



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**“HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN HEMORRAGIA  
DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO  
DE MÉDICO**

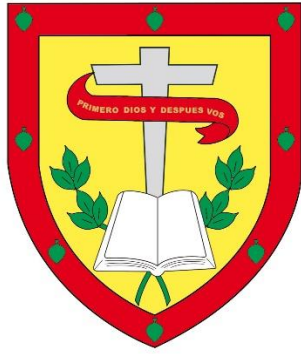
**AUTOR: ESTEFANÍA ALEJANDRA BRITO VALDIVIESO**

**DIRECTOR: DR. ARTURO CARPIO GUERRERO**

**CUENCA - ECUADOR**

**2023**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**“HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN HEMORRAGIA  
DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO  
DE MÉDICO**

**AUTOR: ESTEFANÍA ALEJANDRA BRITO VALDIVIESO**

**DIRECTOR: DR. ARTURO CARPIO GUERRERO**

**CUENCA - ECUADOR**

**2023**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

## DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

**Estefanía Alejandra Brito Valdivieso** portador(a) de la cédula de ciudadanía N.º **0104636659**. Declaro ser el autor de la obra: "**Hallazgos endoscópicos en hemorragia digestiva alta no variceal**", sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **28 de marzo de 2023**


F: 


**Estefanía Alejandra Brito Valdivieso**  
C.I. **0104636659**

### CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "HALLAZGOS ENDOSCOPICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL" realizado por BRITO VALDIVIESO, ESTEFANÍA ALEJANDRA con documento de identidad No. 0104636659, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 28 de marzo de 2023

F:   
Dr. Arturo Carpio Guerrero  
DIRECTOR / TUTOR

Dr. Arturo Carpio Guerrero  
GASTROENTEROLOGO  
1006 - 2019 - 2103898 

**DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a Dios por las bendiciones y dones que ha puesto en mi vida. A ti mi Dios por darme la vida y las oportunidades para llegar aquí.

A mi bisabuela, mi Mama Fanny, que siempre ha sido un motivo de inspiración y lucha para mí.

**AGRADECIMIENTO**

A Dios, por permitirme transitar en este camino, darme la sabiduría y perseverancia necesaria, por darme ángeles que me han acompañado con mucho amor.

A cada una de las personas que, a su manera han sabido apoyarme en este camino, a no rendirme y continuar, de manera especial a mis padres y hermano, Flor, Luis Eduardo y Jonnathan.

A mi tutor de tesis, Dr. Arturo Carpio, por su disposición desde el primer momento.

## RESUMEN

**Antecedentes:** la hemorragia digestiva se conoce como la pérdida de sangre ocasionada por una lesión originada en cualquier sitio del tubo digestivo; se denomina hemorragia digestiva alta cuando está localizada superior al ligamento de Treitz. Pese a los indudables avances en la prevención, diagnóstico y tratamiento, esta problemática sigue siendo relevante, para el personal médico y de enfermería tener información actualizada y de libre acceso.

**Objetivo general:** identificar los hallazgos endoscópicos de la hemorragia digestiva alta no variceal.

**Metodología:** corresponde a una revisión bibliográfica de la literatura científica, en las bases de datos PubMed-Medline, Scielo y Elsevier, desde el año 2015 a 2022. Se presenta evidencia actualizada de los hallazgos endoscópicos más frecuentes en el sangrado digestivo alto no variceal.

**Resultados:** los hallazgos endoscópicos más comunes de HDANV, son la gastritis erosiva 18.38%, úlcera péptica 16.65%, úlcera duodenal 15.63%, úlcera gástrica 13.27%, esofagitis erosiva 8.43%, duodenitis erosiva 7.72%, neoplasia 4.35%, Síndrome de Mallory Weiss 3.04%, angiodisplasia 2.4% enfermedad por reflujo gastroesofágico 1.16%, hernia hiatal 1.45%, endoscopia normal 3.47% y otros (úlceras de Decamerón, gastropatía congestiva, lesión de Dieulafoy, úlcera de erosión de la anastomosis gastroduodenal, falta de endoscopia y lesión no definida) 4.01% .

**Conclusiones:** obtuvo que los hallazgos endoscópicos más frecuentes son: la gastritis, las úlceras, esofagitis, duodenitis, neoplasia, Síndrome de Mallory Weiss, angiodisplasia, enfermedad por reflujo gastroesofágico, hernia hiatal, endoscopia normal y otros (úlceras de Decamerón, gastropatía congestiva, lesión de Dieulafoy, úlcera de erosión de la anastomosis gastroduodenal, falta de endoscopia y lesión no definida).

**Palabras clave:** hemorragia, etiología, endoscopia.

## ABSTRACT

**Background:** Gastrointestinal bleeding is blood loss caused by an injury originating anywhere in the gastrointestinal tract. It is called upper gastrointestinal bleeding when it is located above the ligament of Treitz. Despite the undoubted advances in prevention, diagnosis, and treatment, this problem remains relevant for medical and nursing staff to have updated and freely accessible information.

**General Objective:** To identify endoscopic findings of non-variceal upper gastrointestinal bleeding.

**Methodology:** It corresponds to a literature review of scientific literature, in PubMed-Medline, SciELO, and Elsevier databases, from 2015 to 2022. Updated evidence of the most frequent endoscopic findings in non-variceal upper gastrointestinal bleeding is presented.

**Results:** The most common endoscopic findings of NVUGIB are erosive gastritis (18.38%), peptic ulcer (16.65%), duodenal ulcer (15.63%), gastric ulcer (13.27%), erosive esophagitis (8.43%), erosive duodenitis (7.72%), neoplasia (4.35%), Mallory Weiss syndrome (3.04%), angiodysplasia (2.4%), gastroesophageal reflux disease (1.16%), hiatal hernia (1.45%), normal endoscopy (3.47%), and others —Decameron ulcer, congestive gastropathy, Dieulafoy's lesion, erosion ulcer of gastroduodenal anastomosis, lack of endoscopy, and undefined lesion— (4.01%).

**Conclusions:** It was obtained that the most frequent endoscopic findings are gastritis, ulcers, esophagitis, duodenitis, neoplasia, Mallory Weiss syndrome, angiodysplasia, gastroesophageal reflux disease, hiatal hernia, normal endoscopy, and others (Decameron ulcer, congestive gastropathy, Dieulafoy's lesion, erosion ulcer of the gastroduodenal anastomosis, lack of endoscopy, and undefined lesion).

**Keywords:** hemorrhage, etiology, endoscopy.

## INDICE

<b>CAPITULO I .....</b>	<b>11</b>
INTRODUCCIÓN .....	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	11
PREGUNTA DE INVESTIGACION .....	11
JUSTIFICACIÓN .....	12
<b>CAPITULO II.....</b>	<b>13</b>
OBJETIVOS .....	13
<i>Objetivo general</i> .....	13
<i>Objetivos específicos</i> .....	13
<b>CAPITULO III .....</b>	<b>14</b>
DISEÑO METODOLOGICO .....	14
<i>Selección de estudios</i> .....	14
<i>Tipo de estudio</i> .....	14
<i>Criterios de Inclusión y Exclusión</i> .....	14
Criterios de inclusión .....	14
Criterios de exclusión.....	14
<b>CAPITULO IV .....</b>	<b>15</b>
MARCO TEORICO .....	15
<i>Definición</i> .....	15
Hemorragia digestiva alta no variceal (HDANV) .....	15
<i>Epidemiología</i> .....	15
<i>Etiología</i> .....	16
<i>Diagnostico</i> .....	17
Abordaje inicial .....	17
<i>Métodos diagnósticos</i> .....	18
Endoscopia .....	19
Arteriografía .....	20
Gammagrafía marcada con tecnecio 99 .....	20
<i>Tratamiento</i> .....	20
Terapia farmacológica.....	21
Terapia endoscópica .....	22
Tratamiento angiográfico .....	24

Intervención quirúrgica .....	24
Prevención .....	25
<b>CAPITULO V .....</b>	<b>28</b>
RESULTADOS .....	28
DISCUSION.....	36
CONCLUSION .....	39
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>40</b>

## **ANEXOS**

Tabla 1 Escala Glasgow Blatchford .....	17
Tabla 2 Factores de riesgo para sangrado gastrointestinal .....	19
Tabla 3 Opciones quirúrgicas.....	25
Tabla 4 Edad más frecuente en hemorragia digestiva alta no variceal .....	29
Tabla 5 HDANV según el sexo.....	31
Tabla 6 Hallazgos endoscópicos en HDANV .....	34
Gráfico 1 Sexo predominante en la HDANV .....	32
Gráfico 2 Hallazgos endoscópicos más frecuentes en HDANV .....	35

## CAPITULO I

### INTRODUCCIÓN

Es definida como la pérdida de sangre producida por una lesión originada en cualquier nivel del tracto digestivo. Se clasifica, según su ubicación, en hemorragia digestiva alta (HDA), localizada superior al ligamento de Treitz, y hemorragia digestiva baja (HDB) después del ángulo de Treitz; algunos autores diferencian en la HDB, a la hemorragia digestiva media (HDM), entre el ángulo de Treitz y la válvula ileocecal, y una HDB propiamente dicha entre la válvula ileocecal y el ano. La hemorragia gastrointestinal es una causa frecuente de morbimortalidad, presentando una incidencia anual de 40 a 150 mil casos cada 100000 mil habitantes (1–3).

