

Factores Asociados a Hemorragia Digestiva Alta no Variceal en Pacientes Mayores de 39 Años. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca – Ecuador.

Marlene Álvarez Serrano¹, Ramsés Mora Herera², Marcia Vanegas Bravo¹

RESUMEN

1. Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. Cuenca – Ecuador.

2. Red Complementaria de Salud. Cuenca – Ecuador.

CORRESPONDENCIA:

Marcia Vanegas Bravo.
e-mail: marcia_vanegas@hotmail.com
Dirección de correspondencia: Rafael María Arizaga 7-36 y Borrero, Cuenca-Ecuador. Código Postal: 010150
Teléfono: [593] 7 2 829 487
Fecha de Recepción: 12/12/2014
Fecha de Aceptación: 24/02/2015
Fecha de Publicación Electrónica (ePub):
Fecha de Publicación: 1/03/2015

MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Álvarez M, Mora R, Vanegas M. Factores Asociados a Hemorragia Digestiva Alta no Variceal en Pacientes Mayores de 39 Años. Rev Med HJCA 2015; 7(1): 28-31. <http://dx.doi.org/10.14410/2015.7.1.a0.05>

ARTÍCULO ORIGINAL ACCESO ABIERTO

©2015 Álvarez et al.; licencia Rev Med HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution Licence" (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), el cual permite el uso no restringido, distribución y reproducción por cualquier medio, dando el crédito al propietario del trabajo original. El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición personal del autor.

* Cada término de los Descriptores De Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo han sido verificados por el editor en la biblioteca virtual en salud [BVS] de la edición actualizada a marzo del 2014, el cual incluye los términos MESH de MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepage.htm>).

INTRODUCCIÓN: La hemorragia digestiva alta (HDA) constituye la principal urgencia gastroenterológica, el objetivo de esta investigación fue determinar la prevalencia conjunta entre hemorragia digestiva no variceal y el consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), alcohol, tabaco y antecedentes de dispepsia.

MÉTODO: Se realizó un estudio analítico de casos y controles con pacientes mayores de 39 años que ingresaron al "Hospital Vicente Corral Moscoso" de Cuenca – Ecuador entre enero de 2008 y enero de 2012. El grupo de casos estuvo conformado por pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal (HDANV) y el grupo control pacientes que ingresaron por otra causa. La comparación grupos fue con variables sociodemográficas, con diferencia de medias y proporciones; Odds Ratio (OR) e Intervalo de Confianza al 95% (IC 95%). El paquete estadístico utilizado fue EPI Info.3.5.1.

RESULTADOS: Se incluyeron 243 pacientes, 81 casos y 162 controles. La distribución por edad, residencia, ocupación, instrucción y sexo fue similar entre los grupos. La HDANV fue más frecuente en los pacientes sobre los 65 años (61.7%), en el sexo masculino (56.8%), en pacientes con instrucción primaria (46.9%) y sin ocupación (53.1%). El consumo de AINES (OR: 2.1; IC 95%: 1.2 – 3.6), el consumo de tabaco (OR: 2.0; IC 95%: 1.1 – 3.6) y los antecedentes dispépticos (OR: 22.4; IC 95%: 9.2 – 54.7) fueron factores de riesgo ($P < 0.05$).

CONCLUSIÓN: La hemorragia digestiva alta no variceal es más frecuente en pacientes mayores de 65 años, en el sexo masculino, en pacientes con instrucción primaria y sin ocupación definida. Los factores de riesgo significativos estadísticamente fueron el consumo de AINES, consumo de tabaco y la presencia previa de síntomas dispépticos.

DESCRIPTORES DeCS: Hemorragia Gastrointestinal – Epidemiología – Factores de Riesgo.

ABSTRACT

FACTORS ASSOCIATED WITH NON-VARICEAL UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING IN PATIENTS OVER 39 YEARS.

BACKGROUND: Upper gastrointestinal bleeding (UGB) is the main gastroenterological emergency, the objective of this research was to determine the joint prevalence among non-variceal gastrointestinal bleeding and use of nonsteroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs), alcohol, smoking and history of dyspepsia.

