

Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo"

Caracterización del paciente anciano con hemorragia digestiva alta Characterization of the elderly patient with upper digestive hemorrhage

MsC. Daniel Acosta González,¹ MsC. Zenén Rodríguez Fernández,² MsC. Juana Adela Fong Estrada³
y MsC. Odalis Pagés Gómez⁴

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal de 40 ancianos con hemorragia digestiva alta, ingresados en el Servicio de Cirugía General del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo" de Santiago de Cuba durante el 2007, a fin de caracterizarlos mediante una serie de variables relacionadas con este diagnóstico. Los datos primarios se extrajeron de las historias clínicas correspondientes. Entre los principales resultados sobresalieron: el sexo masculino, el grupo etario de 60 a 69 años, las enfermedades cardiovasculares asociadas, el consumo de alcohol y café como hábitos tóxicos y la ingestión de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos y aspirina como fármacos ulcerogénicos. El diagnóstico se estableció mediante la radiografía con contraste baritado y la úlcera gastroduodenal fue la causa más frecuente; el tratamiento médico resultó ser el más utilizado y la mayoría de los pacientes egresaron entre 1 y 7 días luego de su hospitalización.

Descriptores: HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL; HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL/radiografía; HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL/etiología; HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL/terapia; HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL/complicaciones; ÚLCERA PÉPTICA/complicaciones; ENDOSCOPIA DEL SISTEMA DIGESTIVO; SERVICIO DE URGENCIA EN HOSPITAL

Límites: HUMANO, MEDIA EDAD; HUMANO, ANCIANO

Abstract

A descriptive, observational and cross-sectional study of 40 elderly patients with upper digestive hemorrhage, admitted at the Service of General Surgery of "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo" Teaching Clinical-Surgical Hospital from Santiago de Cuba during the 2007 was carried out, in order to characterize them by means of a series of variables related to this diagnosis. The primary data were obtained from the corresponding medical records. Among the main results there were: the male sex, the age group from 60 to 69 years, the associated cardiovascular diseases, the alcohol and coffee intake as toxic habits and the use of anti-inflammatory and non-steroid medications and aspirin as ulcerogenic drug. The diagnosis was reached by means of the barium contrast x-ray and the gastroduodenal ulcer was the most frequent cause; the medical treatment was the most used and most of the patients were discharged between 1 and 7 days after their hospitalization.

Subject headings GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE; GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE/radiography; GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE/etiology; GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE/therapy; GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE/complications; PEPTIC ULCER/complications; ENDOSCOPY, DIGESTIVE SYSTEM; EMERGENCY SERVICE, HOSPITAL

Limits: HUMAN, MIDDLE AGED; HUMAN, AGED

En Cuba, las personas mayores de 60 años constituyen 14,7 % de la población, con un pronóstico de 18 % en la próxima década. Para el 2025 se calcula que uno de cada cuatro cubanos tendrá 60 años y habrá 156 adultos mayores por cada 108 niños. Se puede afirmar que 75 de cada 100 cubanos que nacen hoy, van a vivir más allá de los 60 años. La esperanza de vida de las personas que viven en Cuba y cumplan los 75, es de 10 -20 años; y los que arriban a 80, de 7.6 para ambos sexos.¹

La cifra de ancianos en Estados Unidos y, en general, en el mundo ha aumentado, tanto en términos absolutos como relativos, y su crecimiento durante la primera mitad del siglo es resultado de la explosión demográfica posterior a la Segunda Guerra Mundial. Se plantea que ese grupo de personas nacidas al final de los años 1940 y principios de 1950 llegará a la senectud hacia el 2010. Para el 2030, esa población de ancianos casi se habrá duplicado, es decir, habrá tantas personas mayores de 75 años como los que ahora tienen más de 60.²

En los países europeos, la esperanza de vida al nacer se ha elevado paralelamente, situándose hoy a los 80 años para el sexo femenino, lo que ha originado un verdadero "envejecimiento del envejecimiento"; entendiéndose por ello la creciente proporción del grupo de edad más avanzada con respecto al conjunto de la población envejecida.³

Durante la vejez existe un aumento de la incidencia y prevalencia de aquellas enfermedades, básicamente degenerativas, en las que la edad avanzada es, *per se*, un importante factor de riesgo, y que tienden, en su evolución, hacia frecuentes situaciones de incapacidad y su mayor dificultad en la respuesta al tratamiento.²

El proceso de envejecimiento poblacional, que para los cubanos llega en el breve lapso de cuatro décadas, requiere una nueva posición psicológica, sociológica y conductual ante la vida, especialmente a partir de esa etapa que se denomina tercera edad. Los cambios irreversibles que sufre el organismo exigen que nos eduquemos para poder comprender y aceptar los nuevos límites de nuestras posibilidades físicas, y dedicar el tiempo necesario a cuidar de una salud que antes era frecuente relegar.²

Al respecto, el deterioro del organismo en la vejez determina la pérdida de la capacidad de valerse por sí mismo, y hasta de comprender lo que le sucede. Por tal razón, en esta etapa se requiere ya de un complejo de acciones en las que cada vez es mayor el impacto en la familia y, en especial, sobre la persona encargada de la atención directa al anciano.^{2, 3}

