

## **Comportamiento clínico endoscópico del sangramiento por úlcera gastroduodenal**

Yon Luis Trujillo Pérez<sup>1</sup>, Yanet Huerta Ramírez<sup>2</sup>, Alfredo Arredondo Bruce<sup>3</sup>, Edilberto Machado del Risco<sup>4</sup>

1. Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Gastroenterología. Profesor Asistente. Hospital Amalia Simoni. Departamento de Gastroenterología. Avenida Finlay km 3 ½ Carretera de Nuevitas. rds@mad.cmw.sld.cu.
2. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Hospital Amalia Simoni. Avenida Finlay km 3 ½ Carretera de Nuevitas. rds@mad.cmw.sld.cu.
3. Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna. Profesor Consultante. Investigador Auxiliar. Hospital Amalia Simoni. Avenida Finlay km 3 ½ Carretera de Nuevitas.
4. Máster en Enfermedades infecciosas. Especialista de Segundo Grado en Alergia. Profesor Auxiliar. Hospital Provincial Amalia Simoni, Camagüey. Avenida Finlay Km 3 ½ Camagüey. edilberto@finlay.cmw.sld.cu

### **Resumen**

**Introducción:** La hemorragia digestiva alta no varicosa es causa frecuente de morbimortalidad, ocupando un lugar importante en gastos económicos por su alta incidencia. **Objetivo:** Describir el comportamiento clínico endoscópico del sangramiento por úlcera gastroduodenal, en el hospital “Amalia Simoni” de la ciudad Camagüey, desde mayo de 2013 a mayo de 2016. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal. El universo de estudio estuvo dado por 105 pacientes que ingresaron con diagnóstico de sangramiento digestivo alto y la muestra se conformó por 76 enfermos. A la totalidad de los casos se les realizó endoscopia y aplicaron las escalas de Forrest y Rockall. Los datos obtenidos se procesaron mediante estadística descriptiva. **Resultados:** El sexo predominante fue el masculino para un 29,00% de la muestra, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus fueron los antecedentes patológicos más frecuentes para un 42,1% y 27,2% respectivamente. La melena constituyó la forma de presentación más frecuente. **Conclusiones:** La hemorragia

digestiva alta por úlcera gastroduodenal se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino y en las edades entre 70 y 79 años. Como antecedentes patológicos personales destacan la gastritis, la úlcera duodenal y el sangrado anterior. La endoscopia se realiza pasadas las primeras veinticuatro horas en un grupo importante de enfermos. Mediante la escala de Forrest se alcanza mayor número de casos con clasificación en el tipo IIc, seguido por la tipo III. Al aplicar la escala de Rockall se obtiene mayor número de enfermos con riesgo de resangrado intermedio.

**Palabras claves: hemorragia digestiva; úlcera gastroduodenal.**

## **Introducción**

Las hemorragias digestivas, comprendidas entre las principales razones de ingreso hospitalario por enfermedades del tracto gastrointestinal, pueden ser altas o bajas, de acuerdo con la región topográfica donde se produzcan.<sup>1-3</sup> De ellas, la hemorragia digestiva alta (HDA) puede ser provocada por dos grandes grupos de causas: varicosas y no varicosas.<sup>4-6</sup>

La Hemorragia digestiva alta puede definirse como toda pérdida hemática de cuantía suficiente como para producir hematemesis o melena, cuyo origen se encuentra entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz.<sup>7-9</sup>

La HDA no varicosa es un problema médico con una significativa morbilidad y mortalidad y un elevado consumo de recursos sanitarios<sup>4</sup>, su incidencia es alta y sus consecuencias pueden ser mortales.<sup>10-12</sup>

La incidencia varía en los distintos países, sin embargo, se estima que se presenta mundialmente con una frecuencia ente 50 y 140 pacientes por cada 100 000 habitantes/año que precisan ser hospitalizados.<sup>13</sup> En España se reporta tasa media total de incidencia de 34,45 por 100 000 habitantes <sup>14</sup> y en Estados unidos de 50 a 100 casos por 100 000 habitantes.<sup>15</sup>

En Cuba es una entidad frecuente, y según reportes del servicio de cirugía general del hospital "Dr. Luis Díaz Soto" en Ciudad Habana, la hemorragia digestiva alta ocupa el cuarto lugar entre las causas que motivan ingresos con mayor frecuencia desde los servicios de emergencias.<sup>5</sup>

