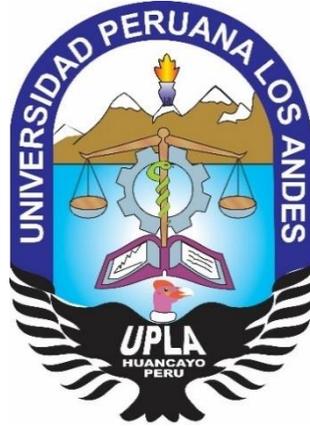


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
ESCUELA DE POSGRADO
SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA HUMANA



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
COMPORTAMIENTO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE
LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN UN
HOSPITAL REGIONAL DEL PERÚ

**Para Optar : El Título Profesional de Segunda Especialidad
Profesional en Medicina Humana,
Especialidad Gastroenterología**

**Autor : M.C. DORIS ROSARIO LOPEZ
CHUQUILLANQUI**

**Asesor : DR. PEDRO REYNALDO DEL CARMEN
VÁSQUEZ**

Línea de investigación: Salud y Gestión de la Salud

HUANCAYO – PERÚ

2019

JURADOS EVALUADORES

Dr. Juan Manuel Sánchez Soto
Presidente

MC. Esp. Hugo Vila Palacios
Miembro

M.C. Esp. José Luís Arana Sotelo
Miembro

M.C. Esp. Enaida Augusta Medrano Palma
Miembro

Dr. Jesús Armando Caveró Carrasco
Secretario Académico

ASESOR:

DR. PEDRO REYNALDO DEL CARMEN VÁSQUEZ

URRIAGA

DEDICATORIA

A mi madre que partió demasiado pronto y no pude conocer, pero vive en mí, gracias por ese amor que me acompaña día a día, por estar siempre en mi corazón, a lo largo de esta carrera tan ardua y hermosa, por darme el valor y la fuerza desde pequeña a luchar para alcanzar mis metas.

A mi hijo por todo cuanto significa para mí y por el amor y cariño que le debo.

AGRADECIMIENTO

A mi alma mater que me brindó lo necesario para enfrentarme al mundo profesional.

A mi Maestro, el Dr. Pedro Vásquez por ayudarme de manera desinteresada en la elaboración de este trabajo, por compartir conmigo su sabiduría, por todas sus enseñanzas.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles por su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí y por todo lo que me han brindado.

ÍNDICE

	Pág.
CARÁTULA	i
JURADOS	ii
ASESOR	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE	vi
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	xi

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema	13
1.2 Formulación del problema	15
1.2.1 Problema general	15
1.2.2 Problemas específicos	15
1.3 Objetivos de investigación	16
1.3.1 Objetivo general	16
1.3.2 Objetivo específico	16
1.4 Justificación e importancia de la investigación	17

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio	19
2.2 Base teórica	22
2.3 Definición de términos	46
2.4 Hipótesis de investigación	47
2.5 Sistema de variables	47
2.5.1 Variable	47
2.5.2 Matriz de operacionalización de las variables	47

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Método de la investigación	48
3.2 Tipo y nivel de investigación	48
3.2.1 Tipo de investigación	48
3.2.2 Nivel de la investigación	49
3.3 Diseño de la investigación	49
3.4 Lugar y periodo de ejecución	49
3.5 Población y muestra	50
3.5.1 Población	50
3.5.2 Muestra	50
3.5.3 Tamaño de la muestra	50
3.6 Características de la población	51
3.6.1 Criterios de inclusión	51

3.6.2 Criterios de exclusión	51
3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	51
3.7.1 Técnicas	51
3.7.2 Instrumentos	51
3.8 Validez y confiabilidad de los instrumentos	52
3.9 Procedimiento de recolección de datos	52
3.10 Aspectos éticos. consentimiento informado	53

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Presentación de resultados	58
Discusión	58
Conclusiones	61
Referencias bibliográficas	63
Anexos	71
Anexo 1 Registro Hospitalario	72

RESUMEN

Objetivo: El objetivo principal del estudio fue determinar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con hemorragia digestiva alta no varicial del del servicio de Gastroenterología del “Hospital Daniel Alcides Carrión” de Huancayo.

Materiales y métodos: El estudio realizado fue de tipo no experimental, descriptivo y retrospectivo. La población estudiada fueron los pacientes atendidos en el Servicio de Gastroenterología que cumplieron con los criterios de inclusión en el periodo comprendido entre julio y diciembre del 2018. El tamaño de la muestra fue de 221 pacientes.

Resultados: El grupo etario que prevaleció fue el menor de 65 años con el 54%. El 43% fueron de sexo femenino y el 57% de sexo masculino. La causa más frecuente de la hemorragia digestiva alta no varicial fue la úlcera gástrica con el 31%; como segunda causa fueron las lesiones proliferativas (probable cáncer gástrico) con el 22% y en tercer lugar la úlcera duodenal con el 21%. Un 56% de los pacientes cursaron con melena y un 44% con hematemesis. El lugar de procedencia más prevalente fue Huancayo con el 77% seguida de Tarma, Jauja y Huancavelica con un 5% cada uno.

Conclusiones: La hemorragia digestiva alta no varicial afecta más a los varones que a las mujeres, siendo la úlcera gástrica la causa más frecuente. El síntoma principal por la que los pacientes acudieron a consulta fue la melena.

Palabras clave: hemorragia digestiva, patología gastrointestinal, endoscopia.

ABSTRACT

Objective: The main objective of the study was to determine the epidemiological and clinical characteristics of patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding from the Gastroenterology Service of the “Daniel Alcides Carrión Hospital” of Huancayo.

Materials and methods: The study was non-experimental, descriptive and retrospective. The population studied were the patients treated at the Gastroenterology Service who met the inclusion criteria in the period between July and December 2018. The sample size was 221 patients.

Results: The age group that prevailed was under 65 years old with 54%. 43% were female and 57% were male. Gastric ulcer was the most frequent cause of non-variceal upper gastrointestinal bleeding with 31%; The second cause was proliferative lesions (probable gastric cancer) with 22% and third with duodenal ulcer with 21%. 56% of the patients attended with mane and 44% with hematemesis. The most prevalent place of origin was Huancayo with 77% followed by Tarma, Jauja and Huancavelica with 5% each one.

Conclusions: Non-variceal upper gastrointestinal bleeding affects men more than women, with gastric ulcers being the most frequent cause. The main symptom for which the patients came to consult was the mane.

Keywords: digestive hemorrhage, gastrointestinal pathology, endoscopy.

INTRODUCCIÓN

La Hemorragia Digestiva Alta (HDA) se puede definir como la pérdida de sangre procedente del aparato digestivo superior al ángulo de Treitz. Esta patología afecta a personas de cualquier edad o género, la literatura mundial indica que la mayor cantidad de casos se registran en hombres mayores de 60 años. Entre los síntomas más característicos de la enfermedad se mencionan la hematemesis y la melena, independiente de la lesión de origen. Constituye un motivo frecuente de consulta y de hospitalización en la práctica clínica y gastroenterológica a nivel mundial y en nuestro entorno. La mortalidad varía en función de diversos factores, especialmente la cantidad del sangrado, su origen, la edad del paciente y otras patologías asociadas.

La hemorragia digestiva alta aguda es una importante situación de emergencia. La úlcera péptica es la causa más común de sangrado gastrointestinal superior, responsable de aproximadamente el 50% de todos los casos, seguida de la esofagitis y enfermedad erosiva, mientras que la hemorragia varicosa es la causa de la hemorragia en pacientes cirróticos en el 50-60%. El resangrado en la hemorragia digestiva alta se produce en el 7-16%, a pesar del tratamiento endoscópico.

El resangrado es masivo en la hemorragia por várices y úlcera péptica. La mortalidad oscila entre el 3 y el 14% y no ha cambiado en los últimos 10 años. La mortalidad aumenta con la edad y es significativamente mayor en los pacientes que ya están ingresados en el hospital. Los principales factores de riesgo de hemorragia por úlcera péptica son el uso de AINEs y la infección por *H. pylori*.

El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, que analiza los datos de los pacientes con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta no varicial en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo durante el periodo de tiempo comprendido entre julio y diciembre del año 2018 y establece las principales características epidemiológicas de esta condición clínica. Los resultados de la investigación proporcionan pautas para crear medidas preventivas de hemorragia digestiva y resangrado; y permite categorizar a los pacientes en grupos de mayor susceptibilidad a las complicaciones.

La observación indirecta es la técnica a utilizar para extraer la información de las historias clínicas. Se compara los resultados con estudios similares a nivel internacional para que permitan descubrir las limitaciones del estudio, los problemas encontrados y las posibles soluciones para mejorar la calidad de atención médica.

Se espera que este estudio sirva de base para futuras investigaciones locales que incorporen otros aspectos relacionados con la HDA no varicial.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hemorragia digestiva alta no varicial y en especial, la hemorragia por úlcera péptica es uno de los motivos más frecuentes de hospitalización en patología digestiva, y representa una importante carga económica y asistencial. En los últimos años se han producido importantes avances en el manejo de esta urgencia gastroenterológica que han permitido disminuir la recidiva hemorrágica y la mortalidad (1, 2).

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una causa común de hospitalización, con una incidencia que varía de 36 a 172/100.000 habitantes por año. La mortalidad abarca entre un 3% a 14% y común para todas las causas la mortalidad a los 30 días es de 9-14% (3). La morbi-mortalidad del paciente con Hemorragia Digestiva Alta se relaciona con factores de riesgo como la

edad, la magnitud de la hemorragia, resangrado durante la internación, etc., la identificación de estos factores obliga a desarrollar estudios epidemiológicos con el fin de proporcionar posibles soluciones (4).

La hemorragia digestiva alta incluye enfermedades que afectan considerablemente la calidad de vida de los pacientes, puede tener repercusión sistémica, lo cual incrementa la morbi-mortalidad. La ausencia de investigaciones actualizadas sobre los factores asociados a HDA en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel A. Carrión” de Huancayo, genera una deficiencia al tratar de realizar estudios comparativos, además de no existir información estadística sobre la prevalencia anual de la enfermedad, dificultando obtener un conocimiento de la enfermedad en la institución de salud. Los antecedentes antes mencionados, sumado al aumento de la población de pacientes que consultan a esta institución hacen necesaria que esta investigación se lleve a cabo.

El Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo reporta un incremento significativo del número de pacientes con hemorragia digestiva, especialmente del tracto digestivo superior, que consultan a la institución, por lo que se estima que la frecuencia casos nuevos y de complicaciones también presente un incremento significativo.

Son escasos los estudios clínico epidemiológicos en el Perú que puedan aportar un conocimiento profundo sobre el comportamiento de la hemorragia digestiva alta no varicial en la población peruana; de igual manera

no se encuentra disponible un banco de datos en el Departamento de Junín y mucho menos en la provincia de Huancayo, y sin embargo es cada vez más frecuente esta patología en la población y sobre todo en personas relativamente mayores.

