:** Hospital clínico-quirúrgico docente Dr. Salvador Allende

**Título:** Comportamiento del sangramiento digestivo alto en adultos mayores

Title: Behavior of high digestive bleeding in elderly adults

**Autores:** Dr. Jesus Rogelio Oleaga Walters\* Dr. Guillermo Hernández Mojena\*\* Dra. Mayra R. Carrasco García\*\*

\* Especialista de Primer Grado en Gastroenterología

Máster en Longevidad Satisfactoria

\*\* Profesor Auxiliar y Consultante Especialista de 2do Grado en Geriatría y Gerontología. Máster en Longevidad

**RESUMEN**

La hemorragia digestiva constituye una elevada morbimortalidad en los pacientes adultos mayores de nuestro medio en el último trienio, dada su alta incidencia se decidió realizar un estudio prospectivo descriptivo de corte transversal que abarcó del mes de Enero a Dic. del 2011 con el objetivo de identificar los sitios principales de origen del sangramiento y los factores agresivos presentes . El Universo estuvo constituido por 272 adultos mayores procedentes del servicio de urgencias y consultas y reunieron los criterios de inclusión 202, a todos se les realizó gastroduodenoscopia y se obtuvieron datos acerca de la edad, manifestaciones clínicas, sitio de sangrado hábitos tóxicos e ingestión de medicamentos. Los datos se procesaron utilizando los por cientos como medida de resumen. Encontramos que el grupo etario de mayor edad estuvo entre 60 y 74 años; el café, la ingestión de A.I.N.E.S. la aspirina y el hábito de fumar estuvieron presentes en gran cantidad de pacientes. Los principales signos clínicos fue la hematemesis y la melena y los sitios de inicio de la hemorragia fueron varios Concluimos que el sitio más frecuente

donde se originó la hemorragia digestiva fue la gastritis erosiva y los factores agresivos más representativos fueron el café la ingestión de aspirina y A.I.N.E.S.

**Palabras claves:**

Hemorragia digestiva, adulto mayor, endoscopia, factores agresivos

**ABSTRACT**

Digestive hemorrhage has been a frequent cause of elevated morbidity and mortality in elderly patients in the last past 3 years. Given the high incidence, it was decided to conduct a study between the months of January and December of 2011, with the objective of identifying the most frequent sites of hemorrhage and the most persistent precipitating factors. The sample pool consisted of 272 individuals of which 202 met the inclusion criteria. All underwent gastroduodenoscopy, and data recorded included age, site of bleeding, toxic habits, and medication usage. The data was processed using percentages and the following was discovered: Most patients fell within the age range of 60-74 years; the majority of subjects ingested coffee, tobacco products, NSAIDS, and Aspirin; the predominant symptoms were melena and hematemesis. In conclusion, we found the stomach to be the principal site of hemorrhage (generally due to erosive gastritis). The most persistent precipitating factor was determined to be the consumption of coffee, NSAIDS and/or Aspirin.

**Key words:**

Digestive hemorrhage, elderly, endoscopy, precipitating factors

**INTRODUCCION**

La coexistencia de varias enfermedades crónicas en los ancianos, asociada a la plurimedicaion predispone a que este grupo presente una mayor incidencia de Hemorragia Digestiva Alta (HDA), que es aquélla cuyo lugar de sangrado abarca desde el esófago hasta el ángulo de Treitz – duodeno distal. Comúnmente se presenta en forma de hematemesis (vómitos de sangre fresca, coágulos sanguíneos o restos hemáticos oscuros y/o melenas (heces blandas, de color intenso muy brillante, alquitranado, muy fétidas <sup>1,2</sup>

La HDA es uno de los problemas más graves que afecta a los ancianos, por su alto índice de mortalidad (25%), en parte debida a la comorbilidad respiratoria y

cardiovascular, a la declinación funcional en aparatos y sistemas, a fármacos como los AINEs y al aislamiento social en que viven. <sup>3</sup>

Las localizaciones más frecuentes de la HDA son la esofagitis secundaria a reflujo gastroesofágico, várices de esófago, gastritis hemorrágica, úlcera por estrés, pólipo gástrico, hemangiomas mucoso o submucoso, ulcera gástrica o duodenal, ingestión de cuerpo extraño, duodenitis hemorrágica, ingestión de medicación irritante, como aspirina, eritromicina, antiinflamatorios no esteroides (AINEs) o cualquier otra medicación en pacientes susceptibles <sup>4,5,6</sup>

En nuestro servicio se atienden un gran número de pacientes mayores de 60 años. Con frecuencia son remitidos a nuestro servicio de Gastroenterología, procedentes del área de urgencia, de las salas de ingresados o del Área de Salud con HDA.