El sangrado gastrointestinal superior es una condición médica frecuente provocada por diferentes causas y presentaciones. La presentación clínica más común son las melenas o hematemesis. Se clasifica en hemorragia digestiva alta variceal (HDAV), asociada a cirrosis, hipertensión portal y enfermedades crónicas del hígado, y no variceal (HDANV), causado generalmente por úlceras pépticas y la infección por *Helicobacter pylori* (2,4).

A nivel nacional, no se han encontrado estudios actualizados en los últimos cinco años que describan los hallazgos endoscópicos en sangrado digestivo alto no varicoso. Por esta razón, el presente trabajo traza como su principal objetivo explicar las mismas, para que a futuro se puedan realizar trabajos orientados en determinar su tratamiento, prevención, factores de riesgo asociados, etc. en beneficio principalmente de los pacientes.

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El sangrado digestivo alto es una enfermedad frecuente alrededor del mundo entero, presentando una incidencia alrededor de 40-150 casos por 100000 habitantes. Es una de las razones principales de visita a Emergencia y de estancia hospitalaria, asociado a una importante causa de morbimortalidad de origen gastrointestinal, especialmente en personas de edad avanzada (1).

La mortalidad por sangrado digestivo alto reporta un 5-12%, pero, estudios actualizados apuntan a que la mortalidad intrahospitalaria ha descendido, y lo atribuyen a los avances médicos y endoscópicos en los últimos tiempos (1).

### PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los hallazgos endoscópicos en hemorragia digestiva alta no variceal?

## **JUSTIFICACIÓN**

Este estudio surge por la importancia del reconocimiento de la causa de la hemorragia digestiva alta no variceal, donde se expondrán sus hallazgos endoscópicos más frecuentes.

La hemorragia digestiva alta no variceal, al ser un problema de salud que afecta a distintos grupos etarios, especialmente a la edad avanzada, por las comorbilidades acompañantes, aumentando la morbimortalidad. Pese a los indudables avances en la prevención, diagnóstico y tratamiento, esta problemática sigue siendo relevante, por lo que es fundamental para el personal médico y de enfermería tener información actualizada y de libre acceso.

Esta investigación se encontrará disponible en la base de datos del repositorio de la Universidad Católica de Cuenca, donde se podrá acceder a la información beneficiando principalmente a personal sanitario.

## CAPITULO II

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivo general**

Identificar los hallazgos endoscópicos de la hemorragia digestiva alta no variceal.

#### **Objetivos específicos**

1. Establecer las causas de hemorragia digestiva alta no variceal.
2. Determinar la edad más frecuente para la aparición de hemorragia digestiva alta no variceal.
3. Identificar el sexo de mayor prevalencia para la hemorragia digestiva alta no variceal.

## CAPITULO III

### DISEÑO METODOLOGICO

#### Selección de estudios

Según el método PRISMA se evaluaron distintas fuentes de información obtenida, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, para que se lleven a cabo los objetivos planteados para la revisión bibliográfica.

#### Tipo de estudio

Revisión bibliográfica de tipo documental y descriptivo.

#### Criterios de Inclusión y Exclusión

##### Criterios de inclusión

**Población:** se incluirán estudios con pacientes diagnosticados con sangrado digestivo alto no varicoso.

**Tiempo de publicación:** artículos desde el año 2015 - 2022.

**Idioma:** se incluirá bibliografía en los idiomas inglés, español y portugués.

**Tipos de publicación:** se incluirán artículos científicos, metaanálisis y revisiones bibliográficas.

##### Criterios de exclusión

**Tipos de publicación:** Se excluirán cartas, editoriales y tesis de pregrado.

#### Adquisición de la evidencia

##### Búsqueda bibliográfica

Se revisó literatura científica sobre esta condición, en las bases de datos PubMed, Medline, Scielo, Elsevier, desde el año 2015 a 2022, presentándose evidencia actual de los hallazgos endoscópicos más frecuentes en el sangrado digestivo alto no varicoso.

## CAPITULO IV

### MARCO TEORICO

#### Definición

#### **Hemorragia digestiva alta no variceal (HDANV)**

Es provocada por la discontinuidad de la barrera a nivel de la mucosa, exponiendo la submucosa a daños por el ácido y la pepsina presente en la luz gastrointestinal, esta se asocia principalmente a la infección por *Helicobacter pylori* y el uso indiscriminado de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) (5).

#### Epidemiología

En los últimos 20 años, según estudios, se ha podido demostrar que existe una disminución de incidencia de HDA (2).

En Estados Unidos aproximadamente existen 350000 ingresos hospitalarios por hemorragia digestiva alta por año. La incidencia hospitalaria aumenta según incrementa la edad y se ha evidenciado que es más común en hombres que en mujeres. Las tres principales causas de sangrado digestivo alto son la úlcera péptica, las varices esofágicas y la esofagitis erosiva. En cuanto a la HDANV, la causa más común es la úlcera péptica gastroduodenal, seguido por erosiones gastroduodenales, esofagitis, lesiones vasculares como la lesión de Dieulafoy y las ectasias vasculares como la angiodisplasia y las menos frecuentes, las lesiones neoplásicas (2,4).

En España disminuyó la incidencia de complicaciones de 87/100000 a 47/100000 desde el año de 1996 a 2005. Al estratificar estas cifras por causas variceales y no variceales las cifras son similares (6).

Según Pinto, en el periodo 2015-2017 en el Ministerio de Salud de Chile, existe un registro de 8000 egresos hospitalarios al año por HDA, Páez et al, indica un 8.8% de mortalidad anual por HDANV con corte al año 2010 (1).

En Ecuador, la HDA también consta como una de las enfermedades más frecuentes en el departamento de Gastroenterología y Emergencias. Existe un gran progreso de esta especialidad, por lo que se esperaría una disminución de la incidencia de esta patología y un mejor pronóstico, pero factores como la edad avanzada, las comorbilidades y la limitación de los recursos no han contribuido a un descenso significativo (7).

En países subdesarrollados o en zonas, rurales en donde existe un acceso limitado a la endoscopia, las cifras se han mantenido o han presentado un ligero cambio por el consumo de inhibidores de bomba de protones y la erradicación de *Helicobacter pylori* (2).

### **Etiología**

Las úlceras son erosiones de la mucosa que se extienden por la *muscularis mucosae*, hacia capas más profundas de la pared del tracto digestivo, produciendo lesión tisular. Son la forma más común de HDANV, representando del 31 al 67% de todas las HDA, que, a nivel mundial, presentan un incremento por el consumo de medicamentos. Según estudios realizados en Zaragoza, se ha observado que existen úlceras pépticas de origen idiopático, sin estar relacionadas al consumo de AINES ni a la infección por *Helicobacter pylori*, representando en Corea del Sur el 23,5%, en Hong Kong el 13,8 al 18% y en el resto de Asia del 10 al 30% (5,6)

Existe una importante disminución de casos por úlceras pépticas a los que se le atribuye el uso de inhibidores de la bomba de protones y el tratamiento efectivo del *Helicobacter pylori*, especialmente en los países en desarrollo, gracias a su oportuna detección (5,6).

Otras causas menos frecuentes son: esofagitis, que se define como la disrupción de la mucosa esofágica, su origen es multifactorial, como: químico, infeccioso, inmunológico y traumático; la gastritis, es un término histológico que se refiere a la presencia de infiltrado inflamatorio en la mucosa gástrica; y la duodenitis, resulta de un exceso de ácido gástrico en relación con el bicarbonato en el duodeno proximal, más a menudo como resultado de una infección gástrica por *Helicobacter pylori*; el síndrome de Mallory-Weiss es ocasionado por desgarros longitudinales de la mucosa del esófago en la unión del cardias, por vómitos a repetición como el caso de la bulimia, hernia hiatal, y al uso de ciertos fármacos como los salicilatos (5,6,8,9).

