
La hemorragia digestiva alta en el adulto mayor. Hospital Universitario “Héroes del Baire”. 2002- 2012

REMIJ 2013;14(2):133-150

Upper gastrointestinal bleeding in the elderly. University Hospital “Heroes of Baire”. 2002-2012

MSc. Dr. Iván Portuondo Avalos¹, MSc. Dra. Edena Amaro Arias², Dr. Alexander Rodríguez Hernández³, Dra. Marielen Pérez Pozo⁴, Dr. Ariel Barro Blanco⁵, MSc, Lic. Rufina Farrat Rodríguez⁶

RESUMEN

El sangramiento digestivo alto constituye una emergencia médico quirúrgica que concurre con una mortalidad alta. Cobra más vidas en el grupo del adulto mayor. Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo y transversal que abarcó desde Enero 2002 hasta Diciembre de 2012. Encontramos que 243 pacientes causaron ingresos por hemorragia digestiva alta en el servicio de urgencia en el período analizado y de éstos el 122 tenían más de 60 años que fue el universo del estudio. El sexo masculino predominó con 85 pacientes (69,67%). La séptima década de la vida fue la más representada. La forma de presentación más frecuente fue la melena. Los antecedentes de úlcera péptica y de ingestión de antiinflamatorios no esteroideos fueron los antecedentes más frecuentes. La úlcera péptica fue la causa más habitual encontrada. Solo el 4,91 % requirió tratamiento quirúrgico de urgencia, y la mortalidad de la serie fue de 6 pacientes. La mayor estadía estuvo entre los 5 a 7 días.

Palabras clave: adulto mayor, hemorragia digestiva alta, úlcera péptica

SUMMARY

Upper digestive bleeding is a medical emergency surgical concurs with high mortality. Claims more lives in the elderly group. We performed a descriptive cross-sectional retrospective study spanning from January 2002 to December 2012. We found that 243 patients revenues caused upper gastrointestinal bleeding in the emergency room during the study period and of these, 122 were over 60 years was the universe of study. Male sex predominated with 85 patients (69.67%). The seventh decade of life was the most represented. The most common presentation was the mane. The history of peptic ulcer and ingestion of nonsteroidal anti-inflammatory drugs were the most frequent antecedents. Peptic ulcer was found the most common cause. Only 4.91% required emergency surgery, and mortality of the series was 6 patients. Most stay was between 5 to 7 days.

Keywords: elderly, upper gastrointestinal bleeding, peptic ulcer

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta (HDA) tiene sus antecedentes recogidos a lo largo de la historia. Hipócrates es el que por primera vez hace referencia 400 años a.n.e., de algunos síntomas que corresponden a la misma.¹ Claudio Galeno, médico griego, citado por Goldestein, en el siglo II demostró y resaltó con más elocuencia la evidencia de la HDA y de heces de color negro.^{1, 2}

En la actualidad se describe que con el envejecimiento aparecen un grupo de enfermedades y complicaciones que son más frecuentes en edades avanzadas de la vida, como son las cardiovasculares, endocrino-metabólicas, neurológicas, digestivas y otras muchas que aparecen por el deterioro propio del proceso evolutivo de todo el organismo, cuando el mismo es más susceptible a las agresiones que anteriormente lograba superar. Durante la vejez existe un aumento de la incidencia y prevalencia de aquellas enfermedades, básicamente degenerativas, en las que la edad avanzada es, *per. se*, un importante factor de

riesgo, y que tienden, en su evolución, hacia frecuentes situaciones de incapacidad y su mayor dificultad en la respuesta al tratamiento.³

Dentro de esas enfermedades, aunque se cataloga como un síndrome, encontramos la hemorragia digestiva alta, esta no solo aparece en la tercera edad, pero si se manifiestan con mayor frecuencia en edades tardías de la vida. Se considera que más del 45 % de las hemorragias digestivas altas aparecen en los pacientes mayores de 60 años. En este grupo de pacientes se considera que la mortalidad es del 14 al 39%, mientras que es notablemente menor (4 al 9 %) por debajo de esa edad.⁴

