

Diagnóstico y seguimiento de pacientes con sangre oculta positiva en heces fecales

Diagnosis and follow-up of patients with positive hidden blood in fecal feces

Dra. Alis Mabel Lugo Quintero,^I Dr. José Manuel Morales Rigau^{II}

^I Centro Municipal de Higiene de Unión de Reyes. Matanzas, Cuba.

^{II} Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la hemorragia digestiva se define como toda pérdida de sangre procedente de cualquier sitio del tubo digestivo, desde la boca hasta el ano, incluyendo las hemorragias digestivas originadas en órganos que drenan en la luz intestinal.

Objetivo: realizar el diagnóstico y seguimiento de pacientes con sangre oculta positiva en heces fecales.

Materiales y métodos: se realizó un estudio epidemiológico descriptivo en el municipio de Unión de Reyes, provincia de Matanzas, entre los años 2014-2015. El universo y muestra estuvo constituida por 130 pacientes a los cuales el test de sangre oculta en heces fecales fue positivo, teniendo entre las variables características socio-demográficas de los pacientes, diagnóstico y seguimiento.

Resultados: dentro de los resultados obtenidos las edades comprendidas entre 50-69 años fueron las más frecuentes, así como el sexo femenino donde la positividad del test fue mayor al igual que en negros y mestizos. Los medicamentos que más incidencia tuvieron fueron los antiinflamatorios no esteroideos y la aspirina. El test fue indicado a 115 pacientes por atención primaria siendo 76 por pesquisa. A 80

pacientes no se les comunicó con que intensidad se indicaba el examen. Del total de pacientes 43 tuvieron enfermedades relacionadas con el tracto digestivo alto y 44 del bajo.

Conclusiones: uno de cada cinco pacientes presentó alguna tumoración del tracto digestivo. Se consideró que el trabajo de los equipos de salud fue deficiente en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes.

Palabras clave: sangre oculta en heces fecales, sangramiento digestivo, tumores digestivos y seguimiento.

ABSTRACT

Introduction: digestive hemorrhage is defined as any blood loss that stems from any site of the alimentary canal, from the mouth to the anus, including digestive hemorrhages occurring in organs draining in the intestinal lumen.

Objective: to diagnose and follow-up patients with positive hidden blood in fecal feces.

Materials and methods: a descriptive epidemiologic study was carried out in the municipality of Unión de Reyes, province of Matanzas, in the period 2014-2015. The universe and sample were formed by 130 patients whose test of hidden blood in fecal feces was positive, taking as variables the socio-demographic characteristics of the patients, their diagnosis and follow-up.

Results: some of the obtained results were the predominance of ages between 50 and 69 years, and also the female sex with higher test positivity like in black and mestizo patients. The medications having more incidence were the non-steroidal anti-inflammatory ones and aspirin. The test was indicated to 115 patient in the primary health care, being 76 in the screening. 80 patients were no informed of the intentionality when the test was indicated. From the total of the patients, 43 had diseases related with the upper digestive tract, and 44 with the low one.

Conclusions: one form each five patients showed any tumor of vthe digestive tract. The work of the health teams was considered deficient in relation with the patients' diagnosis and follow-up.

Key words: blood hidden in fecal feces, digestive bleeding, digestive tumor, follow-up.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva se define como toda pérdida de sangre procedente de cualquier sitio del tubo digestivo (desde la boca hasta el ano) incluyendo las hemorragias digestivas originadas en órganos que drenan en la luz intestinal.¹

Puede expresarse clínicamente de diferentes formas, dependiendo de la localización del sangrado y la cuantía del mismo. Así tenemos la hematemesis, melena y rectorragia (hemorragia digestiva aguda), o bien no manifestarse clínicamente, detectándose únicamente en pruebas de laboratorio como la presencia de sangre oculta en heces (SOHF).²

La hemorragia gastrointestinal oculta tiene un comportamiento subagudo dado que las pérdidas son en cantidades tan pequeñas que no se visualiza, ni son referidas por el paciente en sus heces, lo cual hace sospechar su diagnóstico al realizar el examen físico del paciente por encontrar palidez cutáneo-mucosa, cifras bajas de hemoglobina en el estudio de una anemia por déficit de hierro o la presencia de sangre oculta positiva en heces fecales.¹

