

ORIGINAL BREVE

La hemorragia digestiva alta en el paciente anciano mayor de 80 años

Rocío Plaza Santos^{a,*}, Consuelo Froilán Torres^b, María Dolores Martín Arranz^b,
José Manuel Suárez de Parga^b y Mercedes Aldeguer Martínez^a

^a Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Infanta Leonor, Madrid, España

^b Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de marzo de 2011

Aceptado el 20 de junio de 2011

On-line el 17 de noviembre de 2011

Palabras clave:

Hemorragia digestiva alta

Úlcera péptica

Anciano

Endoscopia

R E S U M E N

Objetivos: Analizar las características al ingreso, el curso evolutivo y el pronóstico de la hemorragia digestiva alta (HDA) en el paciente anciano.

Material y métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron 103 pacientes con edad igual o superior a 80 años, que ingresaron en una Unidad de Sangrantes por un episodio de HDA en un año. Analizamos los antecedentes personales, características de la hemorragia, realización de la endoscopia urgente diagnóstica y terapéutica y factores pronósticos asociados.

Resultados: La etiología más frecuente de la HDA fue el sangrado por úlcera gastroduodenal en el 65,1%, siendo el 60,2% consumidores crónicos de antiinflamatorios no esteroideos. Se realizó endoscopia diagnóstica urgente en todos ellos, con una eficacia del 94,2% y terapéutica en el 28,2%. La tasa de resangrado fue del 8%, requiriendo cirugía urgente el 4,9%, con una mortalidad global del 5,8%.

Conclusiones: La realización de endoscopia urgente y la aplicación de terapéutica endoscópica es un método seguro y eficaz para detener el sangrado por HDA en el anciano, lo cual ha reducido la necesidad de cirugía urgente, mejorando la supervivencia del enfermo anciano sangrante.

© 2011 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Upper gastrointestinal haemorrhage in patients over 80 years-old

A B S T R A C T

Objectives: To evaluate the patient characteristics, outcome, and prognosis of upper gastrointestinal haemorrhage in the elderly.

Material and methods: A prospective study was conducted on 103 patients aged 80 years and over, admitted to a Gastrointestinal Bleeding Unit after an episode of upper gastrointestinal bleeding. We analysed the personal history, the characteristics of the bleeding event, and whether an urgent diagnostic or therapeutic endoscopy was performed, in order to identify clinical data and endoscopic findings that may have an influence on the outcome of the haemorrhage.

Results: The major cause of the haemorrhage was peptic ulcer in 65.1%, and 60.2% of patients were on chronic treatment with non-steroidal anti-inflammatory drugs. An urgent diagnostic endoscopy was performed in all of them, identifying the source of bleeding in 94.2%, and treatment was carried out on 28.2%. The likelihood of rebleeding was 8%, and 4.9% of patients underwent emergency surgery, with an overall mortality rate of 5.8%.

Conclusions: The performance of urgent endoscopy and the application of endoscopic haemostasis are safe and effective in stopping upper gastrointestinal bleeding in the elderly. This has significantly reduced the need for emergency surgery, improving the survival of the bleeding elderly patient and preventing recurrent bleeding.

© 2011 SEGG. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Gastrointestinal bleeding

Peptic ulcer

Elderly

Endoscopy

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rocio.plaza@yahoo.es (R. Plaza Santos).

Introducción

La hemorragia digestiva alta (HDA) es aquella que tiene su origen en algún punto del tracto gastrointestinal proximal al ángulo de Treitz. Su incidencia anual se estima en 50-150 casos por 100.000 habitantes y supone un 4-5% de los ingresos hospitalarios por urgencias. La tasa de mortalidad, que ha permanecido estable en los últimos 50 años, es aproximadamente de un 10-12%, siendo llamativo que no se haya reducido de forma significativa a pesar de los avances médicos y científicos en este período de tiempo¹. El motivo fundamental de la estabilización de esta tasa es el envejecimiento progresivo de la población, que presenta mayor número de complicaciones y comorbilidades, siendo la HDA una afección de importancia creciente en el anciano.

El objetivo de este estudio fue analizar prospectivamente los resultados de una vía clínica (VC) instaurada en una Unidad de Sangrantes² para el tratamiento de los enfermos con HDA de edad igual o superior a 80 años, establecer las características al ingreso, el curso evolutivo y el pronóstico que la hemorragia digestiva presenta en este grupo de pacientes.