En Latinoamérica, Colombia reporta una tasa de mortalidad por HDA no varicosa de un 9,5% y en Perú se estiman valores entre un 3% y un 9,1% en dos hospitales de referencia. La magnitud de las cifras presentadas por esta enfermedad potencialmente mortal la convierte en la principal emergencia gastroenterológica en todos los niveles de salud.<sup>9,13</sup>

La mayoría de las HDA (80-90%) son de causa no varicosa siendo la úlcera péptica la más frecuente (40-50%).<sup>20-22</sup> Más del 95% de las úlceras están asociadas a la presencia de *Helicobacter pylori*<sup>11,15</sup> y/o a la toma de AINE.<sup>16</sup>

La evaluación clínica nos permite orientar el tratamiento en la admisión de estos enfermos. La mayoría de las veces se presenta de forma aguda y con importantes repercusiones sistémicas, por lo que obliga a adoptar decisiones urgentes para estabilizarlos y poder aplicar las medidas terapéuticas adecuadas.<sup>17</sup>

Varios autores plantean los beneficios que se obtienen al centralizar el cuidado de los pacientes con HDA en una instalación especial (unidades de sangrado); se acortan los intervalos entre la admisión al hospital y la realización de la endoscopia, y se reduce la mortalidad y los costos económicos.<sup>18</sup>

El procedimiento más preciso para el diagnóstico etiológico de la hemorragia cuyo origen se atribuye al tracto gastrointestinal es la endoscopia digestiva. Esta se debe realizar lo más precozmente posible, dentro de las primeras 24 h a partir de la llegada del enfermo a la institución hospitalaria, con la que se establece la causa de sangrado, con una sensibilidad que varía entre el 90-95 % y una especificidad de casi el 100 %. Proporciona datos pronósticos basados en la presencia de signos predictivos de sangrado, y permite la actuación terapéutica diversa, con métodos capaces de cohibir la hemorragia o prevenir la recidiva.<sup>19</sup>

Se han tratado de diseñar escalas pronósticas que de alguna manera permitan reducir el número y la duración de los ingresos hospitalarios sin perjudicar, por supuesto, la atención del paciente con HDA.<sup>17,19</sup> Estas escalas se basan en la medición de determinadas variables consideradas con valor pronóstico o con la utilización de índices numéricos. La estimación del riesgo de un paciente al momento de su ingreso, permite adecuar la asistencia que reciba y la estancia hospitalaria; en los casos de bajo riesgo

se puede considerar el alta precoz e incluso el tratamiento domiciliario, sin que esto ocasione un aumento de la incidencia de recidiva o de la mortalidad.<sup>20</sup>

Las escalas pronósticas se basan en la aplicación de sistemas de puntuación, para discernir, por criterios clínicos y endoscópicos, cuáles son los pacientes que pueden darse de alta después de la realización de la endoscopia e incluso los que necesitan con mayor urgencia este procedimiento. La experiencia principal se acumula en los sistemas de puntos que se utilizan en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa (HDA-NV). Esta forma de atención está incluida como una recomendación de grado A en guías de HDA.<sup>21,22</sup>

Se han identificado, a saber, la edad mayor de 60 años, la presencia de comorbilidad, el estrés por traumas, cirugía o sepsis, fallo múltiples de órganos, tiempos de coagulación prolongados y choque o inestabilidad hemodinámica. También se deben señalar los hallazgos endoscópicos, denominados como estigmas de sangrado activo o anterior.<sup>23</sup>

Atendiendo a lo antes expuesto se decidió realizar este trabajo de investigación con el objetivo de describir el comportamiento clínico endoscópico del sangramiento por úlcera gastroduodenal, en el hospital provincial clínico quirúrgico docente “Amalia Simoni” de la ciudad Camagüey, en el periodo comprendido desde mayo de 2013 a mayo de 2016.

## **Material y métodos**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal con el objetivo de describir el comportamiento clínico endoscópico del sangramiento por úlcera gastroduodenal, en el hospital provincial clínico quirúrgico docente “Amalia Simoni” de la ciudad Camagüey, en el período comprendido desde mayo de 2013 a mayo de 2016.