En Cuba, según datos actualizados, las personas mayores de 60 años constituyen 14,7 % de la población, y se pronostica que aumentará a un 18 % en la próxima década. Para el 2025 se calcula que el 25 % de los cubanos tendrá 60 años y habrá 156 adultos mayores por cada 108 niños. Se puede afirmar que 75 de cada 100 cubanos que nacen hoy, van a vivir más allá de los 60 años. La esperanza de vida de las personas que vivan en Cuba y cumplan los 75, es de 10 – 20 años más; y los que arriban a 80, de 7,6 para ambos sexos.⁵

Todos concuerdan en que la hemorragia digestiva alta es una emergencia médico quirúrgica frecuente, constituyendo la principal urgencia gastroenterológica en muchos centros hospitalarios del mundo,⁶ del país y lo mismo sucede en nuestro territorio.

Con el objetivo de disminuir la morbimortalidad es preciso mantener controladas y tratar adecuadamente las causas que provocan la hemorragia, realizar el diagnóstico rápido y preciso, así como actuar sobre los estilos de vida y si es preciso modificar los mismos, todo ello antes de que aparezcan las complicaciones. Para ello es preciso que exista una armonía en el trabajo que se debe ejecutar desde la atención primaria en cuanto la actividad de promoción de salud, así como en la educación de la población, hasta el nivel hospitalario.⁷

A pesar de los avances logrados en cuanto a medios diagnósticos y terapéuticos en el campo de las vías digestivas, la hemorragia digestiva alta sigue cobrando vidas.^{7, 8, 9} Este síndrome constituye un problema de salud frecuente en el mundo y se considera como causa mayor de morbimortalidad en todos los grupos etáreos, aunque la letalidad es mayor en la tercera edad.¹⁰

En el presente estudio, se solicitó al Departamento de Estadísticas del Sectorial de Salud Municipal, datos sobre la incidencia de la hemorragia digestiva superior, de acuerdo a los casos ingresados y el resultado es de 28,9 por 100 000 habitantes. La población mayor de 60 años en el municipio es de 10 885 autóctonos.

Teniendo en cuenta la frecuencia con que se presenta la hemorragia digestiva alta y dado que un gran número de los pacientes se encuentran en la tercera edad, se decide realizar este estudio cuyos objetivos se enuncian a continuación:

Objetivo General:

Determinar el comportamiento de la Hemorragia Digestiva Alta, en los pacientes de la tercera edad en el servicio de cirugía de urgencia del Hospital Universitario “Héroes del Baire”, de la Isla de la Juventud.

Específicos:

1. Caracterizar la muestra según las variables epidemiológicas de edad y sexo.
2. Identificar cuales fueron los antecedentes patológicos personales más frecuentes, los factores de riesgo y las formas de presentación de la hemorragia digestiva alta en el grupo de pacientes estudiados.
3. Revelar el momento en que fue realizada la endoscopia a los pacientes y cuáles fueron las causas del sangramiento más frecuentemente encontradas.
4. Describir el tipo de tratamiento utilizado en cada uno de los pacientes.

5. Determinar la estadía hospitalaria de estos enfermos.
6. Identificar la letalidad por HDA en el período estudiado.

Diseño Metodológico

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo y transversal en el período comprendido entre Enero de 2002 a Diciembre de 2012.

Universo, Población y muestra: La población estuvo formada por 243 pacientes que ingresaron con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta (HDA), de los cuales 122 conformaron tanto el universo como la muestra de nuestro estudio.

Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico de HDA que hayan ingresado en el periodo de estudio.

Criterios de exclusión: Pacientes menores de 60 años.

Fuente de obtención de los datos:

Para este estudio se revisaron los libros de ingresos y de fallecidos del Departamento de Registros Médicos del Hospital Universitario “Héroes del Baire” de la Isla de la Juventud y las historias clínicas de todos estos pacientes así como el registro de cirugías mayores de la Unidad Quirúrgica.

Técnicas y Procedimiento:

a) De la recogida de la información: Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura para la identificación, delimitación, y justificación del problema objeto de estudio, además se interconsultó con especialistas del servicio y con intensivistas los cuales aportaron experiencias útiles para el desarrollo de este trabajo.