Del 2 al 8% de las causas vasculares de HDANV incluyen la angiodisplasia, es una malformación arteriovenosa de etiología desconocida que consiste en vasos pequeños, anormales, dilatados y tortuosos, con paredes delgadas y un diámetro menor a 10 mm dentro de la capa mucosa y submucosa gástrica o intestinal; la Lesión de Dieulafoy, que radica en la presencia de una arteriola de diámetro anormal y tortuosa que penetra en la submucosa; y la ectasia vascular antral gástrica o (GAVE), ocurren predominantemente en el antro gástrico, que puede estar relacionado con la contracción muscular más

vigorosa del antro, predisponente a la obstrucción venosa. Las causas neoplásicas del tracto digestivo superior pueden llevar a un sangrado digestivo alto por las erosiones superficiales que estas provocan o por la invasión de la vasculatura (5,10–12).

## **Diagnostico**

### **Abordaje inicial**

El paso inicial es identificar si existen signos de inestabilidad hemodinámica o choque: se deben monitorizar los signos vitales, examen físico, y se debe incluir un tacto rectal, es primordial obtener de una manera correcta la información para poder decidir de manera temprana su manejo (13,14).

Es importante asegurar dos vías venosas periféricas y de grueso calibre, en el caso de presentar alteración hemodinámica. En cuanto a la fluidoterapia se recomienda soluciones cristaloides, con la finalidad de mantener una presión sistólica superior a 100 mmHg y una diuresis mayor a 30 ml/hora. Durante este proceso se realizará una analítica completa y determinación de pruebas cruzadas (14).

Se recomienda la transfusión sanguínea cuando la hemoglobina sea menos a 7g/dl en pacientes con un riesgo bajo de resangrado, y 8g/dl en personas que presenten factores de riesgo cardiovasculares como cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, o riesgos pulmonares como EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), o pacientes que presenten un sangrado activo (14).

Para poder clasificar el riesgo de manera oportuna una de las escalas más utilizadas es la de Glasgow Blatchford (GBS) (tabla 1), entre 0-23 puntos, por lo que se toma en cuenta el pulso, presión arterial sistólica, nivel de hemoglobina, nitrógeno ureico en sangre, y la presentación clínica como melena o síncope, acompañado de enfermedades de base como patología hepática e insuficiencia cardiaca. Una puntuación de la GBS menor a 1 puede ser alta hospitalaria, incluso sin realizar endoscopia, mientras que puntuaciones entre 10 y 12 se relacionan con un mal pronóstico. Otros autores simplifican como menor a 6 puntos bajo riesgo y mayor de 6 alto riesgo (14).

*Tabla 1 Escala Glasgow Blatchford*

<b>Valor</b>	<b>Puntos</b>
Urea sanguínea (mmol/L)	

>6.5 < 8.0	2
> 8.0 < 10.0	3
>10.0 <25.0	4
>25.0	6
<b>Nivel hemoglobina g/dl para hombres</b>	
>12 <13	1
>10 <12	3
<10	6
<b>Presión arterial sistólica mm/Hg</b>	
100-109	1
90-99	2
<90	3
<b>Otros marcadores</b>	
Pulso > 100	1
Melena	1
Sincope	2
Enfermedad hepática	2
Falla cardiaca	2

Fuente: Guzmán JD, Dávila ES, Palomeque WF. Tratamiento del sangrado digestivo alto Upper digestive tract bleeding treatment. 2018. 17(2):95-104.

### Métodos diagnósticos

Se realiza sobre la base de lo antes mencionado, sumado a ello exámenes complementarios como laboratorio, en el cual vamos a observar la hemoglobina, el hematocrito, pero sin dejar de analizar que si la hemorragia es aguda estos valores pueden estar dentro de parámetros normales. La realización de una analítica con hemograma, coagulación y bioquímica es fundamental para la valoración inicial. La urea elevada con creatinina normal puede orientar a que el origen de la hemorragia sea digestivo, aunque este valor no puede ser utilizado como método diagnóstico. Entre los métodos diagnósticos encontramos: (12,13).

La historia clínica y el examen físico nos pueden orientar a la etiología del sangrado, de ahí la importancia de realizarla de manera correcta y oportuna (3).

## Endoscopia

La endoscopia es el estándar de oro para diagnosticar y tratar la HDANV. Lo ideal es realizarla dentro de las primeras 24 horas, luego de la estabilización hemodinámica del paciente. La endoscopia precoz (antes de las 12 horas) se considera en pacientes con características clínicas de alto riesgo (GBS de 10 a 12 puntos), ya que disminuye la necesidad de transfusiones sanguíneas, hospitalizaciones y manejo quirúrgico. Algo fundamental es saber identificar a los pacientes que vayan a presentar un riesgo de resangrado (tabla 2), los factores de riesgo que se pueden presentar, son: inestabilidad hemodinámica, úlceras de más de 2 centímetros, úlceras en la curvatura mayor del estómago y/o duodeno, hemoglobina menor de 10 g/dL y la necesidad de transfusión sanguínea, y, en el caso de que se presente una úlcera péptica, el factor de riesgo que debemos observar en ella, será su aspecto en el momento de realizar la endoscopia. En casos especiales en situación de inestabilidad hemodinámica, debe considerarse una endoscopia de manera inmediata, por ejemplo, en shock refractario. (4,13–15).

Tabla 2 Factores de riesgo para sangrado gastrointestinal

<b>Factores de riesgo</b>
<p><b>Medicamentos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El uso de AINES aumenta en cuatro veces el riesgo de desarrollar HDANV, mientras que el uso de LDA (<i>low dose of aspirine</i>), duplica el riesgo y aumenta según la dosis.</li> <li>• El riesgo con diferentes tipos de AINES es distinto, en fármacos con vida media-larga y liberación lenta presenta mayor riesgo.</li> <li>• Los Antagonistas selectivos de COX2 se han asociado con un menor riesgo de HDANV.</li> <li>• Los anticoagulantes y agentes antiplaquetarios diferentes a la aspirina (como el clopidogrel) aumentan el riesgo de HDANV.</li> </ul>
<p><b>Comorbilidades gastrointestinales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La erradicación del <i>Helicobacter pylori</i> antes del uso de AINES reduce en un 2,8 el riesgo de presentar úlcera péptica y 6,4 veces el riesgo de hemorragia por la presencia de úlcera.</li> </ul>

- El riesgo más importante para sangrado digestivo alto es presentar un antecedente de una complicación por úlcera péptica, especialmente en pacientes que utilizan AINES o LDA.
- Presentar un historial de úlceras sin complicaciones, incrementa el riesgo de presentar complicaciones futuras, la erradicación del *Helicobacter pylori* no reduce al 100% el riesgo en pacientes tratados con AINES/LDA.
- El antecedente de dispepsia puede ser un marcador de presentar úlcera péptica y aumentar el riesgo de presentar HDANV.

#### **Otras comorbilidades**

- El riesgo de hemorragias incrementa con la edad, >75 años se considera como alto riesgo.
- La prevalencia de hemorragia gastrointestinal aumenta en pacientes con artritis reumatoidea mayor que en la osteoartritis.
- El riesgo de presentar HDANV aumenta según el número de comorbilidades.

Fuente: Lanas A, Dumonceau JM, Hunt RH, Fujishiro M, Scheiman JM, Gralnek IM, et al. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Nat Rev Dis Primer.* 2018;4:18020.

#### **Arteriografía**

Su uso se limita para los pacientes con un sangrado digestivo alto persistente en el que no se puede localizar su origen, ya sea por endoscopia y colonoscopia. Mediante la arteriografía podemos detectar una extravasación mayor a 0.5ml/min. Al igual que la gastroscopía, tiene la opción de ser diagnóstica y terapéutica. Las complicaciones más frecuentes que se puede presentar esta la embolización e isquemia intestinal (13).

#### **Gammagrafía marcada con tecnecio 99**

Método en el cual se usa hematíes marcados con tecnecio 99, la acumulación del radioisótopo en el lugar del sangrado es detectado con el contador gamma. Se puede diagnosticar presencia de sangre con una extravasación mayor a 0.1 ml/min. Presenta una capacidad de diagnóstico que va del 50,0-70,0%. Se usa en casos especiales en las que no tenemos un origen claro del sangrado digestivo (13).

