

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POST GRADO

Hemorragia Digestiva Alta en niños en el Instituto Especializado de Salud del niño de enero del 2000 a enero 2004.

Tesis Para optar el título de: ESPECIALISTA EN PEDIATRIA

AUTOR:

Alfonso José Lara Castañeda

ASESOR: Juan F. Rivera Medina

LIMA – PERÚ 2005

..	1
AGRADECIMIENTO .	3
RESUMEN .	5
CAPITULO I. INTRODUCCION . .	7
CAPITULO II. MATERIAL Y METODOS . .	11
CAPITULO III. RESULTADOS .	15
Prevalencia .	15
Edad y Sexo . .	15
Procedencia de los pacientes .	16
Forma de ingreso y distribución por servicios .	16
Tiempo de enfermedad y de hospitalización .	16
Sintomatología y modo de presentación del sangrado .	16
Antecedentes de uso de medicamentos . .	17
Antecedentes patológicos .	17
Estado nutricional . .	17
Hallazgos en el examen físico .	18
Severidad del sangrado .	18
Procedimientos especiales .	19
Laboratorio .	19
Diagnóstico .	19
Diagnósticos según distribución por edades .	20
Tratamiento farmacológico, médico y quirúrgico .	20
Evolución final y mortalidad .	21
CAPITULO IV. DISCUSION . .	23
Incidencia y prevalencia . .	23
Edad y sexo . .	24
Procedencia . .	24

Forma de ingreso y distribución por servicios .	25
Sintomatología y modo de presentación .	25
Uso de medicamentos .	25
Antecedentes . .	26
Estado de nutrición . .	26
Examen clínico .	27
Severidad . .	27
Procedimientos especiales .	28
Laboratorio .	28
Diagnóstico .	28
Tratamiento .	29
Mortalidad .	30
CAPITULO V. CONCLUSIONES . .	31
CAPITULO VI. RECOMENDACIONES .	33
BIBLIOGRAFIA .	35
ANEXOS .	39
TEXTO COMPLETO EPUB . .	41

DEDICATORIA *Al creador por permitirme seguir esta senda A mis padres: Ana y alfonso y hermanos por hacer de mi quien soy Gracias por siempre A Ginita por ser el empuje diario que uno necesita*

AGRADECIMIENTO

1. Al Dr. Dante FIGUEROA QUINTANILLA, Director General del Instituto Especializado de Salud del Niño, por fomentar la Investigación en nuestra alma mater.

2. Al Dr. Justo PADILLA YGREDA Jefe de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la investigación y Docencia Especializada del Instituto Especializado de Salud del Niño, por facilitar la realización del presente trabajo de investigación.

3. Al Lic. BARRIENTOS, estadístico del Instituto Especializado de Salud del Niño; por su colaboración, amistad y guía permanente.

4. Al Sr. GALLEGOS, Jefe de la Oficina de Archivo de Historias Clínicas del Instituto Especializado de Salud del Niño, por facilitar la obtención de datos para el trabajo de investigación.

RESUMEN

Se registraron 167 episodios de hemorragia digestiva alta (HDA) en el Instituto Especializado de Salud del Niño, de los cuales se incluyeron 136 episodios desde enero del 2000 a diciembre del 2004. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. El objetivo general fue describir las características epidemiológicas, etiológicas, clínicas y de manejo de la Hemorragia Digestiva Alta. La prevalencia hospitalaria fue de 0.24 por 1000 atenciones/año. El mayor número de casos se presentó en varones (50.7%). El 94.1% se hospitalizó por emergencia, el servicios donde fueron hospitalizados con mayor frecuencia fue en gastroenterología (41.9%). El sangrado se inició en 96% fuera del hospital, los signos más frecuentes de presentación fueron la hematemesis y la melena. El 41.2% utilizó por lo menos un medicamento antes del sangrado, los antecedentes patológicos más frecuentes fueron los respiratorios y los gastrointestinales. El método de diagnóstico principal fue la endoscopia el cual se realizó en 61.3% de los casos. Las tres causas más frecuentes de diagnóstico fueron la gastritis en el 25.7%, seguido de las várices esofágicas en 18.4% y la úlcera duodenal 11.8%, no se estableció el diagnóstico en 13.2%. En 96.3% se usó tratamiento médico y solo en el 3.7% requirió manejo quirúrgico. En el 95.58% (130) se reportó mejoría del HDA y 6 pacientes fallecieron (4.42%). En conclusión se puede decir que la HDA es una enfermedad poco frecuente y se recomienda realizar un estudio prospectivo controlado para determinar mejor algunas variables epidemiológicas y clínicas, que ayudarían al mejor conocimiento de esta patología gastrointestinal.

PALABRAS CLAVE: Hemorragia digestiva alta, epidemiología, clínica, Diagnóstico

CAPITULO I. INTRODUCCION

Se define a la hemorragia digestiva alta (HDA) como el sangrado que se origina en segmentos del tracto digestivo por encima del ángulo de Treitz¹.

Aunque en la mayoría de los casos su manifestación en la edad pediátrica puede limitarse a pérdidas de sangre que no comprometen la estabilidad hemodinámica del niño, no hay que olvidar que es una entidad que puede tener, potencialmente, consecuencias graves^{2,3}.

La forma de presentación del HDA puede variar en función de determinadas circunstancias, como son el lugar de origen, rapidez de la pérdida y volumen de la misma^{4, 5}.

En general la HDA es un problema que no es infrecuente en la práctica pediátrica, aunque es menos común que en los adultos. En la patología pediátrica un 10 a 40% del total de hemorragias digestivas se originan en un lugar situado por arriba del ligamento de Treitz⁵.

La hemorragia digestiva es causa importante de morbilidad y mortalidad en el mundo, cuyas incidencias son difíciles de determinar a pesar de la gran cantidad de reportes que se encuentra en la literatura médica. Estudios poblacionales de las décadas del 60 y 70 estiman tasas anuales de hemorragia digestiva alta que van desde 48 a 144 episodios por 100,000 habitantes. En los Estados Unidos de Norteamérica es responsable de cerca de 300,000 admisiones al año. Estudios recientes sugieren que estas cifras no reflejan la realidad ya que no consideran las hemorragias digestivas que

se producen durante la hospitalización; las cuales podrían alcanzar hasta el 50% de los episodios de hemorragia digestiva^{6, 7}.

La mortalidad debido a hemorragia digestiva alta no ha variado en los últimos 50 años y permanece entre 8 a 10%, a pesar de los avances en la terapia farmacológica, intervención endoscópica y manejo en unidades de cuidado intensivo^{6, 7, 8,9}, aunque dos meta-análisis recientes reportan una disminución significativa en las tasas de mortalidad con el empleo de la terapia endoscópica en el caso de úlceras sangrantes^{10, 11}.

En nuestro país no existen estadísticas concluyentes respecto a la hemorragia digestiva a pesar de que todo el personal que se desempeña en los servicios de emergencia se enfrenta prácticamente a diario al problema diagnóstico y terapéutico que implica esta patología. Con respecto a la hemorragia digestiva alta, diferentes series nacionales que estudiaron a la población en general; colocan a la úlcera péptica duodenal como primera causa, con porcentajes que varían de 33 a 40%, seguida por las lesiones agudas de mucosa gástrica con 21 a 28%^{12,13}, coincidiendo sólo en parte con lo reportado por algunos autores extranjeros, en cuyas series la úlcera gástrica ocupa el segundo lugar en frecuencia luego de la úlcera duodenal^{7, 8,14-15}. Otras series nacionales reportan lo contrario, colocando a las lesiones agudas de mucosa gástrica como primera causa del sangrado, seguido de la úlcera péptica duodenal^{16, 17,19}. Las tasas de mortalidad reportadas oscilan entre 2,25% a 13%^{12, 17,19}. primera causa del sangrado, seguido de la úlcera péptica duodenal^{16, 17,18}. Las tasas de mortalidad reportadas oscilan entre 2,25% a 13%^{12,17,19}.

