



Revisión

Causas más frecuentes de Hemorragia en Tubo Digestivo Alto de origen no variceal en paciente mayor de 50 años en Colombia

Most frequent causes of Hemorrhage in the Upper Gastrointestinal Tract of non-variceal origin in patients older than 50 years in Colombia

Linda Margarita Melgar Burbano¹; Martha Viviana Botello Yusungairá²; Christian Melgar Burbano³; Dagoberto Santofimio Sierra⁴; Hernán Isafas⁵

1. Estudiante de Medicina, Séptimo Semestre, Fundación Universitaria Navarra - UNINAVARRA, Neiva - Huila.
2. Estudiante de Medicina, Sexto Semestre, Fundación Universitaria Navarra - UNINAVARRA, Neiva - Huila.
3. Médico Gastroenterólogo. Docente, Facultad de Medicina, Universidad Surcolombiana, Neiva - Huila.
4. Médico Epidemiólogo. Docente, Facultad de Medicina, Fundación Universitaria Navarra - UNINAVARRA, Neiva - Huila.
5. Médico Internista Epidemiólogo.

Resumen

La hemorragia originada en las vías digestivas altas no viceal (HVDA no variceal), que se manifiesta por hematemesis, melenas o ambas, es uno de los eventos en medicina que más impactan, particularmente al paciente. Por lo que motiva al consultar a los servicios de urgencias y se constituye en una de las principales causas de la práctica de exámenes endoscópicos, estas técnicas se han modificado con el avance tecnológico y científico fortaleciendo el conocimiento de su etiología y su medicación. A pesar de los avances importantes en endoscopia, en medicina crítica y en técnicas de transfusiones y cirugía, la mortalidad global continúa alrededor de 7 a 10% y sin modificación en las últimas cuatro décadas. Posibles causas de ello, son el aumento del número de casos de hemorragia por úlcera en pacientes mayores de 60 años, un mayor consumo de AINES. Fundamentados en investigaciones de grupos de pacientes mayores de 50 años basándose en las palabras claves sangrado vía digestiva, endoscopia, adulto mayor. Con la ayuda de buscadores como ClinicalKey y PubMed se encontraron artículos de Gastroenterology, Geriatrics, Scielo de los años 2000 a 2017 posteriormente se creó una tabla de análisis y síntesis para la organización de la información para identificar los hallazgos comunes y contrastar los resultados de varios estudios e identificar las causas, medicamentos y edad y género con mayor frecuencia.

Abstract

Hemorrhage originating in the non-vice (non-variceal HVDA), manifested by hematemesis, melena or both, is one of the most impacting medical events, particularly the patient. Because of what motivates when consulting the emergency services and constitutes one of the main causes of the practice of endoscopic examinations, these techniques have been modified with the technological and scientific advance, strengthening the knowledge of its etiology and its medication. Despite major advances in endoscopy, critical medicine, and transfusion and surgery techniques, overall mortality continues to be around 7 to 10% and unchanged in the last four decades. Possible causes are the increase in the number of cases of bleeding due to ulcers in patients over 60 years of age, a higher consumption of NSAIDs. Based on investigations of groups of patients older than 50 years and based on the keywords digestive tract bleeding, endoscopy, older adult. With the help of search engines such as Clinicalkey and Pudmed, we found articles from Gastroenterology, Geriatrics, and Scielo from the years 2000 to 2017. Later, a table of analysis and synthesis was created for the organization of the information to identify the common findings and to compare the results of several studies and identify causes, medications and age and gender more frequently.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta (HVDA) es una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urgencia en gastroenterología. A pesar de los avances en el diagnóstico y el tratamiento, en Colombia la mortalidad se ha mantenido estable entre 5% y 10% durante las dos últimas décadas cuando se incluyen todos los pacientes con hemorragia digestiva alta; pero se reduce hasta en 60% cuando se analizan los pacientes que ameritan tratamiento endoscópico¹. Dos factores relacionados con tan alta prevalencia son envejecimiento progresivo de la población y el aumento de los pacientes de edad avanzada con enfermedades asociadas.

Palabras Clave

Sangrado, vía digestiva, endoscopia, adulto mayor, hemorragia.

Keywords

Bleeding, digestive tract, endoscopy, older adult, hemorrhage.

Correspondencia: Linda Margarita Melgar. Tel.: +57 3134671861. E-mail: lindamargarita03@hotmail.com



En Colombia existen pocos estudios sobre la hemorragia digestiva alta y su epidemiología clínica en los pacientes mayores de 50 años y su relación con el género, edad y hábitos.