#### **Tratamiento**

La reanimación debe ser al mismo tiempo que la valoración inicial, sobre todo en los pacientes que presenten inestabilidad hemodinámica, el fluido de elección en *shock* gastrointestinal son los hemocomponentes por lo que se deberá realizar las gestiones

necesarias para poder tenerlos al alcance; sin embargo, si no se cuenta con estos recursos, se debe iniciar con cristaloides en cantidades de 500 a 1000 mililitros en bolo, con la finalidad de mantener una presión arterial sistólica mayor de 100 mmHg y una frecuencia cardiaca menor a 100 latidos/min. Se administran concentrado de glóbulos rojos, plaquetas y plasma fresco congelado, para mantener valores de hemoglobina superiores de 7g/L, plaquetas por encima de 50 000 mm<sup>3</sup>, y un tiempo de protrombina menor de 15 segundos (6,16,17).

### **Terapia farmacológica**

La terapia farmacológica debe iniciar con el uso de inhibidores de la bomba de protones en la sala de urgencias, ya que disminuye la posibilidad de recurrencia de sangrado e incrementa el éxito endoscópico (18) .

Se debe elevar el pH gástrico sobre 6,8 el mismo que se necesita para la formación de un coagulo sanguíneo, al favorecer la agregación plaquetaria y la formación de fibrina. El pH menor a 5,4 inhibe la agregación plaquetaria, por lo tanto, aumenta la posibilidad de resangrado en el caso de la úlcera péptica (18).

Los antagonistas de los receptores H<sub>2</sub> tienen la capacidad de elevar el pH de una manera intensa, pero se genera una tolerancia, por lo que el pH gástrico vuelve a su valor normal de 3 a 5 dentro de las 24 horas siguientes a su administración. La administración de 40 mg de omeprazol dos veces al día (BID) por cinco días disminuye la tasa de resangrado. También, la colocación de omeprazol en bolo inicial de 80 mg, seguido de una infusión de 8mg/h durante 72 horas, se puede asociar a una disminución del resangrado, la tasa de fallecidos, la necesidad de un tratamiento quirúrgico, de transfusiones sanguíneas y mejora los resultados de la terapia endoscópica (18).

Diversos estudios en el mundo han demostrado la efectividad de altas dosis de inhibidores de la bomba de protones por vía endovenosa antes y después de la terapia endoscópica (18) .

Un metaanálisis sugiere que la administración de somatostatina y octeótride disminuye el resangrado en los pacientes con úlcera péptica, comparado con el placebo o los antagonistas de los receptores H<sub>2</sub>; el mecanismo de acción de estos medicamentos disminuye el flujo sanguíneo esplácnico y en la mucosa gastroduodenal, reducen la motilidad gastrointestinal, inhiben la secreción ácida gástrica y de la de pepsina y

aumentan los efectos citoprotectores de la mucosa gástrica. La somatostatina y sus análogos, no están indicados de manera rutinaria, como indica Guzmán y sus colaboradores, ya que no existe evidencia científica sobre su eficacia (13,18).

### **Terapia endoscópica**

La terapia endoscópica se clasifica en:

1. **Terapia por inyección:** La inyección de soluciones alrededor del vaso sangrante, e incluso dentro del mismo vaso. El primer mecanismo es compresivo y luego vasoconstrictor, esclerosante o favorecedor de la trombosis del vaso (13,18).  
La más común y, aparentemente, más efectiva es la inyección de epinefrina. Su administración aumenta hasta 5 veces sus niveles plasmáticos, pero rara vez produce eventos cardiovasculares.
  - a. Epinefrina en dilución 1:10000 o 1:20000 donde se inyecta en los cuatro cuadrantes de la úlcera. El mecanismo principal por el que se logra hemostasia es por el efecto de taponamiento por el volumen de la inyección, y en menor efecto por la vasoconstricción del medicamento, la asociación con otra modalidad de tratamiento, como es la sonda térmica, y métodos mecánicos aumentan su eficacia, por lo que la tasa de recurrencia del sangrado, la mortalidad y la necesidad de cirugía disminuyen (18,19).
  - b. Etanol.
  - c. Etanolamina.
  - d. Polidocanol.
  - e. Adhesivos tisulares (trombina, fibrina, pegamento de cianocrilato) generan un sello primario.
2. **Terapia térmica:** (18)
  - a. Por contacto: sonda térmica (genera calor directamente), electrocoagulación bipolar (genera calor por el paso indirecto de una corriente a través de los tejidos).
  - b. No contacto: coagulación con plasma argón (genera calor que lleva a edema, coagulación de las proteínas tisulares, vasoconstricción y activación indirecta de la cascada de coagulación).

- c. Combinadas: coagulación coactiva (sonda térmica más electrocoagulación multipolar/bipolar).
- 3. **Terapia mecánica:** compresión del sitio de la hemorragia (18).
  - a. Clips.
  - b. Ligadura con bandas.
- 4. **Terapia tópica:** tiene como ventaja que no es necesario conocer el sitio exacto de la lesión, se aplica sobre grandes superficies y de difícil acceso.
  - a. TC-325 (concentra los factores de la coagulación, formando un coágulo en el sitio del sangrado) (18).
  - b. EndoClot (adsorbe el agua del suero y concentra las plaquetas, los eritrocitos y las proteínas de la coagulación, acelerando la cascada de la coagulación en el sitio de la lesión) (18).
  - c. Ankaferd Blood Stopper (promueve la formación de una malla de proteína, que sirve de sostén a los eritrocitos agregados con una alteración significativa de los factores de la coagulación y de las plaquetas y su liberación a nivel del sitio de la hemorragia, hasta que el coágulo adherente se forme) (18).

Recientemente se han desarrollado polvos hemostáticos mediante endoscópica y, según se informa, tienen excelentes tasas hemostáticas inmediatas (93 %–98 %) en pacientes con HDA. Tienen la ventaja de ser fáciles de usar porque la aplicación no requiere una pulverización precisa en los sitios de sangrado, los que con frecuencia son difíciles de visualizar en la endoscopia. Por estas razones, los médicos sin experiencia pueden utilizar polvos hemostáticos en casos de emergencia. Están compuestos por un polímero natural biocompatible producido por un aldehído dextrano y ácido succínico modificado que se convierte en hidrogel adhesivo en presencia de agua (20).

La reacción entre UI-EWD (Endoscopic Wound Dressing) y el agua conduce a la formación de una base de enlaces cruzados dentro del hidrogel y entre éste y los tejidos. IU-EWD puede administrarse en lugares sangrantes sin que el catéter se obstruya. Se ha demostrado que logra altas tasas de hemostasia inmediata y bajo riesgo de resangrado en pacientes con HDA refractaria a procedimientos endoscópicos convencionales (20).

### **Tratamiento angiográfico**

También utilizado como método diagnóstico, se realiza después de dos intentos fallidos de hemostasia por endoscopia, presenta mejores resultados que el tratamiento quirúrgico en relación a la recurrencia y la mortalidad. Es capaz de detectar lesiones con pérdidas de hasta 0,5 ml/min con 100% de especificidad, y está indicada en sangrados no variceales que pueden ser susceptibles de tratamiento con vasopresina o embolización selectiva. En aquellos centros que no dispongan de radiología intervencionista, se puede optar por el tratamiento quirúrgico o el traslado del paciente a un centro que disponga de servicio especializado de radiología intervencionista. Si falla la endoscopia, dar paso a la embolización arterial y si fracasa, finalmente acudir al tratamiento quirúrgico (17,18,21).

La cateterización arterial se realiza con la técnica de Sedlinger, ingresando por vía femoral y estudiando en forma sucesiva la mesentérica inferior, superior y el tronco celíaco. Es necesario que el método sea efectuado por profesionales en cateterismo y tratamiento vasculares en patología digestiva para lograr los mejores resultados y menores complicaciones (22).

La arteriografía puede evidenciar, por la extravasación del contraste, el sitio del sangrado; evidenciar signos radiológicos de la lesión causal; y, por último, realizar la hemostasia por embolización (22).

La efectividad del método depende en gran medida del momento en que se realiza. El estudio puede ser negativo por vasoespasmo, falta de una adecuada cantidad de contraste o porque el enfermo no sangra en el momento del estudio. Cuando el estudio es negativo se puede recurrir a “técnicas provocativas” que tienen como finalidad facilitar el sangrado, como la administración de heparina, papaverina o nitroglicerina. Esta técnica puede ser útil para llegar al diagnóstico, pero pueden agravar la hemorragia. De ahí, la importancia de contar con la posibilidad de realizar una embolización (22).

