

Comportamiento clínico endoscópico de la Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Universitario Amalia Simoni Argilagos. 2013-2015

Yon Luis Trujillo Pérez¹, Mercy Hernández Placeres²

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 General Integral. Policlínico Tula Aguilera. Consultorio Médico de la Familia # 31. Carretera Central Oeste km 3 La Rubia. mercy1989@nauta.cu.

Resumen

Introducción: La hemorragia digestiva alta es una emergencia médico quirúrgica relativamente común y potencialmente letal que cursa con una elevada morbimortalidad, siendo la principal urgencia gastroenterológica. Es considerada como la mayor complicación de las enfermedades digestivas del tracto gastrointestinal superior. **Objetivo:** Determinar el comportamiento de la hemorragia digestiva alta en pacientes atendidos por el Servicio de Gastroenterología. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo, la muestra estuvo representada por 187 pacientes. Los datos fueron seleccionados de las historias clínicas individuales llevados a un formulario confeccionado según bibliografía consultada incluyendo variables que se ajustaron a los objetivos de la investigación. Los datos fueron procesados en el paquete de programa SPSS, se halló estadística descriptiva. **Resultados:** Se encontró que la hemorragia digestiva alta es más usual en pacientes mayores de 60 años y en el sexo masculino. La forma de presentación más frecuente fue la melena y la causa encontrada la úlcera péptica a predominio de la duodenal. La endoscopia temprana permitió clasificar las lesiones halladas según el tipo de riesgo, lo que mejora el pronóstico y facilita el tratamiento endoscópico, realizar un mayor número de diagnósticos certeros, realizar terapia hemostática y disminuir el número de pacientes que resangraron así como la necesidad de tratamiento quirúrgico. **Conclusiones:** Se

concluye que la Endoscopia temprana es el medio diagnóstico ideal en el manejo y tratamiento de la hemorragia digestiva alta.

Palabras claves: hemorragia digestiva alta; endoscopia; comportamiento.

Introducción

La hemorragia digestiva alta (HDA) es la existencia de un punto sangrante localizado entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treiz, proveniente del propio tubo digestivo o de estructuras adyacentes que vierten su contenido hemático en él (ejemplo: fístulas aortodigestivas por aneurisma, hemosucus).^{1,2}

La trascendencia de las HDA se representa por la alta mortalidad global de los pacientes, que se sitúa en la mayoría de las series, en torno al 6-10 % de los casos.^{3,4}

En los últimos años se ha evidenciado un cambio en el comportamiento de la hemorragia digestiva alta (HDA) no varicosa. La úlcera péptica gastroduodenal, es la causa más frecuente de hemorragia digestiva alta no varicosa en el mundo y Cuba.^{3,4}

La HDA constituye entre el 37-50 % de la emergencias médicas y es dos veces más frecuente el sangrado por úlcera duodenal que otra causa. La magnitud del sangrado se ha correlacionado con factores como las edades extremas de la vida, enfermedades comorbidas, uso de medicamentos tales como los antiinflamatorios no esteroideos. Las lesiones agudas de la mucosa gástrica muestran un comportamiento ascendente dado por los cambios en las conductas de vida y el uso cada vez más cotidiano de fármacos gastrolesivos como: los esteroides, los bloqueadores de los canales de calcio, la espironolactona y los inhibidores de la recaptación de serotonina. Estos fármacos se utilizan para el tratamiento de diversas enfermedades crónicas como la hipertensión arterial (HTA), la cardiopatía isquémica (CI) y las lesiones degenerativas del sistema osteomioarticular.⁵

La hemorragia digestiva alta es considerada una emergencia médica frecuente, con una incidencia anual de entre 50 y 150 casos por cada 100 000 habitantes. En el mundo provoca más de 500 000 ingresos hospitalarios anuales y para su control se requieren costos administrativos de hasta 150 000 pesos por año por hospital. Solo en los Estados Unidos el gasto anual es de 2000 millones de dólares. Estos factores han contribuido a que la evaluación de sus factores pronósticos se haya convertido en una

actividad indispensable para el tratamiento de los pacientes que sufren la enfermedad, en la cual la mortalidad, en diferentes series, nacionales e internacionales, oscila entre 10 y 2 %.⁵⁻⁷

La frecuencia importante del sangramiento digestivo en nuestro medio y en particular en el Hospital Universitario Amalia Simoni Argilagos es un motivo de alerta por constituir un problema de salud, que provocada un impacto en la calidad de vida de los pacientes, repercutiendo de manera importante en el ámbito social, laboral y psicológico.