Diversos estudios comparan distintos tipos de test de sangre oculta en heces, observando su utilidad frente a casos de neoplasias ya conocidos.³ Los test inmunológicos de sangre oculta en heces (SOH-I) constituyen actualmente una de las estrategias más extendidas,⁴ por su mejor sensibilidad y especificidad y otras ventajas de este método, se recomienda su uso.⁵

La detección regular de heces por sangre puede detectar el cáncer colorrectal en su etapa inicial. Si la prueba de sangre oculta en materia fecal es positiva, los intestinos se examinan estrechamente con una prueba de diagnóstico adicional (colonoscopia, sigmoidoscopia flexible, enema de bario con doble contraste), pero a menudo estas pruebas causan malestar y pueden causar consecuencias adversas graves. La detección con prueba de sangre oculta en materia fecal tiene probabilidad de evitar aproximadamente 1 de cada 6 muertes por cáncer colorrectal.⁵

El envejecimiento desempeña un papel importante tanto en el origen de las hemorragias como en su mortalidad, al ser un factor que unido a las enfermedades concomitantes al uso de fármacos lesivos para la mucosa gastrointestinal como son los antiinflamatorios no esteroideos, los antiagregantes plaquetarios y los antagonistas del calcio entre otros, favorecen a que el paciente tenga mayor riesgo de muerte por esta complicación.¹

A mediados de 2013, el Ministerio de Salud Pública de Cuba conjunto con el Centro de Inmunoensayo, pone a disposición una prueba rápida, denominada SUMASOHF, con el objetivo de mejorar las acciones para el diagnóstico temprano de entidades que causan sangramientos del tracto digestivo. Esta es una prueba rápida cualitativa, consistente en un Inmunoensayo cromatográfico tipo *sándwich*, muy útil para el diagnóstico precoz de lesiones sangrantes. Emplea una combinación de anticuerpos monoclonales y policlonales para identificar hemoglobina humana, con un alto grado de sensibilidad. En cinco minutos pueden detectarse niveles de hemoglobina tan pequeños como 0,2 µg/ml y los resultados positivos son apreciables visualmente de manera rápida.⁶

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo para identificar algunas características en pacientes que resultaron positivos al test de sangre oculta en heces fecales el universo y muestra estuvo constituido por 130 pacientes con diagnóstico positivo. La recogida de la información se obtuvo de los listados de laboratorios, fichas familiares e historias clínicas individuales a los cuales se les aplicó una encuesta. Para el análisis de las variables, se utilizaron frecuencias absolutas y relativas en porcentajes. se utilizaron pruebas de hipótesis como el Chi Cuadrado para variables cualitativas, o Test de Students para variable cuantitativa. Las variables sociodemográficas fueron comparadas con los resultados del Censo de Población y Viviendas realizado en Cuba en el año 2012, por ser la información más real y actualizada.

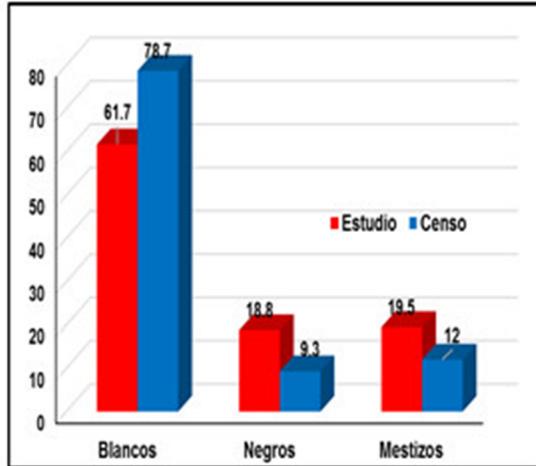
RESULTADOS

En la tabla, la positividad se incrementó con las edades hasta los 69 años y después comenzó a descender. En sentido general hubo más mujeres positivas que hombres y la diferencia entre sexo y grupo de edades fue estadísticamente significativa.

