

ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización de los pacientes hospitalizados por sangrado digestivo alto

Characterization of hospitalized patients due to high digestive bleeding

MsC. Zenén Rodríguez Fernández,¹ MsC. Ernesto Casamayor Callejas² y Dr.C. José M. Goderich Lalán³

¹ Especialista de II Grado en Cirugía General. Máster de Informática en Salud. Investigador Agregado. Profesor Auxiliar. Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora", Santiago de Cuba, Cuba.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de tercer año de Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" Santiago de Cuba, Cuba.

³ Especialista de II Grado en Cirugía General. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Consultante. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Introducción: El sangrado digestivo alto determina gran número de ingresos en los servicios de Cirugía General. **Objetivo:** Caracterizar a los pacientes hospitalizados con ese diagnóstico, según variables seleccionadas. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de 88 pacientes ingresados con sangrado digestivo alto en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba durante el bienio 2007-2008. **Resultados:** Predominó el sexo masculino en una proporción de 2:1 respecto al femenino en los ancianos. Entre los antecedentes patológicos personales primaron la hipertensión arterial y la úlcera duodenal. La ingestión de café y alcohol constituyeron los hábitos tóxicos más comunes. La mayoría de los pacientes experimentó su primer episodio en forma de melena, originada por úlcera duodenal, seguidos de los que presentaron hematemesis y melena por otras causas. La úlcera péptica duodenal, las gastritis y las várices esofágicas fueron los diagnósticos más frecuentes. **Conclusiones:** Las enfermedades crónicas asociadas y los hábitos tóxicos pueden provocar un sangrado digestivo alto, cuya magnitud estará en correspondencia con la lesión existente en el tracto digestivo y con la edad, por lo cual el conocimiento de las características de estos pacientes es primordial para prevenir la recurrencia del sangrado, con la consiguiente disminución de la morbilidad a los efectos.

Palabras clave: sangrado digestivo alto, hematemesis, melena, úlcera péptica, gastritis, várices esofágicas, cirugía, atención secundaria de salud

ABSTRACT

Introduction: The high digestive bleeding contributes to a great number of admissions in the General Surgery Services. **Objective:** To characterize hospitalized patients under this diagnosis, according to selected variables. **Methods:** A descriptive, retrospective and

cross-sectional study with 88 hospitalized patients due to high digestive bleeding, who were admitted at General Surgery Service from "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" General Teaching Hospital in Santiago de Cuba, was carried out during the biennium 2007-2008.

Results: Male sex was predominant in a proportion 2:1 with regard to female sex in elderly. Among the personal pathological background, hypertension and duodenal ulcer were relevant. Coffee and alcohol consumption constituted the most common toxic habits. Most of the patients experienced their first episode in melena form caused by the duodenal ulcer, followed by those who had hematemesis and melena due to other causes. The most frequent diagnosis were duodenal peptic ulcer, gastritis, and esophageal varices. **Conclusions:** Associated chronic diseases and toxic habits can cause high digestive bleeding, in which case, magnitude will be in correspondence with the existing injury in the digestive tract and with the age. That is why knowing the characteristics of these patients is essential to prevent bleeding recurrence with subsequent decrease of morbidity to the effects.

Key words: high digestive bleeding, hematemesis, melena, peptic ulcer, gastritis, esophageal varices, surgery, secondary health care

INTRODUCCIÓN

El sangrado digestivo alto (SDA) está determinado anatómicamente por la existencia de un punto sangrante localizado entre el esfínter esofágico superior y el ángulo duodeno yeyunal de Treitz.¹

Constituye un problema de salud frecuente en todo el mundo y es una de las urgencias que determina gran número de ingresos en los servicios de Cirugía General en nuestro medio, por lo que reviste gran importancia clínica y sanitaria. A pesar de los cambios que han existido en los últimos años relacionados con numerosos avances científicos y técnicos en el diagnóstico y tratamiento de este síndrome, aún mantiene una elevada morbilidad y no despreciable mortalidad.

