

Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con hemorragia de la vía digestiva por úlcera péptica gastroduodenal

Amanda Sosa-Torres¹ , Amanda Barrios-Cruz¹ , Karla Pérez-Linares¹ , Keven Arteaga-Ramírez¹ 

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas "Victoria de Girón". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la hemorragia de la vía digestiva por úlcera péptica gastroduodenal es una de las enfermedades que con mayor frecuencia se presenta en los cuerpos de guardia. **Objetivo:** caracterizar clínica y epidemiológicamente pacientes con hemorragia digestiva por úlcera péptica gastroduodenal. **Método:** estudio observacional, descriptivo, de corte transversal en 237 pacientes con el diagnóstico de hemorragia digestiva alta por úlcera péptica gastroduodenal sangrante. Se realizó un análisis descriptivo. **Resultados:** el 57 % (n = 135) de los casos tenían 60 o más años de edad, y 156 eran del sexo masculino (65,8 %). Más de la mitad de los casos sufrían de enfermedades asociadas (62 %). El 64 % (n = 152) consumía medicamentos ulcerogénicos. Los hábitos tóxicos tuvieron una presencia destacada (n = 120; 50,8 %). El 19 % de los enfermos (n = 45) presentó shock hipovolémico. Todos los casos fueron transfundidos con, al menos, una unidad de glóbulos rojos. La localización anatómica más frecuente fue la duodenal (n = 178; 75 %). Solo al 18 % (n = 43) se le realizó endoscopia diagnóstica de urgencia en las primeras 24 horas. En el 48 % de los casos (n = 113) se resolvió el sangrado por vía endoscópica. **Conclusiones:** predominaron los pacientes masculinos de la tercera edad, con comorbilidad cardiovascular y del sistema osteomioarticular. La localización más frecuente de la úlcera péptica sangrante fue la duodenal. Hubo un número significativo de enfermos con shock hipovolémico, que necesitaron de volúmenes importantes de unidades de glóbulos rojos. Predominó el tratamiento endoscópico.

Palabras clave: Hemorragia; Úlcera Péptica; Úlcera Péptica Hemorrágica.

Las hemorragias digestivas constituyen un problema clínico muy frecuente y, junto al abdomen agudo, las heridas y los traumas, representan la "razón de ser" de una guardia de cirugía. El sangramiento digestivo alto (SDA) se define como toda pérdida hemática de cuantía suficiente para producir hematemesis o melena, cuyo origen se encuentra entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz (ángulo duodeno-yeyunal), además de las producidas en un órgano vecino, que vierten su contenido al tracto digestivo por conductos naturales (árbol biliopancreático) o patológicos (fístulas

espontáneas, traumáticas o quirúrgicas), o en el tramo limitado por los dos puntos referidos^{1,2,3,4}.

En la actualidad, las guías hacen una diferencia entre la hemorragia digestiva alta (HDA) variceal y no variceal sobre todo por las diferencias en el manejo endoscópico. La causa más frecuente de HDA no variceal es la úlcera péptica (58 %)^{3,4}.

La úlcera péptica es una lesión de la mucosa de la pared gástrica y/o duodenal más allá de la muscular de la mucosa; y se considera como producto de un desbalance entre factores protectores y agresores a dicho nivel^{4,5}. Se presenta en cualquier etapa de la vida y tiene su mayor incidencia en el adulto joven. En el paciente de la tercera edad la incidencia es más baja, pero en esta etapa se hace más grave⁶.

En el siglo II d.C., Galeno describió los síntomas y algunas de las complicaciones de la úlcera péptica. En el siglo XVIII, con la práctica de autopsias, se describieron las primeras úlceras en pacientes fallecidos por sangrado digestivo alto. Con la llegada del siglo XX, el desarrollo de la endoscopia digestiva representó el paso más importante hacia el conocimiento y desarrollo del diagnóstico de esta enfermedad y su posterior manejo terapéutico. En 1957 Basil Hirschowitz y sus colegas introducen el fibroscopio y, con él, inicia un período de gloria en la endoscopia digestiva².

