

Hemorragia digestiva alta: orientación diagnóstica y conducta actual sobre las estrategias terapéuticas, revisión bibliográfica

Upper gastrointestinal bleeding: diagnostic orientation and actual behavior regarding therapeutic strategies, literature review

Jackeline Quirós Pérez¹, Cristian Andrés Herdoíza Morales², Jorge Andrés Segnini Miranda³

1 y 2 Médico General, Consulta Externa, Área de Salud Moravia, Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), San José, Costa Rica.

3 Médico Residente, Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital San Rafael de Alajuela, Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Alajuela, Costa Rica.

✉ Contacto de correspondencia: Jackeline Quirós Pérez jackyqp7278@gmail.com

RESUMEN

La hemorragia digestiva alta constituye una de las causas de patología gastrointestinal de carácter urgente que amerita un diagnóstico y manejo expedito para reducir, de manera significativa, la morbimortalidad asociada.

Para clasificarla se puede dividir en variceal o no variceal. Para la enfermedad no variceal destaca la presencia de úlcera péptica como principal factor etiológico donde juega un papel importante la colonización por parte de la *Helicobacter pylori* (*H.pylori*). En el momento de evaluar al paciente se debe tomar en cuenta la historia previa de sangrado, ya que esta resulta importante a la hora de pensar en una recurrencia del mismo cuadro hemorrágico previo. Además, hay otros factores de riesgo que participan en la sospecha de esta patología.

Es importante tomar en cuenta que existen diversos diagnósticos diferenciales los cuales se abordan a lo largo del artículo. Saber diferenciar cada uno permite un tratamiento y manejo adecuado.

Para el tratamiento existen tres etapas relevantes que deben seguirse en orden para garantizar el manejo más organizado posible y mejorar la supervivencia del paciente, los cuales son manejo pre endoscópico, endoscópico y post endoscópico.

Palabras clave: Úlcera péptica, varices esofágicas, escala de Glasgow-Blatchford, Lesión Dieulafoy, manejo endoscópico.

ABSTRACT

Upper gastrointestinal bleeding constitutes one of the causes of gastrointestinal pathology when it comes to urgent care, that needs a prompt diagnosis and management to significantly reduce morbidity and mortality. In order to classify gastrointestinal bleeding, it can be divided into non variceal and variceal. For non variceal bleeding it stands out the presence of peptic ulcer disease in which the principal involved etiology corresponds to the colonization of *Helicobacter pylori*. When evaluating the patient, it is necessary to keep in mind previous history of bleeding,

Cómo citar:

Quirós Pérez, J., Herdoíza Morales, C. A., & Segnini Miranda, J. A. Hemorragia digestiva alta: orientación diagnóstica y conducta actual sobre las estrategias terapéuticas, revisión bibliográfica. Revista Ciencia Y Salud Integrando Conocimientos, 8(4). <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v8i4.802>

Recibido: 13/Jun/2024

Aceptado: 04/Dic/2024

Publicado: 13/Dic/2024



because it will be important for a possible recurrence of the hemorrhagic episode. Also, there are other risk factors that constitute an element to take into account for evaluating the patient in which this pathology is suspected.

It is of great importance to keep in mind that there are several differential diagnoses that will be reviewed throughout this article. Knowing the difference between each one, allows an adequate treatment and management.

For treatment, there are three relevant stages that should be followed in order to guarantee the most organized management possible and improve the patient's survival, these are pre endoscopic, endoscopic and post endoscopic management.

Keywords: Peptic ulcer, esophageal varices, Glasgow-Blatchford score, Dieulafoy lesion, endoscopic management.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta es la pérdida sanguínea en el tracto gastrointestinal que abarca desde la región orofaringe hasta el ligamento de Treitz (1). La causa más común de hemorragia digestiva alta que requiere hospitalización corresponde a las úlceras. Otras causas dentro de las cuales están las varices esofágicas, la gastritis y la esofagitis ocasionalmente produce una hemorragia arterial masiva; angiodisplasia, la lesión Dieulafoy, los tumores malignos como el carcinoma y el linfoma en fases avanzadas (2).