Actualmente, debido al desarrollo científico técnico alcanzado en el conocimiento de las enfermedades gastrointestinales, aspectos clínicos, fisiopatológicos, diagnósticos y terapéuticos han conllevado a exigir y lograr relevantes resultados en la atención de estos pacientes.⁴

Desde tiempos remotos se conoce la hemorragia digestiva alta (HDA), que topográficamente se produce desde la boca o el esfínter esofágico superior hasta el ángulo duodeno yeyunal, como un síndrome potencialmente mortal que aparece como complicación de múltiples enfermedades digestivas y sistémicas. Este constituye un reto diagnóstico y terapéutico para el médico que lo enfrenta; demanda del mismo una conducta expectante y agresiva y representa una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad en los servicios de cirugía general.⁵

Se presenta con mayor frecuencia en los pacientes después de la sexta década de vida, por lo que se relaciona con otras afecciones frecuentes en esa edad y que pueden influir desfavorablemente en la evolución de estos enfermos.

La hemorragia digestiva alta (HDA) o sangramiento digestivo alto (SDA), con sus síntomas y signos fundamentales (hematemesis, melena o ambas, palidez cutánea mucosa, frialdad, sudoración, taquicardia, hipotensión, mareos, entre otros), es manifestación de una enfermedad que requiere ser diagnosticada, valorada y tratada.

De hecho, la evaluación del paciente en sus períodos iniciales es muy importante y con un abordaje apropiado se puede mejorar la situación de forma adecuada, el retardo o las indecisiones en la conducta conducen a muchas complicaciones, que en ocasiones provocan la muerte del paciente;⁵ sin embargo, la hemorragia digestiva alta es una emergencia médico quirúrgica que continúa teniendo una elevada mortalidad. Su incidencia varía en los distintos países, pero oscila como promedio entre 50 y 140 por cada 100 000 habitantes.

El aumento de la esperanza de vida de la población ha significado que, en la actualidad, esta situación se presente más frecuentemente en pacientes de edad avanzada, y en consecuencia con mayor número de enfermedades asociadas y factores de riesgo, lo que ha estimulado a los distintos

grupos de trabajo a la búsqueda de nuevas alternativas terapéuticas para mejorar los resultados en el tratamiento de esta afección.⁵

La hemorragia digestiva alta sigue siendo una de las complicaciones más graves del aparato digestivo y frecuente motivo de hospitalización por lo que constituye un reto diagnóstico y terapéutico para el médico que la enfrenta. Su causa más frecuente es la úlcera péptica y su edad de aparición ha aumentado en los últimos años, de tal forma, que actualmente más de 45 % de los pacientes que sangran tienen más de 60 años.⁶

Los recientes avances en el tratamiento endoscópico de la hemorragia digestiva alta, así como el tratamiento erradicador del *Helicobacter pilory*, han mejorado notablemente el pronóstico de estos pacientes, y en consecuencia, la evolución clínica; pero ha sido contrarrestado por el envejecimiento de la población y el elevado número de personas que ingieren en la actualidad antiinflamatorios no esteroideos (AINES), así como ácido acetilsalicílico.

Hoy día, dado el coste económico de la hospitalización, y con el fin de reducir la estadía hospitalaria, se han identificado una serie de factores clínicos y endoscópicos que permiten conocer qué pacientes son de riesgo elevado de recidiva, persistencia o ambos de la hemorragia y cuáles precisan ser ingresados en unidades de cuidados críticos; así como identificar a aquellos que son de bajo riesgo, que pudieran ser dados de alta desde el propio servicio de urgencias hospitalario o ser ingresados durante aproximadamente 48-72 horas.⁷

Muchos estudios⁸ se dirigen a buscar soluciones a la úlcera péptica por ser la causa más frecuente de HDA, los progresos en el tratamiento han disminuido notablemente la mortalidad. Existe un gran número de factores que impiden valorar con precisión la verdadera frecuencia con que las distintas enfermedades son causas de HDA. Uno de ellos consiste en los diferentes criterios utilizados para la verificación diagnóstica y las limitaciones inherentes a cada uno de los métodos utilizados.

Se propuso realizar este trabajo por ser esta enfermedad una urgencia frecuente y grave para conocer su problemática de salud, aspecto que puede contribuir de forma positiva al logro de una óptima asistencia médica de estos pacientes.

Métodos

Se efectuó un estudio descriptivo, observacional y transversal de los pacientes ancianos ingresados por hemorragia digestiva alta, en el Servicio de Cirugía General del hospital referido durante el período comprendido desde enero hasta diciembre del 2007.

El universo estuvo constituido por 40 pacientes a quienes se realizó examen radiográfico de esófago, estómago y duodeno con contraste baritado y en algunos esofagogastroduodenoscopia para precisar el diagnóstico, el cual se correlacionó con variables seleccionadas. Los datos se extrajeron de las historias clínicas correspondientes.