Como no se conoce la incidencia exacta de la HDA en pacientes geriátricos en nuestro medio, ni existe un estudio local que señale factores etiológicos que participen en su génesis y considerando la creciente afluencia de pacientes a nuestro servicio con este padecimiento en el último trienio, por lo que nos preguntamos sobre cuál es la incidencia de sangramiento digestivo alto en los adultos mayores de nuestro medio el objetivo de nuestro trabajo va encaminado a determinar como es el comportamiento de la hemorragia digestiva del grupo en estudio ¿Cuales serian los sitios de sangramiento mas frecuentes en el tubo digestivo y los factores agresivos que están asociados a estos.?

## **Material y método**

Se realizó un estudio de tipo Investigación-Acción descriptivo prospectivo de corte transversal a pacientes ancianos que concurrieron al Servicio de Endoscopia Digestiva del hospital clínico quirúrgico “Dr. Salvador Allende”, en el período transcurrido desde entre enero y diciembre del 2011. El Universo de la muestra estuvo constituido por la totalidad de 272 pacientes de 60 años y mas, los cuales llegaron a nuestro centro remitidos desde el Cuerpo de Guardia, salas de ingresados, otros centros, la consulta externa o desde el Área de Salud con el diagnostico confirmado o presuntivo de Hemorragia digestiva alta. Cumplieron los criterios de inclusión 202 pacientes de ambos sexos.

### **Criterios de inclusión:**

1. Tener 60 años o más.

2. Voluntariedad para participar en el estudio. (Consentimiento informado por escrito)
3. Realización del examen endoscópico
4. Diagnóstico clínico o presuntivo de HDA correlacionado o no con el diagnóstico endoscópico.

**Criterios de exclusión:**

1. Negación del paciente.
2. No indicios de sangramiento en la endoscopia.
3. Criterios clínicos adversos

A todos se les realizó la endoscopia del tracto digestivo superior utilizándose un equipo de Video endoscopia **OLYMPUS EVIS LUCERA** con un Video- procesador CV-260-SL, así como accesorios de la misma firma. De procesamiento y análisis de la información.

Se le tomaron datos al paciente o a los familiares sobre los factores de riesgo, síntomas y signos de la enfermedad actual, presencia de comorbilidad y medicamentos utilizados

**Procesamiento de los datos**

El procesamiento estadístico se efectuó mediante la aplicación de los por cientos como medida de resumen. Se empleo de una PC Pentium IV con ambiente de Windows XP, Los textos fueron procesados en Word XP y las tablas y gráficos se confeccionaron en Excel XP.