El universo de estudio estuvo dado por 105 pacientes que ingresaron con diagnóstico de sangramiento digestivo alto en el servicio de urgencias, según criterios clínicos y la muestra se conformó por 76 enfermos que cumplieron los siguientes criterios:

### **Criterios de inclusión:**

- Edad igual o superior a 20 años.
- Pacientes que cooperen en la realización de la endoscopia.
- Sangramiento digestivo alto por úlcera gastroduodenal comprobado por endoscopia.

### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes referidos desde otra institución de salud con manejo ya establecido.

El estudio endoscópico se realizó utilizando una Torre de endoscopio lámpara Xenón, OLYMPUS LUCERA CLV260 y un Endoscopio PENTAX GIFH260.

A través de estos se procedió a identificar la causa del sangrado y posteriormente, se aplicó un método hemostático. Las endoscopias fueron realizadas por médicos especialistas en gastroenterología y personal de enfermería.

### **Técnica de procesamiento y análisis de la información**

La información recopilada se procesó en forma computarizada para lo cual se creó una base de datos en una computadora Pentium IV, utilizando el paquete SPSS, lo que permitió la confección de tablas estadísticas (que incluyeron frecuencias absolutas, proporciones y porcentajes), en las que se presentan los resultados.

## **Resultados y discusión**

**Tabla 1. Distribución según grupos de edades y sexo.**

Grupos de edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Número	%	Número	%	Número	%
20 – 29	1	1,3			1	1,3
30 – 39	3	3,9	1	1,4	4	5,3
40 – 49	5	6,6	3	3,9	8	10,5
50 – 59	8	10,5	4	5,2	12	15,7
60 – 69	10	13,2	8	10,5	18	23,7
70- 79	12	15,8	10	13,2	22	29
80 y más	5	6,6	6	7,9	11	14,5
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>57,9</b>	<b>32</b>	<b>42,1</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

**Fuente: Registro de datos.**

La tabla 1 referente a la distribución según grupos de edades y sexo, muestra que existió predominio del sexo masculino con 44 casos para el 57,9 % de la muestra y respecto a los grupos de edades la mayor incidencia reiteró en las edades pertenecientes al grupo de 70 a 79 años con un 29 %.

Pozo<sup>18</sup> et al, en un estudio realizado en Camagüey con una muestra de 74 pacientes con HDA, encuentra que se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino, con el 56,7% y en las edades comprendidas entre 60 y 79 años con un 39,1%, lo que se corresponde en el sexo con la presente serie en la que el 57,9% eran hombres. Respecto a la edades, en el presente trabajo, el mayor grupo de enfermos estuvo en el grupo de 70 a 79 años, seguido por el de 60 a 69 con un 29 y 23,7% respectivamente, lo que corresponde a el 52,7% entre 60 y 79 años.

**Tabla 2. Antecedentes patológicos personales.\***

<b>Antecedente patológico anterior</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Hipertensión arterial	32	42,1
Diabetes mellitus	21	27,6
Cardiopatía	18	23,7
Gastritis	14	18,4
Úlcera duodenal	12	15,8
Sangramiento digestivo anterior	9	11,8
Úlcera gástrica	7	9,2
Asma bronquial	5	6,6
Anemia crónica	3	3,9

\*Hubo enfermos con más de un antecedente.

**Fuente: Registro de datos.**

Como antecedentes patológicos personales (tabla 2) destacan que un 42,1% presentó el antecedente de hipertensión arterial, seguido por 27,2% con diabetes mellitus, cardiopatía en 23,7%, la gastritis en 18,4%, la úlcera duodenal en 15,8% y el sangrado anterior en un 11,8%.

Los antecedentes patológicos personales en la muestra se pueden debatir en dos grupos, en uno las enfermedades crónicas no trasmisibles y en el otro las enfermedades propias del aparato digestivo.

Del análisis de las crónicas no trasmisibles se apreció un predominio de la hipertensión arterial, la diabetes y las cardiopatías, y es que son enfermedades con alta frecuencia en nuestro medio. Estudios realizados por Lóriga et al<sup>22</sup>, en Pinar del Río muestran

coexistencia entre el padecimiento de la HTA, la diabetes mellitus y las cardiopatías isquémicas y un paralelismo entre la incidencia y el avance de la edad.