METHOD: An analytical study of cases and controls with patients older than 39 years admitted to "Vicente Corral Moscoso" Hospital was performed in Cuenca-Ecuador, between January 2008 and January 2012. The case group consisted of patients with Non-variceal Upper Gastrointestinal Bleeding (NVUGIB) and control group were patients admitted for other reasons. Variables were sociodemographic, smoking, alcohol and NSAIDs. The comparison was performed with mean difference and proportions, Odds Ratio (OR) and confidence interval 95% (CI 95%). The statistical package used was EPI Info.3.5.1.

RESULTS: 243 patients, 81 cases and 162 controls were included. The distribution by age, residence, occupation, education and sex was similar between groups. NVUGIB was more frequent in patients over 65 (61.7%) in males (56.8%) in patients with primary education (46.9%) and unoccupied (53.1%). Consumption of NSAIDs (OR: 2.1; 95% CI 1.2 - 3.6), smoking (OR: 2.0; 95% CI 1.1 - 3.6) and dyspeptic history (OR: 22.4; 95% CI: 9.2 - 54.7) were risk factors ($P < 0.05$).

CONCLUSION: The non-variceal upper gastrointestinal bleeding is most often patients over 65 years, in males, in patients with primary instruction without definite occupation. The significant risk factors were statistically NSAIDs consumption, smoking and prior presence of dyspeptic symptoms.

KEY WORDS: Gastrointestinal Hemorrhage - Epidemiology - Risk Factors.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta no originada por várices (HDANV) continúa siendo un desafío para el tratamiento clínico. Es más frecuente que la hemorragia digestiva variceal en una proporción de 3 a 1. En Estados Unidos se describen anualmente más de 250.000 enfermos con hemorragia digestiva alta no variceal, siendo responsable de hasta 20.000 muertes al año [1-6]. Aunque su incidencia varía en los distintos países, se estima que se presenta con una frecuencia entre 50 y 140 pacientes por cada 100.000 habitantes y se incrementa marcadamente con la edad [7-11]. Aproximadamente el 80% de las HDANV se autolimitan, requiriendo solo medidas de soporte [4]. Sin embargo los pacientes restantes tienen riesgo de recurrencia empeorando el pronóstico de esta patología. En las emergencias de los hospitales, los ingresos debidos a causa de hemorragias digestivas altas con riesgo de mortalidad es de 6% a 10% [10, 11], en nuestro medio la morbilidad es de 2% a 4% de los pacientes que ingresan al servicio de emergencia [12-13]. Actualmente uno de los factores más importantes que contribuye a las HDANV es el uso y abuso de los antiinflamatorios no esteroideos, son conocidos los mecanismos de lesión gástrica a través de un efecto local mediante la irritación superficial del epitelio gástrico y de un efecto sistémico mediante la inhibición de la enzima ciclooxigenasa (COX); esto contribuyendo a una importante disminución en la síntesis de prostaglandinas a partir del ácido araquidónico las mismas que regulan procesos fisiológicos como la integridad de la mucosa gástrica, la actividad plaquetaria y la función renal. La inhibición de esta enzima sería la responsable de los efectos adversos de los AINES sobre la mucosa gastrointestinal [9, 13]. El tabaco es un factor predisponente para las complicaciones ulcerosas y permiten decir que

su consumo retrasa la cicatrización de la úlcera duodenal y gástrica aumentando el número de recidivas, las teorías propuestas relacionan el consumo de tabaco con disminución en el flujo sanguíneo, mayor reflujo biliar y disminución en la producción de prostaglandinas [13-16]. No se conocen del todo cuáles son los mecanismos que utiliza el alcohol para producir las lesiones gástricas, pero los trabajos más recientes sugieren una hiperproducción de factor alfa de necrosis tumoral (TNF- α), aumento de la apoptosis e incremento de la peroxidación lipídica inducida por radicales libres que aumentan el riesgo de hemorragia [9]. Ya se ha señalado en múltiples revisiones que la dispepsia por sí sola no predice la aparición de complicaciones o lesiones gastrointestinales, pero algunos estudios estiman que la historia previa de dispepsias por AINE aumenta discretamente el riesgo de complicaciones [4, 9, 13]. La úlcera péptica es la causa más frecuente de HDANV en la actualidad, siendo responsable aproximadamente del 50% del total de episodios de sangrado [16, 17], su principal causa es la infección por *helicobacter pylori*; la identificación y tratamiento de esta bacteria ha contribuido al descenso en la incidencia de hemorragia digestiva alta [18, 19]. Tras la estabilización del paciente y el diagnóstico clínico de HDA, la endoscopia constituye, actualmente, un elemento imprescindible en el manejo del paciente con hemorragia digestiva por su capacidad diagnóstica, pronóstica y terapéutica. Actualmente es evidente que la endoscopia proporciona un excelente complemento a los factores clínicos para determinar el riesgo de resangrado y establecer el tratamiento médico complementario más adecuado, reintroducción temprana a una dieta oral y disminución de la estancia hospitalaria [20, 21].