Existen ciertos métodos para el apoyo y la estratificación del riesgo como la escala de Glasgow-Blatchford y la escala Rockall, que apoyan al médico en la valoración inicial del paciente lo que permite una toma de decisión clínica adecuada (2).

En este artículo abordaremos aspectos de la hemorragia digestiva alta desde su diagnóstico hasta el manejo médico y quirúrgico (3).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza una revisión sobre el manejo de la hemorragia digestiva alta según su etiología en población adulta, sin distinción de sexo, tomándose en cuenta las últimas investigaciones y avances en el tratamiento y diagnóstico, considerando las variaciones en el enfoque terapéutico para cada tipo de etiología. Para ello, se han utilizado diversas fuentes de información científica obtenidas a través de bases de datos reconocidas a nivel internacional, tales como Scielo, PubMed, ScienceDirect y EBSCO utilizando palabras claves como hemorragia digestiva alta, tratamiento, diagnóstico. Se excluyeron artículos que no estaban directamente relacionados con el tema principal de la hemorragia digestiva alta, estudios previos al año 2019, revisiones no sistemáticas, artículos de opinión, así como aquellos que no presentaban datos sobre el manejo terapéutico y diagnóstico. Como criterios de inclusión se tomaron artículos en inglés y español publicados entre 2019 y 2024 de tipo revisiones sistemáticas, metaanálisis, artículos que hagan referencia a las guías clínicas actuales sobre el manejo de la hemorragia digestiva alta de sociedades como la American College of Gastroenterology (ACG), la European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), o la American Gastroenterological Association (AGA), revisiones y artículos de consenso y estudios originales en el ámbito el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia digestiva alta, sus etiologías comunes, estrategias diagnósticas y enfoques terapéuticos.

Epidemiología

La causa principal de la hemorragia digestiva alta está dada por la úlcera péptica cuya incidencia es del 50% al 60% seguido solo por el sangrado variceal en un 4-16%. La hospitalización por úlcera péptica ha disminuido en un 30%, sin embargo, ha aumentado por lesión de Dieulafoy en un 33%, por angiodisplasia en un 32% y neoplasia en un 50%. En cuanto a la tasa de mortalidad por sangrado digestivo pasó de un 2.6% a un 1.9% (2).

Evaluación del paciente

Se debe hacer una evaluación de la historia previa ya que más de un 60% de los pacientes con sangrado digestivo anterior tienen resangrado de la misma lesión que originó el primer episodio de sangrado (4).

Factores de riesgo

Las causas de sangrado digestivo específico incluyen: sangrado por úlceras péptica, gastritis, esofagitis, sangrado variceal, síndrome de Mallory Weiss y cáncer (4).

Diagnóstico

El diagnóstico de la hemorragia digestiva alta es clínico; en varias ocasiones se entrelaza con el manejo, para ello se emplea distintos análisis de laboratorio, estudios de imagen y técnicas que faciliten el estudio diagnóstico de esta afección (5).

Diagnóstico diferencial

Enfermedad ácido péptica

La hemorragia digestiva alta suele ser ocasionada principalmente por la enfermedad de úlcera péptica. La ulceración ocurre cuando los factores endógenos (como el ácido, la pepsina y la bilis) o exógenos superan el mecanismo de defensa de la mucosa. La ingesta de AINES e infección por *helicobacter pylori*, podrían constituir el origen de una úlcera tanto gástrica como duodenal (6,7).

La úlcera duodenal resulta ser más comúnmente asociada a aquellas personas detectadas con gastritis debido a *Helicobacter pylori*, principalmente en la variedad antral, cuya reducción de somatostatina conduce a un aumento de las células D, y a un incremento de gastrina que consecuentemente aumenta la secreción ácida en el intestino. Otras causas menos usuales de úlcera péptica incluyen el estrés psicológico y la secreción excesiva de ácido (gastrinoma) (6,7).