Material y métodos

Pacientes

Se trata de un estudio prospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con edad igual o superior a 80 años con HDA ingresados en la Unidad de Sangrantes del Hospital La Paz durante el período de tiempo entre el 1 de mayo de 2009 y el 1 de mayo de 2010. Los criterios de ingreso en la Unidad de Sangrantes son los mismos utilizados como:

Criterios de inclusión

- Pacientes con sangrado activo («a chorro» o «babeo hemático») o signos endoscópicos de hemostasia reciente (vaso visible o coágulo adherido) evidenciado durante la endoscopia.

- Pacientes con restos hemáticos objetivados en la endoscopia, sin poder precisar su origen durante la misma, o en los que el tacto rectal demuestre melenas.
- Pacientes con lesiones sin aparentes signos de hemostasia activa ni reciente, pero con inestabilidad hemodinámica en probable relación al sangrado.
- Pacientes en los que su situación basal cognitiva permita que entiendan el beneficio/riesgo de la exploración y colaboren mínimamente, ya que las exploraciones urgentes se hacen sin sedación. La situación funcional no excluye a ningún paciente de la realización de una endoscopia, incluso pacientes con un índice de Barthel menor de 20 fueron incluidos, si su situación cognitiva era aceptable.

Todos los pacientes que precisan ingreso por HDA ingresaron en la Unidad, ya que ningún paciente con HDA independientemente de la gravedad, ingresa en la planta convencional o en otros servicios.

Criterios de exclusión

- Pacientes admitidos en Urgencias con sospecha inicial de HDA no confirmada posteriormente.
- Pacientes con deterioro cognitivo severo que se mantienen estables hemodinámicamente y en los que se decide un tratamiento conservador con transfusión de hemoderivados.

Métodos

El protocolo de actuación en la Unidad de Sangrantes está basado en una VC instaurada en 1999, que unifica los criterios de actuación ante una HDA para lograr un manejo óptimo de los pacientes ingresados. Se incluye un pequeño algoritmo resumen (fig. 1). Se recogieron las siguientes variables individuales:

- *Antecedentes personales:* edad, sexo, enfermedades asociadas y consumo de fármacos gastroerosivos. No se recogieron como variables la situación basal funcional y cognitiva de los pacientes.

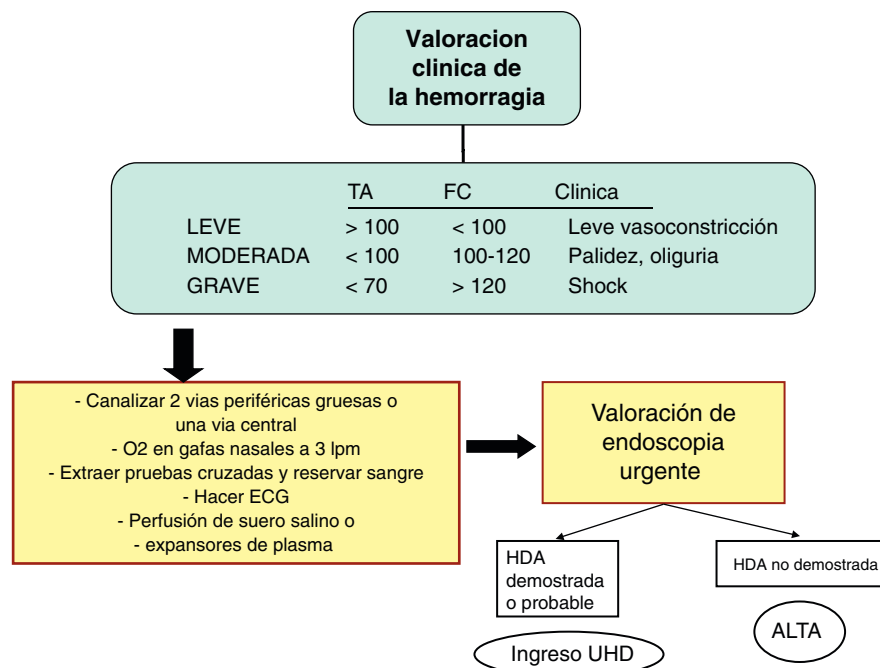


Figura 1. Algoritmo de actuación clínica ante una HDA en la Unidad de Sangrantes.