MÉTODO

Se realizó un estudio analítico de casos y controles. Para la conformación de los grupos se realizó una selección de entre todos los pacientes mayores a 39 años que se hospitalizaron en el Servicio de Medicina Interna del "Hospital Vicente Corral Moscoso" de Cuenca-Ecuador durante el periodo comprendido entre enero de 2008 y enero de 2012. La muestra fue calculada estimando un 15% de exposición al menor factor de riesgo para los controles y un OR estimado de 3 con un intervalo de confianza al 95%, potencia estadística de 80% para los controles. De esta manera los grupos quedaron conformados de la siguiente manera: Grupo 1 (casos) con 81 pacientes mayores de 39 años que ingresaron con diagnóstico de HDANV y que estuvo expuesto a por lo menos uno de los factores de riesgo y Grupo 2 (controles) con 162 paciente ingresados al mencionado servicio con diagnósticos diferentes a HDANV y que se consideraron

expuestos a por lo menos uno de los factores de riesgo. Se consideraron como factores de riesgo el consumo de AINES, alcohol, tabaco y la presencia de antecedentes dispépticos (distensión abdominal, dolor abdominal y flatulencia). Para el emparejamiento se tomaron en cuenta variables como sexo y edad (± 3 años) en una proporción de 2 a 1 (2 controles por cada caso). Los datos fueron obtenidos en parte del historial médico y complementados mediante entrevista directa a cada paciente. El análisis de las variables de comparación entre grupos se realizó utilizando diferencia de medias para la edad y diferencia de proporciones para las variables cualitativas (instrucción, ocupación, lugar de residencia y sexo; para el análisis de los factores de riesgo se utilizaron pruebas de Odds Ratio (OR) con intervalo de confianza al 95% (IC 95%), los datos fueron tabulados y analizados en el software EPI Info.3.5.1.

RESULTADOS

Se estudió una muestra de 243 pacientes, de los cuales 81 fueron considerados como casos (grupo 1) y fueron diagnosticados de HDA confirmada con endoscopia; además 162 pacientes que fueron considerados como controles (grupo 2). La edad de los pacientes fue de entre 40 y 94 años, la media fue de 68 años y la mediana fue de 73 años (Tabla 1). Por grupos de edad, en el grupo 1 pertenecientes al grupo de entre 40 y 64 años existieron 31 pacientes (38.3%) y en el grupo 2 63 pacientes (38.9%); el grupo etario con edad mayor o igual a 65 años estuvo conformado por 50 pacientes (61.7%) en el grupo 1 y por 99 pacientes (61.1%) en el grupo 2, no se determinaron diferencias entre los grupos debidas al grupo etario perteneciente ($p=0.926$) (Tabla 1). En relación al sexo 60.1% pertenecieron al sexo masculino y 39.9% pertenecieron al sexo femenino de la totalidad de pacientes estudiados; en el grupo 1 el 56.8% fueron de sexo masculino y el 43.2% pertenecieron al sexo femenino mientras que en el grupo 2 el 61.7% fue de sexo masculino y un 38.3% de sexo femenino, los grupos fueron similares de acuerdo a la frecuencia por sexo (Tabla 1). En lo relativo al lugar de residencia encontramos que existe similitud en la procedencia de los pacientes tanto a nivel rural como urbano en ambos grupos, la mayor parte de los pacientes