Tabla. Sangre oculta positiva en heces fecales según edades y sexo. Municipio Unión de Reyes. 2014–2015

Grupo de edades	Femenino		Masculino		Total	%
	No.	%	No.	%		
Menos de 50	11	15,1	2	3,67	13	10,2
50 a 59	26	35,6	9	16,4	35	27,3
60 a 69	22	30,1	28	50,9	50	39,1
70 a 79	14	19,2	10	18,2	24	18,8
80 y Más	-	-	6	100	6	4,7
Total	73	100	55	100	128	100
Medias	57,8		65,8		61,3	
DS	14,2		10,3		13,3	
Test de Student = 3,57 p < 0,05						

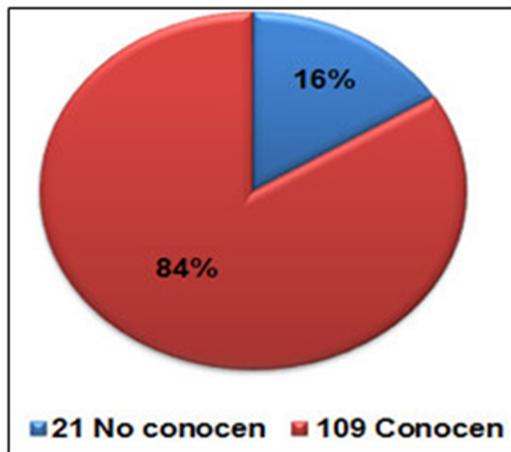
El color de la piel que predominó en el estudio fue la blanca con 79 pacientes. Cuando comparamos la proporción de los datos del estudio con el Censo de Población realizado en el país en el 2012, encontramos que la mayor positividad del test fue entre negros y mestizos. En el gráfico 1 se observa sangre oculta positiva en heces fecales según color de la piel comparado con censo. Municipio Unión de Reyes. 2014-2015.



P < 0.05

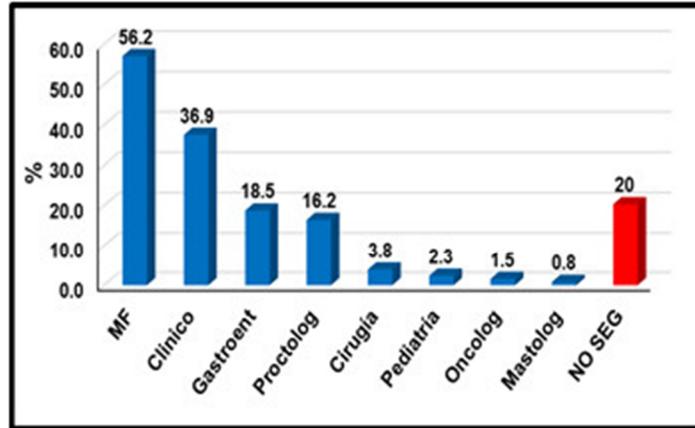
Gráf. 1. Sangre oculta positiva en heces fecales.

Del total de encuestados a 82 no se les dio ninguna información acerca del análisis indicado representando el 62.5% y solo a 48 se les brindó información suficiente para la realización del mismo. Aunque la mayoría de los pacientes conocieron de su resultado positivo en el test, hubo un 15% (19 pacientes) que desconocían el resultado. En el gráfico 2 se muestra sangre oculta positiva en heces fecales según conocimiento del resultado por el paciente. Municipio Unión de Reyes. 2014–2015.



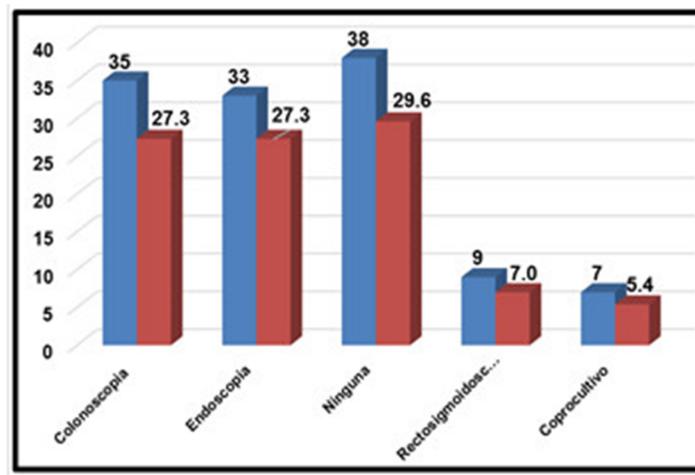
Gráf. 2. Sangre oculta positiva en heces fecales.