- **Constantes al ingreso:** tensión arterial sistólica y frecuencia cardíaca para clasificar el episodio de HDA según la repercusión hemodinámica en leve (FC < 100 lpm y TAS > 100 mmHg), moderado (FC 100-120 lpm y TAS 70-100 mmHg) o grave (FC > 120 lpm y TAS < 70 mmHg).
- **Criterios de gravedad al ingreso:** repercusión hemodinámica grave según los criterios anteriores, la manifestación del sangrado como hematemesis o hematoquecia, la presencia de coagulopatía, y las úlceras profundas y mayores de 2 cm.
- **Realización de endoscopia urgente,** definida como la realizada en las primeras 4-6 horas desde la llegada del enfermo al hospital, y hallazgos endoscópicos: tipo de lesión sangrante y realización de tratamiento endoscópico. El tratamiento endoscópico realizado dependió del tipo de lesión sangrante, aplicándose según criterio del endoscopista: escleroterapia con etoxiesclerol® y/o adrenalina® 1/10.000; colocación de bandas elásticas, clips hemostáticos y coagulación con argón plasma.
- **Evolución y pronóstico:** necesidades transfusionales durante el ingreso, resangrado, necesidad de cirugía y mortalidad. El resangrado se define como el que ocurre en los primeros 7 días desde el primer episodio de hemorragia.

Análisis estadístico

Los datos han sido analizados mediante el programa estadístico SPSS 11.5, realizando un análisis descriptivo de las variables de interés. La descripción de datos cualitativos se realizó en forma de frecuencias absolutas y porcentajes, y para las variables cuantitativas se utilizó como medida de centralización la media aritmética y como medida de dispersión la desviación típica, expresándose los resultados como media \pm desviación estándar.

Resultados

Se incluyeron 103 pacientes con edades comprendidas entre los 80 y los 95 años con diagnóstico de HDA, cuyas características epidemiológicas se resumen en la [tabla 1](#).

La forma de presentación más frecuente de la HDA fueron las melenas (64,1%), seguido por los vómitos «en posos de café» (29,1%) y por la hematemesis de sangre roja (23,3%). La repercusión hemodinámica del sangrado se consideró leve en el 58,3%, mientras que el 35% presentó un sangrado moderado y el 6,7% una hemorragia grave o masiva.

Las diferentes etiologías de la HDA se muestran en la [figura 2](#).

El diagnóstico preciso de la lesión sangrante se consiguió en 97 de estos enfermos, lo que supone una eficacia diagnóstica inicial del 94,2%. En los 6 restantes, una segunda endoscopia diferida precoz,

Tabla 1

Características epidemiológicas de los pacientes

| Características de los pacientes | N | % |
|----------------------------------|----|----|
| Sexo | | |
| Hombre | 42 | 41 |
| Mujer | 61 | 59 |
| Comorbilidad | | |
| HTA | 54 | 53 |
| Cardiopatía | 47 | 46 |
| EPOC | 18 | 18 |
| Insuficiencia renal | 9 | 9 |
| Enfermedades reumáticas | 25 | 24 |
| Hepatopatía crónica | 12 | 11 |
| Consumo de fármacos | | |
| AINE | 62 | 60 |
| Anticoagulantes | 13 | 12 |
| AAS | 36 | 35 |

AAS: ácido acetilsalicílico; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; HTA: hipertensión arterial; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

entre 12-24 horas después del ingreso permitió determinar la lesión responsable del sangrado.

Se realizó terapia perendoscópica según se explica en la [figura 3](#).

Se consideraron categorías determinantes de mal pronóstico en la evolución de la hemorragia: la persistencia del sangrado (8,7%), la recidiva hemorrágica (3,9%), la necesidad de cirugía para parar el sangrado (4,9%) y la mortalidad (5,8%).

Tres pacientes (2,9%) fallecieron por el sangrado o por causa directa relacionada con la hemorragia (descompensación de sus enfermedades de base en relación al sangrado).

El éxito debido a otras causas no relacionadas con la hemorragia ocurrió en tres pacientes (una gastroenteritis por *Salmonella*, una neumonía y un broncoespasmo), siendo la tasa de mortalidad global del 5,8%.

Discusión

En el anciano, la realización de endoscopia urgente nos permite identificar el origen del sangrado, nos aporta información pronóstica y nos ayuda a elegir la terapéutica endoscópica más adecuada para cada tipo de lesión.

