

Trabajo Original

Hospital General Provincial Vladimir Ilich Lenin. Holguín

Úlcera gastroduodenal en pacientes con hemorragia digestiva alta

Gastroduodenal Ulcer in Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding

*Margarita Rodríguez Diéguez¹, Aloysio Miranda Moles², Évora Arencibia Vidal³,
Zulma Miranda Moles⁴, Ranier N. Pupo Carracedo⁵*

- 1 Especialista de Primer Grado en Gastroenterología y en MGI. Instructor. Hospital General Provincial Vladimir Ilich Lenin. Holguín
- 2 Especialista de Primer Grado en Bioestadística y Computación. Asistente. Escuela Latinoamericana de Medicina. Ciudad de La Habana
- 3 Especialista de Primer Grado en Gastroenterología. Especialista de Primer Grado en MGI. Instructor. Hospital Provincial Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín
- 4 Especialista de Primer Grado en Gastroenterología y en MGI. Instructor. Hospital Provincial Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín
- 5 Especialista de Primer Grado en Gastroenterología y MGI. Asistente. Hospital Lucía Iñiguez. Holguín

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo a pacientes ingresados en el Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin, por hemorragia digestiva alta, a los que se les diagnosticó una úlcera gástrica o duodenal mediante endoscopia superior, durante el año 2008. El objetivo fue estimar el comportamiento de parámetros clínico-endoscópicos en estos pacientes y su relación con la estadía. Para ello se confeccionó un modelo de registro de datos, recopilados estos últimos, del informe endoscópico e historia clínica de los casos. Se caracterizó la muestra teniendo en cuenta variables tales como: edad y sexo, modalidad de presentación de la

hemorragia digestiva, parámetros clínicos y endoscópicos y la correspondiente estadía promedio, así como la frecuencia de las úlceras según los diferentes meses del año. Predominaron los pacientes del sexo masculino de más de 60 años. La forma de presentación más frecuente fue la melena. Los pacientes mayores de 60 años, los casos con morbilidad importante asociada y aquellos con signos endoscópicos mayores de hemorragia reciente tuvieron mayor estadía. El mayor número de úlceras sangrantes fue en los meses de febrero, de abril a junio, así como octubre y noviembre. Los picos de incidencia observados en febrero y noviembre se produjeron a expensas de la localización duodenal, por lo es necesario realizar estudios más abarcadores de esta problemática.

Palabras clave: hemorragia digestiva, úlcera gástrica, duodenal, endoscopia

ABSTRACT

A descriptive and retrospective study was carried out in patients admitted to “Vladimir I. Lenin” Provincial Teaching Hospital with upper gastrointestinal bleeding, in the year 2008. The upper endoscopy confirmed the diagnosis of gastric or duodenal ulcer. The aim of this work was to extend the knowledge about the behavior of clinical and endoscopic features on these patients. A registration chart was made with the information obtained from the endoscopy results and the clinical records. The sample was classified according to some variables such as: sex, digestive bleeding way of presentation, clinical and endoscopic features, and the corresponding hospital stay and the occurrence of ulcer in different months of the year. There were more incidences in male patients older than 60 years old. Melena was the most frequent way of presentation. Patients older than 60 years old, those with significant morbidity associated and patients with major endoscopic signs of recent bleeding, stayed longer in hospital. There was high incidence of bleeding ulcers in February, from April to June as well as October and November. Duodenal ulcer was responsible for most of the cases of February and November.

Key words: gastrointestinal bleeding, gastric ulcer, duodenal, endoscopy

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva es un problema médico con elevada morbimortalidad, alto consumo de recursos sanitarios e incidencia anual, en los países occidentales, de 50 a 150 por cada 100 000 habitantes ⁽¹⁾.

La endoscopia es una técnica altamente sensible que permite precisar el origen de la hemorragia en la mayoría de los casos (90-95%) ⁽²⁾. La úlcera péptica causa un número importante de casos de hemorragia alta no varicosa, pese a la erradicación del *Helicobacter pylori* ⁽¹⁾.