Solo 73 pacientes siguieron atendiéndose con su médico de familia, 104 compartieron este seguimiento además con otro especialista siendo medicina interna y gastroenterología las más utilizadas por los pacientes hasta conocer el diagnóstico definitivo. En el gráfico 3 se observa sangre oculta positiva en heces fecales según seguimiento médico. Municipio Unión de Reyes. 2014–2015.



Gráf. 3. Sangre oculta positiva en heces fecales.

Del total de pacientes a 38 no se les indicó otro complementario con el objetivo de conocer el diagnóstico de certeza y los más utilizados fueron la colonoscopia y endoscopia con 70 pacientes en total representando un 54.6%. El gráfico 4 se observa sangre oculta en heces fecales positivas según complementarios para el diagnóstico definitivo. Municipio Unión de Reyes. 2014–2015.



n=109

Gráf. 4. Sangre oculta positiva en heces fecales.

El 33% de los casos no tuvieron diagnóstico definitivo. Dentro de las enfermedades más frecuentes se encontraron las pertenecientes al tracto digestivo bajo con un total de 44 (50.5%). Específicamente relacionado con tumoraciones del tránsito digestivo tuvieron 20 pacientes para un 19.5%.

DISCUSIÓN

En este estudio se pudo observar que por grupos de edades el sangramiento digestivo fue más frecuente a partir de los 50 años, en esto puede influir que a mayor edad, hay más posibilidades de tener enfermedades del sistema digestivo que contribuyen al sangramiento, se acumulan mayores factores de riesgo y la ingestión de medicamentos por diferentes enfermedades.

En un estudio realizado en el servicio de urgencias del hospital de Chiapas,⁷ se encontró que en los sujetos mayores de 60 años, como consecuencia del incremento en la frecuencia de enfermedades concomitantes y del consumo de diversos fármacos (entre ellos los antiinflamatorios no esteroideos, AINES), la aparición de úlcera gástrica y duodenal y sus complicaciones suelen aumentar. Rodríguez Fernández y colaboradores en un estudio realizado de supervivencia de pacientes con cáncer de colon demostraron que la edad es un factor de riesgo importante en la aparición de esta patología.⁸ En investigaciones realizada en el servicio de gastroenterología del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez,⁹ de Matanzas, en el período comprendido de junio 2013 a junio 2014, el grupo de edad que predominó fue el de 50-55 años, seguido del grupo de 61-65 años.

En relación al sexo predominó el sangramiento digestivo entre las mujeres. A diferencia de los estudios nacionales e internacionales,^{7,9,10} que se revisaron donde los hombres representan el predominio de la positividad.

También en el Instituto de Gastroenterología de la Habana, en el período 2008-2010,¹¹ a todos los pacientes que se les realizó determinación de sangre oculta en heces (RapiLat-Hemo), predominó el sexo femenino y ≤ 60 años de edad.

En este estudio hubo diferencias significativas entre edades y sexo, al predominar mayores de 50 años y sexo femenino.

En un estudio realizado con el objetivo de describir la estrategia del Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal en el País Vasco (2009-2011).¹² El porcentaje de positivos fue superior ($p < 0,001$) en los hombres (9,1%; IC95%: 8,9-9,2) que en las mujeres (4,8%; IC95%: 4,7-4,9) lo cual hace diferencia con nuestro estudio.

En relación al color de la piel donde predominó el sangramiento entre los negros, el estado civil con mayoría entre las parejas estables, el nivel de escolaridad y la ocupación, no se encontraron causas que explicaran este comportamiento, tampoco en la literatura revisada, se encontraron alusión a estos resultados. Esto constituye por lo tanto hipótesis de trabajo para futuras investigaciones.

Todo paciente tiene el derecho de saber que complementarios se le indica y con qué fin, así como cada médico tiene el deber de explicar al paciente lo indicado en busca de un diagnóstico, este paso en la atención al paciente eleva la percepción de riesgo del mismo, logra que se realice los complementarios de forma adecuada y a la vez el paciente muestre responsabilidad ante un problema de salud. El estudio demostró que más de la mitad de los pacientes, no se les brindó información acerca del complementario que se les estaba indicando.

Como pauta fundamental en este programa es el médico quien tiene que brindar información necesaria al paciente para la realización del test. Por lo que cada médico debe hacer más uso de la promoción y prevención de salud en su población lo cual facilita el seguimiento del paciente pues estaría presente la familia ante un diagnóstico positivo.