Resultados

En cuanto a la distribución de los pacientes por sexo y grupo etario (**tabla 1**), 26 correspondieron al masculino (65,0 %), y la edad predominante en ambos fue de 60 a 69 años, con 21 (52,5 %).

Tabla 1. Ancianos con sangramiento digestivo alto según edad y sexo

Edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
60 - 69	16	40,0	5	12,5	21	52,5
70 - 79	5	12,5	4	10,0	9	22,5
80 - 89	3	7,5	5	12,5	8	20,0
90/+	2	5,0	0	0,0	2	5,0
Total	26	65,0	14	35,0	40	100,0

A los hábitos tóxicos de ingestión de café y alcohol (**tabla 2**) correspondieron 67,5 y 47,5 %, respectivamente.

Tabla 2. *Pacientes ancianos según hábitos tóxicos*

Hábitos tóxicos	No.	%
Café	27	67,5
Alcohol	19	47,5
Tabaco	16	40,0
Ninguno	7	17,5

Las enfermedades cardiovasculares referidas (hipertensión arterial y cardiopatía isquémica) fueron los antecedentes patológicos personales predominantes (**tabla 3**), con 35 y 30 % en orden de mención.

Tabla 3. *Pacientes según antecedentes patológicos personales*

Antecedentes patológicos personales.	No.	%
Hipertensión arterial	14	35,0
Cardiopatía isquémica	12	30,0
Asma bronquial	4	10,0
Diabetes mellitus	2	5,0
Sangrado previo	4	10,0
Otros	12	30,0

Con respecto a los factores predisponentes (**tabla 4**), 60 % de los enfermos tenían antecedentes de ingestión de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, seguido por la aspirina en 30 %.

Tabla 4. *Pacientes ancianos según factores predisponentes*

Factores predisponentes	No.	%
AINE	24	60,0
ASA	12	30,0
Otros	20	50,0
Ninguno	11	27,5

La **tabla 5** muestra que la úlcera gastroduodenal fue el diagnóstico causal más frecuente para 47,5 % del total, seguido por la gastritis aguda con 35 %.

Tabla 5. *Pacientes ancianos según diagnósticos etiológicos*

Afecciones	No.	%
Úlcera gastroduodenal	19	47,5
Gastritis aguda	14	35,0
Hernia hiatal	7	17,5
Gastritis crónica agudizada.	4	10,0
Otros	5	12,5

Discusión

La hemorragia digestiva alta es la emergencia más frecuente en los servicios de urgencias. Se plantea que la incidencia anual es de 50 a 150 de cada 100 000 habitantes en el Reino Unido, mientras que en Estados Unidos causa 300 000 hospitalizados al año; esta incidencia es más alta en zonas económicamente deprimidas. Además, se presenta como causa de ingresos en aproximadamente 50 de cada 100 000 pacientes internados; cifra que no refleja la realidad, porque la mitad de las hemorragias se producen durante la hospitalización.⁸

Por consiguiente, la hemorragia digestiva alta es una condición médica frecuente, que, a pesar de los adelantos en el diagnóstico y tratamiento, oportunos y precisos, aún tiene alta morbilidad y costos considerables en hospitalización, capital humano y necesidad de transfusiones. La incidencia anual de ingresos por esta causa es de 102 por cada 100 000 habitantes.⁸

En el Servicio de Cirugía General hubo un total de 1 043 pacientes ingresados desde enero hasta diciembre del 2007, de los cuales, 539 (51,6 %) correspondieron a los de urgencia y de ellos, 40 (7,4 %) eran ancianos con hemorragia digestiva alta.

Según una revisión realizada por Allan y Dykes⁹ de 24 series europeas publicadas entre 1921 y 1973, el número de senescentes con sangrado digestivo alto varió desde 6-17 % en el período de 1921 a 1936 hasta alcanzar 40-48 % en la etapa comprendida entre 1953 a 1973. Este incremento de afectados, proporcional al aumento de la edad, se ha venido acentuando considerablemente en años más recientes.

Se sabe que los adultos mayores son un grupo especialmente susceptible, no solo porque es el que más medicamentos consume y, por tanto, tiene mayores posibilidades de sufrir una reacción adversa, sino debido a que las consecuencias suelen ser mayores puesto que con la edad disminuyen la reserva funcional y los mecanismos homeostáticos. En ese sentido se ha calculado que en los adultos mayores de 65 años el riesgo de sufrir una reacción medicamentosa adversa se triplica, y representa 12 % de los internamientos, sobre todo relacionados con la ingestión de antiinflamatorios no esteroideos.¹⁰

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 resultan potencialmente sangrantes y pueden causar episodios de hemorragia; por otro lado, el efecto "acumulativo" de algunos factores de riesgo durante muchos años, estrechamente relacionados con esta entidad, como son el alcoholismo, el hábito de fumar, los grandes bebedores de té y café, entre otros.¹¹

Al analizar la distribución por grupos de edades y sexo en nuestra serie, se comprobó que el mayor número de pacientes se enmarcaba entre 60 y 69 años, con 21 para 52,5 %. En cuanto al sexo, predominó el masculino con 26 pacientes (65 %), lo cual se corresponde con la bibliografía revisada, donde el sangrado es mayor en el varón, en proporción 2:1, que en las féminas.