### **Intervención quirúrgica**

Se recomienda en los pacientes que presentan una hemorragia abundante y que no se puede estabilizar con tratamiento médico o cuando el endoscopista no se siente seguro del tratamiento sobre un vaso visible pulsátil, una rama de la arteria gastroduodenal que se encuentre en la pared posterior del duodeno o si se encuentra una masa maligna

sangrante ulcerada durante la endoscopia. Existen diferentes opciones quirúrgicas según el hallazgo, las mismas que se describen en la Tabla 3 (18).

*Tabla 3 Opciones quirúrgicas*

<b>Enfermedad</b>	<b>Método quirúrgico</b>
<b>Úlcera péptica</b>	Sobresutura. Ligadura en tres puntos en la arteria gastroduodenal. Vagotomía y piloroplastia. Vagotomía y antrectomía. Vagotomía altamente selectiva.
<b>Desgarro de Mallory Weiss</b>	Sobresutura. Resección en cuña.
<b>Lesión de Dieulafoy</b>	Sobresutura. Resección en cuña.
<b>Cáncer gástrico</b>	Gastrectomía distal. Gastrectomía total. Linfadenectomía D 2.

Fuente: Cobiellas-Rodríguez R, López-Milián C, López-Morales N. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia digestiva alta. Rev Electrónica Dr Zoilo E Mar Vidaurreta [Internet]. 2018 [citado 26 de septiembre de 2022];43(3). Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1290>

## **Prevención**

La hemostasia por medio de endoscopia es eficaz en la prevención de sangrados persistentes o frecuentes en úlceras con sangrado activo (Forrest Ia y Ib), así como en úlceras con un vaso visible que no sangra (Forrest IIa), se encontró una ventaja de la hemostasia por endoscopia en conjunto con el tratamiento con IBP sobre la terapia únicamente con IBP para prevenir el sangrando de manera repetida y la necesidad de optar por un método quirúrgico en pacientes que presenten úlceras Forrest IIa y IIb (23,24).

En pacientes con úlceras asociadas a la aspirina, debe ser descontinuada si se usa para la prevención primaria pero reanudado dentro de 3 a 7 días junto con IBP diario si se usa para prevención secundaria. Existe evidencia que indica que la erradicación del *Helicobacter pylori* no es suficiente para prevenir el resangrado las úlceras en esta población, aunque sí en disminuir las tasas de aparición del mismo (3,25).

Estratificación del riesgo: La prevención de eventos hemorrágicos es la mejor manera de encontrar un enfoque clínico en HDANV. Un médico cuidadoso realizará la historia clínica, el examen físico y solicitará exámenes de laboratorio necesarios para reconocer los factores de riesgo, comorbilidades para poder escoger una estrategia de prevención, que debe equilibrar los beneficios y riesgos de las medidas preventivas. Para evaluar la efectividad de los distintos manejos preventivos debemos recordar que el objetivo principal es acrecentar la supervivencia y no solo prevenir el sangrado (4,26).

En los pacientes con hemorragia por úlcera previa que requieren profilaxis cardiovascular, se debe reconocer que el Clopidogrel como monoterapia presenta mayor probabilidad de resangrado que ASA en conjunto con un IBP. Los antibióticos no están indicados como medida preventiva en el contexto de HDANV. La profilaxis para sangrado gastrointestinal superior, EMR (resección mucosa endoscópica) o ESD (resección submucosa endoscópica), las opciones incluyen el uso de MHF (fórceps hemostático monopolar) para tratar vasos visibles o el cierre del defecto con clips o endosutura. Es importante que la embolización arterial transcater profiláctica no se recomienda en úlceras de alto riesgo, luego de una terapia endoscópica (8,27).

Se encontró que UI-EWD tiene una alta tasa de éxito de hemostasia inmediata en NVUGIB cuando se usa como monoterapia y mostró resultados prometedores en términos de prevención de nuevas hemorragias (28).

Un enfoque multidisciplinario para la evaluación inicial del paciente y hemodinámica la reanimación previa al tratamiento endoscópico es fundamental para el correcto manejo, prevención de resangrado, y reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad y de las estancias hospitalarias. La inyección endoscópica se usa ampliamente para detener el sangrado de úlceras activas y para prevenir el resangrado de úlceras con vasos visibles. La monoterapia con epinefrina no es tan eficaz como otras monoterapias o terapia combinada que utiliza dos o más métodos para prevenir más sangrado en pacientes con alto riesgo (29,30).

Sin duda, el mejor tratamiento es la profilaxis. En los pacientes candidatos a recibir AINES se debe evitar su uso indiscriminado y la asociación con corticoides, y

principalmente debe evitarse su uso en pacientes con historial de sangrado ulceroso, o con elementos sugestivos de actividad ulcerosa reciente (31).

## CAPITULO V

### RESULTADOS

El sangrado digestivo alto de origen no varicoso se presenta en cualquier grupo etario, con predominio a la edad avanzada (tabla 4).

La proporción por sexo se presenta mayormente en el sexo masculino (tabla 5).

Los hallazgos endoscópicos más comunes de HDANV, son la gastritis erosiva 18.38%, úlcera péptica 16.65%, úlcera duodenal 15.63%, úlcera gástrica 13.27%, esofagitis erosiva 8.43%, duodenitis erosiva 7.72%, neoplasia 4.35%, Síndrome de Mallory Weiss 3.04%, angiodisplasia 2.4% enfermedad por reflujo gastroesofágico 1.16%, hernia hiatal 1.45%, endoscopia normal 3.47% y otros (úlcera de Decamerón, gastropatía congestiva, lesión de Dieulafoy, úlcera de erosión de la anastomosis gastroduodenal, falta de endoscopia y lesión no definida) 4.01% (tabla 8).

Tabla 4 Edad más frecuente en hemorragia digestiva alta no variceal

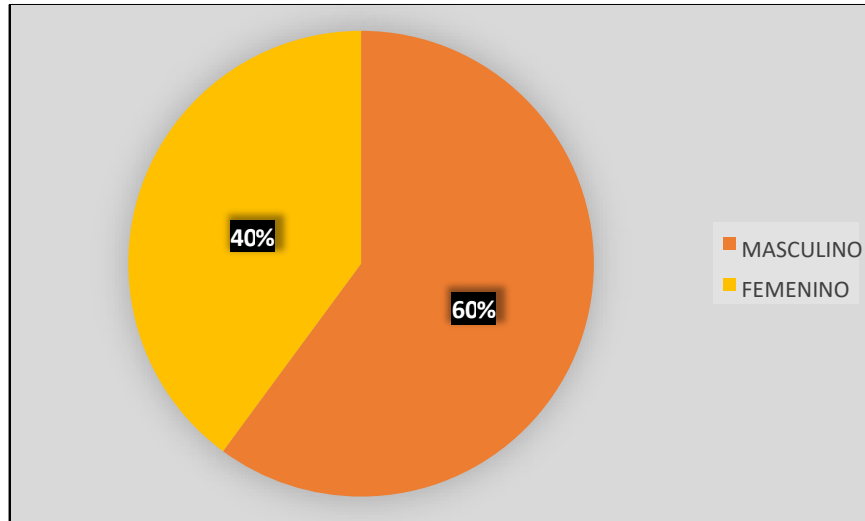
AUTOR	AÑO	DISEÑO	PARTICIPANTES	RESULTADOS	EDAD MINIMA	EDAD MAXIMA	PROMEDIO	PROMEDIO DE EDAD
<b>Omaña Contreras R (32)</b>	2017	Estudio multicéntrico prospectivo, transversal, analítico.	198	40 a 79	40	79	60	63
<b>Jiménez Cesar (15)</b>	2019	Estudio retrospectivo y descriptivo.	10	40 a 82	40	82	61	
<b>Marcacuzco Henry et al (33)</b>	2021	Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo.	4320	70			70	
<b>Forgerini M. et al (34)</b>	2020	Estudio prospectivo.	178	18 a 93	18	93	56	
<b>Lakatos Laszlo (6)</b>	2021	Estudio prospectivo.	688	16 a 91	16	91	54	
<b>Chang Calixto, et al (26)</b>	2019	Estudio de tipo prospectivo, observacional.	218	56			56	
<b>Ramírez José et al (16)</b>	2015	Estudio observacional retrospectivo.	60	18 a 91	18	91	55	