La incidencia de la HDA en la población pediátrica aun es incierta ya que no hay trabajos poblacionales que describan específicamente esta patología. La incidencia anual para la población en general varía en un rango de 48 a 144 casos por 100 000 habitantes. De estos se describe en una población en nuestro medio que aproximadamente el 8.3% de los pacientes atendidos por HDA son menores de 19 años²¹.

La evaluación clínica en la hemorragia digestiva esta dirigida a identificar el lugar específico de sangrado y su etiología. Se describe a la hematemesis y a la melena como signos más frecuentes en la HDA. Así mismo la presencia de palidez, hepatomegalia y ascitis orientan en el diagnóstico etiológico. Las causas de la HDA son múltiples y en la población infantil varían significativamente con la edad.

Habiendo hecho una descripción general de esta patología, se realizó el presente estudio donde se buscó como **Objetivo General** describir las características epidemiológicas, etiológicas, clínicas y de manejo de la Hemorragia Digestiva Alta en la población pediátrica atendida en el Instituto Especializado de Salud del Niño (IESN) durante los periodos de Enero del 2000 a Diciembre del 2004 y como **Objetivos Específicos**: a.-Describir las características epidemiológicas según sexo, edad, estado nutricional de los pacientes con diagnóstico de HDA atendidos en el IESN. b.-Describir la etiología, características clínicas, y endoscópicas de la HDA de pacientes atendidos en el IESN. c.- Determinar tratamiento empleado y su eficacia y d.-Comparar los hallazgos en los pacientes pediátricos con HDA atendidos en el IESN con la literatura revisada.

CAPITULO II. MATERIAL Y METODOS

Con la finalidad de determinar las características clínico - epidemiológicas de la Hemorragia Digestiva Alta en niños, se realizó la revisión retrospectiva de los pacientes con diagnóstico de Hemorragia Digestiva alta atendidos en IESN de enero del 2000 a diciembre del 2004.

La selección de pacientes se efectuó revisando las Historias Clínicas (H.C.) con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta, hematemesis, melena o vómito porraceo, tanto del archivo de estadística como del registro de endoscopias del servicio de Gastroenterología Pediátrica del IESN correspondiente a la fecha antes indicada.

Quedaron incluidos en el estudio aquellos niños cuyas edades estuvieron comprendidas entre el primer día de vida y 17 años 11 meses 29 días que tuvieron algún episodio de HDA al ingreso o durante su hospitalización diagnosticados por clínica o endoscopia

Se excluyeron del estudio todas aquellas historias clínicas que tuvieron el diagnóstico de Hemorragia Digestiva Baja.

De los 219 episodios de Hemorragia Digestiva registrados de enero del 2000 a diciembre del 2004 (entre Hemorragias Digestiva Alta y Baja), se revisaron 167 episodios de HDA, de los cuales 136 se incluyeron en el presente trabajo; estos 136 episodios correspondieron a 109 Historias Clínicas, por tanto 136 episodios se incluyen en el presente trabajo.

Para efectos del estudio los datos se obtuvieron mediante la aplicación de una ficha

de recolección de datos (anexo 1). En adelante el trabajo hará referencia sobre la base de los 136 episodios estudiados, con excepción de la prevalencia, la cual se calculó en base a los 167 episodios presentados.

Con el objetivo de uniformizar términos con la literatura se trabajo en base a las siguientes definiciones:

A. Grupos Pediátricos: Fueron incluidos los siguientes grupos.

B. 1: RN (< 1 mes).

2: 1m - 11 meses.

3: 1 año - 5 años 11 meses.

4: 6 año - 11 años 11 meses.

5: 12 años - 17 años 11 meses.

C. Hematemesis: Es el vómito de sangre rojo rutilante, reconocido como tal, signo de sangrado digestivo alto y frecuentemente causado por un sangrado abundante^{4,9,11,13,43}.

D. Vómito porraceo: Vómito de material marrón negruzco, como porra de café, que frecuentemente se observa en los casos de hemorragia de producción lenta y que permanece un tiempo en el estomago, sufriendo la acción del jugo gástrico. No debe confundirse con material bilioso de color verde negruzco^{4, 9, 11, 13, 41,43}.

E. Melena: Son las deposiciones de sangre negra, químicamente alterada, semejante a la brea (alquitrán) y de olor sui generis. Generalmente indican sangrado por encima del ángulo de Treitz. El color de la sangre depende mas del tiempo que permanece en el intestino (dependiendo del volumen del sangrado y la rapidez del transito intestinal) ya que con un sangrado masivo o con un transito acelerado se puede observar sangre roja en el recto^{4, 9, 11, 13, 42, 43,44}.

F. Grado de Hemorragia: Fueron utilizados los siguientes conceptos para definir el grado de hemorragia:

HEMORRAGIA SEVERA: Sangrado con presencia de melena y/o Hematemesis, presencia de inestabilidad hemodinámica, si amerito una Transfusión de sangre o si presentó Hcto < 20%¹.

HEMORRAGIA NO SEVERA: Sangrado con presencia o no de melena y/o hematemesis, sin presencia de inestabilidad hemodinámica, que no amerita transfusión de sangre o Hcto > 20%¹.

G. Grado de nutrición: Fue determinada según clasificación de Gómez (peso, edad, sexo) ⁵².

- Desnutrido III Grado. 60 o < del peso ideal

- Desnutrido II Grado. 61 – 75 % del peso ideal

- Desnutrido I Grado. 76 – 90 % del peso ideal

- Eutrófico. 91 – 110% del peso ideal

- Sobrepeso. 111 – 120% del peso ideal
- Obeso I. 121 – 130% del peso ideal
- Obeso II. 131 – 140% del peso ideal
- Obeso III. > 140 del peso ideal

El peso ideal fue determinado mediante el uso de tablas del Nacional Center for Health Statistics.

Se utilizó la clasificación de Gómez debido a que un buen grupo de los pacientes estudiados no tenían registrado la talla.

H. Úlcera de "Stress": Aquellas lesiones en la mucosa gástrica o duodenal que provoquen sangrado (desde erosiones gástricas difusas hasta úlceras únicas o múltiples), que se encuentren asociadas tanto a injuria metabólica por asociación a enfermedades severas como sepsis, trauma (accidentes, obstétrico, quemaduras) 50, como también a tensión psicológica, como modo de vida, personalidad, problemas familiares, etc⁵¹.

Para la realización del análisis estadístico, los datos obtenidos con el instrumento de recolección de datos se codificaron y tabularon a través de la base de Microsoft Excel y SPSS versión 12.0.

Los datos fueron analizados estadísticamente por el paquete SPSS versión 12.0 donde se usaron estadísticas descriptivas tales como media aritmética, DE, frecuencias, etc.

CAPITULO III. RESULTADOS

Prevalencia

Durante el periodo de enero del 2000 a diciembre del 2004 hubo un total de 55866 admisiones en el IESN correspondiendo 219 (0.39%) para Hemorragia Digestiva Alta y Baja, de ellos 167 fueron consideradas como Hemorragia Digestiva Alta (Tabla 1) se observó una prevalencia de 0.24 pacientes que presentaron hemorragia digestiva alta por cada 1000 pacientes hospitalizados. La distribución por años se aprecia en el (Gráfico 1).