La úlcera inducida por estrés es más frecuente en pacientes con enfermedad grave en lo que respecta servicios especializados como el de cuidados intensivos, particularmente aquellos con largos períodos de ventilación mecánica y trastornos en la coagulación como factores de riesgo predominantes. En la enfermedad ácido péptica, los pacientes pueden experimentar dolor epigástrico. Frecuentemente, la presentación de la úlcera gástrica experimenta dolor que aumenta con la ingesta de alimentos, mientras que en la úlcera duodenal, el dolor disminuye cuando no se ingieren alimentos. Además, la úlcera péptica puede presentarse sin dolor, independientemente de su causa subyacente (6,7,8).

Se aconseja evaluar a individuos con historial o padecimiento de úlcera péptica en actividad a menos que se haya confirmado una remisión anterior. Se debe proporcionar terapia a todos aquellos con resultado positivo para *H. pylori* (6,7,8).

Varices esofágicas

El desangramiento por várices esofágicas viene a ser la segunda causa en frecuencia del sangrado gastrointestinal alto y resulta de gran importancia a la hora de evaluar en aquellos pacientes que presenten antecedentes de cirrosis e hipertensión portal. De la totalidad de pacientes con enfermedad por cirrosis se ha encontrado que la mitad de ellos, desarrollan varices gastroesofágicas debido a cambios en la presión hepática (elevación superior a 10-12 mmHg). Sin embargo, el 60% de los casos de hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis no guardan relación con hipertensión portal. Dentro de los síntomas que pueden aparecer por enfermedad variceal son: melena, hematemesis o hematoquezia, dependiendo de la severidad del sangrado. Durante la evaluación médica resulta necesario prestar especial atención a los hallazgos sugerentes de hepatopatía crónica evolucionada con hipertensión portal (6,7).

Esofagitis

Corresponde aproximadamente al 10% de los casos de sangrado digestivo alto. En cuanto a los detonantes de mayor relevancia para esta causa corresponde: la enfermedad severa de reflujo gastroesofágico y el abuso de alcohol, los cuales tienen como complicación un sangrado importante. Otras causas de esofagitis con sangrado incluyen la esofagitis por ingestión de pastillas y la esofagitis infecciosa. Aunque es poco común puede darse que por un proceso isquémico se evoluciona a necrosis, y este debe de sospecharse en pacientes que presentan datos de inestabilidad hemodinámica. El síntoma característico reportado en la mayoría de los casos constituye a la hematemesis, por lo que normalmente la melena aunque puede estar presente no sería el más común en esta etiología. La presencia de odinofagia y disfagia dependerá de la cronicidad y gravedad de la causa subyacente (6,9,10).

Lesión Dieulafoy en hemorragia digestivo alto

Es una malformación vascular del estómago proximal, generalmente dentro de los 6 cm desde el cardias hacia la curvatura menor, aunque también puede ocurrir en todo el tracto gastrointestinal. Esta lesión representa entre el 2% y el 5% de los casos con un sangrado agudo, desde el punto de vista endoscópico, la lesión se presenta como un largo vaso submucoso que ha desarrollado una úlcera, debido al gran tamaño del vaso, la hemorragia puede ser masiva y profusa; la ruptura suele ocurrir debido a la gastritis crónica que puede inducir necrosis en la pared del vaso o la ingesta de alcohol, siendo más prevalente en hombres durante la tercera y décima década de la vida (10).

AINES en sangrado digestivo alto

El uso diario de AINES puede aumentar el riesgo de úlcera gástrica hasta 40 veces y el de úlcera duodenal hasta 8 veces. El uso prolongado de AINES está asociado con una incidencia del 20% en el desarrollo de úlceras en la mucosa. La terapia médica incluye evitar medicamentos ulcerogénicos y comenzar con fármacos gastroprotectores como inhibidor de bomba de protones (IBP) o un antagonista de los receptores de histamina tipo 2 para proteger la mucosa (10,11, 12). Pueden ocasionar úlceras duodenales o gástricas al inhibir la ciclooxigenasa, lo que conlleva a una reducción en la producción de prostaglandinas en la mucosa, afectando su capacidad defensiva.