Rodiles et al<sup>23</sup> en un estudio realizado en Camagüey con muestra de 97 pacientes encuentra el antecedente de úlcera duodenal en un 28,8% y Le'Clerc et al<sup>16</sup> en casuística de 155 pacientes con HDA estudiados en el hospital “Joaquín Albarán” en Ciudad Habana reporta el antecedente de úlcera en un 35,5 %, el sangramiento en un 23,7 % y la gastritis en un 23,6 % cifras más elevadas que las encontradas en esta investigación.

**Tabla 3. Factores de riesgo.\***

<b>Factores de riesgo</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Hábito de fumar	28	36,8
Consumo frecuente de AINES	26	34,2
Alcoholismo	18	23,7

\*Hubo enfermos con más de un factor de riesgo.

**Fuente: Registro de datos.**

En relación a los factores de riesgos (tabla 3) el mayor número de casos incurrió en el hábito de fumar con un 36,8%, seguido por el consumo de AINES en un 34,2 %.

En Camagüey Rodiles et al<sup>23</sup> en el estudio “Hemorragia digestiva alta. Comportamiento clínico epidemiológico”, evidencia la relación entre los hábitos tóxicos y la aparición del HDA con la presencia del hábito de fumar en el 51,6% de los afectos y el consumo del alcohol en un 37,6%.

Jiménez et al<sup>24</sup> en el Hospital “Dr. Antonio Luaces Iraola”, en Ciego de Ávila, estudió 60 pacientes con HDA e igual grupo de controles sanos, encontrando el antecedente de la ingestión de medicamentos en un 43,3%, el hábito de fumar en un 34,2% y el consumo del alcohol en un 17,5%, demostró además que el consumo de medicamentos de forma general aumenta dos veces el riesgo de aparición de HDA.

**Tabla 4. Formas clínicas de presentación del sangramiento.**

<b>Formas clínicas de presentación</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Melena	37	48,7
Hematemesis/melena	22	28,9

Hematemesis	17	22,4
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

**Fuente: Registro de datos.**

En el 48,7% de los casos el sangramiento se produjo en forma de melena (tabla 4), un 28,9 % con hematemesis y melena, y 22,4 % como hematemesis.

Pozo et al<sup>18</sup> en el estudio desarrollado en pacientes con HDA en el Policlínico Previsora de la propia ciudad Camagüey, incluyendo pacientes con sangrado por várices esofágicas, muestra la melena en el 62,1%.

Abreu et al<sup>20</sup>, en estudio desarrollado en Matanzas, en pacientes con HDA en que el 72,5 % presentaban úlcera péptica, halla como dominante la melena en el 65 %. Concordando en todos estos trabajos en que la forma de presentación del sangrado dominante es la melena. Forma de presentación, que, según los reportes bibliográficos revisados, constituye el motivo de consulta más frecuente del paciente con HDA.<sup>21-24</sup>

**Tabla 5. Diagnóstico endoscópico.**

<b>Diagnóstico endoscópico</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Úlcera duodenal	39	51,3
Úlcera gástrica	28	36,9
Úlcera gástrica/duodenal	8	10,5
Úlcera de esófago	1	1,3
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

**Fuente: Registro de datos.**

Resultado de la endoscopia (tabla 5) se encontró la presencia de úlcera duodenal en el mayor porcentaje de los casos con el 51,3 %, seguido por la úlcera gástrica en un 36,9 %.

Winograd et al<sup>7</sup> en el Hospital Militar "Dr. Luis Díaz Soto", de Ciudad Habana, con correspondencia de 2:1; proporción que se mantiene en el estudio de Abreu et al<sup>20</sup> en Matanzas en el que de los 29 casos con úlcera péptica en 18 (62,1 %) con localización en duodeno.