Edad y Sexo

De los 136 episodios con Hemorragia Digestiva alta estudiados, 69 (50.7%) fueron varones y 67 (49.3%) mujeres. La relación hombre/ Mujer fue 1,03. La edad promedio fue de 6.9 años y una DE de 4.89. Dentro del grupo estudiado se encontró mayor predominio en el grupo entre 1 – 6 años con un total de 48 casos (35.3%), seguido del grupo de 6 a 12 años con un total de 43 casos (31.6%) mientras que la menor frecuencia se encontró en el grupo menor de 1 mes con un total de 5 pacientes (3.7%) Tabla 2.

Procedencia de los pacientes

La mayoría de los pacientes con episodio de HDA provienen de Lima que fueron un total 114 (83.8%), seguido de los que proceden de provincia en 17 casos (12.5%) y por último los que proceden del Callao en 5 casos (3.7%) Gráfico 2.

Forma de ingreso y distribución por servicios

La forma de ingreso al hospital de los pacientes con episodio de HDA fue con mayor frecuencia por emergencia en 128 episodios (94.1%) y 8 pacientes (2.9%) ingresaron por consultorios externos Gráfico 3.

Con respecto a la distribución por servicios, se observó que la mayor frecuencia se encontró en el servicio de gastroenterología con 57 episodios (41.9%) seguido del servicio de Medicina pediátrica Gráfico 4.

Tiempo de enfermedad y de hospitalización

El promedio de tiempo de enfermedad en la población estudiada fue de 4.47 días, con un mínimo de 1 día y máximo de 73 días y una DE de 9 y el tiempo de hospitalización fue de 4.47 días encontrándose como mínimo menos de un día de hospitalización y máximo de 32 días de hospitalización con una DE de 4.98.

Sintomatología y modo de presentación del sangrado

Se registraron los síntomas más frecuentes en los pacientes estudiados al momento del ingreso al hospital o al momento de presentación de sangrado en caso de ocurrencia en la estancia hospitalaria. El síntoma más frecuente fue la hematemesis en 44 pacientes (44.1%), le siguió la melena en 57 pacientes (41.9%), se presentaron además pacientes con náuseas y vómitos en 77 episodios (56.6%), y dolor abdominal en 46 casos (33.8%); no se pudo determinar en la totalidad de pacientes la forma de inicio del sangrado. De los pacientes que presentaron hematemesis y melena la mayoría inició su sangrado solo o como hematemesis en 41 episodios seguido por una combinación de ambos en 46 episodios y por último solo como melena en 19 episodios Tabla 3.

Con respecto al momento de presentación del sangrado, este fue más frecuente

antes del ingreso hospitalario en 86% (117 casos); dentro del hospital en 14% (19 casos). El promedio de días transcurridos entre el inicio de sangrado y en momento de ingreso al hospital en los pacientes en los que se estableció el sangrado fue de 5.37 días y la DE 14.38. Estadísticamente si hubo asociación significativa entre la presencia de sangrado intrahospitalario y el diagnóstico de ulcera de stress ($p < 0.05$) Gráfico 5.

Antecedentes de uso de medicamentos

Del total de 136 episodios observados, el uso por lo menos un medicamento en 57 episodios (41.2%). Al revisar la frecuencia de su utilización, se encontró que predominan el uso de AINES en el 16.9% y el de los antibióticos en el 15.4%. Le siguen en frecuencia el uso de antipiréticos en 13.2% (paracetamol y metamizol), corticoides (5.1%) y antihistamínico H2 (2.9%). Del total de fármacos, el medicamento de uso más frecuente fue el paracetamol (11%), seguido de la amoxicilina (7.35%); le siguieron en frecuencia la prednisona y ranitidina con 2.94% y 2.90% respectivamente. Los AINES usados fueron el ibuprofeno (7.35%), diclofenaco (5.88%) y ácido acetil salicílico (3.68). Con respecto al uso de corticoides se usaron en orden de frecuencia la prednisona, la hidrocortisona, y la betametasona.

De los antibióticos más usados fueron la amoxicilina, ampicilina, cefadroxilo, cefuroxima y ceftriaxona (Tabla 4).

Antecedentes patológicos

El antecedente de patología respiratoria fue el más frecuente en 39.7% (54 casos), seguido de los antecedentes gastrointestinales en un 29.4% (40 casos). Los antecedentes de enfermedad hepática se encontraron en un 5.9% (8 casos), los antecedentes renales, neurológicos e de infectología en 4.41% cada uno (6 casos respectivamente). En la tabla 5 se describen los antecedentes patológicos encontrados en la población de estudio. Se observó que el antecedente de mayor frecuencia fue el de las vórices esofágica en 21 casos, le siguen los antecedentes de infección respiratoria alta con 15 casos, síndrome obstructivo bronquial en 12 casos, HDA en 8 casos y gastritis en 7 casos y luego de patología respiratoria como asma, TBC pulmonar, neumonía y cirrosis en 8, 8, 7 y 4 casos respectivamente.

Estado nutricional

Se obtuvo el dato de peso en el 100% de los casos estudiados (136 episodios) con una media de 24.08 Kg. y valores máximo de 67.00 Kg. y mínimo de 1.79 Kg. de peso. La

talla estaba registrada en 72 casos (52.9%), la media de la talla fue de 107.39 cm., el máximo de 158 cm. y el mínimo fue de 43 cm. En éste grupo se observó que 58 pacientes (42.6%) eran eutróficos, 52 pacientes con desnutrición (38.2%), 12 pacientes con sobrepeso (8.8%) y 14 pacientes con obesidad (10.3%); se resalta la presencia de cuatro pacientes con desnutrición severa (Gráfico 6).

Hallazgos en el examen físico

Se registraron signos de importancia en el examen físico de pacientes al momento de presentación del sangrado (Tabla 3). De las historias clínicas revisadas se obtuvo datos con respecto a la frecuencia cardiaca y a la presión arterial. En la primera se obtuvo el dato respectivo en 131 pacientes (96.3%) con una media de 111.79 latidos por minuto y una DE de 20.86. La PA se consignó solo en 59 episodios (43.4%). La media de la presión sistólica fue de 95 mmHg con DE 14.92. La media de la presión diastólica fue de 55 mmHg con DE de 12.56 mmHg.

Respecto al estado mental de los pacientes, en el 83.1% (113 episodios) no se observó alteración, 12.5% (17 episodios) tuvieron compromiso moderado (confusión) y 4.4% (6 episodios) tuvieron compromiso severo (sopor o coma). En el examen de la piel se encontró un marcado predominio de la palidez en 80.1% (109 casos) de los episodios, color de la piel normal en 16.2% (22 casos) y la ictericia en 3.7% (5 casos) de los episodios.

Con respecto al dolor abdominal, el 72.1% de los pacientes no tuvo dolor, en el 0.75% no se determinó y el 27.2% restante presentó dolor abdominal. Se consignó además la presencia de hepatomegalia en 19.1% y esplenomegalia en 11.8%. Se encontró además la presencia de ascitis solo en 1.5% de los episodios; además el soplo cardiaco estaba presente en 16.9% de los casos aun sin antecedente de patología cardiaca previa y el llenado capilar estaba alterado en 6.7% de los pacientes.

Severidad del sangrado

Con respecto a la severidad del sangrado se obtuvieron datos al ingreso y durante la evolución que sirvieron como parámetros para su determinación. Del total de 136 pacientes, se consignó el hematocrito de ingreso en 133 episodios (97.8% del total), obteniéndose una media de 26.37% con una DE 9.77. En 84 episodios (61.76% del total) se determinó el hematocrito final (tomando en cuenta el último hematocrito antes del egreso) obteniéndose una media de 29.84% con una DE 7.42%.