Otras causas

Usualmente cuando se realiza una endoscopia programada se puede evidenciar malformaciones arteriovenosas sin mayor trascendencia clínica; sin embargo, algunas de mayor tamaño pueden ser causa de un sangrado digestivo alto; el desgarro de Mallory-Weiss resulta de la laceración de la mucosa esofágica secundario

a vómitos o arcadas incoercibles (6,7). Un desgarró en la mucosa distal del esófago a menudo se cura espontáneamente, pero puede provocar un sangrado significativo (4,13).

Las causas de malignidad esofágica, gástrica y duodenal pueden provocar sangrado, aunque es muy raro. Las fístulas aortoentéricas son poco comunes y pueden surgir como un hallazgo tardío de intervenciones quirúrgicas a nivel abdominal o vascular, siendo el sitio principal de aparición el duodeno, típicamente se manifiesta con un episodio inicial de hematemesis o hematoquecia, seguido de un período de varios días sin sangrado y luego una hemorragia masiva subsecuente con colapso cardiovascular, acompañado de fiebre, dolor de espalda o abdominal y datos sugerentes de sepsis (6).

Manejo pre endoscópico

Se requiere de una evaluación inmediata para establecer la severidad de la condición, realizando una evaluación primaria que valora la vía aérea, la circulación y una revisión secundaria que completa la historia clínica y el examen físico; estos dos últimos elementos son la base para una orientación diagnóstica donde resulta relevante la confirmación de melena o hematemesis (5).

Se debe iniciar con la valoración de vía aérea, respiración y circulación para asegurar al paciente. También se debe proteger la vía aérea y asegurar dos vías periféricas para establecer prioridades: el proceso de reanimación temprana con el ajuste de los valores hemodinámicos, niveles de hemoglobina y corrección de coagulopatías que impacta en la disminución de la mortalidad en un paciente con hemorragia digestiva alta, esta se da a través de la recuperación de volumen sanguíneo mediante la administración de oxígeno suplementario, aporte de líquidos intravenosos (cristaloides o Ringer-lactato) o hemocomponentes; es importante mantener la monitorización de signos vitales y la toma de exámenes de laboratorio complementarios. Dependiendo de la estabilidad hemodinámica se puede optar por un manejo ambulatorio o bien el traslado a una unidad de mayor complejidad (5).

Es necesario analizar la morbilidad y el riesgo de resangrado para establecer su tratamiento para ello se puede emplear la escala de rockall y de Glasgow-Blatchford (2,13).

La escala de Glasgow-Blatchford utiliza variables como el valor del nitrógeno ureico sanguíneo, la hemoglobina, la presión arterial, la frecuencia cardiaca, la presentación del cuadro con melena o síncope así como la comorbilidad de enfermedad hepática o insuficiencia cardiaca, cuyo puntaje es de 0 a 29 (5). Las directrices recomiendan que los pacientes con SGB ≤ 1 pueden tratarse como pacientes ambulatorios, con una sensibilidad del 99% y especificidad del 35-40% (14,15).

La escala rockall es empleada tanto previo como posterior a la endoscopia (Elroy Patrick). La escala rockall toma en cuenta 6 variables: edad, shock, comorbilidad, diagnóstico y la presencia de un estigma mayor de hemorragia reciente; para cada variable da una puntuación de 0 a 3, en la primera valoración el máximo puntaje es de 7 y posterior a la endoscopia es de 11. Si la puntuación es < 2 , el riesgo de resangrado es del 4 % y la mortalidad $< 0,1$ %. Si la puntuación es > 5 , el riesgo de resangrado es > 24 % y mortalidad $> 11\%$, y una puntuación > 8 tiene un alto riesgo de muerte (2).

La diferencia entre escalas es que la Glasgow-Blatchford identifica a pacientes con menor riesgo y que podrían ser tratados de forma ambulatoria mientras que la escala de Rockall y la puntuación AIMS65 (albúmina $< 3,0$ g/dl, índice internacional normalizado [INR] $> 1,5$, alterado, el estado mental, la presión arterial sistólica ≤ 90 mm Hg y la edad > 65 años) predicen de manera más confiable la mortalidad (13,15).