En este estudio se revisa las primeras causas de hemorragia digestiva, en la población mayor de 50 años para identificar más detalladamente, la epidemiología clínica en la población colombiana tomando como referencia 60 artículos con diseño experimental posteriormente extrayendo las causas, el género las edades más frecuentes al igual que sus comorbilidades, estas con el fin de llegar a caracterizar y adquirir un mayor conocimiento de la enfermedad en la población colombiana además de obtener datos nacionales y locales que permitan determinar en un futuro, con estudios de mayor nivel de evidencia, los factores que se pueden intervenir para aminorar la mortalidad y morbilidad de los pacientes con hemorragia digestiva.

Donde constituye la causa más común de interconsulta al gastroenterólogo en los servicios de urgencias. Los pacientes que la presentan ingresan al hospital en condiciones clínicas muy variables que van desde la simple presencia de melenas, sin compromiso hemodinámico, hasta una condición grave con sangrado masivo y shock hipovolémico con alto riesgo de mortalidad. La endoscopia digestiva superior es la piedra angular para el manejo de estos pacientes ya que permite establecer la causa de la hemorragia, definir el pronóstico y brindar tratamiento para detener el sangrado y prevenir su recurrencia.

La mortalidad asociada a hemorragia gastrointestinal parece relacionarse, entre otras cosas, con la edad avanzada y las enfermedades coexistentes como hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus tipo 2, Cirrosis e insuficiencia renal crónica, también se ve asociada al desarrollo de úlcera péptica y sus complicaciones^{2,3,4}, sumando a esto son de bastante interés las cifras reportadas por el Departamento Nacional de Estadística (DANE), en nuestro país para el año 2013, la población mayor (60 y más años de edad) fue de 4 962 491 (10.53% del total de la población), para 2020 se espera que sean 6 435 899 (13%), y se calcula la esperanza de vida al nacer para el periodo comprendido entre 2010 y 2015 es de 75 años para ambos sexos, siendo para los hombres de 72.1 años y para las mujeres de 78.5⁵

METODOLOGÍA

Se tomaron como criterios de inclusión 60 artículos en páginas indexadas sobre investigaciones en gru-

pos de pacientes mayores de 50 años basándose en las palabras claves: “sangrado”, “vía digestiva”, “endoscopia”, “adulto mayor”. Con la ayuda de buscadores como ClinicalKey y PubMed se encontraron artículos de Gastroenterology, Geriatrics y Scielo de los años 2000 a 2017 posteriormente se creó una tabla de análisis y síntesis para la organización de la información para identificar los hallazgos comunes y contrastar los resultados de varios estudios e identificar las causas, medicamentos y edad y género con mayor frecuencia.

DESARROLLO DEL TEMA

La hemorragia digestiva se define como toda pérdida hemática que ocurre en el tracto digestivo y que de acuerdo a su magnitud o persistencia puede poner en peligro la vida del paciente. Presenta una clasificación variable, entre las más conocidas de acuerdo a su ubicación en el tubo digestivo, en alta o bajas⁶. La hemorragia digestiva Alta, producida desde la faringe hasta el ángulo (duodenoeyunal o de Treitz) y Hemorragia Digestiva Baja producida desde el ángulo duodenoeyunal hasta el ano.⁶ Según la variabilidad de la causa puede ser visible u oculta, Hemorragia digestiva visible son las que se exteriorizan por hematemesis, melena, o hematoquecia y el origen es descubierto por exámenes de rutina. Hemorragia Digestiva Oculta es la existencia de anemia ferropénica, sin que el paciente o el médico hayan evidenciado sangre macroscópicamente visible en las heces, por lo general se identifica con la existencia de un test de sangre oculto en heces (SOH) positivo ferropénica según la pérdida de la volemia el American College of Surgeons (1994) la clasifica en leve moderada grave o severa.