En 60 episodios (44.11%) se evidenció la presencia de hematemesis durante la hospitalización, presentándose en el 63.3% (38 episodios) de estos solo en una oportunidad. Tuvieron melena durante la hospitalización el 41.90% (57 episodios) ver

tabla 3. Se recogió también el dato de transfusión sanguínea en 57 pacientes (41.9%), se obtuvo una media de 375.56 cc con una DE de 315.86. Los valores extremos variaron desde 120cc (0.5 unidades) hasta

2200 cc (8.8 unidades). Se observó además la presencia de hipotensión arterial en 18 episodios (12.7%).

Procedimientos especiales

La endoscopia fue el examen auxiliar que se realizó con mayor frecuencia, se realizó endoscopias en 83 episodios estudiados (61.3%) obteniéndose el diagnóstico en el 91.57 % (76 episodios) de casos y en el 8.43 % (7 episodios) se informó como normal gráfico 7. Se utilizó la endoscopia como terapéutica en 12 episodios (8.8%). Se puede apreciar que hay una gran proporción de diagnósticos endoscópicos asociados al diagnóstico etiológico; el resto de los diagnósticos fueron determinados por antecedente diagnósticos y sospecha clínica (cuadro 6).

De los 16 episodios en los que se realizó ecografía, en 8 se encontró patología asociada a problemas hepáticos, siendo la hepatoesplenomegalia el hallazgo más frecuente en 4 de ellos tabla 7 .

La radiografía solo fue usada en 10 episodios (7.4%) de los cuales no se detectó anormalidad en 8 casos; los diagnósticos se pueden apreciar en la tabla 7. Además se halló que en 83 (61.03%) episodios se realizó uno de los procedimientos diagnósticos antes mencionados, en 12 (8.8%) se realizó dos de estos procedimientos diagnósticos, en tan solo dos pacientes se realizó los tres exámenes auxiliares y en 48 (35.3%) no se realizó examen alguno.

Laboratorio

Se encontró gran diferencia en la realización de exámenes auxiliares variando desde 30.1% para la TGP hasta 97.8% para el hematocrito. Hubo alteración de los valores normales en distintas proporciones. Para la urea se encontró que en 25 episodios (20.3%) hubo alteración de la misma. Para la creatinina se encontró en 19 (15%), la relación urea/creatinina se vió alterada en 31.7% (39 episodios); los valores hematológicos de TP y plaquetas se alteraron en 22.3% y 4.8% respectivamente; el TGP se alteró en 24.4% y el TGO en un 40%.

Diagnóstico

La etiología de la Hemorragia Digestiva Aguda fue establecida en el 86.8% de los episodios (118 episodios). No se estableció el diagnóstico en 18 episodios (13.2%). Las gastritis fue la primera causa de sangrado con 25.7% (35 episodios) seguida de las várices esofágicas que representó 18.4% (25 episodios) la úlcera duodenal en el 11.8% de los casos; agrupando éstas cuatro causas más del 55% de los casos estudiados. Se observó también esofagitis erosiva en el 6.6%, la úlcera por estrés en 6.6%, Síndrome de Mallory Weiss en 5.9%, y la lesión aguda de mucosa gástrica en 3.7% de los casos estudiados tabla 8.

En cuanto a los diagnósticos en caso de la Hemorragia Digestiva Alta de inicio intrahospitalario; en 9 casos no se llegó al diagnóstico etiológico (47.4%) y 6 episodios se debieron a úlcera por estrés (31.6%) tabla 9.

Diagnósticos según distribución por edades

Al analizar los diagnósticos por grupo etáreo en forma se observó una relación significativa entre los siguientes grupos: várices esofágicas y niños de 6 a 12 años. Los diagnósticos más frecuentes en los menores de 1 mes y neonatos fue la enfermedad hemorrágica del recién nacido; en los niños de 1 mes a 1 año fue la hemorragia digestiva de causa no precisada la más frecuente, en los niños de 1 año a 6 años la gastritis medicamentosa es la patología más frecuente; en el grupo de los 12 a 18 años las várices esofágicas y la úlcera duodenal fueron los diagnósticos más frecuentes tabla 10.

Tratamiento farmacológico, médico y quirúrgico

En cuanto al tratamiento farmacológico se refiere, los medicamentos que más se emplearon en orden de frecuencia fueron: la ranitidina en 105 episodios, el sucralfato en 70 episodios, los inhibidores de la bomba de protones (omeprazol y lanzoprazol) en 25 ocasiones, la vitamina K en 15 episodios, expansor de volumen (Haemacel) en 5 episodios, el octeotride en 3 episodios, y en tan solo un episodio el antiácido y el bismutol.

Se utilizó derivados sanguíneos como parte del tratamiento de la HDA en 57 episodios tal como se señaló anteriormente.

Fue necesario el empleo de nutrición parenteral en un paciente.

La endoscopia terapéutica se utilizó en 12 episodios; se empleó el procedimiento denominado escleroterapia con polidocanol para el tratamiento de HDA por várices esofágica sangrante en todos los casos.

En cuatro pacientes fue necesario el tratamiento quirúrgico como parte del manejo de la HDA, en 3 pacientes se realizó derivación de la vena porta y en 1 caso fue necesario realizar reparación quirúrgica por úlcera duodenal sangrante (gráfico 8)

Evolución final y mortalidad

Se encontró que del total de 136 episodios observados, en 130 episodios (95.58%) se reportó mejoría del HDA al egreso del hospital y 6 pacientes fallecieron (4.42%).

En lo que se refiere a la mortalidad, hubo 1887 defunciones en el IESN correspondiendo 6 a HDA. Se aprecia una tasa de mortalidad hospitalaria de 3.38% (calculada en base al total de admisiones).

En lo que respecta al sexo se encontró que 5 de los pacientes que fallecieron fueron mujeres y 1 varón; con respecto al diagnóstico etiológico y la mortalidad 2 de los pacientes tuvo diagnóstico de úlcera de estrés relacionados a enfermedad severa, 2 casos la muerte se asoció a complicación de anemia aplásica, un caso de várices esofágicas sangrante en un paciente con antecedente de cirrosis hepática y por último úlcera gástrica en un caso (Gráfico 9).

CAPITULO IV. DISCUSION

Incidencia y prevalencia

La HDA ha sido reconocida durante mucho tiempo como un problema medico de urgencia, y que aun continúa siendo causa de morbimortalidad, a pesar de la introducción de la endoscopia y los avances en la prevención y tratamiento de la misma^{1, 2}.

En la población en general la incidencia de HDA varia en rangos desde 48 -160 episodios por 100 000 hab. /año manteniéndose este rango en los últimos 40 años ^{3, 4, 5, 6}.

Con respecto a la población pediátrica no se ha encontrado ningún trabajo que describa la incidencia de la HDA infantil, probablemente por que al igual que nuestro estudio la mayor parte de los pacientes fueron estudiados en centros o unidades especializadas donde fueron referidos como problema diagnóstico o de tratamiento por lo que no se puede considerar como representativos de la población general de primer contacto^{8, 9}.

En nuestra población de estudio, en el periodo comprendido entre Enero del 2000 a Diciembre del 2004 se observó 136 episodios de HDA. Estos datos son comparables al estudio de Alpaca²⁰, entre el periodo de 1985 - 1995 en el IESN donde se encontró un total de 210 episodios de HDA, el periodo fue de 10 años. Los 136 episodios de nuestro

estudio representan una prevalencia hospitalaria del 0.24 episodios/1000 egresos por año; esto representa un 0.24% del total de egresos.