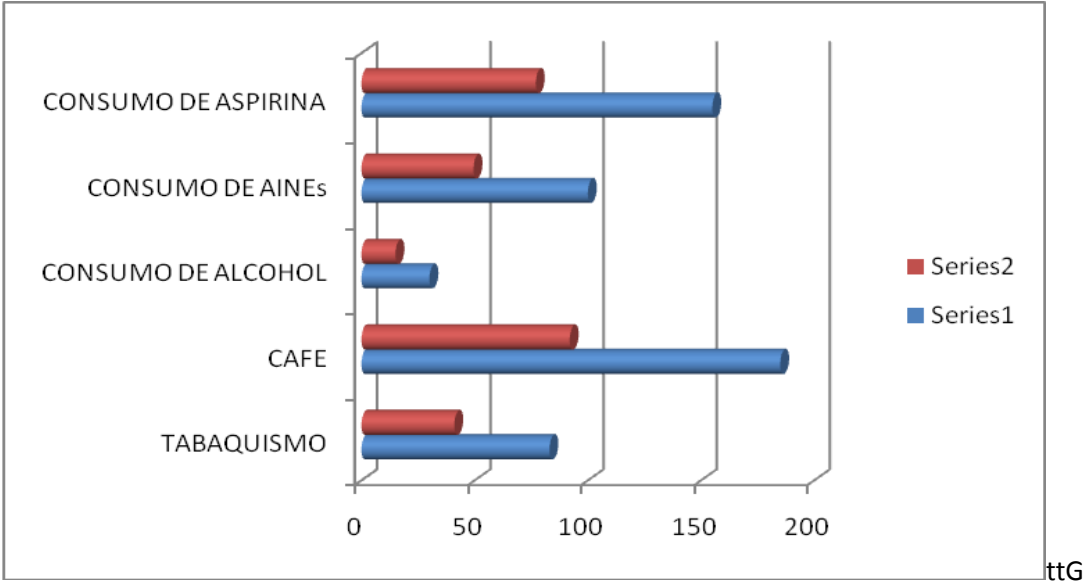
**Resultados**

**Tabla 1: Distribucion de los pacientes por grupos de edades y genero**

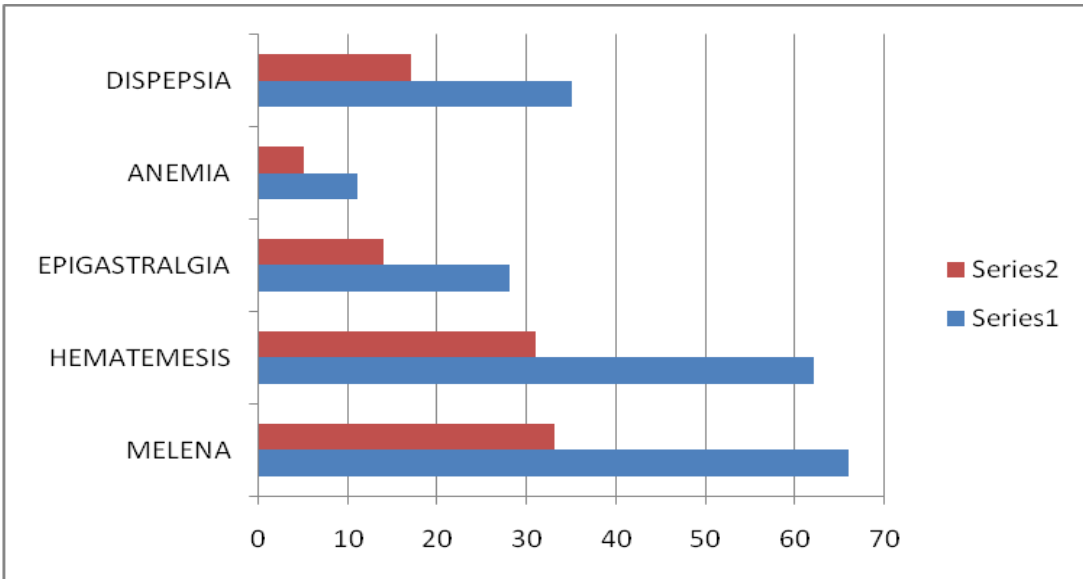
GRUPOS DE EDADES	SEXO MASCULINO		SEXO FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
	0 – 74	73	65.0	40	35	113
75 – 89	57	68.0	27	32.0	84	41.6
90- mas	4	80.0	1	20.0	5	2.4

TOTAL	110	55.0	92	45.0	202	100
-------	-----	------	----	------	-----	-----

**Grafico 1: Relación de los hábitos tóxicos y el consumo de medicamentos**



**Grafico 2 Presencia de signos y síntomas clínicos referidos por el paciente**



**Tabla 2: Resultados de los diagnósticos endoscópicos de los pacientes.**

SEXO
------

DIAGNOSTICO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
VARICES	8	4	11	5.4	19	9.4
GASTRITIS EROSIVA	48	24	41	20	89	44
DUODENITIS EROSIVA	6	3	2	1	8	4
ULCERA GASTRICA	25	12.6	13	6.4	38	19
ULCERA DUODENAL	20	10	17	8.2	37	18.2
OTRAS	2	1	6	3	8	4
NO PRECISADAS	1	0.4	2	1	3	1.4
TOTAL	110	55	92	45	202	100

En los resultados obtenidos del grupo de adultos mayores estudiados con hemorragia digestiva alta encontramos el mayor número de pacientes para ambos sexos en el grupo etario entre los 60 y 74 años y el segundo grupo entre los 75 y 89 años con casi igual número de casos para mujeres y hombres. Entre los factores de riesgo figuran el tabaquismo la ingestión de AINES y el consumo de café y sobre todo la aspirina para las afecciones vasculares.

La presencia de sangramiento digestivo se manifestó con mayor cuantía como hematemesis con un 62% y la melena con un 66%, y la dispepsia con un 35% como única manifestación de estas afecciones digestivas.