La información se obtuvo a través de la revisión de los expedientes clínicos, libros de Registros Médicos y de ingresos en los servicios de terapia del Hospital

Universitario “Héroes del Baire” de la Isla de la Juventud, así como registros de fallecidos de la institución de los que se recogieron aquellas variables de interés (edad, sexo, antecedentes patológicos personales, factores de riesgos, forma de presentación, resultados de endoscopia, tratamiento, estadía hospitalaria y letalidad) que dieron salida a los objetivos trazados, además en los casos en que la información no se completó se realizaron visitas a las casas de los pacientes para confirmar el diagnóstico de la endoscopia ambulatoria.

b) Análisis y procesamiento: Para el procesamiento de la información fue utilizada una PC Pentium IV mediante el procesador de Excel 2003 Windows XP, donde se aplicó la estadística descriptiva. Se calcularon porcentajes como medida de resumen para variables cualitativas. Los resultados se presentaron en cuadros estadísticos y gráficos, en números absolutos y porcentuales. Los textos se procesaron en el programa Microsoft Office Word.

Ética:

Los datos utilizados se protegieron con el principio de confidencialidad. Se presentaron de forma colectiva y no individual, fueron utilizados con fines investigativos.

RESULTADOS

Como se muestra en la Tabla No. 1 el sexo masculino fue el que más ingreso causó con 85 pacientes, que representó el 69,85 % de la muestra estudiada. Mientras que a la séptima década de la vida correspondió el mayor número de casos con 58 pacientes (47,54 %).

Tabla No. 1. Distribución de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta según edad y sexo en el en el adulto mayor. Hospital “Héroes del Baire”. 2002-2012

Grup	Fe	Ma	Tota
o de	me	scu	I

edad es (años)	nino		lino		%
	N o	%	N o	%	
60- 69	1 7	1 3	4 1	3 3	5 8
					4 7,
					5 4
					3 0
70- 79	1 4	1 1	2 8	2 2	4 2
					4 4,
					4 2
					7 5
Más de 80	6 9	4 9	1 6	1 3	2 2
					1 8,
					0 4
					1 1
Total	3 7	3 0	8 5	6 9	1 2
					1 0.
					0 0
					5 0

Fuente: Historia Clínica Individual

Cuando se analizan los resultados de los antecedentes patológicos personales, se encontró que el 31,14 % (38) de los pacientes eran portadores de hipertensión arterial, siguiéndole la ingestión frecuente de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) con 20,49% (25) pacientes. (Tabla No. 2)

Tabla No. 2. Distribución de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta según antecedentes patológicos personales

Antecedentes patológicos personales	No.	%
Várices esofágicas	8	6,55
Cirrosis hepática	7	5,73
Gastritis Crónica	14	11,47
Úlcera péptica	19	15,57
Hernia Hiatal	4	3,27
Antecedentes de sangramiento previo	22	18,03
Ingestión de AINES	25	20,49
Hipertensión Arterial	38	31,14
Cardiopatía Isquémica	23	18,85

Fuente: Historia Clínica Individual

Es indiscutible que la ingestión frecuente de alcohol es causa de gastritis aguda hemorrágica, los resultados en los pacientes de esta casuística, son un fiel reflejo de lo que con anterioridad se enunció, teniendo el 26,22 % (32) ingestión frecuente de alcohol, seguido de 20 pacientes (16,39%) que consumían cigarrillos. Debe destacarse que 31 de los pacientes (25,40 %) refirieron no presentar ningún hábito tóxico. Dentro de los resultados se muestra, que la combinación de los hábitos tóxicos, no es lo que se caracteriza de forma evidente en los resultados de nuestra investigación. (Tabla No. 3)

Tabla No. 3. Distribución de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta según hábitos tóxicos

Hábitos tóxicos	No.	%
Alcohol	32	26,22
Tabaco	20	16,39
Café	12	9,83
Alcohol y tabaco	9	7,37
Tabaco y café	13	10,65

Alcohol, tabaco y café	5	4,09
Ninguno	31	25,40
Total	122	100

Fuente: Historia Clínica Individual

En los pacientes objetos de este estudio, la HDA se manifestó con mayor frecuencia en forma de melena, acudiendo por este motivo al facultativo 86 para un 70.49 % del total. (Tabla No. 4)

Tabla No. 4. Distribución de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta según forma de presentación y sexo