Por todo lo expuesto se formula el siguiente problema de investigación:

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Problema general

- ¿Cuál será el comportamiento clínico-epidemiológico de la hemorragia digestiva alta no varicial en el Servicio de Gastroenterología del “Hospital Regional Docente Daniel Alcides Carrión” de Huancayo en el periodo Julio a diciembre 2018?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuál será el grupo etario prevalente de los pacientes con hemorragia digestiva alta no varicial del servicio de Gastroenterología del “Hospital Regional Docente Daniel Alcides Carrión de Huancayo” en el periodo Julio a diciembre 2018?
- ¿Cuál será la causa prevalente de la hemorragia digestiva alta no varicial del servicio de Gastroenterología del “Hospital Regional

Docente Daniel Alcides Carrión de Huancayo” en el periodo Julio a diciembre 2018?

- ¿Cuál será el síntoma prevalente de la hemorragia digestiva alta no varicial del servicio de Gastroenterología del “Hospital Regional Docente Daniel Alcides Carrión de Huancayo” en el periodo Julio a diciembre 2018?
- ¿Cuál será el lugar de procedencia prevalente de los pacientes que acudieron con hemorragia digestiva alta no varicial al servicio de Gastroenterología del “Hospital Regional Docente Daniel Alcides Carrión de Huancayo” en el periodo Julio a diciembre 2018?

1.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

- Determinar el comportamiento clínico-epidemiológico de la hemorragia digestiva alta no varicial en el Servicio de Gastroenterología del “Hospital Regional Docente Daniel Alcides Carrión” de Huancayo en el periodo Julio a diciembre 2018.

1.3.2 Objetivo específico

- Determinar el grupo etario prevalente de los pacientes con hemorragia digestiva alta no varicial del servicio de Gastroenterología del “Hospital Regional Docente Daniel Alcides Carrión de Huancayo” en el periodo Julio a diciembre 2018

- Determinar la causa prevalente de la hemorragia digestiva alta no varicial del servicio de Gastroenterología del “Hospital Regional Docente Daniel Alcides Carrión de Huancayo” en el periodo Julio a diciembre 2018
- Determinar el síntoma prevalente de la hemorragia digestiva alta no varicial del servicio de Gastroenterología del “Hospital Regional Docente Daniel Alcides Carrión de Huancayo” en el periodo Julio a diciembre 2018
- Determinar el lugar de procedencia prevalente de los pacientes que acudieron con hemorragia digestiva alta no varicial al servicio de Gastroenterología del “Hospital Regional Docente Daniel Alcides Carrión de Huancayo” en el periodo Julio a diciembre 2018

1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación permite determinar la prevalencia y factores asociados en pacientes atendidos en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión en el periodo de tiempo comprendido entre julio y diciembre 2018. Este estudio busca aumentar el conocimiento disponible sobre la prevalencia y causas de HDA no varicial en la Región Centro del Perú.

La HDA, se acompaña generalmente de otras comorbilidades, especialmente la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial y la cirrosis hepática aumentando el riesgo de mortalidad, por ser considerados factores de progresión de la enfermedad que causa la hemorragia. La falta de estudios

actualizados sobre las características epidemiológicas de la HDA no varicial en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, justifica el presente estudio el cual aporta con información necesaria para actualizar los conocimientos sobre las enfermedades más prevalentes que ocasionan sangrado del tracto digestivo superior.

La falta de estudios epidemiológicos en periodos de tiempos establecidos, lo cual no permiten describir el comportamiento de la hemorragia digestiva alta no varicial en el Hospital Regional Daniel A. Carrión, lo cual puede generar un aumento de las complicaciones clínicas. Los resultados del estudio profundizaran el conocimiento disponible sobre la etiología y causas de HDA no varicial en los pacientes del Hospital Regional Daniel A. Carrión que permitirá mejorar las estrategias de prevención y tratamiento, identificando en forma temprano los grupos de riesgo y permitirá crear estrategias de prevención.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Hreinsson J y col. en su estudio “Hemorragia digestiva alta: Incidencia, Etiología y Resultados en un entorno poblacional” llevado a cabo en el Hospital Universitario Nacional de Islandia en los pacientes a quienes se le realizó una video endoscopia digestiva alta (VEDA) en el año 2012. Se analizó 1731 pacientes que fueron sometidos a 2058 VEDA, de ellos 156 pacientes presentaron HDA. Siendo la incidencia de Hemorragia Digestiva Alta de 87 por cada 100.000 habitantes por año (5).

Lu M y colaboradores el año 2015 realizaron un estudio denominado “Factores de riesgo asociados con la mortalidad y el aumento de los costos de los medicamentos en el sangrado gastrointestinal superior no variceal”. En su

trabajo incluyeron datos de 627 pacientes, encontrando que aquellos que se encontraban sobre los 60 años de edad tenían mayor riesgo de muerte, al igual que quienes tenían una tensión arterial sistólica <100 mmHg, así como también no contar con examen endoscópico, comorbilidades, transfusiones previas, y un nuevo sangrado. Reportaron una tasa de resangrado de 11,20% y 5.74% de mortalidad (6).

Burgos M, analizó a 483 pacientes con HDA no varicial de cuatro Hospitales Españoles en dos periodos distintos de tiempo, entre los años 2003 y 2006 así como entre los años 2009 y 2013. Entre sus resultados se encontró que la edad media de los pacientes fue de 63,5 años, presentando el 78,3% lesiones ulcerosas y cuyas localizaciones más frecuentes en el grupo estudiado fueron; gástrico (48.6%), duodenal (36.9%), esofágico (10.6%), y gastroduodenal (3.9%). Siendo los signos y síntomas más frecuentes al momento de la presentación la melena (53.4%) y la hematemesis (25.7%) (7).

En Argentina, entre los años 2000 y 2012 Di Pietro E. evaluó la prevalencia de hemorragias digestivas. En este periodo fueron evaluados 281 pacientes, habiendo sido diagnosticada Hemorragia Digestiva Alta en un 45,7% (128 pacientes), con mayor prevalencia en varones que en mujeres. La etiología fue documentada bajo Fibroendoscopia Digestiva Alta (FEDA) siendo las úlceras Duodenales, gástricas y varices esofágicas el 46,6%, 33,3 y 20% respectivamente (8).

Varela R, en la Habana, Cuba a modo retrospectivo analizó 551 pacientes del Hospital Universitario «Calixto García» quienes fueron

diagnosticados de hemorragia digestiva alta entre el año 2006 y el año 2012. Concluyendo que entre las causas más frecuente de hemorragia aguda se encuentran las gastroduodenitis y la úlcera duodenal. El mayor porcentaje de pacientes fue tributario de medidas médicas (89 %), mientras que solo un pequeño 11% necesitó medidas quirúrgicas, se resalta también que el índice de mortalidad fue de 6,8% (9).

Jara M y colaboradores el año 2011 en su estudio “Frecuencia de automedicación de AINES y analgésicos-antipiréticos y características que los rodean, en hogares de la parroquia San Blas de la ciudad de Cuenca en Ecuador”. Luego de encuestar a 286 pacientes indicaron que la prevalencia de hemorragia digestiva alta fue de un 0,7%, de estos el 69,6% se automedicaban con AINES (10).

El 2013 también en Ecuador, la emergencia del Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo admitió 23.567 pacientes. 351 fueron diagnosticados de hemorragia digestiva alta, llegando a un 1.48% de prevalencia, al igual que en otros reportes el sexo masculino presento la mayor tasa (72,9%). Y el consumo de alcohol significó el factor predisponente de mayor intensidad con un 25,07% y el mayor grupo de pacientes tenían várices esofágicas como antecedente (10,25%), además úlcera gastroduodenal (7,98%) y gastritis (9,68%) (11).

Y en Perú el año 2015, Rauch E, en su estudio “Utilidad de la puntuación de Blatchford en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales” evaluó un total de 70 pacientes, siendo

el sexo masculino el más prevalente con un 68.6% (48/70). Las varices gástricas y esofágicas fueron la causa más frecuente (60%) y la úlcera péptica alcanzó un 51.4%. Solo un 4,3% (3) necesitaron medidas quirúrgicas (12).

2.2 BASE TEÓRICA

La hemorragia digestiva alta (HDA) es definida como la existencia de una zona con sangrado cuya localización se haya entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz. El paciente puede cursar con episodios de hematemesis o melena (13). La clínica dependerá de que tan severo es el cuadro, pudiendo llevar al shock al paciente como resultado de la hipovolemia. La HDA es considerada como una emergencia médica, requiriendo generalmente la hospitalización del paciente como objetivo diagnóstico y terapéutico (14).

Las causas de la hemorragia digestiva alta pueden ser las úlceras pépticas, erosiones en la pared del estómago, varices esofágicas y aunque rara el cáncer gástrico también puede ser causa de ella. La HDA podría ser mortal, por ello debe ser manejada rápidamente, con eficiencia y efectividad. Por tanto, la rapidez en el diagnóstico implica el inicio de la terapia correcta con rapidez, esto influirá directamente en el pronóstico del paciente.

La Hemorragia Digestiva Alta se puede clasificar según el tiempo de evolución: Siendo Aguda, en cuanto la pérdida sanguínea sea súbita con o sin inestabilidad hemodinámica, y se define como crónica, cuando la pérdida de

sangre es continua y en poca cantidad, dando generalmente como síntoma la melena y pueden ser causa de anemia crónica. (15).

Cuando el sangrado se presenta en su forma aguda sus manifestaciones clínicas dependerán de la cantidad de sangre que se pierde. Si la pérdida es menor de 500 ml de sangre, podría no haber manifestaciones; pero si esta se encuentra entre 1000 ml a 1500 ml, el paciente podría presentar síntomas de shock hipovolémico como palidez, taquicardia, hipotensión, diaforesis, hipotermia, y si el sangrado supera los 2000 ml puede acontecer un cuadro de choque severo, con pulso filiforme, angustia y con alta mortalidad.

Por otro lado, cuando el sangrado es crónico con pérdida sanguínea lenta e intermitente el paciente cursará con anemia a largo plazo; muchas veces el motivo de consulta es la presencia de debilidad y palidez que empeoran con los días, y en los análisis se presenta sangre oculta en heces. (16)

Según el compromiso hemodinámico la hemorragia digestiva alta puede ser:

- a) Sin inestabilidad hemodinámica: PA sistólica mayor a 100 mmHg. Frecuencia cardíaca menor a 100 lpm. No cambios con el ortostatismo (sin cambios; o descenso menor a 10 mmHg de la PA sistólica y aumento menor a 20 lpm de la frecuencia cardíaca), en relación a la posición del paciente en decúbito. Piel seca, de color y temperatura normal.
- b) Con inestabilidad hemodinámica: presencia de 2 o más de los siguientes signos: PA sistólica menor a 100 mmHg. Frecuencia cardíaca mayor a 100 lpm. Variación significativa con el ortostatismo (descenso mayor a 10

mmHg de la PA sistólica y aumento mayor a 20 lpm de la frecuencia cardíaca). Datos de hipoperfusión periférica: palidez, sudoración, frialdad de piel, retardo del llenado capilar, cianosis, lividez y trastorno del sensorio. (17)

La incidencia anual de hospitalización por hemorragia digestiva alta aguda en los Estados Unidos es de aproximadamente 65 por 100,000 personas y es más común que la hemorragia GI baja (18). Se estima que la tasa de hospitalización para HDA aguda es seis veces mayor que para un sangrado GI más bajo (19, 20). La incidencia de HDA aguda es mayor en hombres que en mujeres (128 versus 65 por 100,000) y aumenta con la edad. Las frecuencias informadas de causas específicas de HDA aguda varían y han cambiado con el tiempo (21).