Estudios realizados informan que la morbilidad y mortalidad del paciente con hemorragia digestiva alta (HDA) se relaciona con ciertos factores de riesgo como la edad, enfermedades asociadas, la magnitud, el tipo de lesión, así como signos endoscópicos de los cuales el más importante es la presencia de estigmas de hemorragia reciente ^(3- 5). En el presente estudio estimó el comportamiento de parámetros clínico-endoscópicos en pacientes con úlcera gástrica o duodenal sangrante ingresados en el Hospital Vladimir Ilich Lenin. Holguín durante el año 2008 y su relación con la estadía.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo a pacientes ingresados en el Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin por HDA, a los que se les diagnosticó una úlcera gástrica o duodenal mediante endoscopia superior, durante el año 2008. Se excluyeron: otros diagnósticos causales, panendoscopia no útil, antecedentes de cirugía gástrica, causa intercurrente que modificara la estadía, y úlceras con aspecto sugerente de malignidad. Se revisaron las historias clínicas. Se estudiaron un total de 62 pacientes. Los datos fueron obtenidos del informe endoscópico y la historia clínica, y registrados en un modelo creado con ese fin (anexo 1).

Variables del estudio:

- Edad y sexo: se tuvo en cuenta la edad en años y el sexo biológico
- Forma de presentación: se dividió en hematemesis, melena y ambos
- Parámetros clínicos: se tuvieron en cuenta aquellos previamente señalados en la literatura como de importancia en el pronóstico: ^(3, 4,6)
- Edad promedio:

- mayor o igual a 60 años
 - menos de 60 años
 - Estado circulatorio:
 - presencia de taquicardia (mayor o igual a 100 lat /min) y/o hipotensión (tensión arterial sistólica inferior a 100 mmHg)
 - tensión arterial (TA) y frecuencia cardíaca (FC) estables
 - Requerimiento de transfusión: sí o no, en cualquier momento del ingreso
 - La morbilidad asociada se clasificó en:
 - a) Morbilidad mayor, según criterios pronósticos ^(3, 4,6). Se incluyeron: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, cirrosis hepática, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad cerebrovascular (ECV), insuficiencia renal crónica (IRC), trastorno de la coagulación, neoplasia.
 - b) Otras o ninguna
 - Hemoglobina (Hb) menor de 80 g/l: sí o no, según la presencia o no de este parámetro analítico
 - Aspectos endoscópicos:
 - Signos endoscópicos de hemorragia reciente:
 - Mayores: sangre fresca/hemorragia activa/Vaso visible/coágulo adherido
 - Menores: Lesión limpia/Hematina.
 - Localizaciones de riesgo: curvatura menor alta, en el caso de la úlcera gástrica y cara posterior del bulbo, en la duodenal, según si estuvieron o no presentes.
 - Estadía: se calculó el promedio de estadía y luego se clasificó la misma en:
 - igual o superior al promedio.
 - inferior al promedio calculado.
 - Estaciones del año: se distribuyeron según los meses de la fecha de ingreso.
- Para el procesamiento de la información se creó una hoja de cálculo en una computadora marca Dell. Se utilizó el programa EpiInfo 6 para cálculos de estadística descriptiva. Los resultados se presentaron en cuadros de frecuencia simple y gráficos. Se utilizó la técnica porcentual, cálculo de la media, desviación Standard (DS) y test estadísticos para identificar relaciones entre variables a un nivel de significación igual o inferior a 0,05.

RESULTADOS

Se estudiaron en total 62 pacientes, con edad promedio de 61,11 años y una DS de 16,082. La mitad de los pacientes (32; 51,6%) tenían 60 y más años de edad. Predominó el sexo masculino (51; 82,3%). (Tabla I)

Tabla I. Distribución según edad y sexo. Vladimir Ilich Lenin

Edad (años)	Sexo				Total	
	M		F		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
18-29	2	3,23	0	0,00	2	3,23
30-39	3	4,84	0	0,00	3	4,84
40-49	9	14,52	3	4,84	12	19,35
50-59	10	16,13	3	4,84	13	20,97
60 y más	27	43,55	5	8,06	32	51,61
Total	51	82,26	11	17,74	62	100,00

Fuente: Modelo de registro

La mayoría de los pacientes (gráfico I) se presentaron con melena (35, para 56,45%). Ambas formas coexistieron en 25,81% del total de pacientes, es decir, 16 de ellos, y los 11 restantes (17,74%) tuvieron hematemesis como forma de presentación.