estudiados tuvo instrucción primaria con el 46.9% en el grupo 1 y el 59.3% en el grupo 2. En relación a la ocupación encontramos que la frecuencia más alta en ambos grupos fue ninguna con el 53.1% para el grupo 1 y 56.2% para el grupo 2. El la frecuencia de consumo de AINES en el grupo 1 fue de 58.0% y en el grupo control de 39.5% evidenciándose un OR de 2.1 con un IC al 95% entre 1.2 y 3.6 con un valor de $p=0.006$ por lo que la diferencia es estadísticamente significativa (Tabla 2). En lo relativo al consumo de alcohol la frecuencia en el grupo 1 fue de 32.1% y en el grupo 2 fue de 29.0%, se obtuvo un OR de 1.2 con un IC al 95% entre 0.6 y 2.1 además un valor $p=0.621$ por lo que se establece la relación sin significancia estadística (Tabla 2). La frecuencia de consumo de tabaco en el grupo 1 fue de 35.8% y en el grupo 2 fue de 21.6%, el OR fue de 2 con un IC al 95% entre 1.1 y 3.6 con un valor de $p=0.018$ siendo estadísticamente significativo (Tabla 2). Los antecedentes personales de por lo menos uno de los síntomas dispépticos estuvieron presentes el grupo 1 en 92.6% de los pacientes y en el grupo 2 en el 35.8%, se estableció un OR de 22.4 con un IC al 95% entre 9.2 y 54.7 con un valor de $p<0.0001$ que confirma la significancia estadística (Tabla 2).

Tabla 1. Distribución de 243 pacientes estudiados según características demográficas, sintomatología dispéptica y grupo de estudio. Hospital Vicente Corral Moscoso. 2012

Variable	Grupo 1 N (%)	Grupo 2 N (%)	Valor P
Sexo			
Masculino	46 (56.8%)	100 (61.7%)	0.4596
Femenino	35 (43.2%)	62 (38.3%)	0.459
Edad			
Promedio	67.9	68.1	0.925
Grupo Etario			
40 – 64	31 (38.3%)	63 (38.9%)	0.926
≥ 65	50 (61.7%)	99 (61.1%)	
Lugar De Residencia			
Urbana	39 (48.1%)	78 (48.1%)	1.000
Rural	42 (51.9%)	84 (51.9%)	
Instrucción			
Ninguna	17 (21.0%)	24 (14.8%)	0.311
Primaria	38 (46.9%)	96 (59.3%)	
Secundaria	25 (30.9%)	41 (25.3%)	
Superior	1 (1.2%)	1 (0.6%)	
Síntomas Dispépticos			
Ocupación			
Ninguna	43 (53.1%)	91 (56.2%)	0.24
Obreros	22 (27.2%)	41 (25.3%)	
Comerciante	7 (8.6%)	22 (13.6%)	
Empleado	9 (11.1%)	8 (4.9%)	
Dolor Abdominal			
Sí	70 (86.4%)	49 (30.2%)	<0.0001
No	11 (13.6%)	113 (69.8%)	
Distensión Abdominal			
Sí	27 (33.3%)	23 (14.2%)	0.001
No	54 (66.7%)	139 (85.8%)	
Flatulencia			
Sí	9 (11.1%)	4 (2.5%)	0.005
No	72 (88.9%)	158 (97.5%)	

Tabla 2. Asociación entre hemorragia digestiva alta no variceal con el consumo de antiinflamatorios, alcohol, tabaco y antecedente personal de dispepsia. Hospital Vicente Corral Moscoso, 2012

Factor de Riesgo	Grupo 1 N=81	Grupo 2 N=162	Odds Ratio	IC _{95%}	Valor P
Consumo de AINES*	47 (58%)	64 (39.5%)	2.1	1.2 -3.6	0.006
Consumo de alcohol	26 (32.1%)	47 (29%)	1.2	0.6 -2.1	0.621
Consumo de tabaco	29 (35.8%)	35 (21.6%)	2.0	1.1-3.6	0.018
Antecedente dispéptico	75 (92.6%)	58 (35.8%)	22.4	9.2-54.7	<0.0001

* Antiinflamatorios no esteroideos

CONCLUSIONES

La hemorragia digestiva alta no variceal fue más frecuente en los pacientes sobre los 65 años, en el sexo masculino, en pacientes con instrucción primaria y sin ocupación definida. La edad promedio de presentación fue de 67.9 años. El consumo de AINES, el consumo de

tabaco y los antecedentes de sintomatología dispéptica constituyen factores de riesgo asociados a la presencia de hemorragia digestiva alta no variceal. El consumo de alcohol no mostró significancia estadística como factor de riesgo asociado.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

Marlene Álvarez (MA), Diseñó el estudio, realizó el análisis crítico del artículo, el análisis estadístico. Ramsés Mora (RM) y Marcia Vanegas (MV), recolectaron los Datos, realizaron la revisión bibliográfica, la escritura del manuscrito, y la interpretación de los datos. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

Marlene Álvarez Serrano.