La HDA se produce en un 45 % en personas mayo-



OPEN ACCESS

Correspondencia a: Amanda Sosa-Torres
Correo electrónico: astmed99@icloud.com

Publicado: 29/12/2022

Recibido: 25/09/2022; Aceptado: 10/11/2022

Citar como:

Sosa-Torres A, Barrios-Cruz A, Pérez-Linares K, Arteaga-Ramírez K. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con hemorragia de la vía digestiva por úlcera péptica gastroduodenal. Revista 16 de abril [Internet]. 2022 [citado: fecha de acceso]; 61(285):e1723. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/1723

Conflicto de intereses

Los autores no declaran ningún conflicto de intereses.

res de 60 años, con una relación varón/mujer de 1,7:1, y tiene una mortalidad que varía del 5 al 10 %. En países occidentales la incidencia es de 50-170 por 100 000 personas^{4,7}, implica más de 300 000 hospitalizaciones anualmente en los Estados Unidos. Asimismo, la incidencia se incrementa marcadamente con la edad⁷. Como se mencionó anteriormente, la úlcera péptica sangrante constituye la causa más frecuente de HDA no varicosa⁸, y se plantea que alrededor del 20 % de los individuos que la padecen tendrán en el transcurso de su enfermedad al menos un episodio hemorrágico⁹.

En Cuba, la HDA comprende del 10-20 % de los ingresos en los servicios quirúrgicos y alcanza entre el 35 % y 45 % de los casos en pacientes mayores de 60 años. Esta afección es mucho más frecuente después de los 50 años, en el sexo masculino y las personas de la piel blanca¹. Según el Anuario Estadístico de Salud del año 2020, la úlcera digestiva (K25-K28) ocupó el puesto 18 dentro de las causas de mortalidad de ambos sexos, con un total de 453 muertes, para una tasa de 4,0 defunciones por 100 000 habitantes.

La hemorragia digestiva alta causada por úlcera péptica es una emergencia médica que necesita atención inmediata⁴.

Se realizó este estudio con el objetivo de caracterizar clínica y epidemiológicamente pacientes con hemorragia digestiva por úlcera péptica gastroduodenal.

MÉTODOS

Tipo de estudio: se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal en pacientes ingresados de urgencia en el Servicio de Cirugía General del Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán" en el periodo comprendido del 1ro de septiembre de 2019 hasta el 1ro de marzo de 2021 con el diagnóstico de hemorragia de la vía digestiva alta por úlcera péptica gastroduodenal sangrante.

Universo y muestra: se incluyeron todos los pacientes ingresados de urgencia en el centro con el diagnóstico endoscópico de hemorragia de la vía digestiva por úlcera péptica gastroduodenal que aceptan participar en la investigación. Se excluyeron aquellos con imposibilidad de recolección de datos por extravío del expediente clínico o que no contaban con exámenes de laboratorios completos. El universo estuvo formado por 237 enfermos, el cual se estudió en su totalidad.

Variables y recolección de datos: se estudiaron las variables: grupos de edades (menos de 20 años, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, más de 60), sexo (masculino o femenino), antecedentes patológicos personales (enfermedades cardiovasculares, del sistema osteomioarticular, respiratorias, hepáticas crónicas, diabetes mellitus o ninguna), ingestión de medicamentos ulcerogénicos (antiinflamatorios no esteroideos,

aspirina o ninguno), consumo de medicamentos por prescripción médica o no, hábitos tóxicos (tabaquismo, alcoholismo, ninguno), presencia o no de shock hipovolémico, cantidad de unidades de glóbulos rojos transfundidos (menos de 3, de 3-5, más de 5), localización anatómica más frecuente del sitio de sangrado según endoscopia diagnóstica de urgencia (gástrica o duodenal), momento en que se realizó la misma de urgencia después del comienzo del sangrado (menos de 24 horas, de 24-72 horas, más de 72 horas) y tratamiento aplicado.

En cuanto a la variable tratamiento aplicado, se consideraron 3 opciones terapéuticas:

- Endoscopia intervencionista con inyección de sustancia vasoesclerosante (polidocanol al 3 %).
- Tratamiento médico: reposición del volumen sanguíneo según hematocrito y medicamentos antisecretores [bloqueadores H2 (cimetidina o ranitidina) o inhibidores de la bomba de protones (omeprazol), según existencia en la farmacia del centro].
- Tratamiento quirúrgico: duodenotomía con ligadura de los vasos sangrantes y piloroplastia con o sin vagotomía troncular, o la gastrotomía con ligadura de los vasos sangrantes más resección de la úlcera y biopsia con o sin vagotomía troncular, de acuerdo a la localización de la úlcera sangrante.