Forma de presentación	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Melena	26	21,31	60	49,18	86	70.49
Hematemesis	5	4,09	11	9,01	16	13.11
Melena y hematemesis	4	3.27	16	13,11	20	19,67

Fuente: Historia Clínica Individual

En la muestra se describe que en 25 pacientes (20.40%) no se realizó el estudio endoscópico, todo esto es debido a que desafortunadamente, en el centro hace ya aproximadamente tres años que no se cuenta de forma continua con servicio de gastroenterología que garantice la realización de la panendoscopia en las primeras 48 horas de el ingreso. Pero más lastimoso, es que ni siquiera este proceder se les ofrece a los pacientes con regularidad durante su hospitalización con fines diagnósticos. Los pacientes con desconocimiento de la importancia del estudio en su pronóstico, además del temor al proceder, influyen en que no todos los pacientes se lo realicen de forma ambulatoria. El 44.89 % (55 pacientes) se realizaron dicho estudio luego del alta hospitalaria. Veinticinco casos no se realizaron la endoscopia.

Las causas endoscópicas evidenciadas concuerdan fielmente con las encontradas en la revisión de la literatura, con un 44.44 % (54 pacientes) de hemorragias provocadas por úlceras pépticas, seguidas por 24.78 % (29 pacientes) producidas por gastritis aguda. (Tabla No. 5)

Tabla No. 5. Distribución de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta según hallazgos endoscópicos en el adulto mayor.

Causas endoscópicas	No.	%
Úlcera péptica	54	44.44
Gastritis aguda	29	24.78
Hernia hiatal	7	5.98
Várices esofágicas	4	3.27
Mallory-Weiss	2	1,63
Esofagitis	2	1.63
Duodenitis	2	1,63
Total	122	100

Fuente: Historia Clínica Individual e historia ambulatoria

La mayoría de nuestros pacientes (95, 08 %), solucionó el sangramiento digestivo alto con tratamiento medicamentoso.

Como resultado de los problemas que se han presentado durante el período analizado con la realización de las endoscopías, por un lado, y por otro el proceso evolutivo natural de la enfermedad conllevó a que el período de la estadía fuera variable. La mayoría de los pacientes 73 (59,83 %), causaron un promedio de estadía entre 5 y 7 días y solo 9 pacientes (7,37 %), debido en parte a la evolución tórpida del sangramiento, estuvieron ingresados por más de este tiempo.

La mortalidad en la muestra estuvo conformada por seis pacientes para un 4,91 %, de ellos, tres fallecieron sin llegar a ser intervenidos quirúrgicamente en las primeras horas de su hospitalización, siendo la causa de la muerte sangramiento por várices esofágicas en dos y en el otro una úlcera péptica sangrante,

corroboradas por los estudios necrópsicos. Tres fallecieron luego de la intervención, encontrando en el transoperatorio gastritis aguda hemorrágica en dos de los mismos y úlcera péptica en el tercero. Las causas de las defunciones en estos casos fueron en dos, complicaciones cardiopulmonares agudas en la sala de UCIM, y uno por fallo de la sutura intestinal.

DISCUSIÓN

El grupo de la tercera edad es especialmente susceptible a sufrir una HDA, no solo por ser altos consumidores de medicamentos, sino también porque pueden presentar reacción adversa a éstos y las consecuencias suelen ser mayores debido a que con la edad disminuye la reserva funcional y los mecanismos homeostáticos; en ese sentido se ha calculado que en los adultos mayores de 65 años el riesgo de sufrir una reacción adversa se triplica, y representa el 12 % de los internamientos al hospital, sobre todo relacionada con la ingestión de AINES.^{11, 12}

Este grupo de pacientes se asocia frecuentemente a enfermedades osteoarticulares que requieren tratamientos prolongados con antiinflamatorios no esteroideos (AINES), los cuales inhiben la producción de prostaglandinas, y son causa de úlcera péptica, entidad causal frecuente en la aparición de hemorragia digestiva alta.^{9, 13, 14, 15}

Este incremento proporcional de incidencia de la HDA con respecto a la edad es considerado en todas las series revisadas, como un factor de riesgo y está incluida en la mayoría de los sistemas de valoración pronóstica.^{9, 12, 13, 14, 15}