Su incidencia global en los países occidentales varía de 50 a 150 por cada 100 000 habitantes y representa 50 por cada 100 000 pacientes hospitalizados, cifra que no refleja la realidad porque 50 % de las hemorragias se producen durante el internamiento y se acumulan en determinados grupos de riesgo como son los de edad avanzada y enfermedades graves asociadas.^{1, 2}

Entre las causas más frecuentes que originan el SDA se encuentran:

Úlcus péptico: 60% de los SDA son provocados por úlcus duodenal o gástrico. La causa del sangrado es la erosión de un vaso sanguíneo del lecho ulceroso por el ácido clorhídrico gástrico. En el paciente joven, cuyas arterias son elásticas, se podrá cohibir con mayor facilidad; pero en las personas de edad avanzada con árbol vascular esclerosado, esto se torna más difícil.³

Várices esofágicas: La hipertensión portal de cualquier causa determina la aparición de paquetes varicosos de paredes muy finas en el tercio inferior del esófago, los cuales al ingurgitarse, cualquier pequeño traumatismo producido por alimentos o reflujo ácido los erosiona, determinando una hemorragia que en la mayoría de los casos es severa y produce síntomas de hipovolemia si no se actúa rápido para cohibirla, por lo que es uno de los sangrados digestivos de mayor gravedad.⁴

Gastritis erosiva hemorrágica: Pueden provocarla una serie de sustancias tóxicas y medicamentos: alcohol, corticoides, aspirina, otros analgésicos y los antiinflamatorios no

esteroideos. Todos estos productos ocasionan aumento de la secreción ácida, anoxia de la mucosa y disminución de la capa mucosa protectora, lo que determina la aparición de múltiples y pequeñas úlceras superficiales y hemorragias que en algunos casos pueden llevar a la hipovolemia.^{4,5} Los antecedentes patológicos personales del paciente determinan de forma indirecta la ocurrencia de gastritis medicamentosas por la excesiva o continuada ingestión de fármacos como parte de su tratamiento.

Neoplasias esofágicas y gástricas: Generalmente el SDA ocurre en los estadios finales de la enfermedad y es leve o moderado y repetido, por lo que el paciente tiene que ser politransfundido.⁵

El SDA se suele manifestar en forma de hematemesis, melena o ambos. Su forma de presentación depende de la cuantía y rapidez del sangrado, así como de la localización de la lesión sangrante.⁶

La melena es la presencia de heces sanguinolentas, producto de la hemorragia desde algún sitio del aparato digestivo. Cuando proviene del esófago, estómago y duodeno, toma una coloración "alquitranada". Para que se produzca se precisa de un sangrado mínimo de 50 a 100 mL, que la sangre permanezca en el tubo digestivo durante 8 horas y ocurra la oxidación de la hemoglobina.⁵

La hematemesis es un vómito de contenido hemático mezclado con alimentos, de color negruzco, por la acción del ácido clorhídrico o rojo rutilante si el sangrado es masivo.⁶

Considerando la alta incidencia que tiene el SDA, el cual constituye la segunda causa de ingresos de urgencia en los servicios de Cirugía General, así como la existencia de diversos criterios con relación a las características de estos enfermos, justifica la realización de este estudio con el objetivo de caracterizar a los pacientes ingresados con ese diagnóstico, como parte preliminar de un proyecto multicéntrico en aras de establecer protocolos consensuados que permitan unificar criterios sobre este importante problema de salud.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo para caracterizar a 88 pacientes ingresados por sangrado digestivo alto en el Servicio de Cirugía General del Hospital General "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba desde enero de 2007 hasta diciembre de 2008.

Se tomó como criterio de inclusión aquellos que fueron diagnosticados en el período de estudio y se enmarcaban en la definición de SDA. Los datos tomados de las historias clínicas, recogidos en un formulario según las variables seleccionadas, fueron procesados en forma computarizada para obtener las tablas que muestran los resultados.

RESULTADOS

En cuanto al sexo y la edad, en esta serie predominaron los varones, con 59 (67,0 %), así como el grupo etario de 61 a 70 años en ambas categorías biológicas (31,0 % en el femenino y 22,0 % en el masculino) y el total (22, para 25,0 %).

Las **tablas 1A y 1B** muestran que para todos los diagnósticos, los antecedentes patológicos personales preponderantes en el total de la casuística fueron: la hipertensión arterial en 36 pacientes (40,9 %), seguido de la úlcera duodenal en 26 (29,5 %) y la

cardiopatía hipertensiva en 16 (18,2 %). La cirrosis hepática se presentó en 6 pacientes (6,8%) con várices esofágicas. Existe un grupo con varios padecimientos.