Manejo médico y endoscópico

El manejo médico general de una hemorragia digestiva alta consiste en el manejo endoscópico y la administración de fármacos que disminuyen el riesgo de resangrado o la mortalidad (5,12). En ese sentido, un pilar es el uso de IBP que favorece tempranamente la reepitelización de la mucosa gástrica, medicamentos procinéticos como la metoclopramida y la eritromicina que reducen la repetición de endoscopia, fármacos vasoconstrictores espláncnicos análogos de la somatostatina (octreótido) y de la vasopresina (terlipresina), además se aconseja la aplicación de antibióticos de amplio espectro puesto que disminuyen complicaciones y el riesgo de resangrado y complicaciones, los fármacos beta bloqueadores reducen la presión portal y con ello el riesgo de resangrado, más recientemente el uso de ácido tranexámico también reduce el riesgo de resangrado y la mortalidad cuando la etiología del sangrado es no variceal (5).

Según la etiología se puede realizar un manejo médico específico, en el caso de úlcera péptica se recomienda la interrumpir el consumo de AINES, inhibidores de recaptura de serotonina (ISRS) y la aspirina (AAS), el uso de IBP en bolo de 80 mg intravenoso (IV) asociado a infusión continua de 8 mg/h IV, en la erradicación la infección por *H pylori* con un ciclo de claritromicina 500 mg cada 12h por 14 días en conjunto con amoxicilina 1 g cada 12h por 14 días y omeprazol 20 mg cada 12h por 14 días; en alergia a betalactámicos se puede sustituir del esquema anterior la amoxicilina por metronidazol 500 mg cada 12h por 14 días (16,17). En el desgarró de Mallory-Weiss se administra IBP igual que en úlcera péptica y se agrega antieméticos como Ondansetrón 4-8 mg IV cada 8 h. Para el manejo de várices gastroesofágicas se recomienda el uso octreotide en bolo de 50 mcg IV asociado a infusión continua de 50 mcg/h o la terlipresina que en sangrado activo se dará en dosis de 2 mg IV cada 4-6 h y una vez controlado en dosis de 1 mg IV cada 4-6 h, el uso de ceftriaxona 2 gramos IV cada 24 h por 7 días y propranolol 20 mg cada 12 h. En caso de gastritis y esofagitis erosiva se usa IBP IV en igual dosis que la dada en úlcera péptica y posteriormente se traslapa oralmente por 8-12 semanas para realizar control endoscópico. Finalmente, para gastritis por estrés se emplea IBP en bolo e infusión como ya descrita y se puede asociar vasoconstrictores espláncnicos en casos refractarios (5).

El estudio de elección diagnóstico y terapéutico para la hemorragia digestiva alta es la esofagogastroduodenoscopia que tiene una alta sensibilidad cercana al 98% y una especificidad que varía considerablemente del 30 al 100%, su empleo en menos de 24h obtiene mejores rendimientos en términos de mortalidad, estancia hospitalaria y recidiva de sangrado, permite observar el sitio de sangrado, estratificar el riesgo de mortalidad, resangrado y cirugía a través de la clasificación de Forrest y realizar una hemostasia endoscópica con alguna de las opciones de tratamiento como la inyectoterapia, la electrocoagulación (térmica), mecánica (hemoclips, ligaduras) o medios tópicos (spray); cabe señalar que para varices esofágicas se opta el uso de ligaduras por su menor tasa de complicaciones, mientras que en el contexto de varices gástricas el uso de escleroterapia (5, 12).

El tratamiento quirúrgico actualmente es poco frecuente, se reserva cuando hay un fallo en el control del sangrado de al menos 2 intentos por endoscopia, fallo en el manejo endovascular por radiología y sangrado masivo que no logra estabilidad hemodinámica (5).

Manejo post endoscópico

Este consiste en los cuidados posteriores al manejo endoscópico. El objetivo principal corresponde a evitar la recurrencia de hemorragia mientras sana la lesión y la recurrencia a largo plazo de resangrado, el empleo de IBP viene a buscar un ph de 6 o mayor que mejore la sobrevida (5).

Además, en caso de que el paciente presente infección por *helicobacter pylori*, esta debe tratarse ya que su erradicación influye en la prevención de recidivas de sangrado (5).