<b>Meier et al</b> (27)	2022	Estudio prospectivo, aleatorizado, controlado y multicéntrico.	100	78			78	
<b>Torres Daniel et al</b> (28)	2019	Estudio de corte transversal.	138	59 a 76	59	76	68	
<b>Daniela Falcão et al</b> (29)	2021	Estudio retrospectivo observacional	522	71			71	

Tabla 5 HDANV según el sexo

AUTOR	AÑO	DISEÑO	PARTICIPANTES	RESULTADOS	
				MASCULINO	FEMENINO
<b>Omaña Contreras R</b> (32)	2017	Estudio multicéntrico prospectivo, transversal, analítico.	198	54%	46%
<b>Pinto et al</b> (1)	2020	Análisis observacional retrospectivo.	180	62,30%	37,70%
<b>Pereira C</b> (25)	2019	Estudio observacional retrospectivo.	168	51%	49%
<b>Jiménez Cesar</b> (15)	2019	Estudio retrospectivo y descriptivo.	10	50%	50%
<b>Orozco Lucas et al</b> (35)	2018	Estudio descriptivo.	25	60%	40%
<b>Marcacuzco Henry et al</b> (33)	2021	Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo.	4320	58,80%	41,20%
<b>Forgerini M. et al</b> (34)	2020	Estudio prospectivo.	178	72,8%	27,20%
<b>Mohammadi Ali</b> (36)	2019	Estudio retrospectivo.	1293	64,50%	35,60%
<b>Lakatos Laszlo</b> (6)	2021	Estudio prospectivo.	688	61,30%	38,70%
<b>Chang Calixto, et al</b> (26)	2019	Estudio de tipo prospectivo, observacional	218	55%	45%
<b>Ramírez José et al</b> (16)	2015	Estudio observacional retrospectivo	60	61,60%	38,40%
<b>Meier et al</b> (27)	2022	Estudio prospectivo, aleatorizado, controlado y multicéntrico	100	70%	30%

Gráfico 1 Sexo predominante en la HDANV



Autor	Año	Diseño	Participantes	Resultados												
				Gastritis erosiva	Úlcera gástrica	Úlcera duodenal	Úlcera péptica	Duodenitis erosiva	Esofagitis erosiva	Neoplasia	Síndrome de Mallory Weiss	Angiodisplasia	Enfermedad por reflujo gastroesofágico	Hernia hiatal	Endoscopia normal	Otros
Omaña Contreras R(32)	2017	Estudio multicéntrico prospectivo, transversal, analítico.	178	5.05%	16.84%	13%		13.48%	2.80%					16%	15.16%	17.41%
Pinto et al (1)	2020	Análisis observacional retrospectivo.	180				50%	11%	10%	5%	4%	2%			2%	16%
Pereira C. (8)	2019	Estudio observacional retrospectivo.	112	38%	16%	16%		24%	6%							
Jiménez Cesar (10)	2019	Estudio retrospectivo y descriptivo.	8	75%						25%						
Marcacuzco Henry et al (33)	2021	Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo.	14	19.80%			43.20%		8.90%	6%	7.90%	14%				
Forgerini M. et al (34)	2020	Estudio prospectivo.	178	10.00%			90.00%									
Lakatos Laslo (6)	2021	Estudio prospectivo.	688	11.30%	25%	21.90%				6.80%	12%	5.40%	12.80%			4.70%
Chang Calixto et al (26)	2019	Estudio de tipo prospectivo, observacional.	218	5%	26%	57%				5%	5%	2%				

Ramírez José et al (16)	2015	Estudio observacional retrospectivo.	57	10%	19%	28%		7%	12%			3%			21%	
Kiyoaki et al (37)	2020	Estudio retrospectivo.	36	28%	25%	25%		8%	8%							6%
Torres Daniel et al (28)	2019	Estudio de corte transversal.	154		18.18%	11.04%		21.43%	45%		4.55%					
<b>Promedio</b>				<b>18.38%</b>	<b>13.27%</b>	<b>15.63%</b>	<b>16.65%</b>	<b>7.72%</b>	<b>8.43%</b>	<b>4.35%</b>	<b>3.04%</b>	<b>2.40%</b>	<b>1.16%</b>	<b>1.45%</b>	<b>3.47%</b>	<b>4.01%</b>

*Tabla 6 Hallazgos endoscópicos en HDANV*

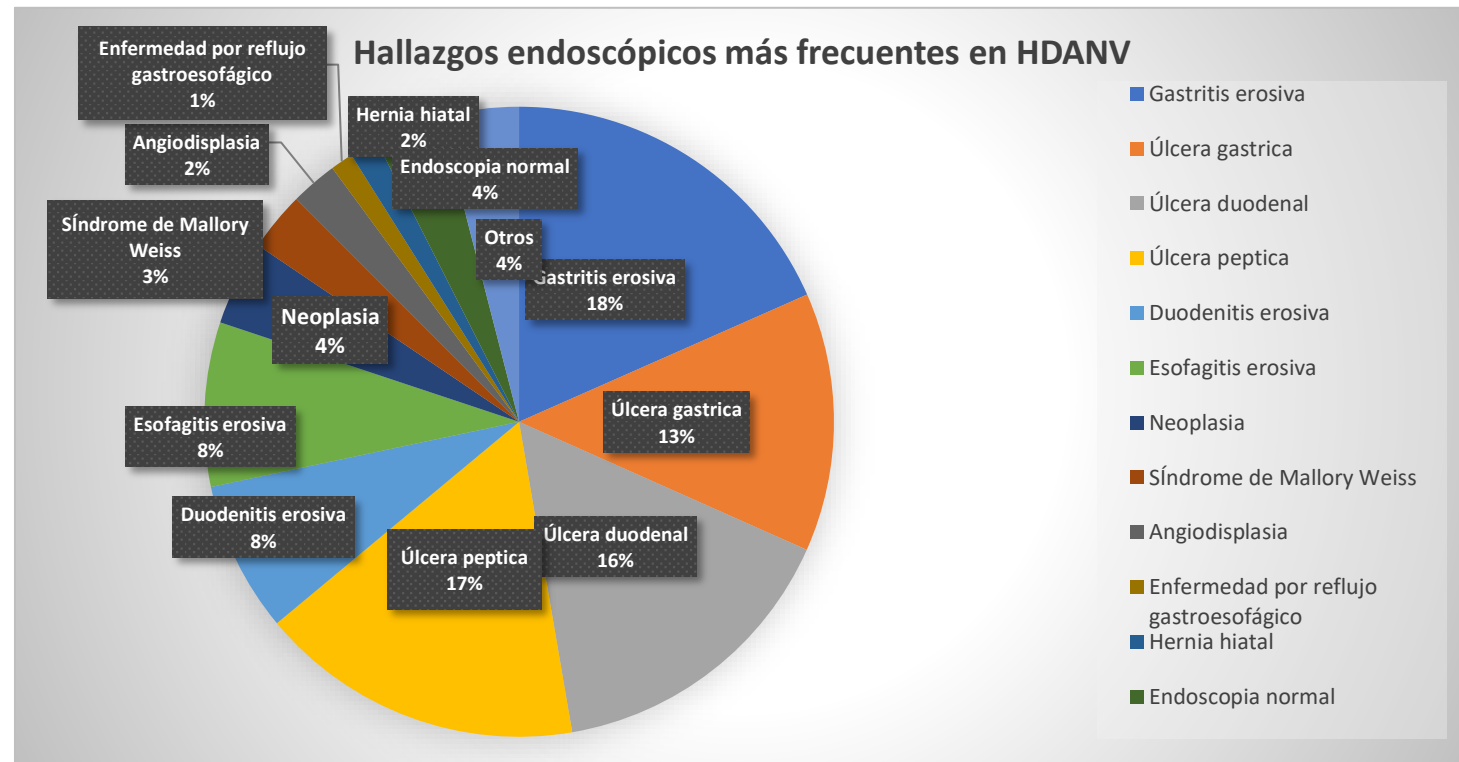


Gráfico 2 Hallazgos endoscópicos más frecuentes en HDANV

## DISCUSION

En la revisión bibliográfica, el promedio de edad es de 63 años. Este comportamiento puede explicarse por diferentes factores, uno de ellos es que ciertas actividades enzimáticas se modifican como resultado de errores que existen en el ADN, ARN y la síntesis de proteínas, lo que produce inestabilidad ácido base, por lo que las personas mayores son más propensas a tener problemas intestinales, entre ellas el sangrado digestivo alto, con cierta periodicidad. En otro estudio realizado por Borgno y sus colaboradores, del Servicio de Cirugía para Postgraduados del Hospital Pasteur, la edad del paciente es un factor de vital importancia: cuando los pacientes superan los 70 años, la mortalidad asciende a 41,9% en comparación con 10,6% para el grupo de pacientes jóvenes (12)

La edad avanzada y las comorbilidades que acompañan al grupo etario puede jugar un papel importante en el desarrollo de la patología como presentar mayores complicaciones. Para Orbis y sus colaboradores del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza-España, también la edad es el elemento de riesgo del porqué la población de la tercera edad tiene mayor friabilidad y número de comorbilidades, ya que consumen con mayor frecuencia AINES y anticoagulantes (12,31,35).