Para recolectar los datos se coordinó con el departamento de Archivo y Estadística del centro, seleccionándose mediante la revisión cautelosa y exhaustiva las historias clínicas e informes videoendoscópicos y operatorios de todos los casos

Procesamiento estadístico: la información se procesó con el uso del paquete estadístico IBM SPSS versión 22, los datos se resumieron en frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Se calculó la media a la variable grupo de edades, y la razón a la variable sexo.

Normas éticas: en esta investigación se solicitó el consentimiento informado de los pacientes y se verificó su comprensión. La información obtenida en el estudio se conservó en custodia de los autores y solo se empleó con fines científicos. El proyecto fue sometido a la aprobación por el comité de ética de la investigación, al igual que el informe final una vez concluido el proceso investigativo. En esta investigación se siguieron rigurosamente los preceptos éticos relativos al investigador, los relacionados con el diseño de investigación y en el tratamiento de la información, en correspondencia con lo establecido en la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

El 57 % (n = 135) los casos con diagnóstico endoscópico de hemorragia de la vía digestiva por úlcera péptica gastroduodenal tenían 60 o más años de edad. La edad mínima fue de 19 años y la máxima, 88. La media calculada fue de 72,80 años (Tabla 1).

Grupos de edades	No.	%
Menos de 20 años	2	1
20-29 años	10	4
30-39 años	21	9
40-49 años	26	11
50-59 años	43	18
60 años o más	135	57
Total	237	100

Fuente: Archivo de Historias Clínicas, Hospital "Joaquín Albarrán".

Del total de pacientes, 156 pacientes eran del sexo masculino, lo cual representa un 65,8 %.

La tabla 2 evidencia que más de la mitad de los casos sufrían de enfermedades asociadas (62 %): cardiovasculares (n = 59; 25 %), del sistema osteomioarticular (n = 45; 19 %) y respiratorias (n = 21; 9 %).

Antecedentes patológicos personales	No.	%
Enfermedades cardiovasculares	59	25
Enfermedades del SOMA	45	19
Enfermedades respiratorias	21	9
Enfermedades hepáticas crónicas	12	5
Diabetes mellitus	10	4
Ninguno	90	38
Total	237	100

SOMA: sistema osteomioarticular.

El 64 % de los pacientes (n = 152) consumía medicamentos ulcerogénicos; de ellos, el 51 % por prescripción facultativa. Los medicamentos más empleados fueron los antiinflamatorios no esteroideos (Tabla 3). De los pacientes que tenían 60 o más años de edad, 114 ingerían drogas ulcerogénicas.

También los hábitos tóxicos tuvieron una presencia destacada (n = 120; 50,8 %): 77 pacientes con tabaquismo (32,5 %) y 43 (18,3 %), alcoholismo (Fig. 1).

El 19 % de los enfermos (n = 45) presentó shock hipovolémico. El 100 % de los casos fueron transfundidos con, al menos, una unidad de glóbulos rojos, independientemente de su estado

hemodinámico. Más de 2/3 tuvo que ser tratado con volúmenes de menos de 3 unidades de glóbulos rojos (n = 161), 31 % con 3-5 unidades de glóbulos rojos (n = 74) y con más de 5, el 1 % (n = 2). Hubo 16 pacientes que por tener grupos sanguíneos difíciles solo se les administró una unidad de glóbulos rojos, completándose su tratamiento con cristaloides y 12 pacientes presentaron reacciones diversas a la sangre transfundida.

Ingestión de medicamentos ulcerogénicos	Prescripción facultativa		Automedicación		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
AINE	78	33	14	6	92	39
Aspirina	43	18	17	7	60	25
Ninguno	-	-	-	-	85	36
Total	121	51	31	13	237	100

AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

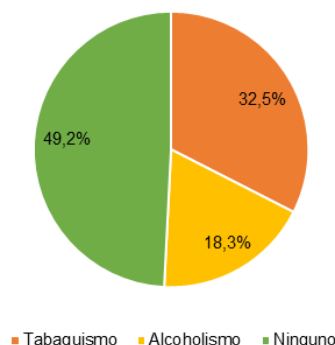


Fig. 1. Pacientes según hábitos tóxicos

La localización anatómica más frecuente de la hemorragia de la vía digestiva por úlcera péptica gastroduodenal según endoscopia diagnóstica de urgencia fue la duodenal, con el 75 % de los casos (n = 178). En los restantes casos, la localización fue gástrica. La razón de la hemorragia de la vía digestiva por úlcera péptica duodenal-gástrica fue aproximadamente 3:1 a favor de la duodenal.