Olivares¹⁶, en nuestro medio encontró que el 8% del total de casos con HDA eran menores de 18 años, lo cual correspondería aproximadamente al 2,9% del total de atenciones en la población general. Este porcentaje es menor que los reportados por otros autores como Cutler²⁶ o Gilbert⁸ que oscilan entre el 4% al 5%. Esto es explicable por el marcado subregistro que se encontró a la hora de recolectar datos.

Se puede apreciar también que la cantidad de pacientes diagnosticados de HDA en el IESN se mantiene constante con un ligero incremento en el año 2004 (tabla 1).

Edad y sexo

La literatura mundial muestra que la incidencia del HDA varía en relación tanto al sexo como a la edad.

En general los hombres son los más afectados por la enfermedad con un franco predominio, tanto en los estudios de adultos^{4,5,6,8} como en niños^{2,3,21,27,28}, presentando porcentajes que varían entre el 57,1% al 69,8% entre las series. En el presente trabajo el porcentaje de varones es ligeramente mayor que el de mujeres (50.7% vs 49.3%), este hecho se aproxima al 52.6% de varones encontrados por Alpaca²⁰ en nuestra población.

En lo referente a la frecuencia de casos por edad, esta varía de acuerdo a la clasificación según el grupo etéreo que adopta las series revisadas. Para los fines del presente trabajo se decidió definir los grupos etéreos de acuerdo a la clasificación americana⁵³. En nuestra serie la edad promedio fue 6.9 y el grupo más afectado fue el de 1 año - 6 años (preescolares) con 35.3%. Y al grupo de 6 - 12 años con 31.6%. Estos datos no difieren mayormente de las frecuencias encontradas en las distintas series, en las que se observa que más de 50% de los pacientes corresponden a estos grupos etéreos, habiendo una diferencia que parece indicar un cierto predominio en el grupo de pacientes en edad preescolar^{42,44,45,46,49}.

Procedencia

Se observa que el 83.8% (más de los 3/4) de pacientes proceden de Lima, el 3.7% del Callao y solo el 12.5% vienen de provincias cercanas a Lima, ver gráfico 2

Esto se explica por la ubicación del Instituto Especializado de Salud del Niño, y que no obstante ser un centro de referencia nacional se encuentra ubicado en la capital, lo que ha influido en la determinación de esta distribución.

Forma de ingreso y distribución por servicios

El 94.1% (128) de los casos ingresaron por emergencia y el resto ingresó por consultorios externos.

De estos pacientes el 5.8%% fueron hospitalizados solo en emergencia ya que tuvieron cuadros que se autolimitaron tal como se describe en la literatura^{5,6,7,22,23,24,27,29}. Se aprecia que la mayoría de pacientes atendidos (42% de los casos) lo hicieron en el servicio de gastroenterología, representado este valor un 10.3% de atenciones del servicio, hecho que coincide con estudio previo realizado por Alpaca²⁰ pero esta por debajo al encontrado en otros reportes⁴.

Sintomatología y modo de presentación

La presentación del sangrado GI puede ser aguda o crónica dependiendo de la localización o la causa del mismo ^{8,16,29,33,37}. La forma de representación mas frecuente en nuestro estudio fue la presentación aguda como hematemesis en forma independiente con 44% de casos, seguido de melena con 42%, datos que son semejantes a los encontrados por Fox⁴⁵ en USA y Alpaca²⁰ en Perú. En el que todos los pacientes que tuvieron hematemesis constituyen un 69% del total. Estos hallazgos difieren en las series revisadas, como nos muestra el trabajo de Williams⁴⁰ en Argentina la combinación de melena y hematemesis como forma principal. Esta diferencia se debe principalmente a la etiología distinta de la HDA en esta última serie. Como en nuestro estudio fue las varices esofágicas la etiología predominante, esta estuvo asociada significativamente a la presencia de hematemesis^{31, 32, 34,35}. Con respecto al dolor abdominal, esto se reporta en nuestra serie con una frecuencia de 34% de los casos. Este hallazgo es mayor al que reportan algunas series con porcentajes entre 26-30%⁴⁰.

El momento de presentación de sangrado se observa que es en su mayoría antes del ingreso al hospital (86%) lo que también nos lo indica la media de los días transcurridos entre el sangrado y el ingreso similar a lo descrito en otras publicaciones^{5, 18, 28, 39,41}.

Uso de medicamentos

Los datos encontrados sobre el uso de medicamentos en nuestra serie tienen un comportamiento semejante a los reportados en la población general de nuestro país⁴⁶.

Se destaca que el 41.2% de los episodios emplearon algún fármaco fechas previa a la ocurrencia del HDA. De estos el mayor porcentaje corresponde al grupo de los AINES

(17% de los fármacos usados), le siguen en frecuencia los antibióticos en 14.5%, analgésicos-antipiréticos en 13.2% y corticoides en 5.1% de los casos. Datos semejantes de encuentra en el estudio de Llanos⁴⁶ sobre automedicación y reporta que en primer lugar ocupa los ATB, en segundo las vitaminas y en tercer lugar los analgésicos-antiinflamatorios.

Es reconocido en la actualidad el papel de los AINES en la etiología del sangrado GI⁵⁴. En pediatría se reporta de la causa más común de hemorragia en el lactante es la gastroduodenitis secundaria a AINES^{54, 55}, encontrándose también esta relación en algunas series pediátricas^{45, 47}. En nuestra población se encontró que en ocho episodios se ingirió diclofenaco y cinco AAS; drogas descritas de alto riesgo para injuria gastrointestinal^{54, 55}.

En nuestra serie se encontró además el uso de corticoides en 7 episodios; actualmente hay controversia en lo que respecta al uso de corticoides y la HDA que estos causan. Aunque se encuentran estudios que muestran que estos fármacos inducen presencia de ulcera y sangrado GI⁵⁶.

Antecedentes

La búsqueda de los antecedentes en la HDA esta orientada principalmente a diferenciar la etiología del sangrado^{26,27,28}, la mayor frecuencia de antecedentes patológicos lo encontramos en el rubro de patología respiratoria donde destaca la alta frecuencia de infecciones del tracto respiratorio agudos en 54 episodios (resfrío común, síndrome obstructivos, asma, neumonía y otros). Como se sabe estas patologías son especialmente frecuentes en la población pediátrica de nuestro medio²¹; seguido de los antecedentes GI en 38 episodios, en los que observa las várices esofágica en 50% y la hemorragia digestiva anterior en 21% que unidos a los antecedentes hepáticos en 6 episodios (66% de pacientes cirróticos), nos orientarían al diagnóstico de varices esofágicas^{33, 37} que fue la patología mas frecuentemente encontrada en este estudio.

Estado de nutrición

Son muy pocos los estudios que hacen referencia al estado nutricional de los pacientes con HDA sin embargo; es de esperar que se encuentre un numero importante de desnutridos, especialmente en la serie de los países en desarrollo como el nuestro.

En nuestra casuística el 42.6% de los pacientes encontrados desde el punto de vista nutricional fueron eutróficos, desnutrición en 38.2% y de ellos el 2.9% eran desnutridos de tercer grado. Un grupo importante lo constituyen los niños con sobrepeso y obesos que correspondieron al 19.2%.

Las cifras de desnutrición del grupo estudiado se acerca a las cifras de la UNICEF

sobre desnutrición en el Perú que es de 25% para la capital Lima (Huancavelica 52%).