Otro de los cuidados a tener en cuenta post endoscopia sería: en caso de tener que utilizar AINES no selectivos adicionar un IBP, esta medida disminuye el riesgo de sangrado ya que el uso de AINES no selectivos podría aumentarlo. La recomendación sería utilizar preferiblemente inhibidores selectivos de la COX 2, junto con algún inhibidor de bomba de protones (5).

CONCLUSIÓN

El sangrado digestivo alto es un desafío importante en la práctica clínica, requiere un enfoque multidisciplinario y una evaluación exhaustiva del paciente, los avances en diagnóstico y tratamiento han mejorado significativamente la atención de los pacientes. La historia clínica detallada y el análisis de eventos de riesgo son fundamentales para determinar el curso del manejo.

El diagnóstico diferencial preciso es esencial para un tratamiento adecuado, considerando diversas patologías como úlceras pépticas, varices esofágicas, esofagitis y la lesión de Dieulafoy.

Es fundamental la importancia del tratamiento temprano de la causa de fondo para mejorar la evolución del paciente.

El manejo pre-endoscópico se centra en la estabilización hemodinámica y la preparación para la endoscopia, mientras que el manejo endoscópico permite la localización del origen del sangrado y la aplicación de medidas terapéuticas. El tratamiento médico incluye el uso de IBP, antibióticos, vasoconstrictores y otros fármacos según la etiología subyacente.

El manejo post-endoscópico se enfoca en prevenir nuevos episodios de sangrado digestivo alto y promover la cicatrización de la lesión. El uso de AINES con moderación y medidas adicionales como la terapia con inhibidores selectivos de la COX-2 son importantes para reducir el riesgo de sangrado recurrente.

Un enfoque integral y secuencial que abarca desde la evaluación inicial hasta el manejo post-endoscópico es esencial para lograr resultados favorables en pacientes con hemorragia digestiva alta.

Recomendaciones del autor

Usar escalas como blachtford y rockall para estimar la severidad del sangrado y priorizar intervenciones.

Ofrecer la protección gástrica antes de iniciar inhibidores de bombas de protones intravenosos para disminuir el riesgo de sangrado activo y promover la hemostasia.

Realizar una endoscopia temprana en las primeras 24 horas idealmente en las primeras 12 horas con pacientes de alto riesgo.

Confirmar el diagnóstico antes de iniciar el tratamiento erradicador de h. pylori, una vez estabilizado el paciente.

Continuar con tratamiento inhibidor de bombas de protones posterior a estabilización y ajustar dosis según riesgo de resangrado, en profilaxis de resangrado.

Evaluar la necesidad de suspender o ajustar medicamentos que contribuyan con el riesgo de resangrado (por ejemplo: aines y anticoagulantes).

Prevenir recurrencias, esto se logra con la profilaxis primaria o secundaria con inhibidores de bomba de protones, en pacientes con factores de riesgo persistentes. En los pacientes con cirrosis o varices esofágicas, indicar betabloqueantes no selectivos o ligadura endoscópica.

Educar al paciente informando sobre la importancia de evitar factores de riesgo como el consumo de aines o alcohol. Además, promover la adherencia al tratamiento de h pylori y de comorbilidades asociadas.

Declaración de conflicto de intereses

Se declara que ninguno de los autores presenta algún conflicto de interés por el artículo.

Declaración de financiamiento.