La realización de la endoscopia digestiva fue determinante para el diagnostico de estas afecciones su magnitud localización y cuantía del sangramiento. La gastritis erosiva fue la afección sangrante que más predominó para ambos sexos con un 44%. Llama la atención el bajo número de varices esofágicas a pesar del consumo del alcohol.

### **Análisis y discusión**

La presencia de sangramiento digestivo se observa con más frecuencia a partir de los 75 años siendo el sexo masculino el más representativo como reportan muchos en los países del primer mundo reportando que el envejecimiento del aparato digestivo es un factor predisponente sin embargo en los países subdesarrollados como son los de la América Central este fenómeno se observa en edades mucho

más temprana donde quizás los factores agresivos como el *Helicobacter pylori* se manifiestan con más frecuencia al ingerir alimentos contaminados por este agente <sup>7</sup> La presencia del tabaquismo indudablemente juega un papel preponderante en las afecciones vasculares y digestivas sin embargo en nuestro trabajo el café represento un alto por ciento en los factores agresivos a diferencia de otros trabajos que lo reportan que su agresividad está dada por el tiempo que se deja después de colado para consumir después en un paciente con envejecimiento del aparato digestivo. <sup>8,9</sup> Algunos autores consideran que hasta la mitad de los pacientes con úlcera péptica sangrante estuvieron usando drogas antiinflamatorias no esteroideas (AINE) o aspirina para aliviar los dolores osteoarticulares de la osteoartritis de la una o dos semanas antes del evento hemorrágico. En nuestro trabajo está demostrada la presencia de gastritis erosiva asociada a la presencia del uso de estos fármacos <sup>10,11,12</sup>

Algunos trabajos revisados señalan la asociación de la úlcera gástrica con el uso del café no así con el uso del té y el tabaco <sup>13,14,15</sup>

La presencia de enfermedades sobre todo del aparato digestivo tiene cierto grado de atipicidad en el anciano. Las hemorragias digestivas procedentes del tracto gastroduodenal son en muchas ocasiones la primera manifestación de las mismas y solo arroja en la anamnesis una ligera dispepsia o molestia en hemiabdomen superior que comenzó unos meses antes a diferencia del adulto joven donde están presente las epigastralgias y las crisis ulcerosa. Estos episodios ponen en peligro la vida de los pacientes en más de la mitad de los casos. <sup>16,17</sup>

Cuando analizamos la indicación de la endoscopia en los pacientes pertenecientes a nuestro estudio observamos que en el 60% la endoscopia se realizó de forma emergente, mientras en el 14% la endoscopia fue de urgencia. pacientes )La realización de una endoscopia digestiva no deja de ser un examen invasivo y no está exenta de riesgo para los más ancianos, sin embargo nos proporciona el diagnóstico exacto de la causa que origina la hemorragia digestiva con un valor pronóstico bastante certero y no en pocas ocasiones una vía terapéutica eficaz para evitar una intervención mayor, ejemplo de ello tenemos la escleroterapia con policosanol para las varices esofágicas y en la aplicación de algunos casos de úlceras sangrantes realizadas a muchos de estos casos. <sup>18,19</sup>

Hay autores que señalan que este proceder debería realizarse dentro de las 12 h siguientes al ingreso por hemorragia digestiva, y nunca después de las 24 h, porque disminuye notablemente el rendimiento diagnóstico. De forma ideal, la endoscopia precoz sería aquella realizada dentro de las 6 horas siguientes al ingreso.<sup>20</sup>

Los hallazgos de la presencia de gastritis erosiva y ulcera gástrica son similares a los encontrados en la literatura revisada así como casi siempre asociada a comorbilidad y polifarmacia llamando la atención las pocas manifestaciones clínicas que presentaban hasta etapas avanzadas de la enfermedad .