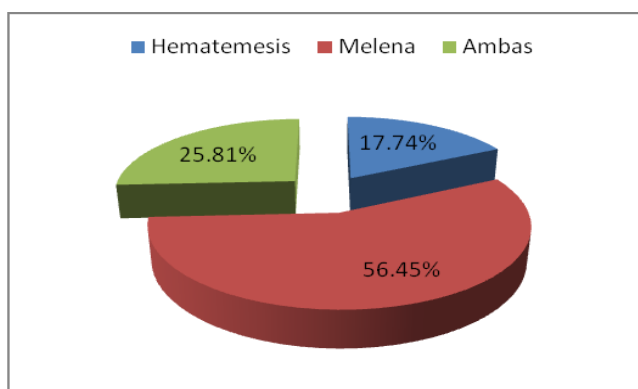


Gráfico I. Forma de presentación de la HDA por úlcera. Vladimir Ilich Lenin. Año 2008

La estadía (tabla II) igual o superior a la media calculada (3,94 días) estuvo asociada de forma significativa con la edad mayor o igual de 60 años, y con la

presencia de morbilidad mayor con $p < 0.05$ y razones de ocurrencia de 4,58 y 4,04, respectivamente.

Tabla II. Aspectos clínicos-analíticos y estadía promedio. Vladimir Ilich Lenin. Año 2008

Aspecto	Estadía igual o superior a la media (n= 28)		Estadía inferior a la media (n= 34)		P
	Nº	%	Nº	%	
Edad promedio (años)					
Mayor o igual de 60	20	71,43	12	35,29	0,0099 ¹
Menos de 60	8	28,57	22	64,71	
Estado circulatorio					
Taquicardia y/o hipotensión	17	60,71	15	44,12	0,2955
TA y FC estables	11	39,29	19	55,88	
Requerimiento transfusión					
Sí	13	46,43	12	35,29	0,5291
No	15	53,57	22	64,71	
Morbilidad asociada					
Morbilidad mayor	13	46,43	6	17,65	0,0300 ²
Otras o ninguna morbilidad	15	53,57	28	82,35	
Hb menor de 80 g/l					
Sí	9	32,14	7	20,59	0,4574
No	19	67,86	27	79,41	

Fuente: Modelo de registro

¹OR=4.58, 95 % IC= (1,38-15,76)

²OR=4,04, 95 % IC=(1,12-15,16)

En la asociación entre la estadía y la presencia de signos endoscópicos mayores de hemorragia reciente ($p < 0.05$; OR 3,86), no hubo úlceras de más de 2 cm, por lo que no se incluyó este parámetro endoscópico (tabla III).

Tabla III. Aspectos endoscópicos y estadía promedio. Vladimir Ilich Lenin. Año 2008

Aspecto	Estadía igual o superior a la media (n= 28)		Estadía inferior a la media (n= 34)		P
	Nº	%	Nº	%	
Signos de hemorragia reciente*					
Mayores	14	50,00	7	20,59	0,0303 ¹
Menores	14	50,00	27	79,41	
Localización de riesgo					
Sí	6	21,43	4	11,76	0,3256
No	22	78,57	30	88,24	

Fuente: Modelo de registro ¹OR=3.86, 95 % IC= (1,12-13,77)

* En caso de lesión concomitante se tomó la más cercana a la variante de sangrado.

La úlcera sangrante fue más frecuente en febrero (9; 14,52%), de abril a junio con 7 pacientes cada mes (11,29%), octubre (6; 9,68%) y noviembre (7; 11,29%). Los picos de alza de febrero y noviembre se produjeron básicamente a expensas de la localización duodenal con 8 y 6 pacientes, respectivamente (gráfico 2).

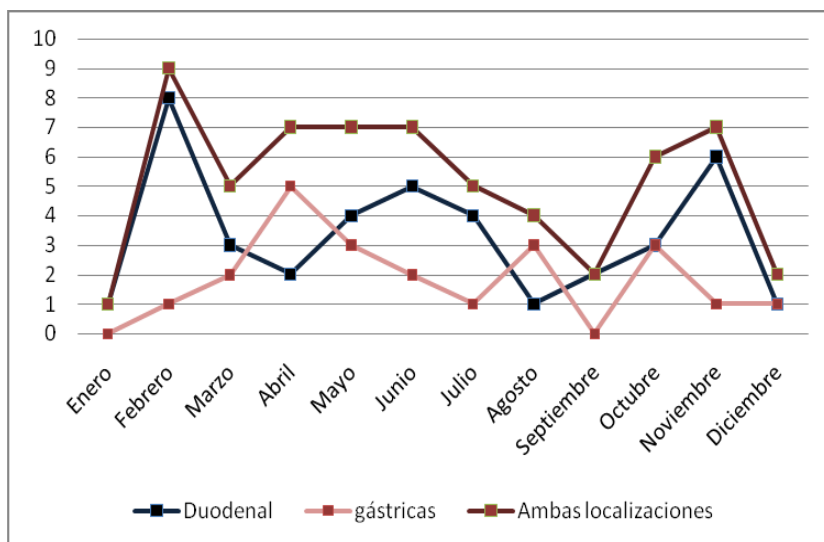


Gráfico 2. Distribución de pacientes según meses del año. Vladimir Ilich Lenin. Año 2008