En la literatura médica¹² se plantea que el café y el alcohol son factores que posiblemente desencadenan la hemorragia digestiva en pacientes con úlcera péptica, a estos productos se les señala un efecto hipersecretor en el estómago. También se refleja una mayor incidencia del úlcus péptico en los fumadores, en los que se duplica el riesgo de enfermedad ulcerosa.

Numerosos autores¹² refieren la notable importancia del alcoholismo como factor de riesgo en la hemorragia digestiva alta, sobre todo en los pacientes con úlcera péptica debido a la gran destrucción de la barrera citoprotectora y la consecuente erosión de la mucosa, principalmente a nivel gástrico, esto trae consigo un incremento en la frecuencia de sangrado.

De cada 5 pacientes que sangran por el tubo digestivo alto, alrededor de 1 ó 2 refieren antecedentes de gastritis o duodenitis crónica, hecho que evidencia un epitelio frágil con tendencia fácil al sangrado. Ellos, por lo general, no siguen las indicaciones de su médico, ni abandonan los hábitos tóxicos: tabaco, café, alcohol, entre otros, tampoco cumplen adecuadamente el tratamiento, por lo que el proceso tiende a la cronicidad y al sangrado, a veces de forma muy solapada.

Los bebedores de café, té y alguna otra infusión que irrite a la mucosa gástrica y duodenal son propensos a episodios de epigastralgia, acidez y sangrado. La conducta de los tomadores de infusión, sobre todo de café, es ingerirlo en momentos de ayuno prolongado y no después de haber tomado algún alimento.

En el análisis de los hábitos tóxicos se pudo observar que el mayor número correspondió a los pacientes que consumían café y alcohol, con 27 y 19 (67,5 y 47,5 %, respectivamente). La referencia de sangrado anterior es recogido por otras series como una condición: 1 ó 2 de cada 10 pacientes con sangrado actual han sufrido un episodio pasado, algunos llegan a tener un episodio anual, cada 6 meses o incluso con menor frecuencia.^{13,14}

Se reconocen como enfermedades asociadas con la hemorragia digestiva, las cardiovasculares y osteomioarticulares, así como la úlcera péptica duodenal.^{12,13} La presencia de 4 ó más afecciones concomitantes aumenta la mortalidad de los pacientes con hemorragia digestiva que puede llegar hasta 70 %; además, los pacientes hospitalizados por otras causas empeoran el pronóstico cuando presentan una hemorragia digestiva por úlcera durante el ingreso.¹⁴

El antecedente de hepatopatía crónica es un factor de riesgo que condiciona la aparición de várices, cuya ruptura es uno de los eventos más temidos por su severidad en la magnitud de la hemorragia.¹⁴

Las enfermedades del corazón y entre estas la cardiopatía isquémica, así como la hipertensión arterial con sus complicaciones incapacitantes, constituyen frecuente problema de salud e importantes causas de morbilidad y mortalidad que afectan el bienestar de los ancianos. Las cifras de tensión arterial sistólica y diastólica aumentan con la edad hasta los 60 años en la mayoría de las poblaciones; posteriormente la tensión diastólica tiende a disminuir y la sistólica continua, incrementándose con la elevación de la presión arterial media, lo cual provoca en el anciano una serie de trastornos anatómicos que conducen a un aumento del cociente pared-luz de las arterias y arteriolas con la consiguiente ruptura de los vasos y la consecuente hemorragia.¹

En el análisis de la distribución de los pacientes ancianos, según antecedentes patológicos personales, se demostró que las enfermedades cardiovasculares predominaron en 26 de ellos (65 %), lo cual coincide con otras revisiones.

El avance de las ciencias médicas condiciona el descubrimiento de nuevos fármacos o nuevos usos de los ya conocidos. En la práctica clínica diaria se tiende a aplicar estos hallazgos automáticamente, sin valorar sus consecuencias, si bien huelga decir que el problema se acrecienta cuando el paciente es un anciano, grupo de edad que se caracteriza por la presencia de múltiples enfermedades, y, por otro lado, si éste es evaluado por diversos médicos que, perdiendo la visión global del paciente, añaden un medicamento sobre otro sin tener en consideración los que ya está consumiendo.¹⁵

Al-Assi *et al*¹⁶ señalan la asociación de hemorragia digestiva alta con la ingestión de medicamentos ulcerógenos, lo cual no se presenta de igual manera en esta serie; no obstante, existe plena concordancia con respecto a que los salicilatos constituyen el grupo de drogas ulcerógenas más relacionados con esta dolencia y su uso diario aumenta considerablemente el riesgo de padecer úlcera péptica en 10 a 20 veces, los mismos son responsables de 4 % de los pacientes con dicha enfermedad y de más de 40 % de los episodios de hemorragia digestiva alta.