Se pudo demostrar que existe una prevalencia del sexo masculino con un porcentaje de 60% sobre el femenino con 40% concordando con la publicación de Ramírez y colaboradores, en el servicio de urgencias y cuidados críticos del Hospital de Montilla-España en donde se analizó a 60 pacientes de los cuales el 61,6% pertenece al sexo masculino y un 38,4% femenino. De igual manera, en el estudio prospectivo de Forgerini y sus colaboradores en la Universidad de Estadual Paulista (UNESP)- Brasil, se obtiene que, del total de 178 pacientes, el 72,8% fueron del sexo masculino y el 27,2% femenino. Para Carolina Pinto y sus colaboradores en el Hospital Clínico Universidad de Chile se estudió a 180 pacientes, de estos el 62.3% son masculinos y 37.7% femenino (1,16,34).

En la revisión pudimos constatar lo que gran parte de la literatura establece en cuanto a las causas y hallazgos endoscópicos en HDANV los cuales son: gastritis erosiva 18.38%, úlcera péptica 16.65%, úlcera duodenal 15.63%, úlcera gástrica 13.27%, esofagitis erosiva 8.43%, duodenitis erosiva 7.72%, neoplasia 4.35%, Síndrome de Mallory Weiss 3.04%, angiodisplasia 2.4%, enfermedad por reflujo gastroesofágico 1.16%, hernia hiatal

1.45%, endoscopia normal 3.47% y otros (úlceras de Decamerón, gastropatía congestiva, lesión de Dieulafoy, úlcera de erosión de la anastomosis gastroduodenal, falta de endoscopia y lesión no definida) 4.01%.

Las características endoscópicas en todos los pacientes de este estudio incluyeron úlceras, erosiones, eritema, lesiones de Dieulafoy, neoplasia y hallazgos normales. Al comparar con el estudio realizado por Bocos y sus colaboradores en Baltimore, se observan los siguientes hallazgos endoscópicos, ordenados según su frecuencia: esofagitis erosiva y patologías relacionadas con el ácido (duodenitis, gastritis), síndrome de Mallory-Weiss, lesión de Dieulafoy, angiodisplasia/ectasia vascular antral y neoplasias, encontrando una variación en cuanto a la frecuencia, pero siendo muy similar en relación a los hallazgos.

En comparación con el estudio retrospectivo de Omaña et al de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, obtenemos como resultado los hallazgos endoscópicos más frecuentes, teniendo una alta cantidad de pacientes con esofagitis, gastritis erosiva, úlcera gástrica, úlcera duodenal, duodenitis erosiva, endoscopia normal, hernia hiatal, entre otros. En el estudio retrospectivo de Falcao muestra úlcera gástrica en el 48,1% de sus pacientes, neoplasia 11,7%, síndrome de Mallory Weiss 8,2%, angiodisplasia 7,7% y otras causas menos frecuentes con el 5%, teniendo gran similitud con nuestro estudio. Al comparar los hallazgos endoscópicos con otras investigaciones observamos que la mayor parte de ellos son semejantes, que pueden no estar presentes todos ellos, pero si es igual su presentación (14,29,32,33)

En el análisis de 9 artículos donde pudimos establecer que la erradicación del *Helicobacter pylori* y el consumo de AINES de manera prolongada y cuando se administra con otros medicamentos, juega un papel importante al momento de investigar el origen de la patología. Se necesita de un historial clínico, examen físico, análisis de factores de riesgo, para poder tener una base sólida para una prevención primaria como secundaria según su caso. En relación a la prevención de resangrado, se demostró que el manejo debe ser individualizado para cada paciente según su presentación, factores de riesgo, antecedentes y especialmente la enfermedad, pero de manera generalizada en la gran mayoría es eficaz la hemostasia endoscópica, la monoterapia con epinefrina tiene mayor eficacia cuando se combina con otra opción endoscópica. El tratamiento

farmacológico con IBP es utilizado como método profiláctico o para evitar el resangrado (5).

## CONCLUSION

Esta investigación tuvo como objetivo principal conocer los hallazgos endoscópicos en hemorragia digestiva alta no variceal y objetivos específicos: el sexo, edad y la prevención.

Los hallazgos endoscópicos más frecuentes son: son la gastritis erosiva, úlcera péptica, úlcera duodenal, úlcera gástrica, esofagitis erosiva, duodenitis erosiva, neoplasia, Síndrome de Mallory Weiss, angiodisplasia, enfermedad por reflujo gastroesofágico, hernia hiatal, endoscopia normal y otros (úlceras de Decamerón, gastropatía congestiva, lesión de Dieulafoy, úlcera de erosión de la anastomosis gastroduodenal, falta de endoscopia y lesión no definida).

Predomina el sexo masculino, en una proporción de 6:4 con respecto a las mujeres, siendo mayoritarios en ambos sexos los pacientes seniles con un promedio de 63 años. El objetivo de la prevención no solo es evitar la hemorragia o el resangrado sino disminuir la mortalidad, entre los más actualizados están técnicas como el uso del polvo adhesivo hemostático. Se realizó una amplia revisión bibliográfica acerca de la prevención los medios diagnósticos y terapéuticos en el manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa, constatando que la terapia endoscópica con epinefrina asociada a otro método es la mejor medida terapéutica al igual que la angiografía es una técnica que evita el número de cirugías.

La recomendación actual es iniciar con el tratamiento y vigilancia, ya sea farmacológico, endoscópico o quirúrgico dependiendo de la etiología, para un manejo temprano y disminuir la mortalidad en urgencias y en el servicio de endoscopia y gastroenterología.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pinto C, Parra P, Magna J, Gajardo A, Berger Z, Montenegro C, et al. Hemorragia digestiva alta variceal y no variceal: mortalidad intrahospitalaria y características clínicas en un hospital universitario (2015-2017). *Revista médica de Chile* [Internet]. 2020 [citado 15 de septiembre de 2022];148(3):288-94. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-98872020000300288&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872020000300288&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
2. Oakland K. Changing epidemiology and etiology of upper and lower gastrointestinal bleeding. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* [Internet]. 2019 [citado 20 de septiembre de 2022];42-43:101610. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521691819300137>
3. Campos PAC. *Medicina y cirugía del aparato digestivo*. Elsevier Health Sciences; 2020. 597 p.
4. Kamboj AK, Hoversten P, Leggett CL. Upper Gastrointestinal Bleeding: Etiologies and Management. *Mayo Clin Proc*. 2019;94(4):697-703.
5. Lanás A, Dumonceau JM, Hunt RH, Fujishiro M, Scheiman JM, Gralnek IM, et al. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Nat Rev Dis Primers*. 2018;4:18020.
6. Lakatos L, Gonczi L, Lontai L, Izbeki F, Patai A, Racz I, et al. Incidence, Predictive Factors, Clinical Characteristics and Outcome of Non-variceal Upper Gastrointestinal Bleeding - A Prospective Population-based Study from Hungary. *J Gastrointestin Liver Dis*. 2021;30(3):327-33.
7. Sánchez Jenny M, Rodríguez Matías J, Rivera Castillo E, Rodríguez Erazo L. Clasificación de Rockall aplicada a la hemorragia digestiva alta no variceal como predictor de mortalidad en Ecuador. *RECIAMUC* [Internet]. 2019;2(1):804-22. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/56>