De acuerdo con lo cual el objetivo del presente trabajo es determinar el comportamiento de la hemorragia digestiva alta en pacientes atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario Amalia Simoni Argilagos.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo, en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario Amalia Simoni Argilagos, en el período comprendido entre Enero de 2013 y Enero de 2015.

El universo estuvo representado por 240 pacientes a los cuales se les diagnosticó hemorragia digestiva alta en el Servicio de Gastroenterología, y la muestra quedó constituida por 187, casos teniendo en consideración los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Pacientes de 20 años y más con diagnóstico de hemorragia digestiva alta.
- Pacientes que dieron su consentimiento y cooperaron con la realización del proceder endoscópico.

El estudio endoscópico se llevó a cabo por el médico especialista del servicio de endoscopia del Hospital Universitario Amalia Simoni Argilagos con la cooperación de la enfermera endoscopista, quienes realizaron una endoscopia del tracto digestivo superior a todos los pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta, previo consentimiento informado.

Para el estudio se utilizó Torre de endoscopia: Lámpara Xenón:

OLYMPUS LUCERA CLV260 y Endoscopio PENTAX GIFH260.

El tratamiento endoscópico realizado fue la inyección de sustancias vasoconstrictoras o con poder esclerosante en la lesión con una aguja de catéter de la firma PENTAX a

través del canal endoscópico, utilizando adrenalina al 1x10 000, Polidocanol al 1 % o solución salina al 0,9 %. Las várices esofágicas siempre se esclerosaron con Polidocanol, el resto de las lesiones con una u otra sustancia o más de una según preferencias del especialista.

Para la obtención de los datos se utilizaron como fuente de información las historias clínicas individuales de los pacientes y el informe del estudio endoscópico. Se diseñó un registro de vaciado según los objetivos propuestos en la investigación.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico Epiinfo versión 6.0, con un 95 % de confiabilidad. Se empleó la estadística descriptiva a través del uso de medidas de resumen absolutas y relativas.

Los resultados fueron reflejados en forma de tablas y gráficos, cuya discusión se realizó mediante la justificación de los objetivos propuestos, comparándolos con los resultados de otros estudios similares y se emitieron conclusiones.

Resultados y discusión

Tabla 1. Distribución de los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta, según grupos de edades.

Grupos etáreos	Pacientes	%
20 -29 años	6	3,2
30 – 39 años	12	6,4
40 – 49 años	13	7,0
50 – 59 años	35	18,7
60 – 69 años	39	20,8
70 y más años	82	43,9
Total	187	100

Fuente: Formulario.

En cuanto a la edad, se encontró un predominio del grupo de 70 y más años, dado por 82 adultos mayores que representaron el 43,9%, seguido por aquellos pacientes que tenían entre 60 y 69 años.

Estos resultados se corresponden con los de la literatura revisada, en la cual se plantea un incremento de esta complicación en la medida que avanza la edad.⁸⁻¹⁰

En un estudio realizado por Abreu et al¹ en el Hospital General Pedro Betancourt Jovellanos la gran mayoría de los pacientes pertenecían a los grupos de 60 años y más para un 48,3 %.