La realización de una endoscopia urgente, con o sin terapéutica asociada es segura en pacientes mayores de 80 años. Las indicaciones de la endoscopia en el anciano son las mismas que en el paciente joven, pero debemos tener en cuenta que algunas enfermedades asociadas a la edad, como la afección cardíaca o pulmonar, aumentan el riesgo de complicaciones durante la endoscopia, por lo que para realizarla de forma segura, ha de valorarse antes la

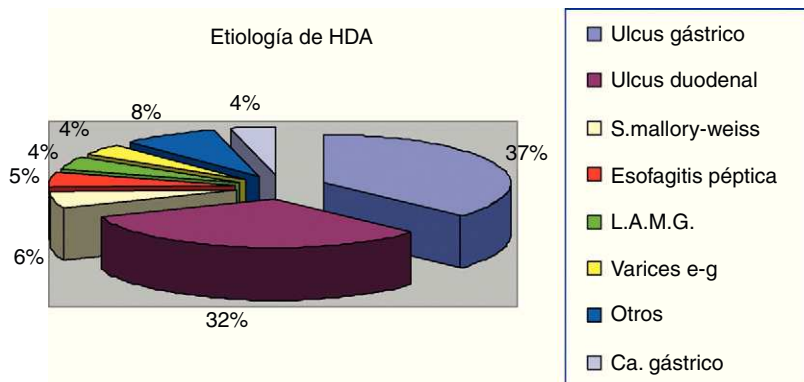


Figura 2. La causa más frecuente de HDA en el anciano es la enfermedad ulcerosa péptica, siendo más frecuente el úlcus gástrico que el duodenal, en parte por la gran influencia del consumo de AINE.

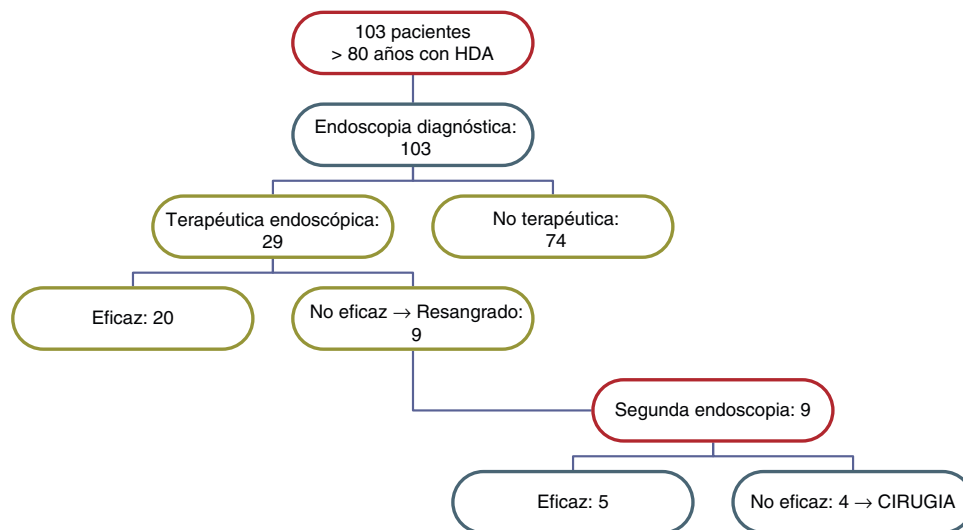


Figura 3. Realización de tratamiento endoscópico y su eficacia en nuestro grupo de pacientes.

situación clínica del paciente. En nuestro servicio no realizamos de forma rutinaria sedación para la endoscopia, pero más aún en el anciano debería limitarse su uso, debido a los efectos secundarios y la depresión cardiorrespiratoria que podría ser más acusada en estos pacientes.

El uso de coxib o inhibidores selectivos de la COX-2 no parece aumentar el riesgo de HDA, por lo que evitar el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y sustituirlos en lo posible por coxibs y añadir un IBP puede disminuir la morbimortalidad asociada a HDA por AINE³ y ácido acetilsalicílico (AAS)⁴.

El curso clínico de la hemorragia en pacientes anticoagulados es parecido al de los pacientes que no toman anticoagulantes⁵, por lo que su uso no está contraindicado en pacientes con riesgo de HDA^{6,7}.

Aunque estudios anteriores asociaban la edad avanzada con una mayor tasa de resangrado, en estudios recientes no se ha demostrado que la edad sea un factor pronóstico de resangrado^{1,8,9}.