Tabla 1A. *Pacientes según diagnóstico y antecedentes patológicos personales*

Diagnóstico	HTA		Cardiopatía isquémica		Úlcera duodenal	
	No.	%	No.	%	No.	%
Úlcera duodenal	11	30,6	3	18,7	15	57,8
Úlcera gástrica	6	16,7	4	25,0	3	11,5
Gastritis aguda erosiva	13	36,1	8	50,0	5	19,2
Várices esofágicas	3	8,3	1	6,3	2	7,7
Gastroduodenitis crónica agudizada	2	5,5	0	0,0	1	3,8
Neoplasia de esófago	1	2,8	0	0,0	0	0,0
Total (88 pacientes)	36	40,9	16	18,2	26	29,5

Tabla 1B. *Pacientes según diagnóstico y antecedentes patológicos personales*

Diagnóstico	Cirrosis hepática		No refiere		Otros	
	No.	%	No.	%	No.	%
Úlcera duodenal	0	0,0	6	37,5	9	34,6
Úlcera gástrica	0	0,0	3	18,7	4	15,4
Gastritis aguda erosiva	0	0,0	4	25,0	7	26,9
Várices esofágicas	6	100,0	0	0,0	4	15,4
Gastroduodenitis crónica agudizada	0	0,0	2	12,5	2	7,7
Neoplasia de esófago	0	0,0	1	6,3	0	0,0
Total (88 pacientes)	6	6,8	16	18,2	26	29,5

Obsérvese en la **tabla 2** que los hábitos tóxicos más frecuentes en el total de los pacientes fue la ingestión de café (39,8 %), seguido del alcohol (30,7 %) y del cigarro (25,0 %). En la mayoría se asociaban más de un hábito tóxico, aunque 38,6 % no refirió ninguno.

Tabla 2. *Pacientes según hábitos tóxicos y diagnóstico*

Diagnóstico	Café		Cigarro		Alcohol		No refiere	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Úlcera duodenal	19	54,3	10	45,5	17	63,0	6	17,7
Úlcera gástrica	6	17,1	4	18,2	1	3,7	5	14,7
Gastritis aguda erosiva	7	20,0	5	22,7	6	22,2	10	29,4
Várices esofágicas	1	2,9	1	4,5	0	0,0	8	23,5
Gastroduodenitis crónica agudizada	2	5,7	2	9,1	2	7,4	4	11,8
Neoplasia de esófago	0	0,0	0	0,0	1	3,7	1	2,9
Total (88 pacientes)	35	39,8	22	25,0	27	30,7	34	38,6

En las **tablas 3A y 3B** puede verse que para todos los diagnósticos, 77,3 % de los pacientes experimentaron su primer episodio de hemorragia digestiva; 12,5 % el segundo y solo 10,2 % presentó 3 ó más, en los cuales está justificado el tratamiento quirúrgico.

Tabla 3A. *Pacientes según diagnóstico y recurrencia del sangrado*

Diagnóstico	1er sangrado		2do sangrado		3er sangrado	
	No.	%	No.	%	No.	%
Úlcera duodenal	24	35,3	4	36,3	3	50,0
Úlcera gástrica	12	17,6	0	0,0	0	0,0
Gastritis aguda erosiva	21	30,9	3	27,3	0	0,0
Várices esofágicas	2	2,9	3	27,3	2	33,3
Gastroduodenitis crónica agudizada	8	11,8	1	9,1	0	0,0
Neoplasia de esófago	1	1,5	0	0,0	1	16,7
Total	68	77,3	11	12,5	6	6,8

Tabla 3B. *Pacientes según diagnóstico y recurrencia del sangrado*

Diagnóstico	4to sangrado		5to sangrado		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Úlcera duodenal	0	0,0	2	100,0	33	37,5
Úlcera gástrica	0	0,0	0	0,0	12	13,6
Gastritis aguda erosiva	0	0,0	0	0,0	24	27,3
Várices esofágicas	1	100,0	0	0,0	8	9,1
Gastroduodenitis crónica agudizada	0	0,0	0	0,0	9	10,2
Neoplasia de esófago	0	0,0	0	0,0	2	2,3
Total	1	1,1	2	2,3	88	100,0

En la **tabla 4** se analiza la relación entre forma de presentación del sangrado y diagnóstico, que en 60,2% de la casuística fue melena (41,5 % de ellas causada por úlcera duodenal), seguida de 34,1 % con hematemesis y melena (33,3 % de estas originadas por gastritis aguda erosiva). En cuanto al diagnóstico definitivo corresponde a la úlcera péptica el más frecuente (44,1 %), siendo la localización duodenal la de mayor incidencia (37,5 %), seguido de la gastritis aguda erosiva (27,3 %) y de las várices esofágicas (9,1 %).