Otro grupo de pacientes que con mucha frecuencia padecen de gastroduodenopatías, son los que ingieren fármacos antiinflamatorios, ya sean esteroideos o no. Los estudios demuestran que la ingestión de grandes cantidades, por afecciones agudas y en tiempo corto, no desarrolla con mucha frecuencia gastropatías, pero los tratamientos por afecciones crónicas y a largo plazo son los más propensos a producir irritaciones del epitelio gastroduodenal que pueden llevar a un sangrado. Los fármacos más frecuentes son la aspirina, los antiinflamatorios no esteroideos y los derivados de la prednisona.¹⁷

En cuanto al consumo de antiinflamatorios no esteroideos podemos hacer referencia al incremento del uso de los mismos en nuestra población, lo cual repercute desfavorablemente en los pacientes con úlcera péptica e incluso en aquellos que no la presentan, pues el consumo diario de AINE aumenta 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 a la alteración a nivel de la barrera citoprotectora, entre otros factores.¹⁸

Se ha determinado que aproximadamente entre 10 y 20 % de los usuarios de AINE presentan dispepsia, lo que en muchas ocasiones requiere la administración de otros medicamentos para aliviarla, pero de gran importancia son las complicaciones mayores como el sangrado digestivo y las perforaciones ulcerosas. Estas ocurren más a menudo en pacientes:

1. Que rebasan los 60 años.
2. Que ingieren altas dosis de AINE y por un tiempo prolongado.
3. Que reciben concomitantemente esteroides.
4. Que siguen un tratamiento anticoagulante,
5. Que tienen antecedentes ulcerosos.¹⁷

La aspirina en dosis baja es un fármaco muy usado cuyo consumo se asocia a hemorragia digestiva. Las sustancias liberadoras de óxido nítrico como los nitritos inhiben la agregación plaquetaria, lo que puede facilitar la hemorragia digestiva. A menudo los nitritos se usan conjuntamente con AINE en pacientes con enfermedad coronaria y otras cardiopatías, por lo que su interacción es potencialmente importante.¹⁹

Además de lo anteriormente referido, podemos decir que en la bibliografía consultada se plantea que cerca de 40 % de los pacientes con sangrado digestivo alto y perforación, como complicaciones de una úlcera péptica, informan haber usado AINE. En estudios controlados se pone de manifiesto que la ingestión de 1g diario de aspirina aumenta 9-10 veces la hospitalización por úlcera péptica. Este riesgo se inicia durante los primeros días después de indicado el tratamiento, y, aunque es mayor en los tres primeros meses, persiste durante varios años.¹⁹

Este estudio muestra cifras similares, ya que 24 pacientes con sangrado (60 %) consumían algún AINE, lo cual no se aparta mucho de estadísticas internacionales.

Un amplio estudio de la Sociedad Americana de Endoscopia Digestiva considera que la causa más frecuente de sangrado digestivo alto es la úlcera péptica. Varios estudios han demostrado que la historia natural de la úlcera péptica con hemorragia digestiva viene definida fundamentalmente por los hallazgos endoscópicos, por lo que este constituye el procedimiento de elección para valorar los signos directos de sangrado y emitir un juicio pronóstico sobre su continuidad y recurrencia.¹⁸

Los antecedentes de gastroduodenopatía inflamatoria crónica o de úlcera son, también, recogidos habitualmente en las historias de los pacientes con sangrado digestivo alto. Estas se deben a tratamiento inadecuado de los episodios agudos que evolucionan hacia la cronicidad.¹⁵

Es lógico esperar que las lesiones de la mucosa gastroduodenal (gastroduodenitis y úlceras) sean elementos predisponentes al sangrado, ya que esas zonas tienen menor protección debido a estas afecciones, por lo que es necesario tomar medidas terapéuticas para evitar la hemorragia. Le continúa la gastritis aguda que puede manifestarse como tal o como crónica agudizada, en este caso el sangrado, por regla general, es más difuso y no hay un punto sangrante que se pueda identificar. Estos sangramientos en "sábana" son de extremo cuidado pues las consecuencias pueden ser fatales para el paciente si no se logran controlar.¹⁹

La gastroduodenitis aguda aumenta con la edad, así como también las úlceras gástricas. Parece corresponder a un proceso fisiopatológico que pudiera consistir en la pérdida de los factores de protección de la mucosa y de la barrera epitelial gastroduodenal por envejecimiento y deterioro de los mismos; a medida que el individuo se convierte en un anciano tiene menos capacidad de defensa frente a los agentes irritantes de la misma.¹⁶

A pesar de que la HDA puede tener muchas causas, la gran mayoría de los episodios de sangrado se debe a un reducido tipo de lesiones.