La hemorragia del tubo digestivo alto de origen no variceal constituye en la actualidad un reto diagnóstico y terapéutico para el gastroenterólogo y endoscopista. La incidencia anual de la hemorragia digestiva alta no variceal se estima aproximadamente entre 50 y 170 casos por cada 100.000 habitantes y los índices de mortalidad van desde 10% hasta 36% la etiología de la HVDA no variceal ha permanecido sin cambios significativos desde hace 20 años: la enfermedad ácido-péptica se mantiene como la causa principal seguida por el síndrome de Mallory-Weiss y la gastritis/duodenitis erosiva. Otras causas menos comunes son las angiodisplasias y la lesión de Dieulafoy. La hemorragia de tubo digestivo alto de origen no variceal que se presenta en el adulto mayor se presenta con incidencia del 10% hasta el 36% incrementándose aún más con la edad, muchos de estos pacientes presentan melenas o hematoquecias la presencia de esta última



es un indicador de una pérdida importante de sangre, siendo más común encontrarla en sangrados de tubo digestivo bajo.⁷

Tabla 1. Causas de hemorragia de tubo digestivo alto no variceal (Argente Álvarez, Fisiopatología, 2009)⁸

Diagnóstico	Incidencia (%)
Úlcera péptica	30-50
Desgarro de Mallory-Weiss	15-20
Gastritis o duodenitis erosiva	10-15
Esofagitis	5-10
Malignidad	1-2
Angiodisplasias o malformaciones vasculares	5
Otros	5

Estas son a las comorbilidades que presenta el adulto mayor anteriormente nombradas y que producen una polimedicación

Tabla 2. Comorbilidades Preexistente O Diagnosticadas En 100 Pacientes Durante El Periodo De Hospitalización (Alejandro Uribe Ríos)⁹

Comorbilidad	n	%
Hipertensión arterial	73	73,0
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	32	32,0
Enfermedad coronaria	27	27,0
Falla cardíaca	26	26,0
Diabetes mellitus	21	21,0
Infección del tracto urinario	17	17,0
Secuelas de accidente cerebrovascular	15	15,0
Enfermedad renal	15	15,0
Demencia	14	14,0
Fractura previa	13	13,0
Bacteriuria asintomática	12	12,0
Arritmia cardíaca	12	12,0
Tabaquismo	10	10,0
Hipertensión pulmonar	7	7,0
Hipotiroidismo	5	5,0
Ceguera	2	2,0
Osteoporosis	2	2,0

En la evaluación inicial del paciente con HVDA se debe determinar la magnitud de la pérdida de sangre, independientemente de la altura y la etiología del sangrado, la estimación de la pérdida sanguínea se realiza a través de parámetros clínicos hemodinámicos (tensión arterial, frecuencia cardíaca, presencia de presión ortostática, diuresis y el estado mental) si bien es útil determinar el valor del hematocrito basal, este no refleja la magnitud de la pérdida de sangre, ya que

se pierde plasma y glóbulos rojos en igual proporción. Dentro de los signos más relevantes que se adicionan a los ya expuestos se encuentran las hematemesis o (vómito de sangre) este vómito puede ser de sangre fresca, coágulos sanguíneos o restos hemáticos oscuros (“poso de café”) es un indicador de sangrado de vía digestiva alta, las deposiciones melénicas las cuales son el producto de la eliminación de materia fecal de color negro intenso brillante, consistencia blanda y olor fétido, característico de la transformación de la hemoglobina por las bacterias colonias. La melena requiere de una extravasación de al menos 60-100 ml de sangre en el tubo digestivo alto. La hematoquecia es la exteriorización, a través del ano, de sangre roja fresca o de color rojo oscuro. El color de las heces no siempre es un indicador fiable del origen de la hemorragia. Así, la melena puede aparecer en hemorragias procedentes del intestino delgado o del colon derecho, especialmente si existe un tránsito lento.³ A su vez, en la hematoquecia puede verse hemorragias de vía digestivas alta masiva (al menos 1.000 ml), generalmente asociada a un tránsito rápido o a la presencia de una hemicolectomía derecha.¹⁰

Según los resultados de los estudios revisados encontramos que en su mayoría son pacientes mayores de 60 años que presentan hematoquecia, con lesiones ulcerosas y/o cólicas como (angioidisplasias, divertículos y neoplasias), así como lesiones gastroduodenales, lesiones en el intestino delgado, en la mayoría se presentan hipovolemia y anemia aguda posthemorrágica, caracterizada por palidez, taquicardia, sudor frío e hipotensión.¹¹ Es poco frecuente pero se puede presentar pacientes con HDA no variceal grave con una clínica de síncope o disnea, antes de producirse la exteriorización hemorrágica. Esta forma de presentación traduce la existencia de un fallo de oxigenación cerebral, miocárdica o de insuficiencia respiratoria, que, por si solas, son indicativas de gravedad, los signos mencionados, son típicos de una anemia aguda posthemorrágica.