Uno de cada seis pacientes en el estudio, no tuvo conocimiento de que el test fue positivo, lo cual traduce que no llevaron un seguimiento adecuado por parte del médico que indicó el test quien, además no mostró preocupación alguna por buscar al paciente cuyo resultado fuese positivo mostrando poca responsabilidad en su desempeño profesional y ningún interés por la salud de su población. Todo esto conlleva al aumento de la morbilidad del cáncer de colon.

Los complementarios más utilizados para precisar el diagnóstico del sangramiento oculto, fueron la endoscopia y la colonoscopia, la primera fue realizada en el área de salud por la especialista en gastroenterología y la segunda ser indicación propia de esta doctora y los proctólogos consultados.

Hay que destacar que el 29% de los pacientes no se les realizó otros complementarios para definir diagnóstico, en muchos casos la causa fue evidente y recibieron directamente tratamiento.

En estudio realizado durante 3 años en Chile los complementarios más indicados para llegar a un diagnóstico definitivo fueron la endoscopia con un 58% la colonoscopia con un 47.6%.¹³

En un estudio realizado en el Instituto de Gastroenterología de la Habana y el doctor Blon Johannes y colaboradores, así como el doctor García Osogobio con colaboradores en México,^{11,14,15} los complementarios más utilizados fueron los mismos. En el municipio estos complementarios fueron realizados por la gastroenteróloga que brinda consulta para llegar al diagnóstico definitivo.

Es importante destacar que la tercera parte de los pacientes estudiados, desconocían su diagnóstico definitivo, consideramos esta actuación de incorrecta pues la atención médica en el municipio presentó serios problemas, porque a la mayoría de los pacientes no se les explicó en qué consistía la prueba, muchos no conocieron el resultado positivo y un grupo importante tampoco el diagnóstico definitivo.

Los tumores del tracto digestivo bajo, tienen generalmente pocos síntomas, de ahí la importancia del Test de SOHF pues facilita el diagnóstico en estos pacientes. En nuestro estudio del total de pruebas positivas, el 15,3% presentó un tumor en esta localización.

En un estudio realizado en el Instituto de Gastroenterología de la Habana los hallazgos endoscópicos más frecuentes fueron: pólipos, cáncer colorrectal, y divertículos. La localización más frecuente del cáncer colorrectal en pacientes con sangre oculta en heces positiva fue hacia segmentos más distales del colon.¹¹

La mayor proporción de tumoraciones se relacionan con la parte baja del colon descendente y recto.¹⁶ Esto lo demuestra además un estudio realizado por la doctora Martín Álvarez y colaboradores,¹⁷ donde la mayor proporción de tumoraciones se relacionó con el tracto digestivo bajo.

Si se cuenta en el municipio con los recursos humanos y materiales necesarios para llegar al diagnóstico definitivo y toda la facilidad para aquellos que deban realizarse en atención secundaria de salud, no existe justificación posible para que estos pacientes no tengan un diagnóstico en los primeros 30 días después de conocido el resultado del test. Esto solo traduce morosidad en el seguimiento de los pacientes y no brindar la adecuada atención que garantiza nuestro sistema de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Palomino Besada AB. Hemorragia Digestiva. En: Paniagua Estevez ME, Piol Jimenez FN. Gastroenterología y hepatología clínica. Cap.17. T.1. La Habana: ECIMED; 2014.
- 2- Abreu Jarrín M, Ramos Tirado S, Trejo Muñoz N. Caracterización clínico-endoscópica de pacientes con hemorragia digestiva alta. Hospital General Pedro Betancourt de Jovellanos. Com Méd Electrón [Internet]. 2013 [citado 10 Nov 2017];35(2). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol2%202013/tema05.htm>
- 3- Notas sobre Gastroenterología Cibernética. Colonoscopia. El cáncer de colon es único porque casi completamente puede ser prevenido a través de un chequeo [Internet]. San Salvador: Clínica de Gastroenterología; 2014 [citado 9 Nov 2017]. Disponible en: <http://www.murrasaca.com/nt4.htm>
- 4- Marén D, Ramírez Arias M, Duharte J. Valor de la sangre oculta en heces fecales para el diagnóstico de cáncer colorrectal. Medisan [Internet]. 2014 [citado 19 Oct 2017];18(12):1742-47. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001200017
- 5- Montes de Oca Megías E, García Jordá EV, Noa Pedroso G, et al. La sigmoidoscopia: una alternativa útil para la pesquisa del cáncer colorrectal. Rev Cubana Med [Internet]. 2013 [citado 19 Oct 2017];52(3):197-208. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232013000300006&lng=es
- 6- Menéndez-Sánchez P, Villarejo-Campos P, Padilla-Valverde D. Marcadores tumorales en el cáncer colorrectal. Cirugía y Cirujanos [Internet]. 2013 [citado 19 Oct 2017];81(2):169-75. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=40211>
- 7- Cruz-Guillén AA, Sánchez-Espinosa JR. Presentación sindrómica del sangrado digestivo alto variceal y no variceal en el servicio de Urgencias de un hospital público de segundo nivel del estado de Chiapas. Análisis descriptivo y comparativo con la prevalencia nacional. Med Int Mex [Internet]. 2013 [citado 19 Oct 2017];29:449-457. Disponible en: http://cmim.org/boletin/pdf2013/MedIntContenido05_02.pdf