Resultados similares reportan otros autores como Armenteros², en los que aproximadamente el 50 % de los pacientes con HDA pertenecen a los grupos de más de 60 años. Este incremento proporcional de la incidencia de HDA con respecto a la edad es considerado en todas las series revisadas como un factor de riesgo de morbimortalidad, de manera que el 73 % de la mortalidad la acumulan pacientes mayores de 60 años y está incluida en la mayoría de los sistemas de valoración pronóstica.¹¹⁻¹³

Se invocan múltiples causas de dicho fenómeno, como son la presencia de mayor cantidad de enfermedades asociadas (coagulopatías, cardiopatías, Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, Insuficiencia renal), además, la presencia de factores de riesgo, como el hábito de fumar y la ingestión de bebidas alcohólicas, el consumo de Antiinflamatorios no esteroideos (AINE), incluyendo el Ácido Acetil Salicílico, entre otras.¹⁴⁻¹⁶

Tabla 2. Distribución según sexo.

Sexo	Pacientes	%
Masculino	121	64,7
Femenino	66	35,3
Total	187	100

Fuente: Formulario.

Se encontró que el sexo masculino predominó y aportó el 64,7 % de los pacientes. Datos similares se han recogido en múltiples trabajos internacionales, en los que se reporta que más del 60 % de los pacientes que reciben atención médica por dicha entidad resultan ser hombres.^{13,17,18}

En el trabajo de Karol et al³, publicado en la Revista Cubana de Cirugía en 2014, se reporta una proporción de 2:1 a predominio del sexo masculino, al igual que en un estudio realizado en el Hospital Calixto García⁴.

Se han planteado hipótesis en relación con otros factores de riesgo, como la presencia de hábitos tóxicos, la ingestión de bebidas alcohólicas, sobre todo en las sociedades de

consumo como es la de Estados Unidos, donde una elevada parte de la población sufre este mal hábito. Estudios realizados en ese propio país demuestran que existe una tendencia a igualar las cifras según el sexo en años venideros.¹⁹⁻²¹

Otros autores, como Le Clerc⁵, en estudios realizados reportaron que el 64,1 % de los afectados pertenecían al sexo femenino, de igual manera, en un estudio realizado por Rodríguez⁶ et al, en el año 2010 reportaron que el 60,1 % de los afectados pertenecían al sexo femenino.

Tabla 3. Distribución de los pacientes según forma de presentación de la HDA.

Forma de presentación	Pacientes	%
Melena	93	49,7
Más de un síntoma	46	24,6
Hematemesis	41	21,9
Shock sin sangramiento evidente	7	3,8
Total	187	100

Fuente: Formulario.

En la presente investigación el sangramiento digestivo alto se presentó con mayor frecuencia en forma de melena, ya que por tal motivo acudieron un 49,7 % de los pacientes, con más de un síntoma un 24,6 %, en tanto la hematemesis se presentó en un 21,9 %.

Este aspecto concuerda con lo planteado en las series revisadas, en las que la melena aparece también, en la mayoría de los estudios, como la forma de presentación más frecuente, la cual suele advertir a los pacientes con HDA. Esta forma de presentación, según los reportes bibliográficos revisados, constituye el motivo de consulta más frecuente del paciente con HDA.¹²⁻¹⁵

Rodríguez et al⁷, en una investigación realizada en el año 2007 sobre morbilidad por HDA, reflejaron que el 50,1 % de los pacientes presentaban melena como único signo de la enfermedad., por su parte autores como Allan et al¹⁴, reportó que la forma de presentación más frecuente es la hematemesis lo que no concuerda con lo encontrado en el presente estudio.

En un trabajo realizado por Varela et al¹¹ se encuentra que la presentación clínica del sangramiento se correlaciona con la precisión del diagnóstico endoscópico.

Hay que hacer la salvedad de que la forma de presentación de la hemorragia depende básicamente de dos factores: el débito del sangrado y la localización en el tracto gastrointestinal de la lesión sangrante, variando entonces la forma de presentación de acuerdo a estos factores y los distintos grupos etiológicos.^{9,11}

Tabla 4. Distribución de los pacientes según causas de sangrado.

Causa de la HDA	Pacientes	%
Úlcera duodenal	79	42,2
Úlcera gástrica	35	18,7
Gastritis erosiva	27	12,3
Várices esofágicas	21	11,3
Neoplasia ulcerada	19	10,2
Otras	10	5,3
Total	187	100

Fuente: Formulario.