Los resultados de esta investigación coinciden además con los de otros estudios de la literatura revisada, en los cuales se plantea que la úlcera péptica es la causa más frecuente de sangramiento digestivo alto, y puede alcanzar hasta el 50 % de los casos,



y de estos las dos terceras partes corresponden a úlceras localizadas a nivel del bulbo duodenal y el tercio restante a la úlcera gástrica, pues la frecuencia global de sangrado por nichos ulcerosos post bulbares o recurrentes en gastrectomizados es mínima, incluso se plantea que por encima de los 50 años de edad la incidencia de hemorragia en la úlcera duodenal es cinco veces superior que en edades más tempranas.<sup>18-21,</sup>

**Tabla 6. Tiempo de realizada la endoscopia.**

<b>Tiempo de realización de la endoscopia</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Menos de 24 horas	32	42,1
Más de 24 horas	44	57,9
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

**Fuente: Registro de datos.**

La tabla 6 muestra los pacientes según el tiempo de realización de la endoscopia, la cual fue practicada en el 57,9% pasada las primeras 24 horas y en un 42,1% en menos de 24 horas.

Winograd et al<sup>7</sup>, en el Hospital Militar "Dr. Luis Díaz Soto" de Ciudad Habana, logra la endoscopia en un período de 22,5 horas en relación con el momento de la llegada del enfermo al centro de urgencias. En el 50% de los casos realiza el procedimiento antes de las 16 h y el tiempo que más se repite es el de 12 h.

Rodríguez et al<sup>21</sup>, reporta la práctica del mayor número de las endoscopias en las primeras seis horas del ingreso hospitalario en pacientes con HDA por úlcera péptica, y plantea la importancia de realizar el procedimiento lo más tempranamente posible, especialmente si se trata de un sangramiento activo.

**Tabla 7. Clasificación por Forrest.**

<b>Clasificación endoscópica</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Tipo Ia	2	4,3
Tipo Ib	8	17,4
Tipo IIa	5	10,9
Tipo IIb	4	8,7
Tipo IIc	16	34,8
Tipo III	11	23,9
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

### **Fuente: Registro de datos.**

Mediante la escala de Forrest (tabla 7) se alcanzó mayor número de enfermos clasificados en el tipo IIc con un 34,8%, seguido por el tipo III en un 23,9% y el tipo Ib en 17,4%.

Se destaca que, aunque solo un 10,9 % fue clasificado como IIa, a este grupo hay que prestar gran atención puesto que el riesgo de resangrado oscila entre el 50 y 60%. En el caso de los pacientes con clasificación Ib, con un 17,4 %, el riesgo de resangrado es entre un 10 y 30%.

Abreu et al <sup>22</sup>, al aplicar la clasificación de Forrest a la úlcera sangrante obtiene un 35,7 % correspondiente a Forrest IIb, un 28,6 % a Forrest III y 25 % a Forrest IIc.

### **Conclusiones**

- La HDA por úlcera gastroduodenal se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino y en las edades pertenecientes al grupo de 70 a 79 años.
- Como antecedentes patológicos personales destacan dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y las cardiopatías; como propias del aparato gastrointestinal la gastritis, la úlcera duodenal y el sangrado anterior.
- En relación a los factores de riesgos priman el hábito de fumar y el consumo de AINES.
- El sangramiento se presenta mayormente en forma de melena y obedece en más de la mitad de los casos a la úlcera duodenal. La endoscopia se realiza pasadas las primeras veinticuatro horas en un grupo importante de enfermos.
- Mediante la escala de Forrest se alcanza mayor número de casos con clasificación en el tipo IIc, seguido por la tipo III y la tipo Ib. Al aplicar la escala de Rockall se obtiene mayor número de enfermos con riesgo de resangrado intermedio.

### **Referencias bibliográficas**

- 1- García O L, Piña P L, Rodríguez F Z, Romero G L I, Escalona R M. Algunas especificidades sobre la mortalidad asociada a la hemorragia por enfermedad ulcerosa péptica gastroduodenal. MEDISAN [Internet]. 2015 Mayo [citado 2016

Mayo 05]; 19(5): 658-674. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192015000500012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000500012&lng=es).