Se desconoce que en algunos casos los pacientes se presentan al servicio de urgencias requiriendo una urgencia médica gástrica, pero por desconocimiento del médico general de la epidemiología y las causas más frecuentes usan la endoscopia digestiva como única herramienta diagnóstica elevando los costos en el servicio prueba de esto el estudio del Pino y Cols. Donde concluyeron que en la ciudad de Neiva a pesar de indicaciones claras de realización endoscopia digestiva de urgencias, existe una gran población de pacientes con solicitudes no indicativas de este procedimiento



de urgencia, lo cual sugiere que la mayoría de pacientes no tenían una indicación endoscópica para la solitud de EGD con esto se pretende incitar a cambios en los diferentes servicios de los hospitales, que en el futuro eviten remisiones innecesarias a los servicios de gastroenterología, aumentos de gastos del sector salud y congestión de este servicio, también en este estudio se recomienda realizar una segunda investigación donde se evalué por más tiempo la necesidad clínico- endoscópica HD y conocer más a fondo la emergencia de la hemorragia gástrica (Pino, 2010)¹².

En un estudio por Jorge Betancur en la revisión sobre profilaxis de sangrado digestivo en la población general la úlcera péptica perforada y la hemorragia del tracto digestivo superior (htds) han disminuido en los últimos 30 años, este progreso notable en la supervivencia se debe a desarrollo tecnológico de la endoscopia para su diagnóstico, así también a la creación de nuevos medicamentos y manejos terapéuticos que mejoran la sobrevida.¹³

En Colombia, en un estudio realizado en la Fundación Santa Fe de Bogotá en 1994 se encontró que el 5.7% de las endoscopias que se hicieron en ese año se debieron a hemorragia digestiva. En barranquilla en un estudio de 5 años realizado en 1993 en el seguro social por la Uninorte demostró que el 20% de las esofagogastroskopias realizadas se hicieron en pacientes que consultaron por hemorragia digestiva alta. También la Universidad Nacional realizó un estudio observacional analítico, de tipo transversal que consistía en producir una escala de predicción para identificar pacientes con hemorragia digestiva que necesite endoscopia urgente la primera Cohorte se incluyó 109 pacientes con HVDA (edad $X=59,3 \pm 19,1$, hombres 69,7%). El principal síntoma de presentación fue melenas en el 73,4% y el principal hallazgo endoscópico fue úlcera péptica (58,7%). Seis variables (lipotimia, inestabilidad hemodinámica, hemoglobina menor de 8, leucocitos mayores de 12000, sangre en la SNG, y edad > 65 años), fueron identificadas como predictores independientes de sangrado activo en la EVDA urgente y fueron utilizadas para realizar la siguiente escala.

DISCUSIÓN

La hemorragia digestiva continúa siendo la principal urgencia médica en el servicio de urgencia en gastroenterología y Colombia no es ajena a este escenario en el adulto mayor. Esta patología se presenta en mayor proporción al número elevado de medicamentos incluyendo, los tan conocidos aines y anticoagulantes

que producen un deterioro en la mucosa gástrica, incrementado el riesgo de úlcera péptica y erosiones que posteriormente terminan en sangrado. En un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes adultos que consultaron por urgencias en el Hospital Universitario de la Samaritana (HUS) en Bogotá por HVDA, diagnosticada por hematemesis, melenas, rectoraría o anemia, se realizó Endoscopia de Vía Digestiva (EVD) durante 2010-abril de 2011 a 385 pacientes dando como resultado que un 69,1% de los pacientes eran mayores de 60 años. El 73,3% presentaba hipertensión arterial. El 55,1% reportaba ingesta de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y de aspirina (ASA). El 19,6% reportaba episodios de sangrado previos. El 17,9% presentaba inestabilidad hemodinámica. Por otra parte, 63 pacientes (22,1%) requirieron hemostasia endoscópica, y 32 (11,2%) presentaron resangrado. La mortalidad global reportada era del 13,1%, del cual, a su vez, el 55,3% correspondía a hombres.¹⁴ Los pacientes que padecen la hemorragia de vía digestivas altas se encuentran entre los 55 y 80 años de edad, con una predilección por el sexo masculino al presentar un mayor índice de aines gástrica como la producida por la ingesta de alcohol y la polifarmacia.