Médica Internista, Magister en Investigación de la Salud. Código de investigadora: [orcid.org 0000-0002-3250-3214](https://orcid.org/0000-0002-3250-3214)

Ramsés Mora.

Médico General. Libre ejercicio profesional. Código de investigador: [orcid.org 0000-0002-3526-7069](https://orcid.org/0000-0002-3526-7069)

Marcia Vanegas Bravo.

Médica Internista, Profesora de la Universidad Católica de Cuenca. Código de Investigadora: [orcid.org 0000-0002-7313-5251](https://orcid.org/0000-0002-7313-5251)

ABREVIATURAS

AINES: Antiinflamatorios no Esteroideos.

COX: Ciclooxygenasa.

HDANV: Hemorragia Digestiva Alta no Variceal.

IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%.

OR: Odds Ratio.

TNF- α : Factor Alfa de Necrosis Tumoral.

PERMISOS DE PUBLICACIÓN

Se obtuvo el respectivo consentimiento para la participación de los pacientes en el presente estudio. Los autores cuentan con el permiso escrito para revisión por parte del comité de la revista.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Eisen G, Dominitz J, Faigel D. An annotated algorithmic approach to upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc* 2008; 53(7): 853-858.
- Calleja J, Martínez J. Hemorragia digestiva alta no variceal. *Medicine* 2010; 8 (14): 725-735
- Dallal HJ, Palmer K. Upper gastrointestinal haemorrhage. *BMJ* 2001; 323: 1115-1117.
- Harrison, Principles of internal medicine. 17th Edition; McGrawHill. New York. 2008; pags: 257-260.
- Ortiz P, Díaz M, Huanquile L, González R. Hemorragia Digestiva alta. Revisión de 450 casos. Departamento de Medicina Interna, facultad de Medicina Sección de Gastroenterología, Hospital Enrique Cabrera, Nov. 2005. *Revista medicina Interna* 1998; 2:1.
- Nomura T, Ohkusa T, Araki A, Chugangi Y, Momoi M, Takashimizu I, Et Al. Influence of climatic factors in the incidence of upper gastrointestinal bleeding. *J Gastroenterol Hepatol* 2001; 16(6):619-23.
- Tenias Burrillo J, Llorente Melero M, Zaragoza Marcet A. Epidemiological aspects on nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in a mediterranean region: incidence sociogeographic and temporal fluctuations. *Rev Esp Enferm Dig* 2001; 93(2):96-105.
- Amouretti M, Gouerou H, Capron Mh, Hernan H, Colin R. Epidemiology and course of acute upper gastrointestinal hemorrhage in French geographical areas. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000; 12(2):175-81.
- Velásquez H, Espejo H, Ruiz E, Contardo C, Ichiyanagui C, Román R ET AL. Reporte de 4772 hemorragias digestivas en una unidad de sangrantes. *Rev Gastroenterol Per* 2001; 21 (49): S12- S13.
- Salvatierra G, De La Cruz Romero L, Paulino M. Hemorragia digestiva alta no variceal asociada al uso del antiinflamatorios no esteroideos en Lima Metropolitana. *Rev Gastroenterol Per* 2006; 26(1):13-20.
- Miño Fugarolas G, Jaramillo J. Epidemiología, etiología y clínica de la HDA. *Gastrum* 1997;9:15-25.
- Soll A. Gastric, duodenal, stress and non-steroidal anti-inflammatory ulcer. En: Sleisenger, Fordtran J (Eds.). *Gastrointestinal diseases*. 5th ed. Philadelphia: WB. Saunders; 1999. p.580.
- Balanzo Tintoré J, Villanueva Sánchez C. Hemorragia digestiva alta: clasificación, etiología y tratamiento. Ediciones médicas, Buenos Aires, 2007. Disponible en: <http://www.cirugest.com/htm/revisioes/cir12-11/12-11-05.htm>
- Basto Valencia, Milagros, Vargas Cárdenas, Gloria y Angeles Chaparro, Pabel. Factores de riesgo que incrementan la Morbimortalidad en Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Nacional "Arzobispo Loayza" 1980-2003. *Rev Gastroenterol Per* 2005; 25(3):259-267. ISSN 1022-5129.
- Williams E, Rodiles F, Pacheco F. Vagotomía altamente selectiva en el tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica duodenal. *Rev Cub Med Mil* 1998; 27(1): 22-28.