- 2- García OL, Piña PL. Endoscopía de urgencia en pacientes fallecidos por hemorragia digestiva alta asociada a úlcera péptica gastroduodenal. Panorama Cuba Salud [Internet]. 2013 [citado 5 mayo de 2016]; 8(1):10-4. Disponible en:<http://revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/viewFile/217/pdf>.
- 3- Jiménez RD, Cong RJ, Estrada EE, Bermúdez BA, Rivero DP, Martínez LF. Evaluación de los factores de riesgo de la hemorragia digestiva alta no varicosa en pacientes del Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”. Ciego de Ávila. MEDICIEGO [Internet]. 2015[citado 5 mayo de 2016]; 21(4): [aprox. 6 p.]. Disponible en:  
<http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/519/901>.
- 4- Álvarez IC, Guerra G. Evolución de la incidencia de la hemorragia digestiva alta en España en relación con el consumo de antiulcerosos. Aten Primaria [Internet]. 2012 [citado 5 mayo de 2016]; 44: 478-84. Disponible en:  
[10.1016/j.aprim.2012.01.004](http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.01.004).
- 5- Zanbrano Contardo C. Hemorragia digestiva alta no originada por várices. Acta med Peruana [Internet]. 2016 [citado 5 mayo de 2016]; 23 (2): [aprox. 10 p.]. Disponible en:  
[http://scholar.google.com/cu/scholar?start=20&q=sangramiento+digestivo+alto&hl=es&as\\_sdt=0,5&as\\_ylo=2016](http://scholar.google.com/cu/scholar?start=20&q=sangramiento+digestivo+alto&hl=es&as_sdt=0,5&as_ylo=2016).
- 6- Bauer Martínez E, Melcarne L. Nuevos tratamientos endoscópicos para la hemorragia digestiva alta. Innovaciones terapéuticas en endoscopia digestiva: Clínicas Iberoamericanas de Gastroenterología y Hepatología [Internet]. 2016 [citado 5 mayo de 2016]; 16: 51-67. Disponible en  
[http://scholar.google.com/cu/scholar?start=10&q=sangramiento+digestivo+alto&hl=es&as\\_sdt=0,5&as\\_ylo=2016](http://scholar.google.com/cu/scholar?start=10&q=sangramiento+digestivo+alto&hl=es&as_sdt=0,5&as_ylo=2016).
- 7- Winograd Lay R, Williams Guerra E, Rodríguez Álvarez D, Ramos Contreras J, Guisado Reyes Y, Angulo Pérez O, Infante Velázquez M. Endoscopia en la atención a pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa. Rev Cubana

- Med Mil [Internet]. 2015 [citado 5 mayo de 2016]; 44(2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol44\\_2\\_15/mil07215.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol44_2_15/mil07215.htm).
- 8- Vargas JI, Jensen D, Araneda G, Cofré P, Santamarina M, Donoso AM, Labarca M. Hemorragia digestiva alta por várices gástricas secundarias a trombosis de vena esplénica tratada con esplenectomía Gastroenterol. latinoam [Internet]. 2015 [citado 5 mayo de 2016]; 26(1):24-9, Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>.
- 9- Morales García A, Arenas Jiménez N, Esteban de la Rosa R, Fernández Castillo R. Varices esofágicas secundarias a trombosis de vena cava superior por catéter yugular para hemodiálisis. Nefrología. [Internet]. 2015[citado 5 mayo de 2016]; 10 [aprox. 10 p.]. Disponible en [http://ac.els-cdn.com/S0211699515002295/1-s2.0-S0211699515002295-main.pdf?\\_tid=a8369044-139c-11e6-9ee1-0000aacb361&acdnat=1462547604\\_b2517a07c6852acfa91c800f022e402c](http://ac.els-cdn.com/S0211699515002295/1-s2.0-S0211699515002295-main.pdf?_tid=a8369044-139c-11e6-9ee1-0000aacb361&acdnat=1462547604_b2517a07c6852acfa91c800f022e402c).
- 10-Zeitoun JD, Hézode I, Chryssostalis A, Nalet B, Bour B, Arpurt JP et al. Epidemiology and adherence to guidelines on the management of bleeding peptic ulcer: A prospective multicenter observational study in 1140 patients. Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology [Internet]. 2012 [citado 2014 may 5]; 36(3):227-34. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210740111003949>.
- 11-Infante M, Guisado RY, Rodríguez ÁD, Ramos CJ, Angulo PO, Winograd Lay R. Riesgo de resangrado en el paciente con hemorragia digestiva alta no varicosa. Rev Hab Cien Méd [Internet]. 2014 [citado 5 mayo de 2016]; 13(6): [aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/352>.
- 12-Simon EG, Chacko A, Dutta AK, Joseph AJ, George B. Acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding-experience of a tertiary care center in southern India. Indian J Gastroenterol [Internet]. 2013 [citado 2016 may 5]; 32(4):236-41. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12664-013-0305-6>.
- 13-Hreinsson JP, Kalaitzakis E, Gudmundsson S, Björnsson ES. Upper gastrointestinal bleeding: incidence, etiology and outcomes in a population-based setting. Scandinavian Journal of Gastroenterology [Internet]. 2013 [citado 2016 may 5]; 48(4):439-47. Disponible en: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/00365521.2012.763174>.
- 14-Otero W, Trespalacios O L, Vallejo M, Torres A M, Pardo R, Sabbagh L. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la infección por Helicobacter pylori