Los estudios más antiguos sugirieron que la enfermedad úlcero péptica era responsable de aproximadamente la mitad de la HDA aguda, pero estudios más recientes sugieren que, aunque todavía es prominente, la enfermedad ulcerosa es ahora una causa menos común (aproximadamente del 20 al 25% de los casos) (22) y otros trastornos como la esofagitis son cada vez más frecuentes. Entre los pacientes con úlceras pépticas sangrantes, las úlceras gástricas son más comunes que las úlceras duodenales (23).

Las causas más comunes de hemorragia digestiva alta, úlcera gastroduodenal, esofagitis grave o erosiva y várices esofagogástricas, siguen siendo generalizadas en la medicina. Síntomas que acompañan (la enfermedad ulcerosa puede estar asociada a dolor o anorexia, mientras que la esofagitis

puede estar asociada con síntomas de reflujo), la severidad del sangrado (las úlceras con sangrado arterial o várices suelen sangrar más agresivamente) y el tipo de sangrado (hematoquecia más hematemesis generalmente se produce por lesiones vasculares), puede proporcionar pistas sobre el diagnóstico. Sin embargo, en la mayoría de los pacientes, no es posible predecir la causa de la hemorragia solo por razones clínicas, y se requiere una endoscopia para hacer un diagnóstico definitivo (24).

Enfermedad úlcero péptica - Las úlceras gastroduodenales son una causa común de HDA. Los cuatro factores de riesgo principales para el sangrado de las úlceras pépticas son:

- Infección *por Helicobacter pylori*
- Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE's)
- Estrés fisiológico
- Exceso de ácido gástrico.

La reducción o eliminación de estos factores de riesgo reduce la recurrencia de úlceras y las tasas de nuevas hemorragias (25).

- ***H. pylori***: *H. pylori* es una bacteria espiral que infecta la mucosa gástrica superficial y rompe la capa mucosa, haciendo que la mucosa sea más susceptible al daño por el ácido. La inflamación crónica inducida por *H. pylori* trastorna la secreción fisiológica del estómago en diversos grados y conduce a una gastritis crónica que en la mayoría de los individuos es asintomática y no progresa. En algunos casos, sin embargo, la secreción

gástrica alterada junto con la lesión tisular conduce a una enfermedad úlcero péptica (26).

- **AINEs:** los AINEs, incluidas las dosis bajas de aspirina, suelen predisponer a la ulceración del tracto gastrointestinal. La lesión inducida por los AINEs resulta tanto de los efectos locales como de la inhibición sistémica de la prostaglandina. La mayoría de estas úlceras son asintomáticas y sin complicaciones. Sin embargo, los adultos mayores con antecedentes de hemorragias tienen un mayor riesgo de úlceras hemorrágicas y complicaciones recurrentes. Los AINEs también se han implicado como un factor importante para las úlceras que no sanan (27).
- **Estrés:** las úlceras relacionadas con el estrés son una causa común de HDA aguda en pacientes hospitalizados por enfermedades no hemorrágicas que ponen en peligro la vida. Los pacientes con estos episodios secundarios de sangrado tienen una mortalidad más alta que los ingresados en el hospital con HDA primario (28). El riesgo de hemorragia por úlcera por estrés aumenta en pacientes con insuficiencia respiratoria y en aquellos con coagulopatía.

El estrés psicológico que comúnmente se asocia con eventos de la vida y/o factores psicológicos no se ha asociado claramente con la enfermedad de úlcera gastroduodenal, y la terapia de reducción de ácido no se indica de manera rutinaria en esta situación.

- **Ácido gástrico:** el ácido gástrico y la pepsina son cofactores esenciales en la patogénesis de las úlceras pépticas. El deterioro de la integridad de la

mucosa por factores como el *H. pylori*, los AINEs o el estrés fisiológico lleva a un aumento de la permeabilidad de la membrana celular para la difusión posterior de los iones de hidrógeno, lo que produce acidosis intramural, muerte celular y ulceración. En raras ocasiones, la hiperacidez es la única causa de ulceración péptica, como en pacientes con síndrome de Zollinger-Ellison. El control de la acidez gástrica se considera una maniobra terapéutica esencial en pacientes con HDA activa.

Considerable fuente bibliográfica sugiere que las úlceras gastroduodenales asociadas con diferentes factores de riesgo se comportan clínicamente de manera diferente. En un estudio grande reciente de pacientes de América del Norte con úlceras gastroduodenales, aproximadamente la mitad tenía evidencia de infección por *H. pylori* y la mitad no (29). La tasa más baja de nuevas hemorragias y mortalidad se observó en pacientes con úlceras positivas a *H. pylori*. Los pacientes con úlceras negativas por *H. pylori* tuvieron peores resultados, independientemente del uso de AINEs. Los pacientes con úlceras negativas para *H. pylori* y sin antecedentes de uso de AINE tuvieron los peores resultados y una enfermedad sistémica más grave.

Esofagitis: la esofagitis es una causa común de patología y hemorragia del tracto GI superior. En una gran cohorte de pacientes con HDA, el 13% de los pacientes tenía esofagitis, similar al número de pacientes con úlceras duodenales (12%). Los pacientes con esofagitis erosiva a menudo tienen antecedentes de enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE). Otros factores de riesgo incluyen el uso de medicamentos (por ejemplo, AINEs, bifosfonatos

orales, tetraciclina) e infecciones (por ejemplo, *Candida*, virus del herpes simple) y la hematemesis parece ser más común en pacientes con sangrado por esofagitis que en pacientes con sangrado de otras fuentes (86 versus 55 por ciento en un estudio). Por el contrario, la melena parece ser menos común (38 contra 68 por ciento, respectivamente). En comparación con los pacientes con HDA debida a otras causas, los pacientes con HDA debida a esofagitis a menudo tienen un curso más benigno, con estancias hospitalarias más cortas, menores tasas de nuevas hemorragias y menores tasas de mortalidad (30). El tratamiento de la esofagitis hemorrágica implica la supresión de ácido, la terapia endoscópica (rara vez se requiere) y el tratamiento/eliminación de los factores de riesgo para la ERGE.

Gastritis/gastropatía y duodenitis/duodenopatía: la gastritis y la duodenitis son procesos predominantemente inflamatorios. Los términos "gastritis" y "duodenitis" se utilizan para denotar la lesión de la mucosa asociada a la inflamación. Sin embargo, la lesión de las células epiteliales y la regeneración no siempre están acompañadas por inflamación de la mucosa. Esta distinción ha causado una confusión considerable ya que los términos "gastritis" y "duodenitis" se usan a menudo para describir las características endoscópicas o radiológicas de la mucosa en lugar de hallazgos histológicos específicos. El daño y la regeneración de las células epiteliales con una inflamación mínima o no asociada se denominan adecuadamente "gastropatía" o "duodenopatía"

La gastritis y la duodenitis se identifican comúnmente en el momento de la endoscopia, pero rara vez conducen a una HDA significativa (teniendo en cuenta que a menudo se identifican al momento de la endoscopia y se pueden

comentar). Dichas anomalías endoscópicas triviales comúnmente identificadas no suelen ser la causa de HDA (significativa) en ausencia de otros factores como la anticoagulación o una coagulopatía. Es esencial realizar un examen cuidadoso de las lesiones que comúnmente se omiten en pacientes con pérdida de sangre clínicamente significativa en los que el examen endoscópico solo revela gastritis o duodenitis. El examen debe incluir una inspección cuidadosa para detectar úlceras en lugares inusuales y várices, las cuales pueden ser difíciles de identificar.

Una multitud de trastornos y exposiciones están asociados con gastritis y duodenitis. Muchos de los trastornos o exposiciones asociados también son factores de riesgo para la enfermedad úlcero péptica (31). Otros factores de riesgo incluyen el consumo excesivo de alcohol, lesión por radiación, cirugía de obesidad y reflujo biliar crónico. La gastritis también se puede encontrar en ciertas enfermedades autoinmunes. El sangrado en pacientes con gastritis /gastropatía o duodenitis /duodenopatía es más común en el contexto del uso de anticoagulantes.

El diagnóstico diferencial de la gastritis aguda incluye ectasia vascular antral gástrica (GAVE, de sus siglas en ingles) y, en particular, gastropatía hipertensiva portal (GHP). Se debe sospechar de GHP en pacientes con cirrosis con o sin evidencia manifiesta de hipertensión portal, en pacientes con afectación gástrica proximal mayor que en la distal, y en pacientes con várices concomitantes. La GAVE tiene típicamente una apariencia endoscópica única con agregados lineales de petequias en el antro, dando a la zona antral la apariencia de una cáscara de sandía.

El diagnóstico de gastritis y duodenitis se realiza casi exclusivamente mediante la evaluación endoscópica de la mucosa. Aunque normalmente no es necesario en el contexto de sangrado agudo, el diagnóstico puede confirmarse mediante biopsia y evaluación histológica. Los hallazgos histológicos pueden variar en un amplio espectro, desde hiperplasia epitelial hasta daño extenso de células epiteliales con infiltración por células inflamatorias.

El sangrado por gastritis o duodenitis es típicamente autolimitado. El tratamiento incluye eliminar el agente causal, un curso limitado de supresión ácida con un inhibidor de la bomba de protones, retener los anticoagulantes cuando puedan contribuir (si es posible) y, si el sangrado es grave, el tratamiento endoscópico con modalidades como la coagulación con argón plasma.

Complicaciones de la hipertensión portal: varias causas de HDA son el resultado de la hipertensión portal, incluidas las várices esofágicas, GHP, várices gástricas y várices ectópicas. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que los pacientes con hipertensión portal pueden desarrollar HDA a partir de fuentes no relacionadas con la hipertensión portal (por ejemplo, enfermedad úlcero péptica). En un estudio, aproximadamente el 40% de los pacientes con cirrosis y HDA tuvieron una causa no relacionada con la hipertensión portal (32).

Si bien la mayoría de los pacientes con hipertensión portal tienen cirrosis, la hipertensión portal también puede ocurrir en ausencia de cirrosis, una afección denominada "hipertensión portal no cirrótica". Las causas de la

hipertensión portal no cirrótica incluyen la trombosis de la vena porta, la esquistosomiasis y la hipertensión portal no cirrótica idiopática. Además, la hipertensión portal y el sangrado variceal asociado pueden ocurrir como resultado de la trombosis de los vasos mesentéricos.