Un estudio retrospectivo de endoscopia digestiva alta realizadas en pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta fueron evaluados por el Servicio de Endoscopia del Hospital "Dr. José R. Vidal" de la provincia de Corrientes Chile, con el objetivo de reportar las causas de hemorragia digestiva alta Con 2773 endoscopias durante un periodo de 35 meses, desde julio del año 2003 hasta julio del año 2006, de las cuales 332 (12%) se realizaron por hemorragia digestiva alta. Las causas identificadas como responsables fueron: gastroduodenitis erosiva 94 casos (28,5 %); úlcera gastroduodenal 86 casos (25%); varices esofágicas 30 casos (9%); síndrome de Mallory Weiss 12 casos (4%); cáncer gástrico 9 casos (3%); várices gástricas 7 casos (2%); esofagitis 6 casos (1,7%) y angiodisplasia 1(0,3%). Un importante porcentaje de estudios fueron informados como normales, 71 casos, (21,5%) hallándose además un porcentaje también destacable de informes, 16 casos, (5%) en los cuales no se obtuvo el diagnóstico por mala preparación del paciente o sangrado intenso que no permitía la evaluación adecuada. Las conclusiones más importantes de causas más frecuentes de hemorragia digestiva alta encontradas en la endoscopia son en primer lugar la gastroduodenitis erosiva, seguida de la úlcera péptica gastroduodenal y las várices esofágicas, con un porcentaje importante de estudios endoscópicos informados como normales¹⁵ en comparación con el estudio anterior. Por otro



lado, la mayoría de autores nombran a la úlcera como causa más frecuente y en cuanto a la segunda causa en frecuencia hay autores que sitúan a la gastroduodenitis y las várices esofágicas.

Según los aportes efectuados en el hospital Sanatorio Frangioli la hemorragia digestiva alta continúa siendo es una de las principales causas de ingreso hospitalario por enfermedad del tracto gastrointestinal, con una mortalidad elevada, por lo cual se debe proceder a la rápida resolución de la lesión. Se identificó las lesiones endoscópicas más frecuentes en los pacientes con clínica de hemorragia digestiva alta, basado en la revisión de informes endoscópicos de historias clínicas, durante el período comprendido entre el 1 de diciembre de 2004 al 30 de septiembre de 2005, incluyéndose pacientes de ambos sexos, sin límites etéreos. De los 118 casos, 47 (40%) eran mujeres, y 71 (60%) eran hombres. Las lesiones más frecuentemente halladas por endoscopia digestiva alta (EDA) fueron: gastritis erosiva hemorrágica 22 casos (19%), várices esofágicas 19 casos (16%), gastropatía erosiva 18 casos (15%) úlcera gástrica 13 casos (11%), úlcera esofágica 11 casos (9%), vulvitis más gastropatía erosiva difusa 7 casos (6%), úlcera duodenal más gastroduodenitis erosiva 7 casos (6%) úlcera duodenal 6 casos (5%), úlcera duodenal más úlcera gástrica 3 casos (2%), carcinoma ulcerado 3 casos (2%). La mayoría de los pacientes tenía edades superiores a los 60 años (74 casos, 63%).¹⁶

De igual manera determinaron la frecuencia de la hemorragia del tubo digestivo alto en la población de Veracruz (México) que demandó atención de los Servicios de Endoscopia en los últimos cinco años, para conocer la localización así como las diferentes causas que lo originaron utilizando expedientes de 6,784 pacientes sometidos a estudio endoscópico de las vías digestivas altas atendidos en los Hospitales del Sector Salud de la ciudad durante el periodo comprendido entre enero de 1996 y diciembre de 2000. Se diagnosticaron 3,966 casos de hemorragia del tubo digestivo alto, correspondiente a 58.46% de todos los estudios realizados, con una frecuencia anual promedio de 791 casos, lo que establece una tasa anual de casos de 105 por cada 100,000 habitantes por año. El sexo, fue similar, correspondiendo al masculino 49.87% mientras que 50.13% al femenino. La edad promedio de los casos fue de 52 años, encontrándose 62.55% de ellos entre la quinta y octava décadas de la vida. El sitio más frecuente de hemorragia se localizó en el esófago en 45.16%, seguida del estómago con 42.46% y en el duodeno en 10.44%. La etiología fue diversa, la prin-

cipal causa en nuestra serie fue la hemorragia por várices esofágicas en 33.85%, seguida de gastritis erosiva con 31.12%, en tercer lugar, esofagitis con 9.30%, úlcera duodenal 9.30%, úlcera gástrica 7.68% y 6.77% restantes correspondieron a diversas entidades. En 1.94% no se pudo identificar la causa de hemorragia al momento de efectuar el estudio, la hemorragia del tubo digestivo alto fue la causa más frecuente de demanda de estudio endoscópico de las vías digestivas altas (58.46%), y la causa más importante fue la hemorragia por ruptura de várices esofágicas en 33.85%, seguida de sangrado por gastritis erosiva en 31.12% y en menor frecuencia el resto de las causas. Los resultados obtenidos en nuestro estudio son similares a lo publicado por diversos autores en la literatura nacional y extranjera.¹⁷