Solo al 18 % (n = 43) de los pacientes se le realizó endoscopia diagnóstica de urgencia en las primeras 24 horas de comienzo del sangrado, al resto se le pudo efectuar la misma después de este periodo (Tabla 4).

En el 48 % de los casos (n = 113) se resolvió el sangrado por vía endoscópica y en el 39 % (n = 93) de los pacientes se empleó tratamiento médico. Solo en 31 casos (13 %) se requirió cirugía (Tabla 5).

Tabla 4. Pacientes según momento en que se realizó la endoscopia diagnóstica de urgencia

Momento en que se realizó la endoscopia diagnóstica	No.	%
Primeras 24 horas	43	18
24 a 72 horas	102	43
Después de 72 horas	92	39
Total	237	100

Tabla 5. Pacientes según tratamiento aplicado de urgencia

Tratamiento aplicado de urgencia	No.	%
Médico	93	39
Quirúrgico	31	13
Endoscópico	113	48
Total	237	100

DISCUSIÓN

Los estilos de vida poco saludables, que cada vez son más notables en la sociedad actual, predisponen a la úlcera péptica gastroduodenal y sus complicaciones. Ejemplo de ello es la hemorragia digestiva alta, que constituye una de las urgencias más frecuentes en las consultas de cirugía de los cuerpos de guardia y puede alcanzar tal magnitud que comprometa el estado hemodinámico del paciente y puede provocar la muerte, sobre todo en pacientes ancianos con comorbilidades.

Kim *et al.*⁸, en un estudio multicéntrico donde se analizaron 904 pacientes con hemorragia digestiva por úlcera péptica, hallaron que la media de edad fue de 63 años y predominó el sexo masculino con un 76,2 %. Por otro lado, Yoon *et al.*¹¹, que estudiaron a 3 575 pacientes entre los años 2012 y 2016, concluyeron que el 57,4 % de los pacientes eran mayores de 60 años, con una edad media que rondaba entre los 61-63, y del sexo masculino (60,2 %); asimismo, determinaron que la úlcera péptica sangrante aumentó la incidencia durante los meses de invierno-primavera. Estos estudios coinciden con los obtenidos en esta investigación en que la hemorragia digestiva por úlcera péptica gastroduodenal sangrante suele predominar en varones de la tercera edad; aunque la edad media de los pacientes fue menor que la obtenida en el presente, lo que pudiera deberse al alto índice de envejecimiento poblacional en Cuba.

Se plantea que la prevalencia del sexo masculino está influida por su régimen de vida que los somete a mayor estrés y al uso de sustancias irritantes del tubo digestivo (café, tabaco, alcohol, etc.)¹².

En lo referente a las comorbilidades, Reyes¹³

encontró que el 15,4 % eran hipertensos, mientras que el 13,3 % de los pacientes presentaban diabetes mellitus (DM) tipo 2. Semejantes resultados fueron obtenidos por Urbina¹⁴, donde la HTA fue la comorbilidad asociada más frecuente (46,9 %), seguida de la enfermedad hepática (38,5 %) y la DM (31,3 %); solo un 10 % de los participantes no tenían comorbilidades asociadas. Kim *et al.*⁸ reportaron que el 49 % de los pacientes eran hipertensos y el 23,8 %, diabéticos.

En estos estudios se evidencia una alta prevalencia de las enfermedades cardiovasculares y la DM; en el primer caso coincide con los resultados de la presente investigación, en concordancia con la epidemiología de las enfermedades crónicas no transmisibles en Cuba. Sin embargo, la diabetes no predominó en la población estudiada a pesar de que es una de las enfermedades con mayor prevalencia en la Isla. Por otra parte, los procesos degenerativos articulares y la osteoporosis son consecuencias propias del envejecimiento, lo que explica que ocupen un segundo lugar en el estudio debido a las edades de los sujetos. Cabe señalar que la cantidad de sujetos aparentemente sanos puede deberse a que no alcanzaban los 60 años de edad.