Examen clínico

El examen clínico varía en general de acuerdo a la etiología que provoca el sangrado. Esto nos brinda datos importantes en relación a la severidad de cuadro. En nuestra serie encontramos que la media de la frecuencia cardíaca de los pacientes con HDA fue de 112 latidos por minuto, solo el 3.6% de estos tuvieron taquicardia (mayor de 150 latidos por minuto). La presión arterial se consignó en menos del 50%, con presión sistólica de 95 mmHg y presión diastólica en 55 mmHg. Es conocida la variabilidad de las funciones vitales en la edad pediátrica en los diferentes grupos etáreos⁵⁷; esta aunada a referencias de algunos autores que describen que el paciente pediátrico puede conservar el pulso, la PA y un adecuado flujo urinario hasta caer en estado de choque lo cual nos puede explicar por que los reportes no toman los datos de frecuencia cardíaca y PA como parámetro de severidad en pediatría³⁰.

Respecto al estado mental, solo en 6 episodios se encontró severo compromiso del estado de conciencia (sopor o coma). Se destaca que de los 6 episodios que estuvieron relacionados, uno estuvo asociado a encefalopatía hepática de fondo, cuadro descrito que puede causar con sangrado digestivo y alteración del sensorio³².

Los hallazgos en la piel tales como palidez o ictericia nos orientan hacia la búsqueda de estigmas de enfermedad hepática o de pérdida aguda o crónica de sangre³⁰. Esto mismo sucede en la presencia de esplenomegalia, ascitis, signos de la hipertensión portal y que se relacionan con la presencia de varices esofágicas³⁵. Los hallazgos del estudio también encontraron esta relación.

Severidad

Son pocas las referencias que se hacen con respecto a la medición del grado de sangrado en HDA. Como se mencionó en la parte anterior algunas referencias no consideran a la hipotensión como signo de la severidad, otros sin embargo consideran importante la presencia de ortostatismo en el niño para medir la magnitud del sangrado³⁰. Otros trabajos dan mas énfasis en aspectos tales como el volumen de pérdida de sangre dando referencia del sangrado severo cuando la pérdida corresponde a más de 85 ml/ kg/d¹, ³¹.

En general si el paciente necesita un volumen de transfusión mayor a 85 al/kg en 90 minutos³¹, el paciente es candidato a manejo agresivo (cirugía o uso de sonda hemostática). La transfusión de sangre es una media importante en el tratamiento que incluso se puede usar como índice de severidad ^{9, 30,39}.

Procedimientos especiales

Actualmente la endoscopia constituye el método de elección para el diagnóstico de la causa y localización del HDA en pediatría²⁹. Se realizó el procedimiento en 83 casos (61%) de nuestra serie y se obtuvo el diagnóstico en 91.57% (76) de los episodios.

La literatura reporta que la endoscopia encuentra entre 78% y 100% de la etiología del sangrado^{11, 16, 18, 19, 29,35}. En estas mismas series se encuentra que la frecuencia de utilización de endoscopias varió entre 48 y el 98% de los casos con HDA. Además la endoscopia no permitió encontrar una gran cantidad de diagnósticos asociados. En nuestra serie, los diagnósticos se muestran en la tabla 6.

Con respecto a las Radiografía de los 10 episodios que tuvieron algún procedimiento radiológico, 8 fueron informados como normales, 1 como impactación fecal y 1 a descartar enterocolitis necrotizante. Esto nos indica que en nuestro estudio la radiografía no aportó al diagnóstico de la etiología de la HDA no obstante al 20% de los casos en que se reporta que la radiología es de utilidad en el diagnóstico de la causa del sangrado^{12, 42,47}. En nuestra serie podemos afirmar que la radiología fue de poca utilidad en el diagnóstico final y que la ecografía solo fue útil en orientar al diagnóstico si se sospecha de varices esofágicas, ver tabla 7.

Laboratorio

Los análisis del laboratorio en los pacientes con HDA, no son aparentemente contributivos en la descripción de la patología, ya que no se han encontrado referencias a estos valores en las series revisadas. En nuestra serie no se encontró en ninguno de los resultados una alteración significativa que mostrara alguna relación debido principalmente a la heterogeneidad de la frecuencia de uso que se observa. Se resalta, sin embargo, que al hacer la asociación entre el valor de urea y creatinina se encuentra una relación significativa entre el cociente U/C mayor de 30 y la presencia de varices esofágicas. Este cociente se describe principalmente como un método diagnóstico de utilidad en la diferenciación de la localización alta o baja de la hemorragia digestiva^{39,58}.

Diagnóstico

Las principales causas de HDA observada en la presente serie son similares a las reportadas por otros autores en hospitales pediátricos de referencia. Las causas más frecuentes de HDA en las diferentes series se pueden observar en la tabla 10.

El grupo etiológico más frecuente en nuestra serie ha sido la gastritis con 35 episodios, lo que representa un 25.7% del total de casos. En las series en general esta fue la enfermedad mas frecuente en 4 de los reportes, variando desde un 52% encontrado por Calvo21 hasta un 7% encontrado por Cox 60

Las várices esofágicas son la segunda causa de HDA correspondiendo a 25 episodios (18.4%), estos datos difieren de las series mencionadas ya que nuestra casuística a este respecto es intermedia sin llegar a ser numerosa. Se observa que esta frecuencia varía desde el 5% reportado por Calvo21 hasta un 27.9% reportado por Alpaca20. La causa mas frecuente de varices esofágicas fue la hipertensión portal (HTP), la literatura describe frecuencias similares para las causas prehepáticas y hepáticas59.

La enfermedad peptica incluyo a la ulcera duodenal en tercer lugar en nuestra serie con una frecuencia de 11.8% (16 episodios).

Se encontró que la ulcera de "stress" provoco en nuestra serie un 6.6 % de los episodios y fue la cuarta de las causas. Es conocido el efecto que ejerce el stress sobre la mucosa gástrica51 provocando isquemia e hipersecreción ácida. Además están descritos algunos factores de riesgo para el desarrollo de ulcera de stress que incluyen falla orgánica, cirugía, trauma, daño al SNC y sepsis (34) en nuestros pacientes del total de 9 casos, 6 episodios estuvieron asociados a la presencia de sepsis, 2 a cirugía 1 a TEC. El sangrado se presento durante la hospitalización en 6 episodios.

La esofagitis se presento en 9 episodios que corresponden a 6.6% del total de los pacientes evaluados; las series presentadas muestras una frecuencia que varia entre 12% y 16% de los episodios reportados. La enfermedad mas frecuente asociada a la esofagitis fue el reflujo gastroesofágico en 4 casos.

Con respecto a los diagnósticos menos frecuentes se destaca la presencia de Síndrome de Mallory Weiss en 8 casos, lesión aguda de la mucosa gástrica (LAMG) en 5 casos, úlcera gástrica y enfermedad hemorrágica del recién nacido en dos casos respectivamente. La deglución de leche materna, duodenitis erosiva, gastroduodenitis, malformación arteriovenosa en el tracto gastrointestinal, malformación vascular del estómago, púrpura de Henoch Schonlein y la TBC gastrointestinal en un caso; el hallazgo de estos últimos diagnósticos coinciden con diagnósticos de otras series20,21,28,60.

La etiología de la HDA no se determinó en 18 episodios (13.2%).

Tratamiento

El tratamiento de la HDA puede ser médico, endoscópico y quirúrgico1, 29, 37, 42,43,45.

En cuanto al tratamiento farmacológico se refiere, los medicamentos que más se emplearon fueron: la ranitidina, el sucralfato, los inhibidores de la bomba de protones (omeprazol y lanzoprazol) y la vitamina K. El octeotride se usó en tan solo 3 episodios lo cual coincide con el tratamiento recomendado en la literatura revizada1, 2, 6, 37,42.