- en adultos. Rev. colomb. gastroenterol [Internet]. 2015 [citado 5 mayo de 2016]; 30(supl.1):17-33. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>.
- 15-Hernández CR, Noa Pedroso G, Domínguez ÁC, Mora DI, Osorio Pagola M, Pomares Pérez Y. Caracterización de pacientes con úlceras pépticas negativas a *Helicobacter pylori*. Medisur [Internet]. 2013 [citado 5 mayo de 2016]; 11(5):494-507. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>.
- 16-Le'Clerc NJ. Caracterización de pacientes con sangramiento digestivo alto. Rev Cubana Cir [Internet]. 2010 [citado 5 may 2016]; 49(2): [aprox. 16 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003474932010000200004&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474932010000200004&nrm=iso).
- 17-Farooq FT, Lee MH, Das A, Dixit R, Wong RC. Clinical triage decision vs risk scores in predicting the need for endotherapy in upper gastrointestinal bleeding. Am J Emerg Med. 2012 Jan;30(1):129-34.
- 18-Pozo G A; Corimayta GY; Jaime CY; Barbán Fernández L; Brizuela Pérez S. Características Clínicas del sangramiento digestivo alto. AMC [Internet]. 2010 [citado 5 may 2016]; 14 (3): [aprox. 16 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102502552010000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552010000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es).
- 19-Infante VM, Roselló OR, Ramos CY, Rodríguez ÁD, Guisado RY, García V. Escala de Blatchford modificada en la hemorragia digestiva alta no varicosa. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2015 Jun [citado 5 may 2016]; 44(2): 179-86. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S013865572015000200006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572015000200006&lng=es).
- 20-Abreu JM, Ramos TS, Trejo MN, Cintado TD. Caracterización clínico-endoscópica de pacientes con hemorragia digestiva alta. Hospital General Pedro Betancourt de Jovellanos. Rev Méd Electrón [Internet]. 2013 Mar-Abr [citado: 5 may 2016]; 35(2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol2%202013/tema05.htm>.
- 21-Rodríguez FZ, Acosta GD, Fong Estrada JA, Pagés Gómez O. Conducta ante la hemorragia digestiva alta por úlcera gastroduodenal en el anciano: consideraciones actuales. Rev Cubana Cir. [Internet]. 2010 [citado 2 Abr 2014]; 49(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-74932010000100011&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-74932010000100011&script=sci_arttext).

- 22-Lóriga GO, Pastrana RI, Quintero PW. Características clínico epidemiológicas de pacientes con infarto miocardio agudo. Rev Ciencias Médicas Pinar del Río [Internet]. 2013 [citado 2016 may 5]; 17 (6): [aprox.10p.]. Disponible en: versión ISSN 1561-3194. [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942013000600005&lng=es&nrm=iso](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000600005&lng=es&nrm=iso).
- 23-Rodiles Martínez F, López Mayedo FJ. Hemorragia digestiva alta: Comportamiento clínico epidemiológico. AMC [Internet]. 2004 Dic [citado 8 abril 2016]; 8(6): 47-59. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552004000600005&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552004000600005&lng=es).
- 24-Jiménez RD, Cong Rodríguez J, Estrada EE, Bermúdez BA, Rivero DP, Martínez LF. Evaluación de los factores de riesgo de la hemorragia digestiva alta no varicosa en pacientes del Hospital Provincial General Docente Dr. Antonio Luaces Iraola. Ciego de Ávila. MEDICIEGO [Internet]. 2015 [citado 8 abril 2016]; 21 (4): [aprox. 10p.]. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/51>.