Tabla 4. *Pacientes según forma de presentación del sangrado y diagnóstico*

Diagnóstico	Hematemesis		Melena		Hematemesis y melena		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Úlcera duodenal	4	80,0	22	41,5	7	23,4	33	37,5
Úlcera gástrica	0	0,0	8	15,1	4	13,3	12	13,6
Gastritis aguda erosiva	0	0,0	14	26,4	10	33,3	24	27,3
Várices esofágicas	0	0,0	3	5,7	5	16,7	8	9,1
Gastroduodenitis crónica agudizada	0	0,0	6	11,3	3	10,0	9	10,2
Neoplasia de esófago	1	20,0	0	0	1	3,3	2	2,3
Total	5	5,7	53	60,2	30	34,1	88	100,0

Con referencia a la cuantía del sangrado y el diagnóstico (**tabla 5**) se halló que 53,4 % se clasificó como grave, siendo la úlcera duodenal (36,2 %) y las gastritis agudas erosivas (10,6 %) las entidades clínicas más frecuentes; no obstante, 75 % de los pacientes que presentaron várices esofágicas comenzaron con un sangrado grave.

Tabla 5. *Pacientes según clasificación del sangrado y diagnóstico*

Diagnóstico	Leve		Moderado		Grave		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Úlcera duodenal	7	28,0	9	56,3	17	36,2	33	37,5
Úlcera gástrica	4	16,0	3	18,7	5	10,6	12	13,6
Gastritis aguda erosiva	7	28,0	2	12,5	15	31,9	24	27,3
Várices esofágicas	2	8,0	0	0,0	6	12,8	8	9,1
Gastroduodenitis crónica agudizada	4	16,0	2	12,5	3	6,4	9	10,2
Neoplasia de esófago	1	4,0	0	0,0	1	2,1	2	2,3
Total	25	28,4	16	18,2	47	53,4	88	100,0

DISCUSIÓN

Las variables sociodemográficas sexo y edad permitieron caracterizar esta serie, en la que predominaron los hombres (67,0 %), para una relación de 2:1 con respecto a las mujeres, lo cual puede explicarse por estar más expuestos los primeros a factores de riesgo, tales como: ingestión de alcohol, café, tabaco, y el estrés como refieren otros autores.^{7, 8} El grupo mayoritario para ambos sexos y el total fue el de 61 a 70 años (25,0 %) ya que a partir de esta edad aumenta la ingestión de medicamentos en general y antiinflamatorios no esteroideos en particular, también comienzan a aparecer con más frecuencia las enfermedades osteomioarticulares degenerativas, las cardiovasculares, las lesiones premalignas y malignas del tubo digestivo y ocurre un efecto acumulativo de los factores de riesgo^{8, 9} que pueden causar episodios de sangrado. Los resultados de este estudio coinciden con lo referido en la bibliografía médica revisada.^{10, 11} Resalta el hecho de que 56,8 % de esta casuística corresponden a la tercera edad, lo que está en relación con el envejecimiento de la población cubana.

El padecimiento de varias enfermedades incrementa la posibilidad del sangrado ya que ante la necesidad de ingerir varios medicamentos se produce mayor daño sobre la mucosa gástrica, esto coincide con la opinión de varios autores quienes plantean que las enfermedades cardiovasculares, las osteomusculares y los antecedentes de úlcera duodenal son las más frecuentes en el origen de la hemorragia¹¹ y otros^{12, 13} señalan la alta asociación del SDA con la ingestión de medicamentos ulcerogénicos.

La mayoría de los autores plantean que el café y el alcohol son factores que posiblemente desencadenan la hemorragia digestiva en pacientes con úlcera péptica; a estos productos se le señala un efecto hipersecretor en el estómago. El café, cuyo principio activo es la cafeína o trimetilxantina aumenta notablemente la secreción de ácido clorhídrico del jugo gástrico y de esta manera contribuye a lesionar la mucosa.¹³ En el caso de las bebidas alcohólicas, se conoce que su principio activo que es el etanol puede llegar a producir gastritis por acción tóxica e irritante directa. La cirrosis hepática, muchas veces secundaria al alcoholismo, ocasiona manifestaciones de hipertensión portal con la aparición consiguiente de várices esofágicas.^{13 - 15} También se refleja una mayor incidencia del ulcus péptico en los fumadores en los que se duplica el riesgo de enfermedad ulcerosa.¹⁶ Los resultados de esta casuística coinciden con los planteamientos anteriores.