También se utilizó derivados sanguíneos como parte del tratamiento en un buen

número de episodios, la endoscopia terapéutica se utilizó en 12 episodios por várices esofágica sangrante (procedimiento denominado escleroterapia) y el tratamiento quirúrgico en cuatro casos (tres casos por derivación de la vena porta y en un caso por úlcera duodenal sangrante); todos estos hallazgos coinciden con la literatura revizada^{1,2,6,10,11,29,37,42,43,45}.

Mortalidad

Debido a que la hemorragia en si esta asociada a la presencia de diversos factores que influye en la mortalidad³⁰. Algunos reportes no se refieren específicamente a la mortalidad sino a sus factores asociados³⁹. Se describen entre ellos la coexistencia de otras enfermedades, desordenes de la coagulación, falla en la identificación del sitio del sangrado, Hematocrito < 20% a la presentación y la necesidad de transfusión mayor a 85ml/kg³⁰.

La mortalidad asociada a HDA en el hospital fue de 0,3%. La mortalidad global hallada fue de 3.3%. La literatura reporta que esta mortalidad se ha mantenido constante a través de las últimas décadas manteniéndose en valores entre 3% y 27% de los pacientes con hemorragia¹⁹.

CAPITULO V. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de HDA fue de 0.24 x 1000 atenciones por año.
2. El grupo de sexo masculino tuvo ligero predominio con 69 episodios (50.7%).
3. El grupo etáreo que presentaron más episodios de HDA fue el grupo de 1 año a 6 años con un total de 48 episodios (35.3%).
4. La mayoría de los pacientes (94.1%) con HDA ingresan por emergencia.
5. Por estar ubicado el Instituto Especializado de Salud del Niño en la ciudad de Lima y el tipo de pacientes que atiende, los cuales son en su mayoría referidos; estos proceden de Lima y sus distritos.
6. Los síntomas más frecuentes de presentación fueron: la hematemesis, melena, náuseas – vómitos y dolor abdominal.
7. De los antecedentes de importancia encontrados en el grupo estudiado fueron: el uso de medicamentos en 57 episodios y los antecedentes patológicos respiratorios y del tracto gastrointestinal.
8. El estado nutricional de los pacientes estudiados, en su mayoría fueron eutróficos en 42.6%, el 38.2% era desnutridos, el 8.8% tenía sobrepeso y el 10.3% eran obesos.
9. En 18 casos (13.2%) de los episodios estudiados no se llegó a determinar la etiología de la hemorragia digestiva alta.
10. El procedimiento diagnóstico más importante fue la endoscopia; se determinó la etiología en 91.57% de los casos en los que se practico este examen auxiliar...

11. Las tres causas más frecuentes de hemorragia digestiva alta en niños del IESN fueron: Gastritis, várices esofágicas y la úlcera duodenal.

12. La úlcera de estrés fue el diagnóstico más frecuente del la HDA de inicio intrahospitalario.

13. El tratamiento médico fue el más empleado en el estudio realizado, la endoscopia se usó en el tratamiento principalmente de pacientes con várices esofágicas sangrante y la cirugía se usó en un número muy pequeño de episodios de HDA.

14. Se encontró una mortalidad por HDA en 4.4% de los episodios.

CAPITULO VI. RECOMENDACIONES

1. Tener en cuenta que la HDA en niños si bien es muy frecuente, es una patología que se ve en las emergencias y que debemos estar preparado para su manejo, dando importancia a la variación de la etiología con la edad.

2. Se debe mejorar en el registro de los datos en las historias clínicas lo cual contribuiría a obtener los mismos en forma completa.

3. Realizar un estudio prospectivo controlado para determinar mejor algunas variables epidemiológicas y clínicas, que ayudarían al mejor conocimiento de esta patología gastrointestinal y contribuir así a la mejor atención de los pacientes que acuden al Instituto Especializado de Salud del Niño.

BIBLIOGRAFIA

- Calabuig M. Hemorragia digestiva alta: Protocolo Diagnóstico-Terapéutico. *An Esp Pediatr* 2002; 57 (5): 466-79.
- Faubion WA, Perrault J., Walker AW, Durie PR, Hamilton JR, Walker-Smith JA, Watkins JB, Editors. *Gastrointestinal Bleeding Pediatric gastrointestinal disease*, 3.^a ed. Ontario: BC Decker, 2000; p. 164-78.
- Squires RH. Gastrointestinal bleeding. *Pediatrics in Review* 1999; 20:95-8.
- Friedman L, Martin P. The problem of gastrointestinal bleeding. In: *Gastroenterology Clinics of North America* 1993 December; 22 (4): 717-722.
- Gostout CH. Acute gastrointestinal bleeding: A common problem revisited. *Mayo Clin Proc* 1988; 63: 596-604.
- Palmer KR. Ulcers and nonvariceal bleeding. *Endoscopy* 2000; 32: 118 - 123.
- Al-Mishlab T, Amin AM, Ellul JP. Dieulafoys Lesion: an obscure cause of GI bleeding. *J R Coll Surg Edinb* 1999; 44:222 - 225
- Gilbert DA. Epidemiology of upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc* 1990; 36 (Suppl 5): 812.
- Greene FL, Williams RB, Pettigrew FC, Upper gastrointestinal bleeding: The magnitude of the problem. In: Sugawa CH, Schman B, Lucas CH. *Gastrointestinal Bleeding*. New York, Igaku Shoin Medical Publishers 1992; 3-12.
- Sacks H, Chalmers T, Blum A, Berrier J, Pagano D. Endoscopic hemostasis. *An*

- effective therapy for bleeding peptic ulcers. JAMA 1990 July 25; 264(4): 494-499.
- Cook D, Guyatt G, Salena B, Laine L. Endoscopic therapy for acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage. A meta - analysis. Gastroenterology 1992; 102 (1): 139-148.
- Velasquez H, Espejo H, Soriano C, Zumaeta E. Servicio de Gastroenterología del H. E. Rebagliati Martins - IPSS. Unidad de hemorragia digestiva - Alternativa para pacientes de alto riesgo. Libro de resúmenes. XIV Congreso Peruano de Enfermedades Digestivas 1994; 21-25 Noviembre: 64.
- Cabala J, Valdez J, Perea D, Olazabal R, Olazabal C. Hemorragia digestiva alta en Arequipa. Rev Gastroent Perú 1986; 6: 189-193.
- Ramírez F, Cifuentes C, Mavares J, Voso J, Monasterios W, Hinestroza H, et al. Hemorragia digestiva superior. Análisis prospectivo de 741 casos. G. E. N. 1993; 47 (3): 134-144.
- Edge David P. Management of upper GI hemorrhage 1976-1987 - A New Zealand regional study. Gastroenterol Jpn 1991; 26 (Suppl 3): 78-80.
- Olivares Mongrut E. Hemorragia digestiva alta. -clínica y endoscopia. Tesis de especialista. Lima Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1984.
- Solari M, Candela R, Saettone L, Rebaza S, Liviat V, Nuñez C, et al. Pan endoscopia alta intrahemorrágica. Estudio retrospectivo 1980-1987. Hospital Central de la Sanidad de las Fuerzas Policiales. Libro de resúmenes. X Congreso Peruano de Enfermedades Digestivas 1990; 128.
- Salvador M, Gonzalez H, Pacheco J, Canelon F. El valor de la endoscopia de emergencia en hemorragia digestiva superior. G.E.N. 1990; 44 (2): 125-133.
- Castillo A, Sánchez M. Endoscopia de urgencia en 100 pacientes con hemorragia digestiva alta. Rev Gastroent Perú 1985; 5: 68-73.
- Alpaca, Hemorragia Digestiva Alta en el Instituto Especializado de Salud del Niño, (Tesis UPCH), 1997, 53 páginas.
- Calvo S. G., Hemorragia Digestiva en Niños (Tesis Doctoral). Lima UNMSM, 1973; 93 páginas.
- Villanueva J., López De Guimaraes L., Avila F. Hemorragia digestiva alta en los andes peruanos: reporte de 115 casos observados en Huaraz. Revista de Gastroenterología del Perú, 1996; Volumen 16, N°2.
- Barrós P., Cabello J., Bussalleu A. Hemorragia digestiva en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, UPCH. Rev. Gastroenterol. Perú, 1997 Vol. 17, num. 2.
- Berrios J., Sedano O., Calle C., Montero F., Manrique J., Hinostraza E.; Hemorragia Digestiva Alta en los habitantes de las grandes alturas del Perú, Revista de Gastroenterología del Perú, 1996, Volumen 16, N°1.
- Paucar S H, Cossio V E, Lizarraga R J., Upper gastrointestinal bleeding in Cuzco: two years experience, Rev Gastroenterol Peru. 1996 Sep-Dec;16(3):203-7.
- Cutler JA, Mendeloff AI, Upper gastrointestinal bleeding. Nature and magnitude of the problem in the U.S. Dig Dis Sci. 1981 Jul; 26 (7 Suppl):905-965.
- Stevenson R.J. Hemorragia gastrointestinal en niños. Clin Q NA 1985; 65:1455-79.