Uno de los datos más relevantes causados por su cultura y alimentación fueron en España en el año 1998 donde se registraron 1.200 muertes por esta causa. En el año 2001 un tercio de las hemorragias gastrointestinales se debieron al uso de AINE y se estima en 15 las muertes anuales por cada 100.000 personas que toman AINE, al menos, un mes al año¹⁸. Datos más recientes del 2005, la incidencia de HDA en España fue de 47 casos por 10.000 habitantes y año con una mortalidad del 5,5%. Su coste es elevado (coste medio por episodio 2.000-3.000 euros). La mayoría de las HDA (80-90%) son de causa no varicosa siendo la úlcera péptica la patología más frecuente (40-50%). En nuestro medio, más del 95% de las úlceras están asociadas a la toma de AINE y/o a la presencia de *H. pylori*.¹⁹

Vreeburg, EM; Snel, demostraron en un estudio en Alemania a partir de julio de 1993 a julio del 1994, 951 pacientes con HDA aguda se incluyeron de forma prospectiva en 12 hospitales de la zona de Ámsterdam. Los datos se recogieron de forma prospectiva con un cuestionario estándar y se incluyeron datos demográficos, así como específicos relacionados con la HDA. Resultados: La incidencia global fue de 45 por cada 100.000 personas/año. Los pacientes tenían una edad avanzada (mediana, 71 años), y el choque se encontró en el 63%.

Enfermedades coexistentes estuvieron presentes en el 85%. El veinte por ciento tenía antecedentes de enfermedad ulcerosa anterior, de los cuales el 33% utiliza la terapia de supresión de ácido. La endoscopia se realizó dentro de las 24 h en 78% y en 42% se encontró una úlcera gastroduodenal. En el 24%, sin diagnóstico podía hecha en la endoscopia inicial, en estos pacientes se realizó la endoscopia Significantly más tarde

que en aquellos en los que se hizo rápidamente un diagnóstico. Según investigadores Liver Blatchford, Lindsay Un Davidson, William R Murray, la incidencia anual de hemorragia digestiva en Escocia fue de 172 por cada 100.000 personas mayores de 15 años. La mortalidad anual de la población fue del 14,0 por 100 000. Ambos eran mayores entre las personas de edad avanzada, los hombres y los pacientes residentes en las zonas de mayor marginación social. Letalidad global fue del 8,2%. Esta fue mayor entre los que se desangró como pacientes hospitalizados después de la admisión por otros motivos (42%) y los ingresados como referencias terciario (16%). Los factores asociados con una mayor letalidad fueron la edad, la uremia, cáncer, insuficiencia hepática²⁰

Yasuaki Nagami et Al., examinaron las causas gastrointestinales del sangrado y la prevalencia de sangrado los datos se recogieron de forma retrospectiva de pacientes consecutivos con GI abierta la hemorragia aguda en diez hospitales participantes. De los 1044 pacientes con hemorragia gastrointestinal aguda abierta, 524 (50,2%) fueron diagnosticados con hemorragia gastrointestinal superior, 442 (42,3%) con hemorragia digestiva baja, y 13 (1,2%) con sangrado mediados de GI. Úlcera gástrica fue la causa más común de sangrado (20,4%). Entre los casos de sangrado mediados de GI, se encontraron úlceras en 4 (30,8%) pacientes, erosiones en 3 (23,1%), angiodisplasia en 3 (23,1%), tumor submucoso en 2 (15,4%), y hemangioma en uno (7,7 %). Siete lesiones se encuentran en el yeyuno, 5 en el íleon, y uno tanto en el yeyuno y el íleon. Análisis de la causa relacionada con la edad mostró que la prevalencia de la mitad de sangrado gastrointestinal en los pacientes más jóvenes menores de 40 años de edad fue mayor (5%) que en los otros grupos de edad (1-2%)²¹ En otro estudio realizado por²² (Okada K, Inamori M) con 6.807 pacientes que estaban en tratamiento con LDA aspirina en el hospital entre enero de 2003 y noviembre de 2007. Estos pacientes iniciaron el tratamiento en el período de estudio y siguieron tomando todo el período de observación. La endoscopia digestiva alta (EGD) se llevó a cabo en 453 pacientes de los 6.807 pacientes, y 71 fueron diagnosticados de HDA asociada a LDA. Se examinó la prevalencia y diversos factores clínicos de la HDA asociados con el tratamiento LDA. La tasa de ocurrencia de HDA fue 0,209 HDA por 100 pacientes-año por lo menos. El odds ratio multivariado de HDA asociada a LDA fue 3.318 (95% intervalo de confianza (IC) 1,650 a 6,671, $p = 0,0008$) para una historia de úlcera péptica, 0,086 (IC del 95%: 0,011 a 0,652, $p = 0,0176$) para el uso de un inhibidor de la bomba de protones (PPI) con LDA,