Varices: las varices se desarrollan como consecuencia de la hipertensión portal en aproximadamente el 50% de los pacientes con cirrosis, y la hemorragia por varices se produce a una tasa anual del 5 al 15%. La aparición de HDA a partir de varices generalmente significa una hipertensión portal significativa, que generalmente se asocia con enfermedad hepática avanzada (Child-Pugh B o C). Los pacientes que desarrollan sangrado mientras reciben tratamiento con un bloqueador beta tienen mal pronóstico. La presentación clínica de los pacientes con varices, que se manifiesta con mayor frecuencia como hematemesis y/o melena, puede ser similar a la observada en pacientes con sangrado de lesiones no varicosas. De hecho, la diferenciación entre la hemorragia varicial y la no varicial por motivos clínicos, incluso en pacientes con cirrosis conocida, suele ser difícil, si no imposible.

Las várices pueden identificarse en el esófago y/o el estómago. También pueden verse en otros sitios además del esófago o el estómago, como el intestino delgado (várices ectópicas). Las várices gástricas aisladas pueden deberse a hipertensión portal segmentaria debida a trombosis de la vena esplénica, que resulta de una lesión en la vena esplénica debida a pancreatitis, carcinoma pancreático o traumatismo en el cuadrante superior izquierdo. Los factores de riesgo para la hemorragia varicosa incluyen el aumento de la

gravedad de la enfermedad hepática, el aumento del Child-Pugh, el tamaño de las varices y la presencia de marcas de vena roja en ellas (33).

Al igual que con la mayoría de las otras causas de HDA, la endoscopia es la modalidad diagnóstica de elección para las várices esofagogástricas. Las várices ectópicas se pueden detectar con métodos como la angiografía o la cápsula de video con endoscopia.

Se dispone de varios tratamientos para la hemostasia aguda de la hemorragia esofágica varicial. La ligadura endoscópica con banda es el tratamiento estándar, con escleroterapia utilizada en situaciones donde la ligadura con banda no es técnicamente factible. La colocación precoz de la derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS, por sus siglas en inglés) puede ser apropiada para algunos pacientes con hemorragia por várices gastroesofágicas.

La única técnica mecánica considerada altamente efectiva para tratar las várices gástricas es la inyección con alguna forma de cianoacrilato (pegamento). Las técnicas utilizadas en otras lesiones, como la inyección con epinefrina y cauterización, generalmente no son efectivas y deben evitarse. Los TIPS y las técnicas de obliteración transvenosa retrógrada con oclusión con balón (BRTO) también pueden ser eficaces en algunos pacientes (34). Las bandas pueden ser posibles si las várices están cerca de la unión gastroesofágica, pero en general no son eficaces en las várices gástricas.

Gastropatía hipertensiva portal: la GHP (gastropatía congestiva), aunque es extremadamente común en pacientes con hipertensión portal, es una causa

infrecuente de sangrado significativo en estos pacientes. Cuando la GHP es la única causa de sangrado, hay mucosa congestiva difusa, sin otras lesiones, como várices, para explicar el sangrado GI y la anemia. La mucosa es friable y el sangrado probablemente se produce cuando los vasos ectáticos se rompen. La gravedad de la gastropatía está relacionada con el nivel de presión portal, el nivel de resistencia vascular hepática y el grado de reducción del flujo sanguíneo hepático.

La GHP puede confundirse con GAVE, que también se observa en pacientes con cirrosis.

Lesiones vasculares: las lesiones vasculares del tracto GI que pueden causar sangrado incluyen angiodisplasias, lesiones de Dieulafoy y GAVE.

Angiodisplasia: las angiodisplasias son las anomalías vasculares más comunes que se encuentran en el tracto GI. La angiodisplasia del estómago o duodeno se ha incriminado como la causa de la pérdida de sangre en el 4 a 7% de los pacientes con sangrado GI (35). Tales pacientes pueden presentar sangrado oculto o sangrado manifiesto. La angiodisplasia generalmente se diagnostica mediante endoscopia, pero en algunos casos, se puede requerir una imagen radiográfica o cirugía para la detección.

Lesión de Dieulafoy- lesión de un Dieulafoy es un vaso dilatado submucoso aberrante que erosiona el epitelio suprayacente en ausencia de una úlcera primaria. La arteria submucosa no experimenta una ramificación normal dentro de la pared del estómago. Como resultado, el calibre de la arteria está en el rango de 1 a 3 mm, aproximadamente 10 veces el calibre normal de los

capilares de la mucosa. Las lesiones de Dieulafoy generalmente se localizan en el estómago proximal a lo largo de la curvatura menor, cerca de la unión esofagogástrica (típicamente dentro de los 5 cm), aunque se han encontrado en todas las áreas del tracto GI, incluyendo el esófago, el duodeno y el colon.

La etiología de la lesión de Dieulafoy es desconocida. Además, los eventos que desencadenan el sangrado no se conocen bien. Los pacientes que sangran de las lesiones de Dieulafoy suelen ser hombres con comorbilidades, como enfermedad cardiovascular, hipertensión, enfermedad renal crónica, diabetes o abuso del alcohol. El uso de AINE también es común entre los pacientes con lesiones de Dieulafoy; Una teoría es que los AINE incitan a la hemorragia al causar atrofia de la mucosa y lesión isquémica. Los episodios de sangrado suelen ser autolimitados, aunque el sangrado puede ser recurrente y profuso.

La endoscopia es la modalidad diagnóstica de elección para detectar una lesión de Dieulafoy y es particularmente útil cuando se realiza durante una hemorragia aguda. Esto se debe a que el bombeo arterial activo puede visualizarse en un área sin una úlcera o lesión de masa asociada. En ausencia de sangrado activo, la lesión de Dieulafoy puede aparecer como un pezón levantado o un vaso visible sin una úlcera asociada; sin embargo, es posible que no se vea el vaso aberrante a menos que haya un sangrado activo en el sitio. Debido a que la lesión de Dieulafoy puede ser difícil de identificar, debe considerarse en el diagnóstico diferencial de sangrado sin una fuente clara. La ecografía endoscópica puede ser útil para confirmar el diagnóstico (36).

Se ha demostrado que varios enfoques son efectivos para el tratamiento de las lesiones de Dieulafoy. La hemostasia endoscópica se puede lograr con una combinación de inyección de epinefrina seguida de coagulación con sonda bipolar, coagulación térmica con sonda calefactora o colocación de hemoclip.

Otros enfoques que se han utilizado con éxito para tratar las lesiones de Dieulafoy incluyen la ligadura endoscópica con banda, la coagulación con argón plasma y la inyección de cianoacrilato. Sin embargo, la ligadura endoscópica con banda debe usarse con precaución en este contexto porque se ha asociado con perforación (especialmente cuando se realiza cuando la pared gástrica es delgada, como el fondo) y el sangrado de la úlcera resultante una vez que la banda se cae; se ha informado una fatalidad por una úlcera. De manera similar, la ligadura con banda es probablemente insegura en el intestino delgado y el colon derecho, ya que puede atrapar a la serosa y, por lo tanto, conducir a la perforación (37).

La ecografía Doppler se ha utilizado para confirmar la ablación de una lesión de Dieulafoy documentando la ausencia de flujo sanguíneo después del tratamiento. El tatuaje endoscópico es útil para localizar la lesión para un nuevo tratamiento endoscópico o una resección en cuña intraoperatoria.

Si las nuevas hemorragias se repiten después de un tratamiento endoscópico, las opciones terapéuticas incluyen hemostasia endoscópica repetida, embolización angiográfica o resección en cuña quirúrgica de la lesión. Se ha descrito un abordaje endoscópico y laparoscópico combinado; este abordaje permite la localización precisa de la lesión con endoscopia

intraoperatoria, seguida de una resección quirúrgica limitada de la cuña quirúrgica. No hay riesgo adicional de resangrado de una lesión de Dieulafoy después de la resección en cuña quirúrgica.

Pocos estudios han comparado los diversos enfoques de tratamiento, por lo que el tratamiento debe basarse en la experiencia local. En la mayoría de los casos, el enfoque inicial para la nueva hemorragia debe ser una endoscopia agresiva y/o una angiografía. La resección quirúrgica debe reservarse para el sangrado difícil de controlar.

Ectasia vascular antral gástrica - GAVE, o estómago de sandía, es una causa infrecuente de HDA que a menudo se confunde con GHP, que puede ocurrir en pacientes con cirrosis (38).

El término "estómago de sandía" se deriva del aspecto endoscópico característico de las filas longitudinales de rayas planas y rojizas que irradian desde el píloro hacia el antro que se asemejan a las rayas en una sandía. Las franjas rojas representan los vasos mucosos ectáticos y saculados. También se ha descrito una forma punteada (en la que las franjas rojas no aparecen) y parece ser más común en pacientes con cirrosis subyacente (39). Si bien puede ocurrir sangrado agudo, el sangrado GI de bajo grado es más común, a menudo con anemia por deficiencia de hierro. Es poco frecuente que los pacientes presenten sangrado agudo y masivo.

La GAVE suele ser un problema aislado, pero se ha asociado con cirrosis y esclerosis sistémica. En una serie de 744 pacientes consecutivos con HDA no variceal, la hemorragia se debió a GAVE en el 4%. La hipertensión

portal estaba presente en el 31% de los pacientes con GAVE en esta cohorte. El perfil clínico más común de un paciente con GAVE es una mujer mayor (> 70 años). En la serie descrita anteriormente, por ejemplo, la edad media fue de 74 años, y el 80% de los pacientes eran mujeres.

Los pacientes también pueden presentar sangrado agudo. La presentación clínica es similar tanto si la hipertensión portal está presente como si no, excepto que las personas con hipertensión portal pueden tener angiomas antrales difusos en lugar del patrón lineal clásico (40).

El diagnóstico se basa en el aspecto endoscópico clásico. Se puede confirmar con biopsia endoscópica, ecografía endoscópica, gammagrafía de glóbulos rojos marcados o tomografía computarizada (TC). Histopatológicamente, la GAVE se caracteriza por ectasia vascular, proliferación de células fusiformes y fibrohialinosis.

Se requieren transfusiones episódicas en algunos pacientes. La coagulación endoscópica con sonda calefactora, sonda bipolar, coagulador con plasma de argón, terapia con láser o ablación por radiofrecuencia borra la ectasia vascular y disminuye el grado de sangrado (41).

La descompresión del portal con TIPS **no** reduce de manera confiable el sangrado, lo que subraya la relación incierta de GAVE con la hipertensión portal. La antrectomía previene el sangrado recurrente, pero generalmente se reserva para pacientes que no logran terapias endoscópicas. La terapia combinada de estrógeno y progesterona puede disminuir el sangrado, aunque los vasos ectáticos parecen persistir (42).

Trauma o iatrogenia: las causas traumáticas o iatrogénicas de HDA incluyen el síndrome de Mallory-Weiss, lesiones de Cameron en pacientes con hernia de hiato, fístulas aortoentéricas, ingestión de cuerpo extraño, sangrado anastomótico posquirúrgico y sangrado postpolipectomía.