El envejecimiento de la población y el elevado número de personas que ingieren en la actualidad AINES, (medicamentos más usados mundialmente en los últimos 15 años en la profilaxis secundaria de enfermedades vasculares, capaces también de causar lesiones a lo largo del tracto digestivo y con mayor riesgo de producir

HDA), incluyendo el ácido acetilsalicílico, son elementos que sin lugar a dudas, influyen de manera significativa en la magnitud de este problema de salud.^{1, 16}

Por otra parte y a pesar de no ser resultado a señalar en este estudio, se considera que la HDA y la isquemia o infarto agudo de miocardio pueden aparecer en forma simultánea, debido a que el sangrado masivo compromete la perfusión miocárdica y aumenta la taquicardia refleja, que a su vez, incrementa el consumo de oxígeno del músculo cardíaco. Las lesiones del miocardio después de la HDA con frecuencia pasan inadvertidas debido a la magnitud del cuadro hemorrágico.¹⁶

Se plantea que la ingesta reciente de alcohol en grandes cantidades, puede ocasionar gastritis erosiva y la ingesta crónica producir várices esófago-gástricas como expresión de cirrosis hepática e hipertensión portal.¹⁷

En muchos artículos y metanálisis detallados proponen que la administración post-endoscópica de inhibidores de la bomba de protones (IBP), es útil para disminuir el riesgo de resangrado y la necesidad de cirugía, pero no la mortalidad.¹⁸ El efecto benéfico es similar independientemente de la vía de administración, por lo que se sugiere por expertos en el tema utilizarla de forma endovenosa a dosis de bolo y en infusión horaria durante tres días.¹⁹

Con la utilización de nuevas formas de terapia endoscópica y una manera más profunda de supresión de ácido, es evidente que se prevé un mejor éxito en pacientes con úlcera péptica sangrante. Los IBP de uso endovenoso alcanzan una más profunda y sostenida supresión ácida, sin el desarrollo de tolerancia, como ocurre con los bloqueadores H₂.^{20, 21}

El uso de agentes farmacológicos (somatostatina, bloqueadores H₂, IBP) en una hemorragia ulcerosa activa es difícil de pensar que puedan tener un efecto hemostático. Pero si es importante la reducción farmacológica de la acidez a nivel mayor de pH 4 (encima del nivel proteolítico de la pepsina) y mejor cuando se

mantiene un pH neutro (6 ó más), ya que el ácido inhibe la agregación plaquetaria y causa desagregación de ellas, también acelera la lisis del coágulo a través del estímulo ácido en la acción de la pepsina y altera la integridad de la barrera mucobicarbonato y, más recientemente, se ha notado que la supresión de ácido puede favorecer una antifibrinólisis.^{21, 22}

Estudios realizados informan que la morbilidad y mortalidad del paciente con HDA se relaciona con ciertos factores de riesgo como la edad, la magnitud de la hemorragia, el resangrado durante la hospitalización, el origen de la hemorragia (sangrado arterial o venoso) y las enfermedades asociadas como alcoholismo, las coagulopatías y la inmunosupresión.^{16, 23, 24, 25, 26}

Los tratamientos médicos y farmacológicos utilizados en nuestros casos concuerdan con los reportados en cuanto a la asociación de bloqueadores H2 con IBP, aunque este último fue utilizado en dosis inferiores a la recogida recientemente por algunos autores.^{20, 27}

Elta²² en un estudio realizado informa que el 12,6 % de sus pacientes requirió tratamiento quirúrgico. Otros autores han informado un por ciento más elevado (20,7 %), y señalan, además, que han comprobado que el tratamiento quirúrgico es muy eficaz en la hemostasia, pero tiene altas tasas de complicaciones y de mortalidad. Sin embargo es de señalar nuevamente que contradictoriamente a la visión del tratamiento en la HDA, un factor importante en la aparición de complicaciones que pueden llevar a la muerte del paciente es la demora en la decisión del acto quirúrgico.

En este estudio todos los pacientes fallecidos eran del sexo masculino, dato que también concuerda con lo obtenido en estudios de otros autores.^{16, 17, 21, 27, 28}

CONCLUSIONES

La hemorragia digestiva alta prevaleció en el sexo masculino y la séptima década de la vida fue la que aportó el número mayor de pacientes.