Autores plantean que la morbilidad y la mortalidad no solo están relacionadas con la edad y/o presencia de *shock* hipovolémico sino, además, con enfermedades coexistentes^{15,16}. Por esta razón se deduce que un número importante de pacientes estaban sometidos a diferentes regímenes dietéticos y terapéuticos que lo hacían más susceptibles al sangrado de su enfermedad ulcerosa.

Un número significativo de los pacientes que consumían medicamentos ulcerogénicos, se automedicaba, lo que constituye un factor más de riesgo a tener en cuenta, ya que este hábito se generaliza cada vez más en la población cubana. Es conocido cómo influyen estas drogas en la estimulación de la secreción ácida e inhiben las prostaglandinas por lo tanto agrediendo la mucosa gástrica y constituyendo un factor de riesgo para el sangrado en los enfermos ulcerosos^{12,16}. Se estima que del 15-35% de las complicaciones de la úlcera péptica se deben al uso de estos medicamentos (fundamentalmente sangrados y perforaciones). La automedicación y el uso indiscriminado de los AINE sin antes tomar las bondades de la medicina natural y tradicional son un mal moderno.

Kim *et al.*⁸ refirieron que los antiagregantes plaquetarios representaron el 33,4 % de los medicamentos consumidos, seguido de los AINE (13,1 %). Urbina¹⁴ reportó que el 26 % de los casos de sangrado por úlcera tomaban antiplaquetarios o AINE, mientras que en el estudio de Reyes¹³ solo encontró que el 7,20 % de los pacientes consumían AINE y el 2,10 % lo hacían junto con otros medicamentos no especificados. En estos dos últimos casos, los porcentajes son menores

a los encontrados en el presente estudio, lo que se podría deber a la alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares y del SOMA en nuestros pacientes.

La presencia de hábitos tóxicos fue notable en el estudio, sobre todo el tabaquismo, con una cifra significativa que coincide con otros autores¹⁷. Se ha señalado en distintas investigaciones la mayor prevalencia de úlceras pépticas en fumadores¹⁶.

Es conocido el papel del alcohol en la enfermedad ulcerosa y sus complicaciones y en esta serie hubo relación directa con el 18,3 % de los casos, hecho similar a lo reportado por otros autores¹⁷.

En este aspecto, Armijos *et al.*¹⁸ detectaron que el 21 % de los pacientes eran fumadores, mientras que el 17 % consumía alcohol. Reyes¹³ concluyó que el 50,30 % de los casos consumían alcohol, pero no hace referencia a los pacientes con hábito tabáquico. Urbina¹⁴ también encontró alta prevalencia del etilismo, con el 27,7 % de los pacientes respecto al 10,4 % en el caso del tabaquismo; semejante proporción fue evidenciada por Kim *et al.*⁸, con el 43,3 % y 34,7 % respectivamente. Por lo tanto se destaca la importancia de insistir en las labores de promoción y prevención que realizan los médicos de familia para disminuir la incidencia y prevalencia de las entidades tratadas en el presente trabajo.

El *shock* es el mejor indicador de la severidad del sangrado y el soporte del tratamiento para la hemorragia del tracto gastrointestinal es la transfusión de glóbulos rojos. Urbina¹⁴ concluyó que el 68 % de los casos de sangrado por úlcera se presentaron con inestabilidad hemodinámica. Por otro lado, Kim *et al.*⁸ informaron que el 63,7 % de los pacientes necesitaron transfusión sanguínea, con un promedio de $3,2 \pm 2,4$ unidades de glóbulos rojos. Armijos *et al.*¹⁸ reportó 44 % de los casos requirió transfusión sanguínea previa a la endoscopia digestiva y en el caso de Vilaseca *et al.*⁹ fue el 21,7 %. Aunque los porcentajes son variables, un gran número de pacientes se presenta en estado de *shock* y es necesario transfundirlos, lo que indica la severidad de esta entidad y la necesidad de su diagnóstico y tratamiento oportuno.