A pesar de que la HDA puede obedecer a múltiples causas, la gran mayoría de episodios de sangrado se deben a un reducido grupo de lesiones, lo cual se refleja en la Tabla 4, donde se observa que la úlcera péptica resultó la causa de sangramiento más frecuente diagnosticada por endoscopia y en particular la úlcera duodenal, la cual se presentó en un 42,2 % de los casos, seguida de la úlcera gástrica, en un 18,7 %, la gastropatía erosiva y las várices esofágicas se presentaron en un 12,3 y 11,3 % respectivamente. El resto de las causas de sangramiento identificadas, como se refleja en la tabla, no aportaron un número significativo de casos.

Resultados muy similares se recogen en publicaciones realizadas por Rodríguez et al⁶ y Fernández et al¹⁰, en las cuales la enfermedad ulcero péptica gastroduodenal aporta el mayor número de causas por HDA.

García et al⁸, en un estudio acerca de la morbimortalidad de la HDA, reportan que la úlcera duodenal, como la principal causa de HDA, está presente en un 38,2 % de los pacientes estudiados.

Los resultados de esta investigación coinciden además con los de otros estudios de la literatura revisada, tanto nacional como internacionalmente, 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.^{10,17,19,}

Un amplio estudio efectuado por la Sociedad Americana de Endoscopia Digestiva considera que la causa más frecuente de sangrado digestivo alto es la úlcera péptica.²²

Varios estudios han demostrado que la historia natural de la úlcera péptica con HDA viene definida fundamentalmente por los hallazgos endoscópicos, por lo tanto, la exploración endoscópica se erige como el procedimiento de elección para valorar los signos directos de sangrado y para emitir un juicio pronóstico sobre la continuidad o recidiva de la misma.^{1,6,8,21}

Tabla 5. Distribución de los pacientes con sangrado digestivo según tiempo de realización de la endoscopia.

Tiempo de realización	Pacientes	%
Temprano	73	39,0
Tardío	114	61,0
Total	187	100

Fuente: Formulario.

La tabla 5 muestra los pacientes estudiados con HDA según el tiempo de realización de la endoscopia, la cual fue practicada en un 39 % de los casos de manera temprana, y en el 61 % se practicó de forma tardía.

En la literatura revisada se reflejan resultados muy diferentes a los de este trabajo, debido a que el mayor número de endoscopias se realizan en las primeras 24 horas de iniciado el sangramiento.^{4,6,7}

En un trabajo publicado por Fernández et al¹⁰, se reporta que practican el 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. La Sociedad Americana de Endoscopia plantea la importancia de

realizar la exploración endoscópica dentro de las primeras cuatro horas de presentarse la HDA, debido a que los resultados son mucho más favorables a la hora de aplicar el procedimiento terapéutico.²²

Tabla 6. Distribución de los pacientes con HDA según resultado del diagnóstico endoscópico.

Resultado del diagnóstico endoscópico	Temprana Pacientes %	Tardía Pacientes %
Certero	49 67,1	41 35,9
Presuntivo	19 26,0	63 55,3
Intermedio	5 6,9	10 8,8
Total	73 100	114 100

Fuente: Formulario.

La Tabla 6 muestra los pacientes estudiados con HDA según resultado del diagnóstico endoscópico, del total de exámenes realizados, tempranamente se les realizó diagnóstico certero al 67,1 % de los pacientes, en tanto que, de los exámenes realizados tardíamente se les realizó diagnóstico certero a un 35,9 %, lo que se corresponde con la literatura revisada.²³⁻²⁶

En la bibliografía examinada se plantea que la mayoría de las HDA cesan de forma espontánea dentro de las primeras 24 horas de iniciado el sangramiento, y que, además, existen otras lesiones que sencillamente no aparecen después de este tiempo. El diagnóstico endoscópico es mucho más certero cuando se realiza en las primeras 24 horas de iniciado el sangramiento, permite observar con mayor frecuencia el sangramiento activo o reciente por determinadas causas, que de no realizarse el procedimiento tempranamente, se pudiera encontrar lesiones sin estigma de sangrado, sin poder probar que fuera esta la causa de la HDA.^{1,4,6,27}

La Sociedad Americana de Endoscopia²² plantea la importancia de realizar la exploración endoscópica dentro de las primeras cuatro horas de presentarse la HDA, debido a que la precisión diagnóstica se aproxima al 100 %.