En nuestra casuística, la úlcera péptica gastroduodenal predominó con 19 pacientes (47,5 %), seguida de la gastritis aguda con 14 (35,0 %), diagnosticadas por estudios radiográficos y endoscópicos. Este hallazgo coincide totalmente con la bibliografía, en la cual se plantea que la úlcera péptica es la causa más frecuente de HDA, que se presenta en 50 % de los pacientes, y de éstos, dos tercios corresponden a úlceras duodenales y el tercio restante a úlcera gástrica, se manifiesta, incluso, que por encima de los 50 años de edad la incidencia de hemorragia en la úlcera gastroduodenal es cinco veces superior que en edades más tempranas.¹⁶

El método diagnóstico de elección es la panendoscopia oral, que informa en 90 % de los enfermos cuál es la lesión sangrante, y, del mismo modo, nos indica si existen signos de sangrado reciente, lo que predispone la indicación quirúrgica.²⁰

La endoscopia precoz no solo identifica la causa de la hemorragia, sino además posibilita calcular su severidad, pues permite visualizar en las lesiones ulcerosas, si la hemorragia es activa, en forma de sangramiento pulsátil o babeante (Forrest I); por otro lado, indica si existen signos de sangrado reciente, tales como vasos visibles o coágulos adheridos al fondo ulceroso (Forrest II), los cuales son signos importantes de predicción de recidiva hemorrágica.²¹

De todo ello se deduce la necesidad de asociar técnicas terapéuticas a la endoscopia diagnóstica, de manera que se controle la hemorragia de forma definitiva, o al menos durante el tiempo suficiente para ofrecer al paciente una cirugía electiva de menor riesgo.²¹

Variados son los métodos endoscópicos con que hoy se disponen para el tratamiento de la úlcera péptica sangrante, los cuales deben ser realizados por endoscopistas con experiencia, ya que estas técnicas requieren de habilidades adicionales en este campo, pues se acompañan de complicaciones que hace riesgoso este proceder en manos no expertas. Es por ello, además, que el especialista en endoscopia debería seguir una política de selección para evitar que muchos pacientes sean sometidos a tratamientos innecesarios.²¹

Cabe destacar que este hecho no excluye otros métodos de diagnóstico en la hemorragia digestiva alta, que aunque en menor proporción, son también parte importante para el diagnóstico

causal de la enfermedad, entre los cuales figura la radiografía contrastada baritada de esófago, estómago y duodeno.²¹ A los efectos, en los pacientes se demostró que el procedimiento de elección para el diagnóstico de la HDA fue la radiografía contrastada baritada 100 % de la serie y solo se realizó por hallazgos endoscópicos en 18 pacientes (45 %).

En 70 a 80 % de los pacientes el sangrado se detiene espontáneamente.⁸ La restauración de la volemia es el objetivo inmediato en el tratamiento de toda hemorragia, prioritario a la recuperación de la anemia. Para ello se administrarán en el plazo más breve fluidos por vía intravenosa, cuya cantidad y tipo se decidirán en función de la situación del paciente.²²

Mientras se efectúan las pruebas de compatibilidad sanguínea previas a la administración de concentrados de hematíes (CH), se pasarán soluciones cristaloides, si la situación hemodinámica del paciente lo requiere. Estará indicado ante toda hemorragia importante colocar una vía venosa central y sonda vesical. Se monitorizará al paciente con controles de presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, presión venosa central, saturación de oxígeno y diuresis horaria.²²

La cantidad de unidades de CH a transfundir estará en correspondencia con las pérdidas estimadas, con la persistencia de la hemorragia y con la situación general del paciente. La administración de plasma o plaquetas estará indicada cuando exista un trastorno grave de la coagulación, o en aquellos que toman anticoagulantes.²²

Cuando se sospecha una hemorragia digestiva alta, o si existe duda al respecto, se deberá colocar una sonda nasogástrica y si se detecta sangre oscura o roja, se realizarán lavados gástricos periódicos con el fin de conocer la evolución de la hemorragia y como preparación previa a la práctica de la gastroscopia. Los pacientes con hemorragia grave o riesgo probable de recidiva hemorrágica deben permanecer ingresados en unidades de críticos o de sangrantes.²³

La secreción ácido péptica, por digestión enzimática proteolítica, disuelve el coágulo, promoviendo una recidiva. Desde un punto de vista fisiopatológico, el empleo de fármacos antiseoretos se basa en su capacidad de aumentar el pH (de forma ideal > 6) para optimizar los mecanismos hemostáticos sobre la lesión.²³

Según estudios recientes, se recomienda el empleo de los Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) (omeprazol, pantoprazol o esomeprazol) administrados inicialmente por vía intravenosa con bomba de perfusión continua a dosis de 8 mg/h durante 12-24 horas aproximadamente. Los IBP tienen una mayor capacidad antisecretora que los anti-H₂, por ello estos últimos son poco empleados.

Con los IBP se consigue una disminución significativa de la tasa de recidiva y de la necesidad de cirugía cuando se comparan con placebo o ranitidina. Sin duda, la estrategia terapéutica que ofrece mejores resultados es la combinación del tratamiento farmacológico con el endoscópico en el subgrupo de pacientes con alto riesgo de recidiva.²⁴ No son eficaces la somatostatina o análogos.²⁴

En el subgrupo de pacientes con bajo riesgo se puede iniciar más precozmente el tratamiento antisecretor por vía oral, pero siempre después de efectuada la endoscopia urgente y, así, puede valorarse el alta hospitalaria.²⁴