En cuanto a la localización anatómica más habitual de la hemorragia de la vía digestiva por úlcera péptica gastroduodenal, según endoscopia diagnóstica de urgencia, fue la duodenal. En el caso de estudio de Kim *et al.*⁸, no sucedió de esta manera, puesto que predominó la gástrica con el 60,9 %, seguida de la duodenal (29,9 %) y en un 9,4 % en ambos. En el estudio sobre sangramiento digestivo de Reyes¹³ también predominó la úlcera gástrica (16,4 %) y la duodenal representó el 7,7 %. Armijos *et al.*¹⁸ coincidió con el presente estudio, puesto que el mayor porcentaje de úlceras fueron localizadas en el duodeno (40 %), le continuaban las del antro pilórico (31 %), cuerpo gástrico (19 %) y el fondo gástrico (10 %).

Según Wong¹⁹, la endoscopia si se realiza antes de las 24 horas, resulta en una disminución del tiempo de hospitalización y la mortalidad. Tan solo a 43 pacientes se le realizó la endoscopia diagnóstica de urgencia en las primeras 24 horas de comienzo del sangrado. Kim *et al.*⁸ determinaron que el tiempo promedio de realizar la endoscopia fue de 14 horas. Armijos *et al.*¹⁸ evidenció una tasa de éxito del uso diagnóstico terapéutico de la endoscopia digestiva durante las primeras 24 horas del cuadro de hemorragia digestiva en la emergencia; siendo este de un 81 %, ya que los pacientes no presentaron recidivas de sangrado digestivo u otras complicaciones, el resto presentaron cuadros de sangrado digestivo 24 horas posteriores a la endoscopia.

En el estudio realizado por Reyes¹³ se predominó el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (53,3 %), seguido de la escleroterapia (23,1 %) y el 22,6 % no recibió tratamiento. Vilaseca *et al.*⁹, utilizaron en todos los pacientes más de una variante terapéutica. Las asociaciones más utilizadas en los leves fueron el uso de antihistamínicos anti H₂ o inhibidores de la bomba de protones y antiácidos. En los pacientes con inestabilidad hemodinámica fueron necesarias transfusiones de sangre asociadas al uso de antihistamínicos anti H₂, y antifibrinolíticos. No emplearon un protocolo único de tratamiento médico pautado para estos enfermos, más bien dependió del estado del paciente y de la experiencia y preferencia del médico actuante. Del total de pacientes, el 5,4 % recibió tratamiento quirúrgico y el 3,2 % endoscópico. Por otra parte, Kim *et al.*⁸ practicaron el tratamiento endoscópico en el 75,8 % de los pacientes y Urbina¹⁴ reportó que de 53 pacientes con sangramiento por úlcera péptica, solo 8 no recibieron terapia endoscópica.

Las diferencias encontradas en el manejo terapéutico en las diferentes investigaciones podrían deberse, en primer lugar, al nivel socioeconómico de los países en que se realizaron, debido a que en hospitales de países subdesarrollados a veces no se cuentan con los recursos necesarios para la intervención endoscópica, por los que se requieren otras alternativas. Además, como se explicó anteriormente, el equipo médico debe actuar de acuerdo a la clínica del paciente, aunque lo cierto es que por los beneficios que reporta la endoscopia hacen que sea el tratamiento de elección en estos casos.

La edad avanzada de los pacientes, las enfermedades asociadas, los hábitos tóxicos, el *shock* hipovolémico (que aumentan el riesgo quirúrgico y anestésico en ellos) y la demora en la realización de la endoscopia diagnóstica e intervencionista de urgencia en las primeras 24 horas de iniciada la hemorragia, presionan al cirujano general a apelar cada vez más el tratamiento médico puro y como consecuencia, aumenta la mortalidad y la estadía hospitalaria.

CONCLUSIONES

La hemorragia de la vía digestiva por úlcera péptica gastroduodenal se incrementó con la edad y fue más usual en el sexo masculino. Las enfermedades cardiovasculares y las del SOMA fueron las predominantes debido a su alta ocurrencia en pacientes de la tercera edad. La úlcera péptica duodenal es la localización anatómica más frecuente. Hubo un número significativo de enfermos con shock hipovolémico, que necesitaron de volúmenes importantes de unidades de glóbulos rojos para estabilizar su hemodinamia, que demuestra la inevitable necesidad de la realización de la endoscopia diagnóstica e intervencionista de urgencia en las primeras 24 horas de iniciada la hemorragia, que en la investigación fue adecuada.

AUTORÍA

Amanda Sosa-Torres: conceptualización, curación de datos, análisis formal, recursos, redacción - borrador original.