Varela et al¹¹, en series estudiadas de pacientes con HDA, aseguran que no solo es mayor la probabilidad diagnóstica cuanto más temprana se realice la endoscopia, sino que también permite la terapia endoscópica oportuna y lógicamente el alta precoz.

Tabla 7. Distribución de los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta según tiempo de realización de la endoscopia, hemostasia inicial y resangrado.

Tiempo de realización del proceder endoscópico	Tratamiento endoscópico Pacientes	Hemostasia inicial Pacientes %	Resangrado Pacientes %	Tto. Quirúrgico Pacientes %
Temprana	44	43 46,2	1 1,1	
Tardía	49	46 49,4	3 3,2	2 2,2
Total	93	89 95,6	4 4,3	2 2,2

Fuente: Formulario.

La Tabla 7 muestra los pacientes estudiados con HDA según tiempo de realización de la endoscopia, tratamiento realizado, hemostasia inicial y resangrado. En la misma se observa que a 93 pacientes se les practicó terapia endoscópica por métodos inyectables. Resangraron un total de cuatro pacientes, lo que equivale a un 4,3 % de recidiva hemorrágica, 89 pacientes resolvieron con este tipo de terapia, para el 95,6 % de hemostasia inicial y solamente dos pacientes, para un 2,1 %, necesitaron la cirugía urgente.

En la literatura clásica revisada se reflejan resultados similares a los del presente estudio, ya que se plantea que la hemostasia inicial puede llegar hasta el 97 %, la recidiva hemorrágica hasta un 20 %, y la necesidad de cirugía urgente en un 12 % de los pacientes.^{1,6,14,28}

En la experiencia de algunos autores, como Allan¹⁴ y Debognie¹³, el tratamiento endoscópico mediante el método de inyección es el ideal en el manejo de la HDA, con el que se logra que la hemostasia inicial oscile entre el 82 y el 96 %, que la tasa de recurrencia pueda variar entre un 10 y un 30 %, y que el tratamiento quirúrgico se aplique en un 10 %. Se puede intentar nuevamente este procedimiento endoscópico, siempre y cuando la recurrencia no sea una hemorragia masiva que ponga en peligro la vida del paciente, en este caso se recomienda entonces tratamiento quirúrgico.²⁹⁻³¹

La recidiva hemorrágica suele ocurrir en las primeras 24 a 72 horas después de iniciado el sangramiento, si el estado del paciente lo permite se debe intentar una nueva terapéutica hemostática endoscópica que, según la literatura revisada, resuelve la hemorragia entre el 50 y el 75 % de los casos. Si a pesar de esto vuelve a presentarse

otro sangramiento en un corto tiempo, entonces está indicado tratamiento quirúrgico.³²
33

Otros autores, como Anter et al¹⁷ y Schiller et al¹⁸, preconizan la realización de una segunda terapéutica endoscópica dentro de las primeras 24 a 72 horas de haber realizado la primera, aún sin que haya existido un resangrado, fundamentalmente cuando presentan criterios clínicos y endoscópicos de elevado riesgo.

Conclusiones

- En la población estudiada la hemorragia digestiva alta fue más frecuente en pacientes mayores de 60 años y en el sexo masculino.
- La forma de presentación más frecuente de la hemorragia digestiva alta fue la melena y la causa encontrada la úlcera péptica, con predominio de la úlcera duodenal.
- La endoscopia temprana permitió realizar un mayor número de diagnósticos certeros y elegir la conducta terapéutica en los casos que fue posible; lo cual disminuyó el número de recidivas hemorrágicas y la necesidad de tratamiento quirúrgico.
- La Endoscopia temprana se comportó como el medio diagnóstico y terapéutico ideal en el manejo del paciente con hemorragia digestiva alta.
- La endoscopia temprana permitió clasificar las lesiones halladas según el tipo de riesgo, lo que mejoró el pronóstico y facilitó el tratamiento endoscópico.