y 0,253 (IC del 95%: 0,113 a 0,569, $p = 0,0009$) por el uso de un antagonista del receptor de histamina de tipo 2 (ARH2) con LDA también se han estudiado pacientes con antecedentes de hemorragia digestiva alta infectados con *h. pylori* y que estaban tomando dosis bajas de aspirina u otros aine.

En un estudio de Francis KL Chan, donde se reclutaron pacientes que se presentaron con hemorragia digestiva alta confirmada por endoscopia y con úlceras curadas por el tratamiento diario con 20 mg de Omeprazol durante ocho semanas o más. Y otro grupo de pacientes que habían estado tomando aspirina se les administró 80 mg de aspirina todos los días. Un tercer grupo se les administró otros aine recibieron 500 mg de Naproxeno dos veces al día durante seis meses.

Los pacientes de cada grupo fueron luego asignados al azar por separado para recibir 20 mg de Omeprazol diariamente durante seis meses o de una semana de terapia de erradicación, que consiste en 120 mg de Subcitrato de Bismuto, 500 mg de tetraciclina y 400 mg de Metronidazol, todos dados cuatro veces todos los días, seguido de placebo durante seis meses. Se incluyeron a 400 pacientes (250 de los cuales estaban tomando aspirina y 150 de los cuales estaban tomando otros AINE). Entre los que tomaban aspirina, la probabilidad de recurrencia del sangrado durante el período de seis meses fue del 1,9 por ciento para los pacientes que recibieron terapia de erradicación y 0,9 por ciento para los pacientes que recibieron Omeprazol (diferencia absoluta, 1,0 por ciento; intervalo de confianza del 95 por ciento de la diferencia, -1,9 al 3,9 por ciento). Entre los usuarios de otros AINE, la probabilidad de recurrencia del sangrado fue del 18,8 por ciento para los pacientes que recibieron terapia de erradicación y 4,4 por ciento para los tratados con Omeprazol (diferencia absoluta, 14,4 por ciento; intervalo de confianza del 95 por ciento de la diferencia, 4,4 a la 24,4 por ciento; $P = 0,005$), concluyeron que entre los pacientes con *H. pylori* infección y antecedentes de sangrado gastrointestinal superior que están tomando aspirina a dosis bajas, la erradicación de *H. pylori* es equivalente al tratamiento con Omeprazol en la prevención de hemorragias recurrentes. El Omeprazol es superior a la erradicación de *H. pylori* en la prevención de las hemorragias recurrentes en pacientes que están tomando otros AINE, como el Naproxeno.²³

En Lima, Perú realizaron un estudio en los hospitales Rebagliati, Hipólito Unanue, Dos de Mayo y Cayetano Heredia, sobre 117 pacientes, excluyéndose san-

grados por várices esófago-gástricas, 54% consumieron AINE; el 65% tenían más de 60 años y la úlcera gástrica fue más frecuente; existiendo una asociación bien establecida de su uso con sangrado por lesiones ulceradas.²⁴

CONCLUSIONES

Las hemorragias digestivas continúan siendo número uno en urgencias gastroduodenales, como futuros médicos se debe conocer su manejo, etiología, y hacer un adecuado abordaje con el paciente, entre las causas más frecuentes que se encontraron fueron erosiones gástricas, úlcera péptica en mayor frecuencia en hombres entre los 55 y 80 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, estrés psicosocial.

AGRADECIMIENTO

Un profundo agradecimiento a la clínica Medilaser y a la Fundación Universitaria Navarra al igual que al personal de cada una de estas instituciones por prestarnos los servicios y los pacientes para la realización de este proyecto.