Síndrome de Mallory-Weiss – El síndrome de Mallory-Weiss se caracteriza por laceraciones longitudinales mucosas (disecciones intramurales) en el esófago distal y el estómago proximal que se asocian generalmente con arcadas contundente. Las laceraciones a menudo conducen al sangrado de las arterias submucosas. La prevalencia de estas lágrimas entre los pacientes que presentan HDA es de aproximadamente el 5%. La cantidad de pérdida de sangre suele ser pequeña y autolimitada. Sin embargo, puede ocurrir una hemorragia masiva que requiere transfusiones e incluso que conduce a la muerte (43).

Las lágrimas de Mallory-Weiss suelen ser secundarias a un aumento repentino de la presión intraabdominal. Los factores precipitantes incluyen vómitos, esfuerzo en las heces o elevación, tos, convulsiones, hipo bajo anestesia, masaje en el tórax cerrado, lesión abdominal cerrada, preparación colonoscópica con solución de lavado de electrolito con polietilenglicol y gastroscopia.

La endoscopia es la modalidad diagnóstica de elección para documentar la presencia de un desgarro gastroesofágico. La mayoría de las lágrimas curan espontáneamente (44). La terapia endoscópica es el tratamiento de primera línea para las laceraciones con sangrado activo. Se han utilizado varios métodos hemostáticos para controlar el sangrado, incluida la inyección de

epinefrina, la coagulación térmica, la colocación de hemoclips y la ligadura endoscópica con banda.

Lesiones Cameron - lesiones Cameron son erosiones o úlceras que ocurren en el saco de una hernia hiatal. Se han descrito en hasta el 5% de los pacientes con una hernia de hiato que se someten a una endoscopia superior. Por lo general, son un hallazgo incidental, pero rara vez causan HDA aguda o masiva. También pueden causar sangrado crónico que conduce a anemia por deficiencia de hierro (45). Aunque su patogenia no se comprende completamente, los posibles factores contribuyentes incluyen la esofagitis por reflujo y el trauma mecánico.

El diagnóstico se realiza visualizando la lesión en el momento de la endoscopia; aquí, se requiere una inspección cuidadosa de la hernia hiatal, así como la familiaridad con el aspecto de la lesión (úlceras lineales o erosiones en los pliegues de la mucosa de una hernia hiatal en la impresión diafragmática).

Actitud depende del entorno clínico. El sangrado agudo se puede tratar endoscópicamente con técnicas hemostáticas estándar (46). Los pacientes con deficiencia de hierro por sangrado crónico pueden tratarse con un inhibidor de la bomba de protones después de la reposición del hierro, lo que puede ayudar a prevenir la recurrencia de la anemia. La cirugía para reparar la hernia hiatal puede considerarse en pacientes con sangrado recurrente a pesar de las medidas anteriores.

Fístulas aortoentéricas - fístula aortoentérica es una causa rara de HDA aguda y es más a menudo iatrogénica. Debido a que se asocia con una alta tasa de mortalidad, representa una verdadera emergencia médica. La tercera o cuarta porción del duodeno es el sitio más común para las fístulas aortoentéricas, seguida del yeyuno y el íleon.

La mayoría de los pacientes presentan un "sangrado heráldico" inicial que se manifiesta por hematemesis y / o hematoquecia; esto puede ser seguido hasta varias semanas después por sangrado masivo y desangrado. Se puede ver un sangrado intermitente si un coágulo de sangre sella temporalmente la fístula. Otros signos y síntomas pueden incluir dolor abdominal o de espalda, fiebre y signos de sepsis. Con poca frecuencia, una masa abdominal es palpable o se escucha un soplo abdominal.

Se necesita un alto índice de sospecha para establecer el diagnóstico de una fístula aortoentérica. Este trastorno debe considerarse en todos los pacientes con HDA masivo o repetitivo y antecedentes de aneurisma aórtico torácico o abdominal o injerto vascular protésico.

El diagnóstico generalmente se hace con imágenes, como la TC o la angiografía. La razón por la cual la imagen es importante para el diagnóstico es que tiene el potencial de revelar el flemón que está más presente y conduce a la formación de la fístula aortoentérica. Cabe señalar que la angiografía sola no se recomienda porque a menudo no revela el defecto en la aorta / duodeno. La endoscopia es importante principalmente para excluir otras causas más comunes de HDA aguda, como la úlcera péptica. La endoscopia con un

enteroscopia o endoscopia de vista lateral puede revelar un injerto, una úlcera o erosión en el sitio de un coágulo adherente, o una masa pulsátil extrínseca en el duodeno distal (o, rara vez, el esófago). La laparotomía exploratoria puede considerarse en pacientes con sospecha de fístula aortoentérica y hemorragia grave y continua.

La tasa de mortalidad de una fístula aortoentérica no tratada que se presenta con hemorragia GI superior es casi del 100%. La reparación quirúrgica del aneurisma aórtico y la fístula es el tratamiento estándar (aunque a menudo difícil), independientemente de la causa.

La terapia de una fístula aortoentérica debida a un injerto infectado consiste en antibióticos intravenosos e intervención quirúrgica urgente (47).

Otras causas traumáticas o iatrogénicas: otras causas traumáticas o iatrogénicas de HDA incluyen la ingestión de cuerpo extraño, sangrado anastomótico posquirúrgico, sangrado pospolipectomía y sangrado después de la esfinterotomía.

La ingestión de cuerpos extraños se puede observar en el contexto de trastornos psiquiátricos, demencia o en pacientes con prótesis dentales sueltas. Las radiografías simples de cuello, tórax y abdomen pueden revelar un cuerpo extraño radiopaco o signos de perforación.

Los pacientes con anastomosis gastroentérica o enteroentérica pueden desarrollar hemorragias por úlceras marginales. Las causas de las úlceras marginales incluyen (48):

- Mala perfusión tisular por tensión o isquemia en la anastomosis

- Presencia de material extraño como grapas o sutura no absorbible
- Exposición excesiva al ácido
- Uso de AINEs
- Infección *por H. pylori*
- Fumar cigarrillos

El diagnóstico de una úlcera marginal gastroentérica se establece mediante endoscopia superior, y el tratamiento médico inicial se basa en la supresión del ácido gástrico. Dependiendo de la ubicación, el diagnóstico de una úlcera marginal enteroentérica puede requerir enteroscopia de intestino delgado profundo.

Tumores gastrointestinales superiores: las neoplasias del tracto gastrointestinal superior representan menos del 3% de todos los casos de HDA grave, pero la hemorragia puede ser la manifestación inicial del tumor. El sangrado puede ocurrir con lesiones benignas y malignas. El sangrado puede resultar de una ulceración difusa de la mucosa o de la erosión en un vaso subyacente. Prácticamente cualquier tipo de tumor puede sangrar, incluidos los adenocarcinomas, los tumores del estroma GI, los linfomas y los sarcomas de Kaposi. Si bien es una causa menos común de sangrado GI superior que muchos otros tumores (p. Ej., Adenocarcinoma, tumores del estroma GI), el sarcoma de Kaposi es de naturaleza particularmente vascular y debe considerarse en pacientes con infección por VIH o en personas inmunodeprimidas.

Los hallazgos endoscópicos que sugieren neoplasias gástricas incluyen márgenes de úlceras irregulares y una masa ulcerada exofítica o micótica. La biopsia endoscópica, el cepillado o la aspiración con aguja para el examen histológico o citológico se realizan para el diagnóstico definitivo. La ecografía endoscópica es útil para la estadificación de la enfermedad local, mientras que la exploración por TAC puede ser útil para la estadificación y detección de metástasis a distancia.

Los pacientes con hemorragia grave secundaria a tumores malignos del tracto GI superior tienen un mal pronóstico y la mayoría de los pacientes mueren dentro de los 12 meses (49). La resección quirúrgica para curación o paliación es el tratamiento de elección. La terapia médica suele ser paliativa y consiste en quimioterapia y / o radioterapia.

El tratamiento endoscópico para el sangrado de los tumores del tracto gastrointestinal superior incluye técnicas estándar, como la terapia de inyección, las sondas de contacto térmico (sondas bipolares o de calentamiento) y la APC. Una técnica más novedosa es el uso de nanopolvos hemostáticos. Los datos preliminares sugieren que el nanopolvo hemostático puede ser eficaz en algunos pacientes con sangrado debido al cáncer del tracto GI. Para todas las técnicas hemostáticas en pacientes con neoplasias malignas, el control del sangrado activo puede ser exitoso, pero el resangrado es común, especialmente por úlceras malignas que no cicatrizan (50).

Hemobilia: o sangrado del tracto hepatobiliar, es una causa rara de HDA aguda. Debe considerarse en cualquier paciente con HDA aguda y antecedentes

recientes de instrumentación y/o lesión del parénquima hepática o biliar, incluida la biopsia hepática percutánea o transyugular, la colangiografía transhepática percutánea, la colecistectomía, Biopsias biliares endoscópicas o colocación de stent, colocación de TIPS, angioembolización o traumatismo abdominal cerrado o penetrante. Otras causas de la hemobilia son los cálculos biliares, la colecistitis, los tumores hepáticos o del conducto biliar, los stents intrahepáticos, aneurismas de la arteria hepática y abscesos hepáticos (51).

La tríada clásica de la hemobilia (cólico biliar, ictericia obstructiva y sangrado GI oculto o agudo está presente de manera infrecuente. La ictericia obstructiva, con o sin sepsis biliar, puede ocurrir si la sangre se coagula dentro del sistema biliar.

El diagnóstico de hemobilia a menudo se pasa por alto si la papila no se examina con endoscopia. Un duodenoscopio de visión lateral es útil para visualizar la ampolla y puede ser útil para realizar una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica diagnóstica (CPRE) en este contexto. Las imágenes de corte transversal (con tomografía computarizada o resonancia magnética, incluida la colangiopancreatografía por resonancia magnética [MRCP]) a menudo son útiles en pacientes con hemobilia y se deben considerar al inicio de la evaluación. La gammagrafía de glóbulos rojos marcada con tecnecio o la angiografía selectiva de la arteria hepática pueden revelar la fuente de hemobilia (52).

El tratamiento está dirigido a la causa principal de sangrado, como la embolización o la resección quirúrgica de un tumor hepático. En el caso de

hemorragia después de una biopsia hepática, colecistectomía laparoscópica o colangiografía transhepática percutánea, la embolización arterial a menudo se emplea y suele ser efectiva.

Hemosuccus pancreaticus - Hemosuccus pancreaticus, o sangrado del conducto pancreático, es otra causa rara de HDA. Se encuentra con mayor frecuencia en pacientes con pancreatitis crónica, pseudoquistes pancreáticos o tumores pancreáticos. El sangrado se produce cuando un pseudoquiste o tumor se erosiona en un vaso, formando una comunicación directa entre el conducto pancreático y el vaso. El vaso involucrado es a menudo un pseudoaneurisma de la arteria esplénica (53). Hemosuccus pancreaticus también se puede encontrar después de una endoscopia terapéutica del páncreas o del conducto pancreático, incluida la extracción de cálculos pancreáticos, la esfinterotomía del conducto pancreático, el drenaje de pseudoquistes o la colocación de endoprótesis en el conducto pancreático. El sangrado es a menudo agresivo y puede ser potencialmente mortal.