Amanda Barrios-Cruz: curación de datos, análisis formal, investigación, recursos, redacción - borrador original.

Karla Pérez-Linares: investigación, metodología, recursos, redacción - revisión y edición.

Keven Artega-Ramírez: investigación, recursos, redacción - revisión y edición.

FINANCIACIÓN

No se recibió financiación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Palomino-Cabrera A. Caracterización de pacientes diagnosticados con sangramiento digestivo alto en un servicio de Cirugía General. *EsTuSalud* [Internet]. 2022 [citado: 31/08/2022]; 4(1):e178. Disponible en: <http://revestusalud.sld.cu/index.php/estusalud/article/view/178>
- Vanterpool HM, Avalos García R, Mosquera Somasa L, Morales Díaz M, Corrales Alonso S. Tratamiento endoscópico del sangrado digestivo alto por úlcera péptica. *Rev Med Electrón* [Internet]. 2019 [citado: 31/08/2022]; 41(5):1192-1204. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242019000501192&script=sci_arttext&tlng=pt
- Cárdenas Martínez CE, Cárdenas Dávalos JC, Vilcacundo Martínez ES, Troncoso Bombón DP. Sangrado digestivo alto: Una revisión bibliográfica. *Pol Con* (Edición núm. 54) [Internet]. 2021 [citado: 31/08/2022]; 6(1):856-870. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/download/2186/4376>
- Lescano Yacila A. Tasa de hemorragia recurrente del omeprazol a dosis intermitente comparado con el omeprazol en infusión continua en pacientes con hemorragia digestiva alta por úlcera péptica con estigmas de alto riesgo [Tesis]. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Medicina Humana; 2020 [Internet] [citado 31/08/2022]. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6768/1/REP_AGUSTIN.LESCANO_TASA.DE.HEMORRAGIA.pdf
- Pérez Bastán JE, Hernández Ponce R, La Rosa Hernández B. Caracterización clínico epidemiológica de la infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con úlcera péptica. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2021 [citado: 31/08/2022]; 37(1):e1288. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2021/cmi211e.pdf>
- Nelms DW, Pelaez CA. The acute gastrointestinal bleed. *Surg Clin North Am* [Internet]. 2018 [citado: 31/08/2022]; 98(5):1047-1057. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30243446/>
- Vaca Antepará BA, Sarcos Franco MJ, Espinosa Sánchez NR, Veletanga Mena AV. Hemorragia digestiva alta por úlcera péptica o duodenal. *RECIMUNDO* [Internet]. 2019 [citado: 31/08/2022]; 3(2):894-914. Disponible en: <http://www.recimundo.com/index.php/es/article/download/482/557>
- Kim JS, Kim BW, Park SM, Shim KN, Jeon SW, Kim SW, et al. Factors Associated with Rebleeding in Patients with Peptic Ulcer Bleeding: Analysis of the Korean Peptic Ulcer Bleeding (K-PUB) Study. *Gut Liver* [Internet]. 2018 [citado: 31/08/2022]; 12(3):271-277. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5945258/pdf/gnl-12-271.pdf>
- Vilaseca Sanabia E, Rodríguez Reyes H, Díaz Núñez MÁ, Arañó Furet M, Rodríguez Villar Á. Manejo del paciente portador de sangrado digestivo alto en el servicio de urgencias. *Rev Cub Med Mil* [Internet]. 2018 [citado 31/08/2022]; 47(1):2-11. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572018000100002&lng=es
- Dirección de Registros, Médicos y estadísticas de Salud. Anuario estadístico de Salud [Internet]. 49ª ed. La Habana: MINSAP; 2020 [citado 31/08/2022]. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2021/08/Anuario-Estadistico-Espa%cb1ol-2020-Definitivo.pdf>
- Yoon JY, Cha JM, Kim HI, Kwak MS. Seasonal variation of peptic ulcer disease, peptic ulcer bleeding, and acute pancreatitis: a nationwide population-based study using a common data model. *Medicine* [Internet]. 2021 [citado: 31/08/2022]; 100:21(e25820). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000025820>
- Larson G, Schmidt T, Gott J, Bond S, O'Connor CA, Richardson JD. Upper gastrointestinal bleeding: Predictors of outcome. *Surgery* [Internet]. 1986 [citado: 31/08/2022]; 100:765-73. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/3490003>
- Reyes Estrada PB. Mortalidad en hemorragia digestiva alta del Hospital de Alta Especialidad de Veracruz. [Tesis]. México: Universidad Veracruzana; 2022 [Internet] [citado 31/08/2022]. Disponible en: <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/52231/ReyesEstradaPao-la.pdf?sequence=1>
- Urbina Mora EA. Caracterización de los pacientes hospitalizados por sangrado digestivo alto en el Hospital San Juan De Dios, en el periodo comprendido del 1º de enero al 30 de junio del 2020. [Tesis]. Costa Rica: Universidad de Costa Rica; 2022 [Internet] [citado 31/08/2022].