- Gottfried Eb, Korstein Ma, Lieber Cs. Alcohol induced Gastric and Duodenal Lesions in Man. *Am J Gastroenterol* 1978; 70: 587-592.
- Lieberman D, Fennerty Mb, Morris Cd. Evaluación Endoscópica de Pacientes con Dispepsia: Resultados de la Base de Datos Endoscópicos Nacional. *Gastroenterology* 2004; 127(4):1067-1075.
- Morales C, Sierra S, Hernández A, Arango A, López G. Hemorragia digestiva alta: factores de riesgo para mortalidad en dos centros urbanos de América Latina. *Rev Esp. Enferm. Dig* 2011; 103(1): 20-24.
- Espejo H, Velásquez C. Tópicos Selectos en Medicina Interna – Gastroenterología capítulo 2, Hemorragia digestiva aguda. *Hermes*, Perú, 2008.
- Santoyo VR. Gastropatía por AINE. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2010; 64 Supl. (1): S28-S34.
- Watson DJ, Harper SE, Zhao PL, Quan H, Bolognese JA, Simon TJ. Gastrointestinal tolerability of the selective cyclooxygenase-2 (COX-2) inhibitor rofecoxib compared with nonselective COX-1 and COX-2 inhibitors in osteoarthritis. *Arch Intern Med* 2000;160(19):2998-3003.
- Henry D, Lim LL, Garcia RI. Variability in risk of gastrointestinal complications with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs: results of a collaborative meta-analysis. *British Medical Journal* 1996; 312:1563-1566
- Higham J, Kang Jy, Majeed A. Recent trends in admissions and mortality due to peptic ulcer in England: increasing frequency of haemorrhage among older subjects. *Gut* 2002; 50:460-464.
- Salvatierra G, De La Cruz Romero L, Paulino M. Hemorragia digestiva alta no variceal asociada al uso del antiinflamatorios no esteroideos en Lima Metropolitana. *Rev Gastroenterol Per* 2006; 26(1):13-20.
- Chiu P, Neg E. Predicting poor outcome from acute upper gastrointestinal hemorrhage. *Gastroenterol Clin North Am* 2009; 38(2):215-30.
- Rollhauser C, Fleischer D. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Endoscopy* 2002; 34:111-118.
- Rodríguez-Hernández H, Rodríguez-Morán M, González J, Jáquez-Quintana J, Rodríguez-Acosta E, Sosa-Tinoco E, et al. Factores de riesgo asociados a hemorragia de tubo digestivo alto y su mortalidad. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2009; 47 (2): 179-184.
- Depolo A, Dobrila-Dintinjana R, Uravi M, Grbas H, Rubini M. Upper gastrointestinal bleeding. Review of our ten years results. *Zentralbl Chir* 2001; 126(10):772-776
- Samaniego C. Hemorragia Digestiva Alta No Variceal. La experiencia del Centro Médico Bautista. *Upper Gastrointestinal Bleeding*. Rev. Cubana de Gastroenterología 2006;38(2):
- Rodiles F, López F. Hemorragia Digestiva Alta. Comportamiento Clínico Epidemiológico. *Archivo Médico de Camagüey* 2004; 8 (6): st0-10.
- Sainz R, Gomollón F, Montoro M: Úlcera péptica. En: Vilardell F, Rodes J, Malagelada JR, Pajares JM, Pérez Mota A, Moreno González E, Puig La Calle J (eds): *Enfermedades digestivas*, Tomo 1. Madrid, Ediciones Grupo Aula Médica, 1998: 581-622.
- Labenz J, Blum AL, Bolten WW, Dragosics B, Rosch W, Stolte M, Koelz HR. Primary prevention of diclofenac associated ulcers and dyspepsia by omeprazole or triple therapy in Helicobacter pylori positive patients: a randomised, double blind, placebo controlled, and clinical trial. *Gut* 2002;51:329-35.
- Ko CW, Deyo RA. Cost-effectiveness of strategies for primary prevention of nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced peptic ulcer disease. *J Gen Intern Med* 2007;15:400-10

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no reportan ningún conflicto de intereses.

COMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Álvarez M, Mora R, Vanegas M. Factores Asociados a Hemorragia Digestiva Alta no Variceal en Pacientes Mayores de 39 Años. *Rev Med HJCA* 2015; 7(1): 28-31. <http://dx.doi.org/10.14410/2015.7.1.a0.05>