Se debe sospechar clínicamente de Hemosuccus pancreaticus cuando se produce HDA en uno de los entornos anteriores en los que se presenta una lesión pancreática. El diagnóstico suele confirmarse mejor con imágenes de corte transversal (es decir, tomografía computarizada abdominal y/o MRCP, aunque también se pueden usar CPRE o exploración intraoperatoria). La imagen transversal se suele realizar primero porque es la modalidad menos invasiva.

La arteriografía mesentérica con embolización con espiral puede controlar el sangrado agudo y suele ser el tratamiento preferido. Si el sangrado persiste o es masivo, el tratamiento es con pancreaticoduodenectomía y ligadura del vaso sangrante, lo que definitivamente evita la nueva hemorragia (54).

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- 1) **Hematemesis:** Es el sangrado gastrointestinal que es evidente con los vómitos.
- 2) **Melena:** Es el sangrado gastrointestinal que se hace evidente con la eliminación de las heces luego de que la sangre es metabolizada a su paso por el resto del tubo digestivo.
- 3) **Diagnóstico:** El diagnóstico de ingreso es aquel con el cual el paciente acude al hospital, siendo en este caso la hemorragia digestiva alta. Mientras que el diagnóstico definitivo está dado por la causa de dicha hemorragia, siendo está documentada por una endoscopia digestiva alta.
- 4) **Edad:** Las edades de los pacientes que participaron del presente estudio fueron pacientes mayores de 15 años.
- 5) **Endoscopia digestiva alta:** Examen visual de las paredes del esófago, estómago y primera parte del duodeno. Consiste en el paso de un endoscopio flexible a través de la boca, permitiendo así ver las anomalías que presentan dichos órganos y en ocasiones se realiza durante la exploración toma de muestras (biopsias y/o citologías) para estudio. También es utilizado para

realizar procedimientos terapéuticos como dilataciones, extirpación de pólipos, esclerosis, tratamiento con bandas, etc.

2.4 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo es de tipo descriptivo simple por tal motivo no requiere la elaboración de hipótesis.

2.5 SISTEMA DE VARIABLES

2.5.1 Variable

El presente trabajo tiene como única variable a la “hemorragia digestiva alta no varicial”.

2.5.2 Matriz de operacionalización de la variable.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Nivel de medición
Hemorragia digestiva alta no varicial	Existencia de una zona con sangrado cuya localización se haya entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz.	Elemento de carácter fisiopatológico que influye en la posibilidad de acudir al hospital y requerir una endoscopia diagnóstica alta.	Criterios referentes a la situación clínica del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> •Melena •Hematemesis 	Dicotómica nominal

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El método utilizado en el presente trabajo fue el Método científico.

3.2 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

3.2.1 Tipo de investigación

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio es retrospectivo, Según el periodo y secuencia del estudio, el estudio es de corte transversal. Y según el análisis y alcance de los resultados, el estudio es observacional, sin introducción de una variable extraña.

3.2.2 Nivel de la investigación

El nivel de la investigación es descriptivo sin manipulación artificial del factor de estudio sin aleatorización, clínico.

3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño es descriptivo

M → **O**

Donde:

M = Muestra

O = Observación pacientes con HDA no varicial.

3.4 LUGAR Y PERIODO DE EJECUCIÓN

El estudio se realizó en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel A. Carrión” de Huancayo, actualmente ubicado en la Avenida Carrión N°1550. Las atenciones de consulta externa son en los turnos mañana y tarde de lunes a viernes de 8:00 am a 2:00 pm y de 2:00pm a 8:00pm respectivamente, y la emergencia ofrece su atención las 24 horas del día.

Dicha institución pertenece al Ministerio de Salud, la atención de dicho servicio está orientada a la valoración y atención integral de los pacientes con patología gastrointestinal. Las funciones del establecimiento en relación a su categoría están orientadas prioritariamente a intervenciones de tipo recuperativo.

El tiempo de realización del estudio será entre los meses que comprende julio a diciembre del año 2018.

3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1 Población

La población fue conformada por todos los pacientes atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de julio a diciembre del 2018.

5384 pacientes fueron evaluados en el Servicio de Gastroenterología en este periodo de tiempo.

3.5.2 Muestra

La muestra fue conformada por todos los pacientes atendidos en el Servicio de Gastroenterología con el diagnóstico de ingreso de hemorragia digestiva alta no varicial.

3.5.3 Tamaño de la muestra

La muestra consta de 221 pacientes.

3.6 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

3.6.1 Criterios de inclusión

- Casos comprendidos entre julio y diciembre del 2018.
- Pacientes de ambos sexos mayores de 15 años.
- Diagnóstico de hemorragia digestiva alta no varicial.
- Historia clínica actualizada, completa y con resultados de endoscopia digestiva alta.

3.6.2 Criterios de exclusión

- Expediente con Historia Clínica incompleta.

3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.7.1 Técnicas

La técnica aplicada fue la recopilación bibliográfica y recopilación estadística, mediante la revisión de los datos consignados en las historias clínicas de los pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología.

3.7.2 Instrumentos

El instrumento de recolección de datos fue la Ficha de Registros Hospitalarios titulada “FICHA DE REGISTRO – HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICIAL” la cual consta de criterios puntuales y claros, de objetivos dirigidos a identificar el comportamiento

clínico de los pacientes con hemorragia digestiva alta no varicial. Este instrumento consta de 2 partes principales, la primera dirigida a la documentación de datos precisos del paciente como sexo, edad, grado de instrucción, ocupación, lugar de nacimiento y lugar de residencia, la segunda parte está dirigida al diagnóstico endoscópico y al comportamiento clínico de la enfermedad, recogiendo así los datos necesarios para alcanzar los objetivos del estudio. (anexo 1)

3.8 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

La elaboración del instrumento de recolección de datos “FICHA DE REGISTRO – HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICIAL” fue con la única finalidad de alcanzar los objetivos principales y específicos del presente estudio. Recoge la información necesaria de su fuente “Historia Clínica”.

El instrumento fue evaluado por 5 especialistas en el tema de investigación conocedores del objetivo del estudio, para su posterior aprobación.

3.9 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos fueron recopilación directamente de las Historias clínicas de los pacientes que cumplían con todos los criterios de inclusión, tomando especial énfasis en los criterios que responden al problema de investigación como edad, sexo, procedencia, signo o síntoma principal y diagnósticos

endoscópicos, estos datos fueron almacenados en una base de datos en Excel para su respectivo análisis estadístico.

3.10 ASPECTOS ÉTICOS. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se solicitó permiso a las áreas correspondientes tanto del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel A. Carrión” como a las del Servicio de Gastroenterología para poder realizar la investigación, informándoles la importancia de este estudio. El presente trabajo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética del Hospital para su posterior desarrollo.

Al ser un estudio de carácter retrospectivo, observacional y al no existir manipulación de la variable no fue necesario un consentimiento informado.

CAPÍTULO IV

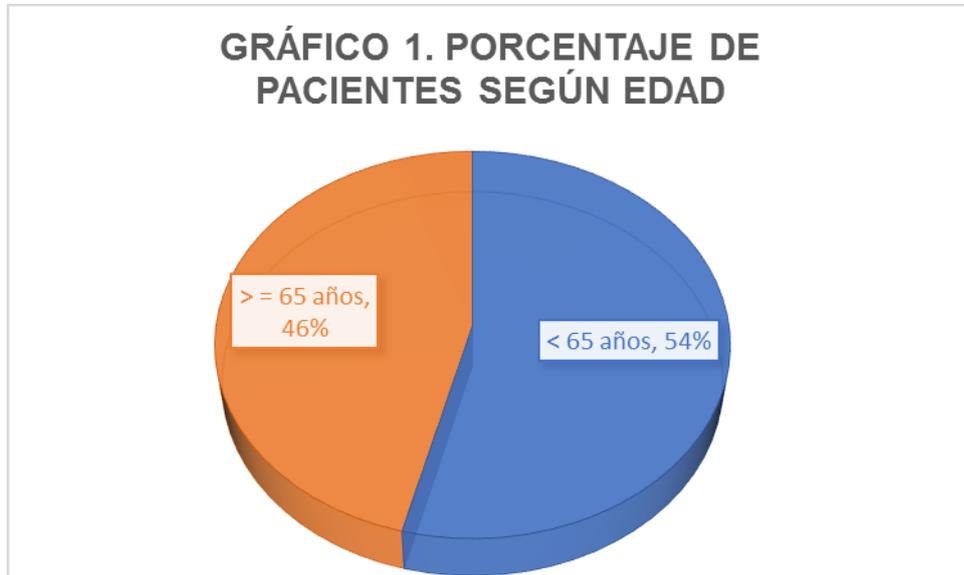
RESULTADOS

4.1 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Durante el periodo comprendido entre los meses de julio a diciembre del año 2018, en el servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo, se atendieron 221 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta no varicial a los cuales se les realizó una endoscopia digestiva alta, la edad media de los pacientes fue de 57 años, la mediana de la edad fue 60 años, la edad mínima de 18 y la máxima de 95 años.

De la población estudiada el mayor porcentaje correspondió a pacientes menores de 65 años, llegando este grupo a un 54% (120/221)

mientras que aquellos pacientes mayores de 65 años fueron sólo el 46% (101/221) (Gráfico 1).

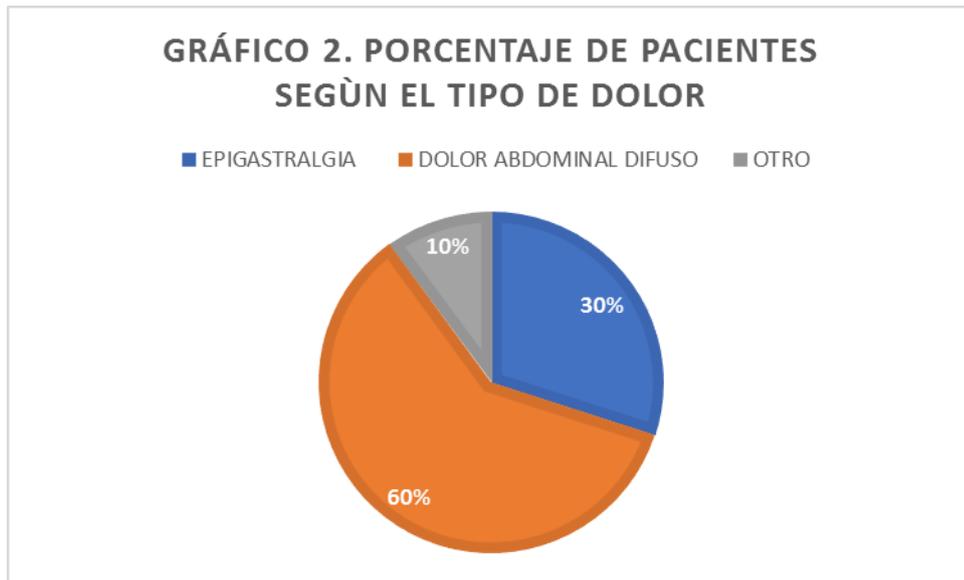


El 57% (126/221) de los pacientes fueron de sexo masculino y el 43% (95/221) de sexo femenino y no se encontró diferencia estadísticamente significativa respecto a la HDA según la variable sexo ($p = 0.17$).