Es necesario realizar profilaxis del sangrado para evitar un segundo episodio que aumenta la morbilidad y la mortalidad. El antecedente de hemorragia anterior es recogido por varias publicaciones como una condicional; 1 ó 2 de cada 10 pacientes con un sangrado actual han sufrido un episodio pasado, algunos llegan a tener uno anual, semestral o incluso con menor frecuencia.¹⁷ Las causas de la recurrencia del sangrado pueden estar en relación con una incorrecta terapéutica por parte del paciente o del propio médico.

Un amplio estudio de la Sociedad Americana de Endoscopia Digestiva considera que la causa más frecuente de SDA es la úlcera péptica.¹⁸ En otras investigaciones se plantea que la gastritis aguda y las varices esofágicas son las dos causas de hemorragia predominantes luego de la úlcera péptica.^{19, 20} El cáncer gástrico, la hernia hiatal y el cáncer de esófago expresan frecuencias por debajo de 5 %. Los resultados obtenidos en esta serie no difieren de la bibliografía médica referida.^{6, 8, 9, 20}

La melena y la hematemesis son las formas de presentación del sangrado más frecuentes, dada la alta incidencia que tienen las enfermedades antes citadas. Estos aspectos concuerdan con lo planteado en las series revisadas donde la melena aparece también como la forma de presentación más común. Debe hacerse la salvedad que la forma de presentación de la hemorragia va a depender básicamente de dos factores: el débito de la hemorragia y la localización en el tracto gastrointestinal de la lesión sangrante, varía entonces la incidencia de cada forma de presentación de acuerdo con estos factores y los distintos grupos causales.^{6, 20}

La magnitud de la hemorragia digestiva alta es difícil de calcular. Según la bibliografía consultada⁴⁻⁶ el método más empleado es el siguiente:

Sangrado leve: Hematocrito no descendido por debajo de 35 %, tensión arterial sistólica superior a 100 mm de Hg, frecuencia cardíaca inferior a 100/min. Pérdida estimada de hasta 10 % de la volemia.

Sangrado moderado: Hematocrito entre 25 y 35 %, tensión arterial sistólica superior a 100 mm de Hg, frecuencia cardíaca superior a 100/min. Se estima una pérdida de 10 a 25 % de la volemia.

Sangrado grave: Tensión arterial inferior a 100 mm de Hg, frecuencia cardíaca superior a 100/min, signos de hipoperfusión periférica, anuria. Pérdida estimada entre 25 y 35 % de la volemia.

Sangrado masivo: Después de transfundidos 2 000 mL de sangre, a la velocidad de infusión requerida, no logra estabilizar la tensión arterial en 100 mm de Hg, el hematocrito en 27 y la hemoglobina en 80 g/L, en un período mínimo de 2 horas y máximo de 24. El paciente debe ser operado de urgencia, después de haber iniciado las maniobras de resucitación.⁴

La totalidad de los pacientes requirieron de una transfusión de glóbulos rojos al ingreso, en 6,8 % se necesitaron 1000 mL; en 3,4 %, 1 500 mL y en 2,3 %, 2 000 mL. Más de la mitad de los integrantes de esta serie presentó un SDA severo causado por úlcera duodenal, gastritis o várices esofágicas. Respecto a estas últimas se presentó en 6 de los 8 pacientes con ese diagnóstico. La gravedad y el pronóstico guardan estrecha relación con la edad como factor agravante, teniendo en cuenta que en la medida que

esta aumenta, se incrementa la incidencia de enfermedades crónicas, así como el uso y abuso de medicamentos ulcerogénicos.^{8, 9, 16}