REFERENCIAS

- Laine L, Peterson W. Bleeding peptic ulcer. *N Engl J Med*. 1994; 331: 717-27.
- Otero Rengino W, Gómez M, Otero E, Pineda LF. Hemorragia digestiva alta no varicosa. Urgencias en medicina interna. *Gastroenterología y Hepatología* 2da. Ed. Editorial Médica Celsus, Bogotá; 2006:189-198
- Hernández-Rodríguez I. Factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta. *Enferm. glob*. 2011; 10(2): 1-18
- Plaza Santosa R. La hemorragia digestiva alta en el paciente anciano mayor de 80 años. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012; 47:110-113
- Morales A, Rosas GM. *acta colombiana. adultos, C. m. (s.f.)*
- Germán Contreras A, Veloso ML, Salazar PS, Alderete JR. PRESENTACION DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL SEXO MASCULINO. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina Cirugía Digestiva* 2003; 133: 1 -19
- Fisiopatología, S. M. En *Semiología Medica Fisiopatología Semiotecnica y propedéutica*. Bogotá: panamericana. (2009)
- Uribe Ríos A, Castaño Herrera DA, García Ortega AN, Pardo Aluma EE. Morbilidad y mortalidad en pacientes mayores de 60 años. *revista médica universidad de antioquia*. 2011; 24(4)
- Harrison: *Principios de Medicina Interna*. 19 Ed; McGraw-Hill. Bogotá. 2016
- Acosta González D, Rodríguez Fernández Z, Fong Estrada JA, Pagés Gómez O. Caracterización del paciente anciano con hemorragia digestiva alta. *MEDISAN* 2009;13(2). Recuperado a partir de: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_2_09/san01209.htm
- Pino R. HEMORRAGIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS DE URGENCIA EN EL HUN: CORRELACIÓN CLÍNICO- ENDOSCÓPICA. *Revista Facultad de Salud – RFS*. 2010; 2(2): 55-60
- Betancur Jiménez J. Profilaxis de sangrado digestivo. *Rev Colomb Cir*. 2004;19(3):168-173
- Rivera D, Martínez JD, Tovar JR, Garzón MA, Hormasa N, Lizarazo JI et Al. Caracterización de los pacientes con hemorragia de vías digestivas altas no varicosa en un hospital de tercer nivel de Cundinamarca, Colombia. *Rev Col Gastroenterol*. 2013;28(4):278-285
- Almada CA, Panzardi MY, Vallejos Malluguiza AL. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES. *Revista de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina*. 2008; 180
- Lepore GV, LESIONES ENDOSCOPICAS MÁS FRECUENTES EN UN GRUPO DE PACIENTES CON CLINICA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. *Revista de posgrado de la VI cátedra de medicina*. 2006;158: 5-8
- Roesch-Dietlen F, García-Rodríguez V, Rueda-Torre G, Guzmán-Terrones MT, Palmeros-Sarmiento JL, Morfin-Ríos L. Frecuencia y causas de hemorragia del tubo digestivo alto en la ciudad de Veracruz. *Cir Ciruj*. 2002; 70: 3-7
- International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group. Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, Sung J, Hunt RH. et Al. Interna-



- tional Consensus Recommendations on the Management. *Ann Intern Med.* 2010;152:101-113
18. Almera-Notari P, Calvet X. Hemorragia digestiva alta. (Sección II CAPITULO 9). Recuperado a partir de: <http://www.studentconsult.es/bookportal//seccion-ii-estomago/9788475927220/500/684.html>
 19. Blatchford O, Davidson LA, Murray WR, Blatchford M, Pell J. Acute upper gastrointestinal haemorrhage in west of Scotland: case ascertainment study. *BMJ*, 1997;315(7107):510 -514.
 20. Yasuaki Nagami, Kazunari Tominaga, Hirohisa Machida, Masami Nakatani, Natsuhiko Kameda, Satoshi Sugimori, et Al. Usefulness of Non-Magnifying Narrow-Band Imaging in Screening of Early Esophageal Squamous Cell Carcinoma: A Prospective Comparative Study Using Propensity Score Matching. *Am J Gastroenterol.* 2014;109(6): 845–854.
 21. Okada K, Inamori M, Imajyo K, et al. Gender differences of low-dose aspirin-associated gastroduodenal ulcer in Japanese patients. *World J Gastroenterol.* 2010;16: 1896–1900
 22. Chan FK, Sung JJ, Chung SC, To KF, Yung MY, Leung VK. et Al. Randomised trial of eradication of *Helicobacter pylori* before non-steroidal anti-inflammatory drug therapy to prevent peptic ulcers. *the lancet.* 1997;350(9083): 975–979
 23. Zambrano CC, Espejo Romero H. Hemorragia digestiva alta no originada por várices. *Acta Med Per.* 2006;23(3):115-9