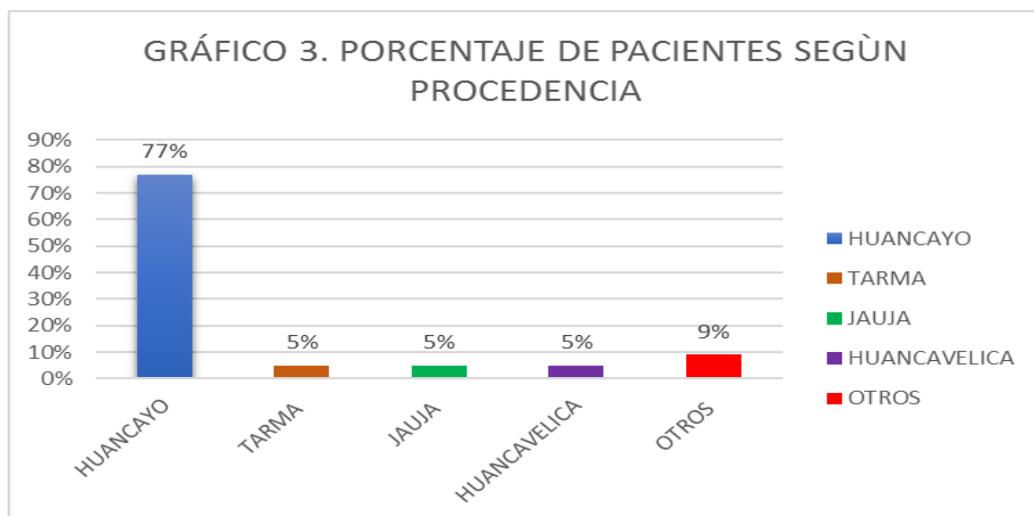
La población de adultos menores de 65 años tiene mayor probabilidad de cursar con episodios de hemorragia digestiva alta no varicial que los adultos mayores de 65 años (54% vs 46%), pero esta diferencia tampoco fue estadísticamente significativa ($p = 0.19$).

La mayor proporción (124/221) de pacientes reportaron haber cursado con melena, representado un 56%, mientras que aquellos que cursaron con hematemesis (97/221) representó solo un 44%, en estos grupos estuvieron incluidos pacientes de sexo femenino y masculino. El dolor de tipo

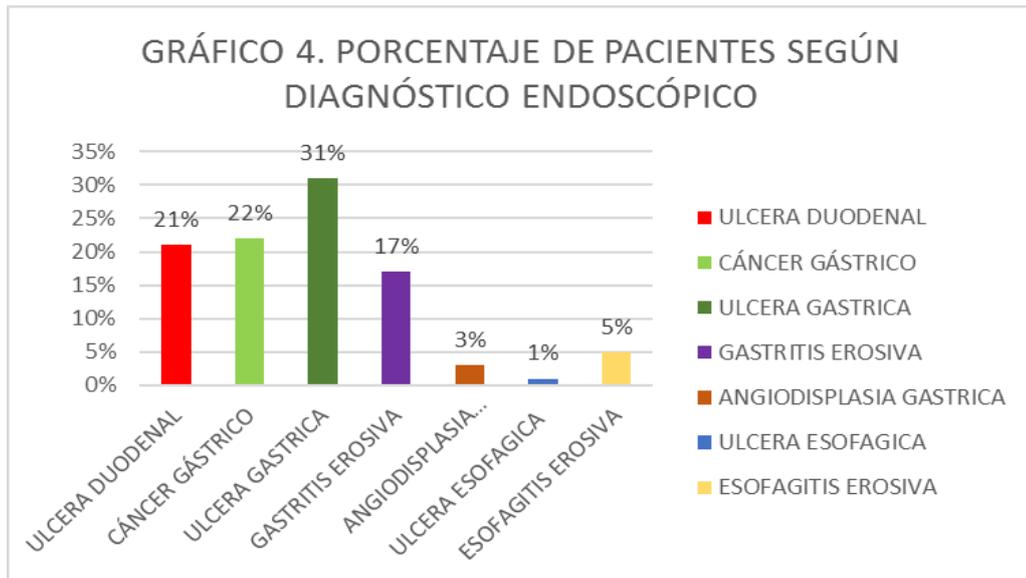
somatovisceral representó el 100% y dentro de sus características el dolor de tipo difuso fue el más representativo llegando a un 60% (133/221) seguido del ubicado a nivel de epigastrio con un 30% (66/221), solo un 10% (22/221) acusó otro tipo de ubicación. (Gráfico 2).



La población proveniente de la Provincia de Huancayo representó la mayor proporción llegando a un 77% (171/221), seguida de Tarma, Jauja y Huancavelica con un 5% (10/221) cada uno respectivamente, solo un 9% (20/221) tenían como procedencia otros lugares. (Gráfico 3)



Los diagnósticos endoscópicos más frecuentes independientemente de la edad y sexo fueron úlcera gástrica con un 31%, seguida de aquellas lesiones tumorales (probable cáncer gástrico) con un 22%, úlceras duodenales con un 21%, gastritis erosiva con un 17% y otras causas con un 9%. (Gráfico 4)



CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1 DISCUSIÓN

De acuerdo a la revisión de las historias clínicas se obtuvo una muestra de 221 (100%) de pacientes que fueron atendidos por hemorragia digestiva alta de tipo no varicial, de los cuales 95 (43%) corresponden al género femenino y 126 (57%) corresponde al género masculino. La información recabada demuestra que el género predominante en donde se presenta la patología de hemorragia digestiva alta no varicial es en el género masculino en comparación con el género femenino.

Resultados similares son obtenidos en aquellos estudios que analizan la incidencia de HDA según el género de los pacientes afectados. Por mencionar un estudio, Kim y colaboradores hallaron en su investigación en

1929 pacientes con HDA que la mayoría eran de sexo masculino: 75%, en comparación con tan solo el 25% de pacientes correspondientes al sexo femenino. Este resultado concuerda con la afirmación de nuestra hipótesis que indica que el género en el que se presenta más frecuentemente la HDA es en el masculino.

Es conocido a través de diferentes investigaciones que analizan epidemiológicamente a la HDA y que concuerdan con los datos obtenidos que esta es una enfermedad con mayor incidencia en ancianos debido probablemente al mayor número de medicación recibida y al mayor número de comorbilidades presentes en ellos. Además de constituir el grupo que presenta mayor riesgo de mortalidad. Contrariamente producto del análisis de nuestro estudio el grupo etario con mayor prevalencia de HDA no varicial fueron aquellos pacientes entre hombres y mujeres menores de 65 años. Siendo este un dato epidemiológicamente distinto a lo reportado previamente.

Del estudio podemos observar que 124 pacientes que corresponde al 56% del total debutaron la HDA con melena, 97 pacientes que es el 44% presentaron la HDA en forma de hematemesis.

Resultados también distintos fueron obtenidos por Rivera en Colombia quien en un análisis de 285 pacientes con HDA encuentra como presentación más frecuente la hematemesis presente en el 52.5% de los pacientes analizados, seguida de melena en el 35% de los mismos. En menor cantidad aparecen anemia y hematoquecia.

Al analizar la distribución de los pacientes del presente estudio con respecto a la causa de HDA no varicial determinada mediante endoscopia se obtuvo que la causa más frecuente fue la úlcera gastrointestinal con el 52% de todos los pacientes (úlcera gástrica y úlcera duodenal con un 31% y 21% respectivamente). En segundo lugar se obtuvo las lesiones proliferativas sospechosas de cáncer gástrico presente en el 22% de los pacientes del estudio. La tercera causa más frecuente de HDA fueron las gastritis erosivas con el 17% de los pacientes estudiados. Causas menos frecuentes fueron: esofagitis erosiva (5%), angiodisplasia gástrica (3%) y úlcera esofágica (1%). Estos resultados colocan a la úlcera gastrointestinal como causa más frecuente de HDA, tal como es encontrado en la mayoría de estudios acerca de la etiología de la HDA, como el de Alonso y colaboradores quienes en el 2014 en Cuba encontraron en 99 pacientes que la úlcera péptica de localización duodenal o gástrica (31,3 y 15,2 %) respectivamente y el sangrado por rotura de várices esófago-gástrica (15,2 %) fueron los diagnósticos etiológicos que predominaron.

CONCLUSIONES

Basándonos en el presente estudio titulado como “Comportamiento Clínico-Epidemiológico de la Hemorragia Digestiva Alta en un Hospital Regional del Perú” en el periodo de tiempo comprendido entre julio y diciembre del 2018. Podemos concluir con lo siguiente: La Hemorragia digestiva alta no varicial es un cuadro agudo presente con mayor frecuencia en pacientes del género masculino (57%), mucho más frecuente en pacientes menores de 65 años (54%). La mayoría de los pacientes evaluados no tuvo el antecedente previo de sangrado gastrointestinal superior previo al evento estudiado (91%), siendo la presentación clínica más frecuente la melena (56%) y el dolor abdominal tipo somatovisceral difuso (60%). Las causas principales de HDA no varicial fueron la úlcera gastrointestinal 52% (gástrica con 31% y duodenal con 21%), las lesiones proliferativas sugestivas de cáncer gástrico 22%, las gastritis erosivas 17% y otras causas solo un 9% entre las que se encuentran la esofagitis erosiva, la angiodisplasia gástrica y las úlceras esofágicas. El mayor grupo de pacientes que acudieron con el diagnóstico de HDA no varicial fueron de la provincia de Huancayo (77%).

A partir de los resultados obtenidos en nuestro estudio llevado a cabo en la Región Centro del Perú, debe de priorizarse una historia clínica completa y correcta de los pacientes ingresados tanto en el área de emergencia como en el área de sala, para de esta forma contar con datos seguros y confiables, los cuales servirán para poder realizar investigaciones clínicas de calidad.

Se debe de crear protocolos de manejo y seguimiento de los pacientes con factores de riesgo, los cuales nos permitan identificar a pacientes con alto riesgo de

padecer una hemorragia digestiva alta con el objetivo de disminuir la mortalidad por esta causa.

Se debe de informar y educar a los pacientes con la patología ya instaurada sobre cómo llevar un mejor estilo de vida sobre todo en pacientes añosos en los cuales hay una mayor prevalencia.