-
- Bradley M. Rodgers, Upper Gastrointestinal Hemorrhage Pediatrics in Review, 1999, Vol. 20 No. 5 Mayo.
- Cyrla Zaltman, Heitor S. Et al, Upper gastrointestinal bleeding in a Brazilian hospital: a retrospective study of endoscopic records, Arq. Gastroenterol, 2002, 1 -9.
- Cook J, Fuller H, Guyatt G, Et al. Risk factors for gastrointestinal bleeding in critically ill patients. The New England Journal of Medicine, 1994; 330, 377–381.
- Mahamadou, Et al, Clinically Significant Upper Gastrointestinal Bleeding Acquired in a Pediatric Intensive Care Unit: A Prospective Study. Pediatrics, 1998; 102, 933-938.
- Sandel, Et al, Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding Differences in Outcome for Patients Admitted to Internal Medicine and Gastroenterological Services. The American Journal of Gastroenterology Vol. 95, No. 9, 2000, Elsevier Science Inc.
- Oliver Blatchford, Et al, Acute upper gastrointestinal haemorrhage in west of Scotland: case ascertainment study, BMJ, 1997; 315:510-514.
- Paul R, Et al. Foreign body ingestions in children: risk of complication varies with site of initial health care contact. Pediatrics, 1993; 91(1), 121–127.
- Alan Barkun, Et al, Consensus Recommendations for Managing Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding, Ann Intern Med. 2003;139:843-857.
- Adamopoulos A et al. NSAIDs and Acute Gastrointestinal Bleeding · Endoscopy 2003; 35: 327–332
- Abakken. Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding Endoscopy 2001; 33 (1): 16 – 23.
- Rodrigo Strehl Machado Et al, Hemorrhagic gastritis due to cow's milk allergy: report of two cases, J Pediatr (Rio J) 2003; 79(4): 363-8.
- Prieto G. Valor del cociente BUN/CR. En la localización de la hemorragia digestiva del niño. An Esp. Pediatr 1990; 32, 222 – 224.
- Williams E, Marin A: M: Hemorragia Digestiva en la Infancia. Revista Hosp. Niños Buenos Aires. 1981; 23(93): 37 – 43.
- Zambrana, Mercedes. Hemorragia digestiva en niños: análisis clínico de 64 casos, Cuad. Hosp. Clín;44(2):22-5, 1998.
- Nancy Rayhorn Et al, A Review of the Causes of Upper Gastrointestinal Tract Bleeding in Children, Gastroenterology Nursing.2001, Cap 24,vol 1,pag 23-29.
- Helen J., Palmer, Upper gastrointestinal haemorrhage, BMJ, 2001, Vol 323, pag 1115 – 1117.
- Josep F., Fitzgerald, Gastrointestinal bleeding in infants and children, Sugawa CH, Schman B, Lucas CH. Gastrointestinal Bleeding. New York, Igaku Shoin Medical Publishers 1992; 51 - 63.
- Fox, VL. Gastrointestinal bleeding in infancy and childhood. Gastroenterol Clin North Am 2000; 29: 37-66.
- Llanos Zavalaga Luis. Automedicación en cinco provincias de Cajamarca. Rev Med Hered vol.12 no.4 Lima Oct.2001
- Harewood GC, Mcconell JP, Harrington JJ, Mahoney DW, Ahlquist DA. Detection of occult upper gastrointestinal tract bleeding: performance differences in fecal occult

- blood tests. Mayo Clinic Proc 2002; 77 (1): 23-8.
- Junquera F. Hemorragia digestiva alta. En: Protocolos diagnósticos terapéuticos en patología digestiva. Proas cinese, Barcelona, 1988, 61-74.
- Prieto Bozano G, Carrasco Gandía S, Lama More R, Polanco Allué I. Evaluación y diagnóstico de las hemorragias digestivas en niños. Acta Pediatr Esp 1989; 47: 293-298.
- Fadul CE, Lemann W. Perforation of the gastrointestinal tract in patient receiving steroid for neurologic disease. Neurology. 1988; 38: 348 -352.
- Nakamura T., Acute gastric mucosal lesions. Asian Med. J. 1990; 33 (8): 450 – 456.
- Gomez S. Desnutrición. Bol. Med Hosp Infant. 1946; 3: 543 – 551.
- Oldham KT, Hemorragia gastrointestinal en niños. Surg. Clin. North Am. 1990. 5: 1299 – 1316.
- Norgard, Et al. COX-2-selective inhibitors and the risk of upper gastrointestinal bleeding in high-risk patients with previous gastrointestinal diseases: a population-based case control study Alimentary Pharmacology y Therapeutics Volume 19 Issue 7 Page 817 - April 2004.
- Lanas A. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and gastrointestinal bleeding. Ital J Gastroenterol Hepatol. 1999;31 Suppl 1:S37-42.
- Nielsen GL. Et al, Risk of hospitalization resulting from upper gastrointestinal bleeding among patients taking corticosteroids: a register-based cohort study. Am J Med. 2001 Nov; 111(7):541-5.
- Sotou G. Et al, Heart Failure, Congestive, eMedicine Pediatrics- Cardiology Last Updated: September 1, 2004.
- Yosa y colaboradores. ¿Es útil la relación Urea/Creatinina para diferenciar Hemorragia Digestiva Alta de Baja? Rev. Gastroenterol. Perú. Vol. 19 .Nº 3, 1999.
- Lata J, Hulek P, Vanasek T. Management of acute variceal bleeding. Digestive Disease. 2003; 21(1):6-15.
- Cox K, Ament ME. Upper gastrointestinal bleeding in children and adolescents. Pediatrics. 1979; 63, vol 3: 408 – 413.

ANEXOS

Consultar capítulo completo en:

http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2005/lara_ca/pdf/lara_ca-TH.back.2.pdf

TEXTO COMPLETO EPUB

Descargar texto completo en formato EPUB en la dirección:

http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2005/lara_ca/epub/lara_ca.epub