Referencias bibliográficas

1. Abreu JM, Ramos T S, Trejo MN, Cintado TD. Caracterización clínico-endoscópica de pacientes con hemorragia digestiva alta. Hospital General Pedro Betancourt de Jovellanos. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2013 Abr [citado 2014 Nov 25]; 35(2): 134-143. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000200005&lng=es.
2. Armenteros TM, PalominoB A, Mora GS, Valladares RD, Blanco AM. Utilidad del índice de Rockall en pacientes con episodios de hemorragia digestiva alta no variceal. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2014 Jun [citado 2014 Nov 25]; 43(2):

176-184.

Disponible

en:

http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000200006&lng=es.

3. Karol RJ, Menéndez RB, Cobiellas RR. Hemorragia digestiva alta no varicosa: comportamiento e índice de Rockall. Rev Cubana Cir [Internet]. 2014 Mar [citado 2014 Nov 25]; 53(1): 17-29. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932014000100003&lng=es.
4. Almeida VR, Pérez SF, Díaz EJ, Martínez HA. Comportamiento de la hemorragia digestiva alta en el Hospital Universitario Calixto García. Rev Cubana Cir [Internet]. 2011 Mar [citado 2014 Nov 25]; 50(1):40-53. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932011000100004&lng=es.
5. Le'Clerc NJ. Caracterización de pacientes con sangramiento digestivo alto. Rev Cubana Cir [Internet]. 2010 Jun [citado 2014 Nov 25]; 49(2): Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932010000200004&lng=es.
6. Rodríguez FZ, Acosta GD, Fong EJ, Pagés GO. Conducta ante la hemorragia digestiva alta por úlcera gastroduodenal en el anciano: consideraciones actuales. Rev Cubana Cir [Internet]. 2010 Mar [citado 2014 Nov 25]; 49(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932010000100011&lng=es.
7. Flores Delgado E, Flores ME. Hemangioendotelioma de intestino delgado: causa poco frecuente de hemorragia digestiva alta. AMC [Internet]. 2011 Oct [citado 2014 Nov 25]; 15(5): 865-872. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000500010&lng=es.
8. García O L, Piña P L R, Lozada P G A, Domínguez G E J, Escalona R M. Mortalidad asociada a hemorragia digestiva alta por enfermedad ácido péptica en pacientes operados. MEDISAN [Internet]. 2013 Abr [citado 2014

- Nov 25]; 17(4): 617-624. Disponible en:
http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000400008&lng=es.
9. Gil G A, Hernández P A, González R D, Hernández F D M, Castañeda M Á. Tumor del Estroma Gastrointestinal: Presentación de un caso Gastrointestinal estromal tumor: Presentation of a case. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2009 Feb [citado 2015 Dic 24]; 31(1): Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242009000100017&lng=es.
 10. Fernández Z, González D, Estrada J, Gómez O. Conducta ante la hemorragia digestiva alta por úlcera gastroduodenal en el anciano: consideraciones actuales. (Spanish). Revista Cubana De Cirugía [Internet]. 2012 [citado 2015 Dic 24]; 49(1): 1-17. Disponible en: <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=51974741&S=R&D=lth&EbscoContent=dGJyMNLe80SeqLI4wtvhOLCmr02eprdSsqa4SrGWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGnr06vr7JJuePfgeyx44Dt6fIA>.
 11. Varela R, Suárez F, Elías J, Hernández J. Comportamiento de la hemorragia digestiva alta en el Hospital Universitario "Calixto García". Revista Cubana De Cirugía [Internet]. 2011 [citado 2015 Dic 24]; 50(1): 40-53. Disponible en: <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=65811947&S=R&D=lth&EbscoContent=dGJyMNLe80SeqLI4wtvhOLCmr02eprdSsqa4SraWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGnr06vr7JJuePfgeyx44Dt6fIA>.
 12. MD, Constantine A, Manthous MD. Risk for developing critical illness with GI hemorrhage. Chest. 2010; 118(2):1236.
 13. Debognie JC. Endoscopic et pronost de l'hémorragie der tractus digestive superieur. Gastroenterol Clin Biol. 2013; 3:379.
 14. Allan RN. Hemorragia digestiva. Historia, epidemiología y mortalidad. En: Dykes PWY, Kerghley MRB, editors. Hemorragia digestiva. Barcelona: DOYMA; 2011. p.12325.