Finalmente se debe de orientar a todos nuestros pacientes en la práctica diaria acerca de los efectos producidos al consumir AINES regularmente y sin supervisión médica y realizar endoscopía para descartar HDA a los pacientes con factores de riesgo y ante un cuadro de anemia marcada sin ninguna causa identificable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gralnek IM, Dumonceau J-M, Kuipers EJ, Lanas A, Sanders DS, Kurien M, et al. Diagnosis and management of nonva-ri-ceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2015;47:1---46.
2. Lanas A, Calvet X, Feu F, Ponce J, Gisbert JP, Barkun A. Primer consenso español sobre el tratamiento de la hemorragia diges-tiva por úlcera péptica. *Med Clin (Barc)*. 2010;135:608---16.
3. Neu J. *Gastroenterología y Nutrición*. Capítulo 31: Hemorragia Digestiva: Journal; 2012.
4. Hreinsson J et al. Upper gastrointestinal bleeding: incidence, etiology and outcomes in a population-based setting. *Scand J Gastroenterol*. 2013 Apr; 48(4): p. 439-447.
5. Hreinsson J et al. Upper gastrointestinal bleeding: incidence, etiology and outcomes in a population-based setting. *Scand J Gastroenterol*. 2013 Apr; 48(4): p. 439-447.
6. Lu M ea. Risk Factors Associated with Mortality and Increased Drug Costs in Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Hepatogastroenterology*. 2015 Jun; 62(140): p. 907-12.
7. Burgos M. Validación Multicéntrica de los Algoritmos Predictivos de la Evolución Clínica de las Hemorragias Digestivas Altas No Varicosas. Tesis de

- grado. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá, Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Ciencias de la Salud; 2014.
8. Di Pietro E GBMM. Frecuencia de hemorragia digestiva en un hospital de la ciudad de Corrientes, Argentina. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2012 Sep; 173(1): p. 1-9.
 9. Varela R PFDJMJ. Page 1 Revista Cubana de Cirugía 2011:50(1):40-53 <http://scielo.sld.cu> 40 ORIGINALES Comportamiento de la hemorragia digestiva alta en el Hospital Universitario «Calixto García». Revista Cubana de Cirugía. 2012; 50(1): p. 40-53.
 10. Jara M JLMJ. Frecuencia de automedicación de AINES y analgésicos-antipiréticos y características que los rodean, en hogares de la parroquia San Blas de la ciudad de Cuenca en el año 2011. Tesis de grado. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina; 2012.
 11. Burgos B. Frecuencia de hemorragia digestiva alta en pacientes que acudieron a la Emergencia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo (IESS) de la ciudad de Guayaquil durante el periodo comprendido de enero a diciembre del año 2013. Tesis de grado. Guayaquil, Ecuador: Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina; 2014.
 12. Rauch E. Utilidad de la puntuación de Blatchford en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015. Tesis de especialidad. Lima, Perú: Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana. Sección de Postgrado; 2015.

13. Abreu L. Gastroenterología: Endoscopia diagnóstica y terapéutica. Cap. 15: Hemorragia Digestiva. 2nd ed. Buenos Aires: Panamericana; 2012.
14. Armitage A DCLGSR. Goldman's Cecil Medicine. Cap 34: Hemorragia Digestiva Alta. 24th ed.: Elsevier; 2012.
15. Aguilar O DG. Hemorragia de tubo digestivo alto y bajo. A. Villatoro, Manual de Medicina de Urgencias (pp. 321-327). Mexico: Manual Moderno; 2012.
16. Corral A. Hemorragia digestiva alta. En E. Pérez, J. Abdo, F. Bernal y D. Kershenovich, Gastroenterología (pp. 575-581). Mexico: McGraw-Hill; 2012.
17. Montero F et al. Hemorragia digestiva alta. En L. Jiménez y F. Montero, Medicina de Urgencias y Emergencias (pp. 307-314). Córdoba: Elsevier; 2012.
18. Wuerth BA, Rockey DC. Changing Epidemiology of Upper Gastrointestinal Hemorrhage in the Last Decade: A Nationwide Analysis. Dig Dis Sci 2018; 63:1286.
19. Longstreth GF. Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal hemorrhage: a population-based study. Am J Gastroenterol 1995; 90:206.
20. Lanas A, Perez-Aisa MA, Feu F, et al. A nationwide study of mortality associated with hospital admission due to severe gastrointestinal events and those associated with nonsteroidal antiinflammatory drug use. Am J Gastroenterol 2005; 100:1685.

21. Boonpongmanee S, Fleischer DE, Pezzullo JC, et al. The frequency of peptic ulcer as a cause of upper-GI bleeding is exaggerated. *Gastrointest Endosc* 2004; 59:788.
22. Enestvedt BK, Gralnek IM, Mattek N, et al. An evaluation of endoscopic indications and findings related to nonvariceal upper-GI hemorrhage in a large multicenter consortium. *Gastrointest Endosc* 2008; 67:422.
23. Loperfido S, Baldo V, Piovesana E, et al. Changing trends in acute upper-GI bleeding: a population-based study. *Gastrointest Endosc* 2009; 70:212.
24. de Melo SW Jr, Bhore R, Rockey DC. Clinical judgment does not circumvent the need for diagnostic endoscopy in upper gastrointestinal hemorrhage. *J Investig Med* 2013; 61:1146.
25. Bayerdörffer E, Neubauer A, Rudolph B, et al. Regression of primary gastric lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue type after cure of *Helicobacter pylori* infection. MALT Lymphoma Study Group. *Lancet* 1995; 345:1591.
26. Shibata T, Imoto I, Ohuchi Y, et al. *Helicobacter pylori* infection in patients with gastric carcinoma in biopsy and surgical resection specimens. *Cancer* 1996; 77:1044.
27. Lanas AI, Remacha B, Esteva F, Sáinz R. Risk factors associated with refractory peptic ulcers. *Gastroenterology* 1995; 109:1124.

28. Terdiman JP, Ostroff JW. Gastrointestinal bleeding in the hospitalized patient: a case-control study to assess risk factors, causes, and outcome. *Am J Med* 1998; 104:349.
29. Chason RD, Reisch JS, Rockey DC. More favorable outcomes with peptic ulcer bleeding due to *Helicobacter pylori*. *Am J Med* 2013; 126:811.
30. Guntipalli P, Chason R, Elliott A, Rockey DC. Upper gastrointestinal bleeding caused by severe esophagitis: a unique clinical syndrome. *Dig Dis Sci* 2014; 59:2997.
31. Pang SH, Leung WK, Graham DY. Ulcers and gastritis. *Endoscopy* 2008; 40:136.
32. Lyles T, Elliott A, Rockey DC. A risk scoring system to predict in-hospital mortality in patients with cirrhosis presenting with upper gastrointestinal bleeding. *J Clin Gastroenterol* 2014; 48:712.
33. Kim T, Shijo H, Kokawa H, et al. Risk factors for hemorrhage from gastric fundal varices. *Hepatology* 1997; 25:307.
34. Caldwell S. Gastric varices: is there a role for endoscopic cyanoacrylates, or are we entering the BRTO era? *Am J Gastroenterol* 2012; 107:1784.
35. Moret6 M, Figa M, Ojembarrena E, Zaballa M. Vascular malformations of the stomach and duodenum: an endoscopic classification. *Endoscopy* 1986; 18:227.
36. Squillace SJ, Johnson DA, Sanowski RA. The endosonographic appearance of a Dieulafoy's lesion. *Am J Gastroenterol* 1994; 89:276.

37. Barker KB, Arnold HL, Fillman EP, et al. Safety of band ligator use in the small bowel and the colon. *Gastrointest Endosc* 2005; 62:224.
38. Payen JL, Calès P, Voigt JJ, et al. Severe portal hypertensive gastropathy and antral vascular ectasia are distinct entities in patients with cirrhosis. *Gastroenterology* 1995; 108:138.
39. Ito M, Uchida Y, Kamano S, et al. Clinical comparisons between two subsets of gastric antral vascular ectasia. *Gastrointest Endosc* 2001; 53:764.
40. Dulai GS, Jensen DM, Kovacs TO, et al. Endoscopic treatment outcomes in watermelon stomach patients with and without portal hypertension. *Endoscopy* 2004; 36:68.
41. McGorisk T, Krishnan K, Keefer L, Komanduri S. Radiofrequency ablation for refractory gastric antral vascular ectasia (with video). *Gastrointest Endosc* 2013; 78:584.
42. Manning RJ. Estrogen/progesterone treatment of diffuse antral vascular ectasia. *Am J Gastroenterol* 1995; 90:154.
43. Skok P. Fatal hemorrhage from a giant Mallory-Weiss tear. *Endoscopy* 2003; 35:635.
44. Kovacs TO, Jensen DM. Endoscopic diagnosis and treatment of bleeding Mallory-Weiss tears. *Gastrointest Endosc Clin North Am* 1991; 1:387.
45. Zullo A, Manta R, De Francesco V, et al. Cameron lesions: A still overlooked diagnosis. Case report and systematic review of literature. *Clin Res Hepatol Gastroenterol* 2018; 42:604.

46. Lin CC, Chen TH, Ho WC, Chen TY. Endoscopic treatment of a Cameron lesion presenting as life-threatening gastrointestinal hemorrhage. *J Clin Gastroenterol* 2001; 33:423.
47. Voorhoeve R, Moll FL, de Letter JA, et al. Primary aortoenteric fistula: report of eight new cases and review of the literature. *Ann Vasc Surg* 1996; 10:40.
48. Rasmussen JJ, Fuller W, Ali MR. Marginal ulceration after laparoscopic gastric bypass: an analysis of predisposing factors in 260 patients. *Surg Endosc* 2007; 21:1090.
49. Schatz RA, Rockey DC. Gastrointestinal Bleeding Due to Gastrointestinal Tract Malignancy: Natural History, Management, and Outcomes. *Dig Dis Sci* 2017; 62:491.
50. Chen YI, Barkun AN, Soulellis C, et al. Use of the endoscopically applied hemostatic powder TC-325 in cancerrelated upper GI hemorrhage: preliminary experience (with video). *Gastrointest Endosc* 2012; 75:1278.
51. Liou TC, Ling CC, Pang KK. Liver abscess concomitant with hemobilia due to rupture of hepatic artery aneurysm: a case report. *Hepatogastroenterology* 1996; 43:241.
52. Spieth ME, Hou CC, Ewing PD, et al. Hemobilia presenting as intermittent gastrointestinal hemorrhage with sincalide confirmation. A case report. *Clin Nucl Med* 1995; 20:391.
53. Anil Kothari R, Leelakrishnan V, Krishnan M. Hemosuccus pancreaticus: a rare cause of gastrointestinal bleeding. *Ann Gastroenterol* 2013; 26:175.

54. Wagner WH, Cossman DV, Treiman RL, et al. Hemosuccus pancreaticus from intraductal rupture of a primary splenic artery aneurysm. *J Vasc Surg* 1994; 19:158.

ANEXOS