DISCUSIÓN

La bibliografía recoge una incidencia mayor de HDA por úlcera gastroduodenal en el varón y en la tercera edad ^(1,3). Esto coincide con lo reportado por otros autores ^(6,7). Se dice que por encima de los 50 años la hemorragia en la úlcera es cinco veces superior que en edades más tempranas ⁽⁸⁾.

Más de la mitad de los pacientes se presentaron con melena, seguidos por la coexistencia de esta con hematemesis. En este punto también se encontró respaldo en las estadísticas de otros autores ^(6,9). En otro estudio, sin embargo, la hematemesis ocupó el segundo lugar en frecuencia, después de la melena ⁽¹⁰⁾.

Al excluir los pacientes que presentaron alguna morbilidad intercurrente, la estadía quedó condicionada por causas inherentes a la hemorragia en sí. Los hallazgos en este estudio coinciden con otros donde la edad avanzada, comorbilidad asociada, y estigmas mayores de hemorragia reciente, establecen peor pronóstico, en términos de resangrado y mortalidad ^(3, 6, 11,12). Un estudio cubano, por su parte, relacionó el estado hemodinámico inestable al ingreso con mayor estadía hospitalaria ⁽¹³⁾.

Existen reportes del comportamiento de la HDA, ulcerosa y variceal en relación con la influencia estacional, implicándose factores climáticos de forma directa ^(14,15). No hubo coincidencias con los resultados de otras series en cuanto a este particular, muestra de la variabilidad según los distintos escenarios geográficos ^(15,16). Pocos estudios cubanos han hecho referencia al fenómeno en los últimos años, como el estudio de Rodiles ⁽⁸⁾.

En el año 2008 aconteció el noviembre más fresco desde 1971, y el febrero más cálido desde 1951⁽¹⁷⁾, que fueron precisamente los dos meses en los que se observó un mayor número de úlceras duodenales. Una observación más abarcadora del fenómeno estacional en relación con esta enfermedad digestiva sería interesante para su mejor comprensión.

CONCLUSIONES

1. Este problema de salud es una enfermedad que afectó preferentemente al adulto mayor y al sexo masculino.
2. La forma de presentación más frecuente fue la melena.

3. Se asoció un incremento de la estadía en los pacientes con más de 60 años, con morbilidad mayor y aquellos que presentaron signos endoscópicos mayores de hemorragia reciente.
4. La distribución estacional varía acorde a los escenarios geográficos, observándose picos de incidencia variables, por lo es necesario realizar estudios más abarcadores de esta problemática.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Rockey DC. Hemorragia Digestiva. En: Sleisenger, Fordtran. Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas. 8va ed. 2006. p 226 - 43.
- 2 García Menéndez A. Hemorragia del tubo digestivo proximal de origen no varicoso. Rev Gastroenterol Mex. 2007;72(1):47-49.
- 3 Rockall TA, Logan RF, Devlin HB. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. Gut 1996 38: 316-321.
- 4 Feu F. Recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento de la hemorragia digestiva alta aguda no varicosa. Gastroenterol Hepatol 2003;26(2):70-85.
- 5 Hernández Garcés HR. Hemorragia Gastrointestinal. En: Manual de endoscopia digestiva superior diagnóstica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 168 -172.
- 6 García Valdés A, Gil Manrique LF, Brizuela Quintanilla R, García Vega ME, Pérez Reyes R. Índice modificado de Baylor. Experiencias de su uso en una unidad de cuidados intermedios quirúrgicos. Rev Cub Med Intensiva y Emergencias. 2007; 6(1):633-644.
- 7 Amado Rodríguez A. Hemorragia digestiva por úlcera péptica gastroduodenal. [Internet]. 2009[Consultado nov 2010]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos77/hemorragia-digestiva-ulcera-peptica-gastroduodenal.shtml>.
- 8 Rodiles Martínez F, López Mayedo FJ. Hemorragia digestiva alta. Comportamiento clínico epidemiológico. [Internet]. [Consultado nov 2010]. Disponible en: [http:// www.amc.sld.cu/amc/2004_v8 n 6/931.htm](http://www.amc.sld.cu/amc/2004_v8_n6/931.htm).
- 9 Núñez Peñalver Y, Marte Rosario F, Zayas Bazán Ávila K, Hawith Bautista K, Flores Miranda E, Flores Delgado E. Úlcera péptica sangrante:

Comportamiento clínico en un grupo de pacientes. [Internet]. 2008 [Consultado nov 2010]. Disponible en:

<http://www.forumestudiantil.sld.cu/salones-virtuales/cirugiageneral/Ulcera%20bpeptica%20sangrante.rar/download>

- 10 Palomino Besada AB, Suárez Conejera AM, Brunate Pozo M. Escleroterapia endoscópica en el sangramiento digestivo alto de origen no variceal. Rev Cub Med Milit. 2007;36(2):1-7.
- 11 Sanders DS. Efectividad de una unidad de hemorragia digestiva alta: un análisis prospectivo de 900 casos consecutivos usando como estandarización del riesgo al Score de Rockall. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2006;6:487-494.
- 12 Imperiale TF, et al. Predicting poor outcome from acute upper gastrointestinal hemorrhage. Arch Intern Med. 2007;167(12):1291-6.
- 13 Cruz Alonso JR, Anaya González JL, Pampín Camejo LE, Pérez Blanco D, Lopategui Cabezas I. Mortalidad por sangrado digestivo alto en el Hospital Enrique Cabrera. Rev Cubana Cir. 2008; 47 (4):1-6.
- 14 Mejía F, Mondragón E, Montes P. Variación estacional del sangrado digestivo alto asociado a hipertensión portal. Rev gastroenterol Perú. 2006; 26(3):278-282.
- 15 Lopez-cepero Jm. Influencia de los factores climaticos en la incidencia de hemorragia digestiva. Gastroenterol Hepatol. 2006; 28(9):540-5.
- 16 Manfredini R, De Giorgio R, Smolensky MH, Boari B, Salmi R, Fabbri D, et Al. Seasonal pattern of peptic ulcer hospitalizations: analysis of the hospital discharge data of the Emilia-Romagna region of Italy. BMC Gastroenterol. 2010; 15:10:37.
- 17 Centro del Clima. Instituto de Meteorología. Sumario sobre Estado del Clima en Cuba durante el Año 2008. [Internet]. 2009 [Consultado nov 2010]. <http://www.met.inf.cu/asp/genesis.asp?TB0=PLANTILLAS&TB1=SUMARIOC&TB2=/clima/SumarioClimatico.htm>.

ANEXO 1

MODELO DE REGISTRO

1. Datos generales:

Nombre y apellidos: _____ Edad: ____ Sexo ____

Fecha ingreso: _____ hora ____ Fecha egreso: _____ hora ____

2. Aspectos clínicos y analíticos:

c) APP: Cardiopatía isquémica() Insuficiencia Cardíaca() Cirrosis hepática: ()

Diabetes Mellitus: () EPOC: () Enfermedad cerebrovascular: () IRC: ()

Trastorno coagulación () Neoplasia ()

Otras enfermedades: () _____ Ninguna ()

d) Forma de presentación: Hematemesis: () Melena: () Ambas: ()

e) Estado circulatorio: FC mayor o igual de 100 lat/min (). Valor FC: _____

TAS menor de 100 mmHg (). Valor de TA: _____ TA y FC estables: ()

f) Requerimiento de transfusión: ()

e) Valores de Hb:

- Todas iguales o por encima de 80 g/l ()

- Al menos una menor de 80 g/l () Valor de Hb: _____

3. Aspectos endoscópicos:

Localización de la úlcera: Gástrica: () Duodenal: ()

Topografía: _____

Otras localizaciones: _____

Forrest: Ia() Ib() IIa () IIb () IIc () III () Tamaño (mm): _____

4. Observaciones: _____

Correspondencia: Dra Margarita Rodríguez Diéguez. Edificio Sierra Cristal, apartamento 807. Holguín. Cuba. Correo electrónico: margarita@hvil.hlg.sld.cu