Los antecedentes patológicos personales más frecuentemente encontrados fueron la hipertensión arterial, siguiéndole la ingestión de AINES. Los factores de riesgo que primaron fueron la ingestión de bebidas alcohólicas y el consumo de cigarrillos. La melena fue la principal forma de presentación de la hemorragia digestiva alta.

La generalidad de los pacientes no tuvo acceso a la endoscopía durante su hospitalización. La úlcera péptica fue la causa más frecuente.

El tratamiento médico fue el procedimiento que más se empleó en los pacientes.

La estadía en la mayoría estuvo entre 5 a 7 días.

La mortalidad estuvo en un rango acorde al resultado de la generalidad de otros estudios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Basto Valencia M, Vargas Cárdenas G, Angeles Chaparro P. Factores de riesgo que incrementan la Morbimortalidad en Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Nacional "Arzobispo Loayza" 1980-2003. Rev. Gastroenterol. Perú [revista en la Internet]. 2005 jul./set [citado 2013-09-24]; 25(3):259-67 . Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292005000300005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1022-5129.
2. Goldestein HI. Some notes on military medicine and surgery through the centuries. Rev Gast. 1944;11:37-43.
3. Prieto Ramos O. Envejecimiento sano. Longevidad satisfactoria, una necesidad de la humanidad. 6 ed. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana de España; 2003.
4. Feu F. Complicaciones de la enfermedad ulcerosa péptica: manifestaciones clínicas, actitudes diagnósticas e indicaciones terapéuticas. Medicine. 2000;8(03):128-133.

5. Kane RL, Abrass IB. Geriatría clínica. 3 ed. México, DF: Mc Graw-Hill Interamericana de México; 2000.
6. Colina E, Carrasco MR, Machado MC, Darías A, Diéguez R. Geriatría y gerontología. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1993.
7. Rollhauser C, Fleischer DE. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Endoscopy. 2004;36:52-8.
8. Terés J, Bordas JM, Bosch J. Hemorragia digestiva alta. Monografías clínicas en gastroenterología. Barcelona: Doyma; 1998.
9. Crespo Acebal L, Gil Manrique L, Padrón Sánchez A, Rittoles Navarro A, Villa Valdés M. Morbimortalidad por sangramiento digestivo alto en la Unidad de Cuidados Intermedios Quirúrgicos. Estudio en 365 pacientes. Rev Cub Med Int Emer. 2002;1:46-52. [citado 2013 Sep 24] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol1_1_02/mie08102.pdf
10. Farreras Valentí P. Medicina Interna. 13ª. Ed. Barcelona: Ediciones Doyma; 2003. t. I.
11. [Das A](#), [Wong RC](#). Prediction of outcome of acute GI haemorrhage: a review of risk scores and predictive models. Gastrointest Endosc. 2004;60(1):85-93. [citado 2013 Sep 24] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15229431>
12. Jurado Hernández AM, Teresa Galván J. de, Ruiz-Cabello Jiménez M, Pinel Julián LM. Evolución en la epidemiología de la hemorragia digestiva alta no varicosa desde el año 1985 hasta 2006. Rev. esp. enferm. dig. [revista en la Internet]. 2008 Mayo [citado 2013 Sep 24] ; 100(5): 273-277. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082008000500005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1130-01082008000500005>.

-
13. Rollhauser C, Fleischer DE. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Endoscopy*. 2004;36(1):52-8. [citado 2013 Sep 24] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14722856>
14. Rego Hernández JJ, Leyva de la Torre C, Pérez Sánchez M. Caracterización clínico-terapéutica del sangramiento digestivo alto: Hospital "Dr. Salvador Allende". Primer semestre 2006. *Rev Cubana Farm [revista en la Internet]*. 2007 Dic [citado 2013 Sep 24] ; 41(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152007000300008&lng=es.
15. Gómez Herrera W. Emergencias quirúrgicas: manejo inicial del sangrado digestivo (Revisión Bibliográfica). *Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica*. 2008;LXV(586):341-50. [citado 2013 Sep 24] Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/586/art6.pdf>
16. Rodríguez Hernández H, Rodríguez Morán M, González JL, Jáquez Quintana JO, Rodríguez Acosta ED, et al. Factores de riesgo asociados a hemorragia de tubo digestivo alto y su mortalidad. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2009; 47 (2):179-84.
17. [Miwa H](#), [Sakaki N](#), [Sugano K](#), [Sekine H](#), [Higuchi K](#), [Uemura N](#), et. al. Recurrent peptic ulcers in patients following successful *Helicobacter pylori* eradication: a multicenter study of 4940 patients. *Helicobacter*. [revista en la Internet];2004 [citado 24 Septiembre 2013] 9(1):9-16. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15156899>
18. Khuroo MS, Farahat KL, Kagini IE. Treatment with proton pumps inhibitors en acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding: a meta-analysis. *J Gastroenterol Hepatol*. 2005;20:11-25.