Disponible en: <http://repositorio.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/85964/Caracterizaci%C3%B3n%20de%20los%20pacientes%20hospitalizados%20por%20SDA%20en%20el%20HSJD.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

15. James D S. The multisystem adverse effects of NSAID therapy. J Am Osteopath Assoc [Internet]. 1999 [citado: 31/08/2022]; 99(11):1-7. Disponible en: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.7556/jaoa.1999.02/pdf>

16. Antler a S, Pitchumoni C S, Thomas E, Oranjio G, Scanlan BC. Gastrointestinal bleeding in the elderly: Mor-

bidity, mortality and cause. Am J Surg [Internet]. 1981 [citado: 31/08/2022]; 142(2):271-273. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0002961081902919>

17. Allan R M, Hemorragia digestiva. Historia, epidemiología y mortalidad. En: Dykes P W and Kerghley R W (eds.). Hemorragia digestiva. Barcelona: Ed Daymari; 2018.

18. Armijos Estrada JS, Villegas Merchán KL. Manejo de hemorragia (digestiva alta) por enfermedad ácido péptica asociada a *Helicobacter pylori* [Tesis]. Ecuador: Universidad de Gua-

yaquil. Facultad de Ciencias Médicas; 2019 [Internet] [citado 31/08/2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/43108/1/CD%202800-%20ARMIJOS%20ESTRADA%20JONATHAN%20STEEVEN%2C%20VILLEGAS%20MERCHAN%20KATHERINE%20LISSET.pdf>

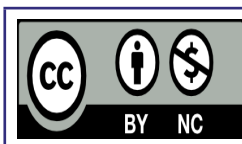
19. Wong Lau JY. Management of acute upper gastrointestinal bleeding: Urgent versus early endoscopy. Digestive Endoscopy [Internet.] 2022 [citado 31/08/2022]; 34:260–264. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/den.14144>

Clinical-epidemiological characterization of patients with digestive tract bleeding due to gastroduodenal peptic ulcer

ABSTRACT

Introduction: hemorrhage of the digestive tract due to gastroduodenal peptic ulcer is one of the diseases that most frequently occurs in emergency departments. **Objective:** to clinically and epidemiologically characterize patients with gastrointestinal bleeding due to gastroduodenal peptic ulcer. **Method:** observational, descriptive, cross-sectional study in 237 patients diagnosed with upper gastrointestinal bleeding due to bleeding gastroduodenal peptic ulcer. A descriptive analysis was made. **Results:** 57% (n = 135) of the cases were 60 years of age or older, and 156 were male (65.8%). More than half of the cases suffered from associated diseases (62%). 64% (n = 152) used ulcerogenic drugs. Toxic habits had a prominent presence (n = 120; 50.8%). 19% of the patients (n = 45) presented hypovolemic shock. All cases were transfused with at least one unit of red blood cells. The most frequent anatomical location was the duodenal (n = 178; 75%). Only 18% (n = 43) underwent emergency diagnostic endoscopy in the first 24 hours. In 48% of cases (n = 113) bleeding was resolved endoscopically. **Conclusions:** elderly male patients with cardiovascular and osteomyoarticular system comorbidity predominated. The most frequent location of bleeding peptic ulcer was the duodenal. There was a significant number of patients with hypovolemic shock, who required large volumes of red blood cell units. Endoscopic treatment predominated.

Keywords: Hemorrhage; Peptic Ulcer; Peptic Ulcer Hemorrhage.



Este artículo de Revista 16 de Abril está bajo una licencia Creative Commons Atribución-Non Comercial 4.0. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Revista 16 de Abril.