- 8- Rodríguez Fernández Z, Jean-Louis B, Casaus Prieto A, et al. Factores asociados a la supervivencia de pacientes con cáncer de colon recurrente. MEDISAN [Internet]. 2014 Oct [citado 19 Oct 2017];18(10):1386-94. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-3019201400100008
- 9- Del Valle Llufrío P, Romero Barreiro SR, Santana Fuentes Y. Lesiones de colon diagnosticado por colonoscopia en pacientes con sangre oculta positiva. Rev Méd Electrón [Internet]. 2014 [citado 8 Nov 2017];36(Supl1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000700002
- 10- Portillo Villares I. Lesiones detectadas en seis programas poblacionales de cribado de cáncer colorrectal en España. Proyecto CRIBEA. Rev Esp Salud Pùb [Internet]. 2017 [citado 19 Oct 2017];91(20). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272017000100404
- 11- Hano García O, Castellanos Gutiérrez M, Calzadilla Bertot L, et al. Validación de técnica inmunoquímica para detección de sangre oculta en heces. Rev Cubana De Investigaciones Biomédicas [Internet]. 2014 [citado 21 Sept 2017];33(1):19-33. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002014000100003
- 12- Portillo I, Idígoras I, Ojembarrena E, et al. Principales resultados del programa de cribado de cáncer colorrectal en el País Vasco. Gac Sanit [Internet]. 2013 Ago [citado 27 Oct 2017];27(4):358-61. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013004400114&lng=pt
- 13- López-Köstner F, Kronber U, Zárata AJ, et al. Programa de detección de neoplasias colorrectales en población mayor de 50 años. Rev Med Chile [Internet]. 2012 [citado 27 Oct 2017];140(3):281-86. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000300001
- 14- Blom J, Törnberg S. Interval cancers in a guaiac-based colorectal cancer screening programme: Consequences on sensitivity. J Medical Screening. 2017;24(3):146-52. Citado en Pub Med; MID: 8142309.
- 15- García-Osogobio S, Téllez-Ávila FI, Méndez N. Results of the first program of colorectal cancer screening in México. Endoscopia [Internet]. 2015 [citado 21 Sept 2017];27(2):59-63. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188989315000317>
- 16- Bull-Henry K, Al-Kawas FH. Evaluation of occult gastrointestinal bleeding. Am Fam Physician. 2013 Mar 15;87(6):430-6. Citado en PubMed; PMID: 23547576.
- 17- Martín Álvarez I, Rodríguez Rodríguez L, García Acosta I, et al. Sangre oculta en heces fecales: un valioso auxiliar en el diagnóstico precoz del cáncer colorrectal. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2016 Jun [citado 21 Sept 2017];20(3):36-41. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000300009&lng=es

Recibido: 19/3/18
Aprobado: 31/5/18

Alis Mabel Lugo Quintero. Centro Municipal de Higiene y Epidemiología. Unión de Reyes. Matanzas. Correo electrónico: joserigau.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Lugo Quintero AM, Morales Rigau JM. Diagnóstico y seguimiento de pacientes con sangre oculta positiva en heces fecales. Rev Méd Electrón [Internet]. 2018 May-Jun [citado: fecha de acceso];40(3). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2739/3880>