La publicación no presentó ningún medio de financiamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alişkan H, Kılıç M. Association between ABO groups and mortality in upper gastrointestinal bleeding. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2023;69(7). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.20230386>. Consultado el 27/04/2024.
2. Alali, A. A., & Barkun, A. N. (2022). An update on the management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Gastroenterology Report, 11. <https://doi.org/10.1093/gastro/goad011>. Consultado el 27/04/2024.
3. Weledji, E. P. (2020). Acute upper gastrointestinal bleeding: A review. Surgery in Practice and Science, 1(100004), 100004. <https://doi.org/10.1016/j.sipas.2020.100004>. Consultado el 27/04/2024.
4. Wilkins, T., Wheeler, B., & Carpenter, M. (2020). Upper gastrointestinal bleeding in adults: Evaluation and management. American Family Physician, 101(5), 294-300. Consultado el 27/04/2024
5. Martinez Salinas, G. A., Figueroa Navarro, P. P., Toro Perez, J. I., García Carrasco, C., & Csendes Juhasz, A. (2021). Conducta actual frente a la Hemorragia Digestiva Alta: Desde el diagnóstico al tratamiento. Revista de Cirugía, 73(6). [Bhttps://doi.org/10.35687/s2452-454920210061132](https://doi.org/10.35687/s2452-454920210061132). Consultado el 04/05/2024.
6. Kamboj, A. K., Hoversten, P., & Leggett, C. L. (2019). Upper gastrointestinal bleeding: Etiologies and management. Mayo Clinic Proceedings. Mayo Clinic, 94(4), 697-703. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.01.022>. Consultado el 04/05/2024
7. Cuartas Agudelo YS, Martínez Sánchez LM. Aspectos clínicos y etiológicos de la hemorragia digestiva alta y sus escalas de evaluación. Rev médicas UIS [Internet]. 2020;33(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18273/revmed.v33n3-2020001>. Consultado el 04/05/2024.
8. Guerrero A, Aldehuelo RS, Miguel AF de, Albillos A. Actualización de la hemorragia digestiva. Valoración clínica, diagnóstico diferencial y manejo hospitalario. Medicine [Internet]. 2019;12(87):5117-25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2019.10.004>. Consultado el 04/05/2024.
9. Brandolino MS, Lapi S, Rodríguez G. Esofagitis necrotizante aguda. Cir Urug (Impresa) [Internet]. 2023;7(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31837/cir.urug/7.1.8>. Consultado el 11/05/2024.
10. Mujtaba S, Chawla S, Massaad JF. Diagnosis and management of non-variceal gastrointestinal hemorrhage: A review of current guidelines and future perspectives. J Clin Med [Internet]. 2020;9(2):402. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm9020402>. Consultado el 11/05/2024.

11. Upchurch BR. Upper Gastrointestinal Bleeding (UGIB). Anand B, editor. 2021 Sep 21; Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/187857-overview?form=fpf>. Consultado el 11/05/2024.
12. Orbis PC, Laguna CB, Miguel I. S, Mallada GH, Arbeloa AL. Hemorragia digestiva alta no varicosa. *Medicine* [Internet]. 2020;13(3):136-44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2020.01.022>. Consultado el 18/05/2024.
13. Upchurch BR. Upper Gastrointestinal Bleeding (UGIB). Anand B, editor. 2021 Sep 21; Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/187857-overview?form=fpf>. Consultado el 18/05/2024.
14. Lau LHS, Sung JJY. Treatment of upper gastrointestinal bleeding in 2020: New techniques and outcomes. *Dig Endosc* [Internet]. 2021;33(1):83-94. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/den.13674>. Consultado el 18/05/2024.
15. Stanley AJ, Laine L. Management of acute upper gastrointestinal bleeding. *BMJ* [Internet]. 2019;l536. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l536>. Consultado el 25/05/2024.
16. Siau, K., Hearnshaw, S., Stanley, A. J., Estcourt, L., Rasheed, A., Walden, A., Thoufeeq, M., Donnelly, M., Drummond, R., Veitch, A. M., Ishaq, S., & Morris, A. J. (2020). British Society of Gastroenterology (BSG)-led multisociety consensus care bundle for the early clinical management of acute upper gastrointestinal bleeding. *Frontline Gastroenterology*, 11(4), 311-323. <https://doi.org/10.1136/flgastro-2019-101395>. Consultado el 25/05/2024.
17. Rendón Porras, A., Carmona García, V., González Acosta, I., Vásquez Echeverri, I., Mejía Franco, E., Gómez Pérez, L., Jaramillo Franco, C., González Zapata, M. E., Vallejo Tamayo, S., & Acevedo Betancur, A. F. (2022). Hemorragia del tracto digestivo superior, enfoque para el médico general. *Medicina UPB*, 41(1), 67-74. <https://doi.org/10.18566/medupb.v41n1.a09>. Consultado el 25/05/2024.