19. De la Mora Levis JG, Villagómez Roig G, Sakai P, Navarret C, Machicado G, Guitrón Cantú A. Manejo de la Hemorragia del Tubo Digestivo Alto. *Rev Gastroenterol Mex.* 2006;71 Supl. 2:28-34.

20. Cárcamo I C, López S J, Cardemil N D. Cirugía de la Hemorragia digestiva alta no variceal. *Cuad. cir. (Valdivia)*. [revista en la Internet]. 2005 [citado 24 Septiembre 2013]; 19(1):11-16. Disponible en la World Wide Web: <http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-28642005000100002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-2864.

21. Elta GH. Approach to the patient with gross gastrointestinal bleeding. In: Yamada T, editor. *Textbook of Gastroenterology*. 3rd edition. Lippincott: Williams & Wilkins; 2005.

22. Vermeulen M, Lindsay KW, Murria GD, Cheah F, Hijdra A., Muizelaar JP, et al. Antifibrinolytic Treatment in Subarachnoid Hemorrhage. *N Engl J Med* 1984 [revista en la Internet]; 1984 [citado 24 Septiembre 2013] 311:432-7. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM198408163110703>

23. [Haubrich](#) WS, [Schaffner](#) F, [Bockus](#) HL. *Bockus Gastroenterology*. Michigan: University of Michigan: Publisher Saunders; 1995. [Citado 12 de octubre 2012] Disponible en: http://books.google.com.cu/books/about/Bockus_Gastroenterology.html?id=K1JsAAAMAAJ&redir_esc=y

24. Balanzó Tintoré J, Villanueva Sánchez C. *Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas: Hemorragia digestiva alta*. Barcelona: Ediciones Doyma; 2004.

25. Henry DA, O'Connell DL. Effects of fibrinolytic inhibitors on mortality from upper gastrointestinal haemorrhage. *BMJ*. [revista en la Internet]; 1989 [citado 24 Septiembre 2013] 298(6681):1142-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1836395/>

26. Contardo Zambrano C, Espejo Romero H. Hemorragia digestiva alta no originada por várices. Acta Méd Peruana [revista en la Internet]; 2006 [citado 24 Septiembre 2013] 23(3):162-73. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000300007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1728-5917.

27. [Hasselgren G](#), [Lind T](#), [Lundell L](#), [Aadland E](#), [Efskind P](#), [Falk A](#). Continuous intravenous infusion of omeprazole in elderly patients with peptic ulcer bleeding. Results of a placebo-controlled multicenter study. [Scand J Gastroenterol](#). [revista en la Internet] ;1997 [citado 24 Septiembre 2013] 32(4):328-33. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9140154>

[content/uploads/2013/08/vol17_2_2006.pdf](#)

28. Barrientos C. Hemorragia digestiva alta por neoplasias digestivas .Gastr. Latinoam. [revista en la Internet]; 2006 [citado 24 Septiembre 2013]; 17(2):146-9. Disponible en: <http://sociedadgastro.cl/wp->

¹ *Especialista de Segundo Grado en Cirugía General. MSc. en Urgencias Médicas. Profesor Auxiliar. Hospital Universitario "Héroes del Baire". Isla de la Juventud.*

e-mail: ivanport@infomed.sld.cu

² *Especialista de Primer Grado en Cirugía General. MSc. en Urgencias Médicas. Profesora Asistente.*

³ *Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Profesor Instructor.*

⁴ *Especialista de Primer Grado en Cirugía General.*

⁵ *Especialista de Primer Grado en Cirugía General.*

⁶ *Licenciada en Enfermería. MSc. en Urgencias Médicas.*