## **Conclusiones**

- 1- La gastroduodenoscopia es el proceder de elección ante una hemorragia digestiva alta
- 2- La gastritis erosiva fue la causa mayo del sitio de sangramiento digestivo.
- 3- El café, los AINE y la aspirina fueron los factores agresivos con un número mayor en el grupo estudiado

## **Referencias bibliográficas**

- 1- Fong JA, Hechavarria JB. Geriatria: ¿Es desarrollo o una necesidad? MEDISAN. 2002;6(1). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6\\_1\\_02/san11102.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_1_02/san11102.htm)
- 2-Oficina Nacional de Estadísticas. Proyeccion de la poblacion Nivel nacional y provincial 2006-2030. La Habana. 2004
- 3- Marmo R, Koch M, Cipolletta L, Capurso L, Pera A, Bianco MA. Predictive factor of mortality from non variceal upper gastrointestinal hemorrhage: A multicenter study. Am J Gastroenterol. 2008; (103):1639–47.
- 4-Antiinflamatorios no esteroideos y paracetamol en el tratamiento del dolor. Pereda, Vicente. Bilbao : Gacetamedica, 2007; Vol. 104(13)
- 5- Blandizzi, C El Esomeprazol en los Ancianos Consumidores de Antiinflamatorios no Esteroides.. : Drug & Aging, 2008; Vol. 25. (29): 76-82
- 6-Factores de riesgo asociados a hemorragia de tubo digestivo alto y su mortalidad. Rguez, Heriberto. 2, Ciudad Mexico : Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009; (43) :Vol.4 pp 56-9



- 7- Delgadillo, Vivian. Incidencia de sangrado digestivo en la UCI del Hospital Universitario: Acta Medica Colombiana, 2009 ; Vol. (34): 89-93
- 8- Marulanda, Victor -Hemorragia digestiva de origen oscuro. Bogota : Revista Colombiana de Gastroenterologia, 2007, Vol. 22 (2) 76-9
- 9- Muller T, Barkun AN, Martel M. Non-variceal upper GI bleeding in patients already hospitalized for another condition. Am J Gastroenterol. 2009; 104:330–
- 10- Barreta, Julio. Predictores de mortalidad hospitalaria en la hemorragia digestiva alta por I por hepatopatía crónica tratada endoscópicamente. 1, s.l.: Acta Gastroenterología Latinoamericana, 2008 ;Vol. 30.(4):56-57
- 11- Zang JY, Wang Y, Zhang J, Ding SG, Zhou LY, Lin SR. Risk factors associated with failure from endoscopic therapy in acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Beijing Da Xue Xue Bao. 2010 dec 18; 42(6):703-7.
12. Hearnshaw SA, Logan RF, Lowe D, Travis SP, Murphy MF, Palmer KR. Use of endoscopy for management of acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: results of a nationwide audit. Gut. 2010 aug; 59(8):1022-9.
- 13-Enestvedt BK, Gralnek IM, Mattek N, Lieberman DA, Eisen GM. Endoscopic therapy for peptic ulcer hemorrhage: practice variations in a multi-center U.S. consortium. Dig DiSci. 2010 Sep; 55(9):2568-76.
  
- 14- Contardo, Carlos. -Hemorragia digestiva alta no originada por vrices. : Acta Medica Peruana, 2006, Vol. 23.(3): p. 13-21
- 15-Domingo Ruiz MA, Navarro Moll MC. Epidemiología de la úlcera péptica en un hospital tercer nivel: Influencia de los antiinflamatorios no esteroideos y farmacoterapia erradicadora. Pharm Care Esp. 2007; 9(1):20-9.
- 16-Acosta González D, Rodríguez Fernández Z, Fong Estrada JA, Pagés Gómez O. Caracterización del paciente anciano con hemorragia digestiva alta. MEDISAN[Internet]. 2009 [citado 3 abr 2010]; 13(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_2\\_09/san01209.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_2_09/san01209.pdf)
- 17-Marmo R, Koch M, Cipolletta L, Capurso L, Pera A, Bianco MA. Predictive factor of mortality from non variceal upper gastrointestinal hemorrhage: A multicenter study. Am J Gastroenterol. 2008; 103:1639–47.

18- Rodríguez-Loeches J, Pardo G. Diagnóstico y conducta que se debe seguir en un sangramiento digestivo. En: García A, Pardo G. Cirugía. Vol. 3. La Habana: Ciencias Médicas; 2007. p. 1263-73.

19-De la Moya Leig JG, Villagomez G, Sakai P. Manejo de la hemorragia del tubo digestivo alto. Rev Gastroenterol Mex. 2006; 71(supl 2):28-35.

20- Domingo Ruiz MA, Navarro Moll MC. Epidemiología de la úlcera péptica en un hospital de tercer nivel: Influencia de los antiinflamatorios no esteroideos y farmacoterapia erradicadora. Pharm Care Esp. 2007; 9(1):20-9.