Hasta hace escasos años, el tratamiento profiláctico estaba basado en el empleo de fármacos antiseoretos por tiempo indefinido, ya que en caso contrario, una tercera parte de las úlceras presentaban una recidiva hemorrágica a los 2-3 años. Desde el descubrimiento del *Helicobacter pylori*, la identificación de esta bacteria en pacientes con una hemorragia digestiva alta por úlcera péptica, obliga a realizar, pasado el episodio agudo, un tratamiento erradicador.²⁵ Debido a la elevada prevalencia de este agente patógeno en nuestro medio y en el contexto de la HDA de origen péptico (úlceras duodenal o gástrica), parece aconsejable iniciar tratamiento erradicador empírico en todos los pacientes, incluso en los que exista antecedentes de ingestión de AINE, sin necesidad de demostrar la presencia del microorganismo.²⁵

Con respecto a los resultados de nuestro estudio acerca del tratamiento aplicado a estos pacientes ancianos, se pudo comprobar que todos recibieron tratamiento médico y sólo dos (5 %) requirieron intervención quirúrgica urgente, lo cual coincide con la bibliografía revisada.

Al hacer un análisis de los resultados de la estadía de los ancianos ingresados con hemorragia digestiva alta, encontramos que la mayoría fueron egresados entre 1 y 7 días con 30 pacientes (75 %). Es bueno señalar, que solo dos pacientes (5 %) fueron egresados después de los 14 días, los cuales fueron intervenidos quirúrgicamente sin presentar complicaciones.

Podemos concluir que la hemorragia digestiva alta en el anciano es causada principalmente por úlcera péptica gastroduodenal y tiene características clínicas muy particulares debido al deterioro inmunitario de estos enfermos, la presencia de enfermedades asociadas, la utilización de

medicamentos ulcerogénicos, así como el consumo de tabaco y alcohol. En la actualidad, el diagnóstico y tratamiento básico de estos pacientes se realiza a través de la endoscopia oral y, en casos excepcionales, se indica la intervención quirúrgica de urgencia.

Por todo lo expuesto, se recomienda el uso racional de los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos y los salicilatos en los ancianos, para evitar la influencia negativa que tienen estos fármacos en la génesis de la úlcera péptica gastroduodenal y de la hemorragia digestiva como consecuente complicación, así como su repercusión desfavorable en el pronóstico de los enfermos; se exhorta a eliminar el consumo de tabaco y alcohol, hábitos nocivos que guardan estrecha relación con la aparición de enfermedades asociadas como las afecciones cardiovasculares.

Por último, es evidente la necesidad de perfeccionar los métodos endoscópicos para el diagnóstico y tratamiento de urgencia, con el objetivo de brindar una mejor atención a cualquier paciente con hemorragia digestiva alta, en particular, al anciano, así como profundizar en el conocimiento del tema para disminuir la morbilidad y mortalidad de esta afección.

Referencias bibliográficas

1. Colina E, Carrasco MR, Machado MC, Darías A, Diéguez R. Geriatria y gerontología. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1993; 10: 22-4.
2. Prieto Ramos O. Envejecimiento sano. Longevidad satisfactoria, una necesidad de la humanidad. 6 ed. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana de España, 2003:62.
3. Kane RL, Abrass IB. Geriatria clínica. 3 ed. México, DF: Mc Graw-Hill Interamericana de México, 2000: 4 - 20.
4. Curso de capacitación en endoscopia digestiva superior a la atención primaria de salud. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 2005: 1 - 32.
5. Balanzo Tintore J. Hemorragia digestiva alta: concepto y clasificación. <<http://edionesmedicas.com.ar .articulos cientificos.htm>> [consulta: 20 diciembre 2006].
6. León FR. Tratamiento endoscópico del sangramiento digestivo alto por úlcera péptica. <<http://sisbib.unms.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo-11cap-1-2-hemorragia digestiva.htm>> [consulta: 12 octubre 2007].
7. Balanzo Tintore J, Villanueva Sánchez C. Hemorragia digestiva alta: clasificación, etiología y tratamiento. < <http://www.cirugest.com/htm/revisiones/cir 12-11/12-11-05.htm> > [consulta: 2 mar 2008].
8. Ovalles Simón D. Hemorragia digestiva alta. Actualización [artículo en línea]. Rev Esp Cir 2004;52(2):66-8.<<http://www.reumed.es/revistas/htm>> [consulta: 7 febrero 2007].
9. Rego Hernández JJ, Leyva de la Torre C, Pérez Sánchez M. Caracterización clínico-terapéutica del sangramiento digestivo alto. Hospital "Dr. Salvador Allende". Primer semestre 2006 [artículo en línea]. Rev Cubana Farm 2007;41(3). < <http://scielo.sld.cu/scielo.php> > [consulta: 3 mayo 2008].
10. Rodríguez Duque R, Jiménez López G, Fernández Manchón E. Caracterización de las reacciones adversas medicamentosas en ancianos. 2003-2005 [artículo en línea]. Rev Cubana Farm 2007;41(4). <<http://bvs.sld.cu/publicacioneselectronicasarticuloscientificos.htm>> [consulta: 4 febrero 2007].
11. Valera JM, Eduardo MR, Contreras M, Smok G. Tumores de intestino delgado: experiencia de 11 años en un centro de referencia. <http:// www.socgastro.cl/imagenes/v_5_3/v15-3-3.pdf> [consulta: 3 mayo 2008].
12. Santos Pérez H, Lavandera Rodríguez I, Santos Milanés H. Factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional "Arzobispado Loayza": 1980-2003 [artículo en línea]. Rev Gastroenterol 2005;25(3):259-67.<<http:// www.scielo.org.pe>> [consulta: 7 marzo 2008].
13. Farfán Q, Yezid A, Restrepo AJ. Hemorragia digestiva alta en la unidad de cuidados intensivos [artículo en línea]. Rev Colomb Gastroenterol 2006; 21(2). <<http://scielo.org.co/scielo.php>> [consulta: 3 mayo 2008].
14. Barrientos C. Hemorragia digestiva alta por neoplasias digestivas. Rev Gastroenterol Latinoam 2006;17(2):146-9. <http://www.socgastro.cl/imagenes/vol17_2/9-Barrientos.pdf > [consulta: 20 abril 2008].