En esta serie fallecieron 6 pacientes que alcanzaban la tercera edad, para una mortalidad de 6,8 %, lo que coincide aproximadamente con lo informado en otros estudios.^{5, 20} La mortalidad en los mayores de 65 años se duplica con respecto a la que ocurre por debajo de esta edad y en los grupos causales como la úlcera péptica, várices esofágicas o la hemorragia de origen desconocido, la mortalidad se acumula de forma casi exclusiva en los ancianos.²⁰ Las causas directas de la muerte fueron la bronconeumonía intrahospitalaria en 4 de los pacientes y el tromboembolismo pulmonar en 2, todas relacionadas con enfermedades respiratorias y cardiovasculares asociadas, y como causa indirecta se consideró el sangrado. Cuatro de los ancianos fallecieron a la semana de haber sido laparotomizados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Balanzó Tintoré J. Hemorragia digestiva alta. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. Madrid: Asociación Española de Gastroenterología, 2006. <<http://www.manualgastro.es/>> [consulta: 10 enero 2009].
2. Domingo Ruiz MA, Navarro Moll MC. Epidemiología de la úlcera péptica en un hospital de tercer nivel: Influencia de los antiinflamatorios no esteroideos y farmacoterapia erradicadora. *Pharmaceutical Care España* 2007; 9(1):20-9.
3. Zárate A, Corral A, Sobrino SR, García VA, Pineda BE, Athié C. Hemorragia del tubo digestivo alto de origen no variceal: frecuencia y manejo endoscópico en la unidad de endoscopia del servicio de urgencia de Hospital General de México. *Rev Endoscopia México* 1997; 8(2):55-7.
4. García A, Pardo G. Diagnóstico y conducta que se debe seguir en un sangramiento digestivo en Cirugía. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2007.
5. Montero Pérez FJ. Manejo de la hemorragia digestiva alta en urgencias. *Emergencias* 2003; 14. <http://www.semes.org/revista/vol14_1/S19-S27.pdf> [consulta: 6 febrero 2009].
6. Hernández HR. Manual de endoscopia digestiva superior diagnóstica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008. <http://www.bvs.sld.cu/libros/manual_endoscopia/indice_p.htm> [consulta: 6 julio 2009].
7. Rodiles Martínez F, López Mayedo FJ. Hemorragia digestiva alta. Comportamiento clínico-epidemiológico. *Arch Méd Camagüey* 2004; 8(6) <<http://www.amc.sld.cu/amc/2004/v8n6/931.htm>> [consulta 11 febrero 2009].
8. Garrido A, Márquez JL, Guerrero FJ, Leo E, Pizarro MA, Trigo C. Cambios en la etiología, resultados y características de los pacientes con hemorragia digestiva aguda grave a lo largo del período 1999-2005. *Rev Esp Enferm Dig* 2007; 99(5):275-9.
9. Velásquez Chamocho H. Hemorragia digestiva por várices esofagogástricas. *Acta Méd Peruana* 2006; 23(3):156-61. <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172006000300006&script=sci_arttext> [consulta: 11 enero 2009].

10. Cruz Alonso JR. Úlcera penetrante en corazón. Reporte de un caso. Arch Cir Gen Dig 2007; 47(4).
11. Koelz HR, Arn M. New epidemiology of acute gastrointestinal haemorrhage. Chirurg 2006; 77:103-10.
12. González C. Principales causas de sangramiento digestivo alto en la provincia Guantánamo. Rev Cubana Cir 1998; 27(6):31-7.
13. De Paula Castro L. Gastritis. Acta Gastroenterol Latinoam 2003; 24:175-93.
14. Paula S. Alcoholismo hoje. Porto Alegre: Editorial Artes Médicas, 2004;25.
15. Rogers R, Scott C. Si me amas, ayúdame. Alcohol y drogas. Buenos Aires: Editorial Atlántida, 2003.
16. Dursun M, Yilmaz S, Yukselen V, Canoruc F, Tuzeu A. Analysis of 1242 cases with upper gastrointestinal system bleeding in Southeastern Turkey: a different etiologic spectrum. Hepatogastroenterology 2005; 52(65):1456-8.
17. Lorem L, Peter T, Water Y. Bleeding peptic ulcer. N Engl Med 1999; 331:717-23.
18. Smith RA, Cokkinides V, Levin B. American Cancer Society Guideline for the early detection of cancer. CA Cáncer J Clin 2005; 52:8-22.
19. Hierro González A. Sangrado digestivo alto. Comportamiento clínico en un grupo de pacientes. Rev Cubana Med 2003; 42(4).
20. Morgan AG, Clamp SE. OMGE. International upper gastrointestinal bleeding survey 1978-1996. Scand J Gastroenterol 1998; 36 (Suppl 210):51-8.

Recibido: 4 de marzo del 2010

Aprobado: 5 de abril del 2010

MsC. Zenén Rodríguez Fernández. Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora Torres". Avenida de los Libertadores S/N, e/ 4ta y 6ta. Reparto Sueño. CP 90100, Santiago de Cuba, Cuba.

Dirección electrónica: zenen@medired.scu.sld.cu