Hace unos años era frecuente indicar una intervención quirúrgica programada precoz en pacientes ancianos seleccionados, que han presentado sangrado masivo por úlceras de gran tamaño o con alto riesgo de resangrado. Actualmente, la gran eficacia de la terapéutica endoscópica ha reducido de forma significativa la necesidad de cirugía en los pacientes ancianos, evitando tasas de mortalidad postoperatoria que se acercan al 100% en algunas series^{8,10}.

En numerosos estudios se afirma que la edad es un factor de riesgo independiente de la mortalidad por HDA^{1,11}, llegando a tasas de mortalidad en los ancianos de hasta el 17%^{9,11}.

Como limitación a este estudio, es importante en la valoración del anciano, es la ausencia de datos sobre la situación funcional o basal de los pacientes. Esto es debido a que estos datos proceden de un subanálisis de un estudio más amplio, prospectivo, sobre HDA.

Los datos obtenidos son difícilmente comparables, ya que no existen estudios recientes similares. Algunos de los trabajos mencionados fueron realizados hace 10 años, período de tiempo en el que la aplicación de terapéutica endoscópica ha tenido un crecimiento exponencial, contando actualmente con técnicas más numerosas, eficaces y disponibles en la mayoría de los centros.

En conclusión, la realización de endoscopia tanto diagnóstica como terapéutica, es segura en el paciente anciano. La aplicación

de métodos hemostáticos perendoscópicos ha demostrado ser el procedimiento más eficaz, sencillo y con menor tasa de complicaciones para detener el sangrado digestivo en estos pacientes, lo cual se ha traducido en una mejoría en la supervivencia del enfermo anciano sangrante.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Lim CH, Vani D, Shah SG, Everett SM, Rembacken BJ. The outcome of suspected upper gastrointestinal bleeding with 24-hour access to upper gastrointestinal endoscopy: a prospective cohort study. *Endoscopy*. 2006;38:581–5.
2. Froilán Torres C. Hemorragia digestiva alta: Análisis de una Vía Clínica instaurada en una Unidad de Sangrantes. En: Actualizaciones temáticas Madaus en Gastroenterología. Barcelona: Editorial Glosa; 2005.
3. Lanas A, García-Rodríguez LA, Arroyo MT, Gomollón F, Feu F, González-Pérez A, et al. Risk of upper gastrointestinal ulcer bleeding associated with selective cyclo-oxygenase-2 inhibitors, traditional non-aspirin non steroidal anti-inflammatory drugs, aspirin and combinations. *Gut*. 2006;55:1731–8.
4. Ibáñez L, Vidal X, Vendrell L, Moretti U, Laporte JR. Upper gastrointestinal bleeding associated with antiplatelet drugs. *Aliment Pharmacol Ther*. 2006;23:235–42.
5. Thomopoulos K, Mimidis K, Theocharis G, Gatopoulou A, Kartalis G, Nikolopoulou V. Acute upper gastrointestinal bleeding in patients on long-term oral anticoagulation therapy: endoscopic clinical management and outcome. *World J Gastroenterol*. 2005;11:1365–8.
6. Jacobs LG. Warfarin pharmacology. Clinical risk and evaluation of hemorrhagic risk for the elderly. *Clinical Geriatr Med*. 2006;22:17–32, vii–viii.
7. Zuckerman MJ, Hirota WK, Adler DG, Davila RE, Jacobson BC, Leighton JA, et al. Standards of Practice Committee of the American Society for Gastrointestinal Endoscopy. ASGE guideline: the management of low-molecular-weight heparin and nonaspirin antiplatelet agents for endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc*. 2005;61:189–94.
8. Chow LW, Gertsch P, Poon RT, Branicki FJ. Risk factors for rebleeding and death from peptic ulcer in the very elderly. *Br J Surg*. 1998;85:121–4.
9. Klebl F, Bregenzer N, Schofer L, Tamme W, Langgartner J, Scholmerich J, et al. Risk factors for mortality in severe upper gastrointestinal bleeding. *Int J Colorectal Dis*. 2005;20:49–56.
10. Tanabe S, Koizumi W, Imaizumi H, Kida Y, Kida M, Yokoyama Y, et al. The management of bleeding peptic ulcer in the elderly with heater probe thermocoagulation. *Hepatogastroenterology*. 1999;46:3004–7.
11. Cooper BT, Weston CFM, Neumann CS. Acute gastrointestinal haemorrhage in patients aged 80 years or more. *QJM*. 1988;69:765–74.