15. Crespo L, Gil L, Padrón A, Rittoles A, Villa M. Morbimortalidad por sangramiento digestivo alto en la unidad de cuidados intermedios quirúrgicos. Estudio en 365 pacientes [artículo en línea]. Rev Cubana Med Intens Emerg 2002;1(1). <http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol1_1_02/mie08102.htm> [consulta: 15 enero 2007].
16. Rodiles Martínez F, López Mayedo FJ. Hemorragia digestiva alta; comportamiento clínico epidemiológico. <<http://www.amc.sld.cu/amc/2004/v8n6/931.htm>> [consulta: 13 agosto 2007].
17. Salvatierra G, De la Cruz RL, Paulino M, Vidal V, Rivera DC, Cano A. Hemorragia digestiva alta asociada al uso de antiinflamatorios no esteroideos en Lima metropolitana [artículo en línea]. Rev Gastroenterol Lima 2006;26(1). <<http://www.scielo.org.pe/scielo.php>> [consulta: 4 marzo 2008].
18. Hierro A, Jiménez N. Sangramiento digestivo alto: comportamiento clínico en un grupo de pacientes. Rev Cubana Med 2003;42(4):24-6.
19. Pilotto A, Franceschi M, Leandro G. Uso de antiinflamatorios no esteroideos y aspirina por los ancianos en la práctica general. Efecto sobre los síntomas gastrointestinales y las terapias [artículo en línea]. Drugs Aging 2003;20(9):701-10 <<http://www.bago.com/Bago.Arg/Biblio/geriatweb189.htm>> [consulta: 8 diciembre 2007].
20. Rodríguez I, Palomino A, Samada M. Experiencias en la endoscopia de urgencia en el sangramiento digestivo alto. <<http://bvs.sld.cu/revistas2005/v26no2//116-121.htm>> [consulta: 18 mar 2006].
21. Díaz F, Cantardo C, Román R, Vesco E. Tratamiento con inyección endoscópica de la úlcera péptica sangrante. Rev Gastroenterol Per 2006; 17(1):17-8.
22. Hernández A, Sánchez JC. Comportamiento del sangramiento digestivo alto en pacientes endoscopiados. <[http://www.cpimtz.sld.cu/revistas/v28\(4\).pdf.2006](http://www.cpimtz.sld.cu/revistas/v28(4).pdf.2006)> [consulta: 26 enero 2006].
23. Moreno Brea MR. Aspirin tolerability [artículo en línea]. Rev Esp Dolor 2005;12(6):357-72. <<http://www.scielo-isciii.es/revistas>> [consulta: 2 marzo 2008].
24. Dalton S, Sorensen H, Johansen C. SSRIs and upper gastrointestinal bleeding. What is known and how should it influence prescribing? [artículo en línea]. CNS Drugs 2006;20(2):143-51. <<http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/Gastroweb314.htm>> [consulta: 3 abril 2008].
25. *Helicobacter pylori*. <http://www.es.wikipedia.org/wiki/Helicobacter_pylori> [consulta 3 mayo 2008].

MsC. Daniel Acosta González. Pedro Alvarado No. 21, reparto Terrazas, Santiago de Cuba
Dirección electrónica: dani6115@yahoo.com

¹ Especialista de I Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas
Hospital Provincial Docente "Dr. Ambrosio Grillo", Santiago de Cuba, Cuba

² Especialista de II Grado en Cirugía General. Máster en Informática en Salud. Profesor Auxiliar
Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora", Santiago de Cuba, Cuba

³ Especialista de II Grado en Medicina Interna. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesora Auxiliar
Hospital Provincial Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo", Santiago de Cuba, Cuba

⁴ Especialista de I Grado en Cirugía Reconstructiva y Quemados. Máster en Bioenergética y Medicina
Natural y Tradicional
Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora", Santiago de Cuba, Cuba

Recibido: 21 marzo 2008

Aprobado: 13 abril 2008

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Acosta González D, Rodríguez Fernández Z, Fong Estrada JA, Pagés Gómez O. Caracterización del paciente anciano con hemorragia digestiva alta [artículo en línea] MEDISAN 2009;13(2). <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_2_09/san01209.htm>[consulta: fecha de acceso].