8. Barrio RAM, Garcia Rodriguez. Esofagitis y gastritis | *Pediatría integral* [Internet]. 2020 [citado 7 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-12/esofagitis-y-gastritis/>
9. Owen DR, Owen DA. Celiac Disease and Other Causes of Duodenitis. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine* [Internet]. 31 de julio de 2017 [citado 7 de diciembre de 2022];142(1):35-43. Disponible en: <https://doi.org/10.5858/arpa.2016-0608-RA>
10. Samuel R, Bilal M, Tayyem O, Guturu P. Evaluation and management of Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Dis Mon.* 2018;64(7):333-43.
11. Rafaely Taketomi, Ana Guerra, Jose Lopes, Larissa Lima, Katia Batista. Angiodisplasia intestinal en paciente con enfermedad renal crónica: reporte de caso | *Revista Electrónica Colección Salud*. 2020 [citado 7 de diciembre de 2022]; Disponible en: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3190>
12. Orbis PC, Laguna CB, Miguel I. S, Mallada GH, Arbeloa AL. Hemorragia digestiva alta no varicosa. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado* [Internet]. 2020 [citado 13 de noviembre de 2022];13(3):136-44. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541220300329>
13. Guzmán JD, Dávila ES, Palomeque WF. Tratamiento del sangrado digestivo alto Upper digestive tract bleeding treatment. 2018. 17(2):95-104.
14. Bocos JM, Rayado GG, Mallada GH. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la hemorragia digestiva alta en urgencias. *Medicine* [Internet]. 2020 [citado 21 de septiembre de 2022];13(3):158-62. Disponible en: <http://www.medicineonline.es/es-protocolo-diagnostico-terapeutico-hemorragia-digestiva-articulo-S0304541220300354>
15. Jiménez CE, Randial L, Quiroga F. Manejo endovascular de la hemorragia digestiva, experiencia del Hospital Universitario Clínica San Rafael. *Revista Colombiana de Cirugía* [Internet]. 2019 [citado 22 de septiembre de 2022];34(3):234-44. Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/436>

16. Recio Ramírez JM, Sánchez Sánchez M del P, Peña Ojeda JA, Fernández Romero E, Aguilera Peña M, Campo Molina E del, et al. Capacidad predictiva de la escala de Glasgow-Blatchford para la estratificación del riesgo de la hemorragia digestiva alta en un servicio de urgencias. *Rev esp enferm dig* [Internet]. 2015 [citado 13 de noviembre de 2022];262-7. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-01082015000500003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082015000500003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
17. Jofre J n AC, Torres T, Cabezas G, Hernández BL. Hemorragia digestiva alta. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas* [Internet]. 2019 [citado 4 de enero de 2023];44(3):24-34. Disponible en: <https://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/1356>
18. Cobiellas-Rodríguez R, López-Milián C, López-Morales N. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia digestiva alta. *Revista Electrónica Dr Zoilo E Marinello Vidaurreta* [Internet]. 2018 [citado 26 de septiembre de 2022];43(3). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/1290>
19. Rojas YB. Sangrado digestivo alto por úlcera péptica. 2016;(2016):693-700.
20. Js P, Hk K, Yw S, Ks K, Dh L. Novel hemostatic adhesive powder for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Endoscopy international open* [Internet]. 2019 [citado 15 de noviembre de 2022];7(12). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31828214/>
21. García-Iglesias P, Botargues JM, Feu Caballé F, Villanueva Sánchez C, Calvet Calvo X, Brullet Benedi E, et al. Manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa: documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia. *Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2017 [citado 15 de noviembre de 2022];40(5):363-74. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-manejo-hemorragia-digestiva-alta-no-S0210570516301959>

22. Galindo F. Hemorragia digestiva. 2019 [citado 8 de enero de 2023]; Disponible en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:HqXRjhyj-AUJ:https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/uveintiseis.pdf&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=ec>
23. Urbina Mora EA. Caracterización de los pacientes hospitalizados por sangrado digestivo alto en el Hospital San Juan de Dios, en el periodo comprendido del 1° de enero al 30 de junio del 2020. Universidad de Costa Rica San José, Costa Rica [Internet]. 2022 [citado 8 de noviembre de 2022]; Disponible en: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/85964>
24. Cipolletta L, Cipolletta F, Granata A, Ligresti D, Barresi L, Tarantino I, et al. What Is the Best Endoscopic Strategy in Acute Non-variceal Gastrointestinal Bleeding? Curr Treat Options Gastro [Internet]. 2018 [citado 15 de noviembre de 2022];16(4):363-75. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s11938-018-0192-0>
25. Mellado CSP. Caracterización epidemiológica y clínica de la hemorragia gastrointestinal superior. Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI [Internet]. 2019 [citado 14 de septiembre de 2022];3(1):109-16. Disponible en: <https://revistacunori.com/index.php/cunori/article/view/86>
26. Duarte-Chang C, Beitia S, Adames E. Utilidad de la escala de Glasgow-Blatchford en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal, con alto y bajo riesgo de complicaciones atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Santo Tomas, 2015-2016. Revista de Gastroenterología del Perú [Internet]. 2019 [citado 31 de octubre de 2022];39(2):105-10. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1022-51292019000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1022-51292019000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
27. Meier B, Wannhoff A, Denzer U, Stathopoulos P, Schumacher B, Albers D, et al. Over-the-scope-clips versus standard treatment in high-risk patients with acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding: a randomised controlled trial (STING-2).

- Gut [Internet]. 2022 [citado 2 de noviembre de 2022];71(7):1251-8. Disponible en: <https://gut.bmj.com/content/71/7/1251>
28. Torres DEM, Regino WO, Ramos ERO. Requerimiento de hemostasia endoscópica en pacientes de una unidad de cuidado intensivo con hemorragia de vías digestivas altas. Revista colombiana de Gastroenterología [Internet]. 2019 [citado 3 de noviembre de 2022];34(4):356-63. Disponible en: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/362>
  29. Falcão D, Alves da Silva J, Pereira Guedes T, Garrido M, Novo I, Pedroto I. The Current Portrayal of Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding in a Portuguese Tertiary Center. GE Port J Gastroenterol. 2021;28(6):392-7.
  30. Colomo Ordóñez A. Hemorragia digestiva alta: prevención y tratamiento [Internet] [Ph.D. Thesis]. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). Universitat Autònoma de Barcelona; 2017 [citado 14 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/400754>
  31. Alonso O, Borgno L, Fenocchi E, Misa R, Valiñas R, Olascuaga C. Hemorragia digestiva alta de origen no variceal: Mesa redonda. Revista Cirugía del Uruguay [Internet]. 19 [citado 16 de noviembre de 2022];69(3-4):126-56. Disponible en: [https://revista.scu.org.uy/index.php/cir\\_urug/article/view/4363](https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/article/view/4363)
  32. Contreras-Omaña R, Alfaro-Reynoso JA, Cruz-Chávez CE, Velarde-Ruiz Velasco A, Flores-Ramírez DI, Romero-Hernández I, et al. Sistema Progetto Nazionale Emorragia Digestiva (PNED) vs. escala de Rockall como predictores de mortalidad en pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto no variceal: un estudio multicéntrico prospectivo. Revista de Gastroenterología de México [Internet]. 2017 [citado 27 de octubre de 2022];82(2):123-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S037509061630091X>
  33. Marcacuzo HTV, Córdova IBG, Pérez SIJ, Sandoval PAA, Méndez JEP, Quiroz JMF. Manejo de la hemorragia digestiva alta en pacientes con infección por SARS-CoV-2 en un hospital de Lima, Perú. Revista colombiana de Gastroenterología [Internet].

- 2021 [citado 29 de octubre de 2022];36(3):358-65. Disponible en: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/742>
34. Forgerini M, Urbano G, Nadai TR de, Zapata-Cachafeiro M, Kemp R, Mastroianni P de C. Epidemiological profile of patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding secondary to peptic disease in a tertiary referral brazilian hospital. *Arq Gastroenterol*. 2021;58(2):202-9.
35. Orozco LG, Rabaza ME, Dollz AMN, Miño JIS, Moreno EAR, Yerovi FEY, et al. Hallazgos endoscópicos en fallecidos por sangrado digestivo alto no variceal por desequilibrio ácido péptico. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión* [Internet]. 2018 [citado 29 de octubre de 2022];3(3):122-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6602845>
36. Hajiagha Mohammadi AA, Reza Azizi M. Prognostic factors in patients with active non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Arab Journal of Gastroenterology* [Internet]. 2019 [citado 31 de octubre de 2022];20(1):23-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1687197919300012>
37. K Y, K K, A T, A M, W K, C N. Current status and future challenges in the endoscopic management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding in children. *Pediatric surgery international* [Internet]. 2020 [citado 3 de noviembre de 2022];36(12). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33034717/>

### AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Estefanía Alejandra Brito Valdivieso portador(a) de la cédula de ciudadanía N.º 0104636659. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación "**Hallazgos endoscópicos en hemorragia digestiva alta no variceal**" de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 28 de marzo de 2023



F: .....  
Estefanía Alejandra Brito Valdivieso  
C.I. 0104636659