15. Petterson MS. Gastrointestinal bleeding. En: Feldman M, Scharsehmidt BF, Sleisenger MH, editors. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas. 8va ed. T 1. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 2011. p.790864.
16. Northfield TC. Factors predisposing to recurrent haemorrhage after acute gastrointestinal bleeding. Br Med J. 2014; 1:2638.
17. Antler AS, Pitchumoni CS, Thomas E. Gastrointestinal bleeding in the elderly morbidity, mortality and cause. Am J Surg Eng. 2013; 61:1235.
18. Schiller KR, Truelove SC, Williams DG. Haematemesis and melaena with special referente to factor influencing the outcome. Br Med J. 2012; 2:714.
19. Bordley DR, Mushlin AI, Dolan JD. Early clinical signs identify low risk patines with ocute upper gastrointestinal haemorrhage. JAMA. 2012; 253:28825.
20. Soll AH. Gastric, duodenal, stress and non-steroidal antiinflamatory ulcer. En: Feldman M, Scharsehmidt BF, Sleinseger MH, editors. Enfermedades gastointestinales y hepaticas. 8va ed. T1. Philadelphia: W B. Saunders; 2010. p.58096.
21. Laine L. Evaluation and management of the patient with a bleeding peptic ulcer. Best Evidence. 2009; 5:2430.
22. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. An annotated algorithmic approach to upper gastrointestinal bleeding. ASGE. 2009; 53(7): 853 – 858
23. Piper JM, Ray WA, Daugherty J. Corticosteroid use and peptic ulcer disease: role of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Ann Intern Med. 2011; 114:73540.
24. Petterson MS. Gastrointestinal bleeding. En: Feldman M, Scharsehmidt BF, Sleisenger MH, editors. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas. 8va ed. T1. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 2010.p.7856.
25. Seewal S, Mendoza G, Seitz U, Salem O, Soehendra N. Variceal bleeding and portal hypertension. Endoscopy. 2012; 35:13644.
26. Li Y, Sha W, Nie Y. Effect of intragastric pH on control of peptic ulcer bleeding. J Gastroenterol Hepatol. 2012; 15:14854.
27. Schiller KR, Truelove SC, Williams DG. Haematemesis and melaena with special referente to factor influencing the outcome. Br Med J. 2009;2:714.

28. Feu F, Brullet E, Calvet X. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia digestiva alta aguda no varicosa. *Gastroenterología y Hepatología*. 2010; 26:7085.
29. Izquierdo de la RH, Vega Méndez JC, García Barreto RM. Escleroterapia en HDA no varicosa [tesis]. Camagüey: Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Octavio de la Concepción y la Pedraja; 2007.
30. Domschke W, Lederer P, Luz G. The value emergency endoscopy in upper gastrointestinal bleeding: Review and analysis of 2014 cases. *Endoscopy*. 2009;15:12631.
31. Panes Díaz J, Terés Quiles J. Hemorragia Gastrointestinal. En: Farreras R. *Medicina Interna*. 13^a ed. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2011. p. 249 – 58.
32. Loren L. Hemorragia digestiva. En: Harrison S. *Internal medicine*. 16^a edition. México: Mc Graw. Hill Interamericana, D.F; 2005.p. 299- 302.
33. Debognie JC. “Endoscopic et pronostic de l’ hemorragie der tractus digestive superieur”. *Gastroenterol Clin Biol*. 2011 June 4; 3: 37-39.