

Presentación sindromática del sangrado digestivo alto variceal y no variceal en el servicio de Urgencias de un hospital público de segundo nivel del estado de Chiapas. Análisis descriptivo y comparativo con la prevalencia nacional

Alex Arturo de la Cruz-Guillén,¹ José René Sánchez-Espinosa²

RESUMEN

Antecedentes: la prevalencia de sangrado del tubo digestivo alto variceal y no variceal en los hospitales de segundo nivel del país aún no se ha estudiado a fondo porque sólo se cuenta con trabajos de centros médicos aislados y no de estudios multicéntricos que evidencien la epidemiología real en nuestro medio.

Objetivo: comparar la presentación sindromática de las patologías que condicionan sangrado del tubo digestivo alto en pacientes que acuden al servicio de Urgencias del Hospital General Dr. Rafael Pascasio Gamboa dependiente de la SSA en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México, con la reportada para la República Mexicana.

Material y método: estudio descriptivo, diagnóstico, transversal y retrospectivo, en donde se utilizó la estadística descriptiva con una proposición. Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron con datos de sangrado digestivo alto, mayores de 15 años de edad. Se hizo la comparación final con la prevalencia en México reportada en otros estudios nacionales.

Resultados: se estudiaron 83 pacientes (44 hombres y 39 mujeres) mayores de 15 años de edad, con datos clínicos de sangrado digestivo alto al ingreso a Urgencias, con base en la puntuación de Rockall, previa y posterior a la endoscopia. En 35 pacientes (42%) se encontró enfermedad variceal, en 29 (35%) enfermedad ulcerosa, en 3 (4%) traumatismo esofágico, en 2 (3%) lesión sugerente de neoplasia y en 14 pacientes no fue posible realizar estudio endoscópico.

Conclusión: el sangrado del tubo digestivo alto es una afección frecuente en nuestro medio. La principal causa es secundaria al síndrome de hipertensión portal manifestada por várices esofágicas, seguida de la enfermedad ulcerosa y gastropatía erosiva derivado del análisis de indicadores establecidos en el estudio.

Palabras clave: sangrado digestivo alto variceal y no variceal, epidemiología, presentación sindromática.

ABSTRACT

Background: The prevalence of upper gastrointestinal bleeding variceal and non-variceal in secondary hospitals in the country have not been studied thoroughly as we only have works from isolated medical centers and no multi centric studies evidencing current epidemiology in our environment.

Objective: To compare syndromic presentation of pathologies that affect upper gastrointestinal bleeding in patients presenting to the emergency department of the General Hospital Dr. Rafael Pascasio Gamboa dependent SSA (MoH) in the city of Tuxtla Gutierrez, Chiapas, Mexico.

Material and method: A descriptive diagnostic, transversal and retrospective study was done, where descriptive statistics was used with a proposition. Any patient who was admitted with upper gastrointestinal bleeding data and over 15 years were included, doing a final comparison to national prevalence reported in other national studies.

Results: A total of 83 patients, 44 men and 39 women over 15 years with clinical data of upper gastrointestinal bleeding at admission to the emergency department based on Rockall score before and after endoscopy, in 35 patients (42%) variceal disease was found, in 29 (35%) ulcer disease, in 3 (4%) esophageal trauma in 2 (%) lesions suggestive of malignancy, and 14 patients were unable to perform endoscopy.

Conclusion: The upper gastrointestinal bleeding is a common condition in our environment. The main cause is secondary to portal hypertension syndrome manifested by esophageal varices, followed by ulcer disease and erosive gastropathy derived from analysis of indicators in the study.

Key words: variceal and non variceal upper gastrointestinal bleeding, epidemiology, syndromic presentation.

En los hospitales de segundo nivel de atención es común recibir, en el servicio de Urgencias, a pacientes con sangrado del tubo digestivo alto, trastorno patológico que causa alarma y atención rápida por parte del equipo médico y que, por tanto, requiere poner en práctica un algoritmo de atención basado en la frecuencia epidemiológica de la región, en donde se determinan los tipos de sangrado del tubo digestivo alto.

La mayor parte de las veces se recurre a la reposición de volumen y a solicitar la atención por especialistas que no siempre están presentes en el turno, como el endoscopista, el imagenólogo, el hematólogo y el cirujano; o bien se aplican medidas diagnósticas terapéuticas que no están sustentadas en la clínica lo suficiente como para establecer un cuadro diagnóstico. Es el caso de iniciar con transfusiones o solicitud de sangre sin tener evidencias de la pérdida, ni la historia natural del padecimiento o una endoscopia si se tiene el recurso. En síntesis, se brincan fases de estudio.

Por esta razón conviene tener al frente un cuadro de procedimientos diagnósticos y terapéuticos integrados como un algoritmo y numerados según la frecuencia epidemiológica del sangrado del tubo digestivo alto en la región; por ejemplo, sangrado por várices esofágicas, por úlcera

péptica gástrica o duodenal, sangrado por cáncer gástrico, por traumatismo esofágico o síndrome de Mallory-Weiss. Para este efecto se recurre a la investigación exploratoria diagnóstica para determinar la epidemiología del sangrado del tubo digestivo alto.

El sangrado digestivo constituye hoy en día un problema médico que implica una significativa morbilidad y mortalidad y elevado consumo de insumos sanitarios. La incidencia global del sangrado digestivo en los países occidentales varía de 50 a 170 por cada 100,000 habitantes. Tradicionalmente se ha dividido, según su lugar de origen, en alto y bajo (proximal o distal al ángulo de Treitz) y según su etiología, como el de origen varicoso o no varicoso, con tratamiento y pronósticos diferentes.¹

Debido al progreso de la medicina y los adelantos científico-técnicos, en nuestro país, volcado fundamentalmente a la atención primaria de salud, sumado al desarrollo fármaco-terapéutico alcanzado, sería razonable esperar una disminución de la incidencia y mejoras en el pronóstico de los pacientes con sangrado digestivo alto. No obstante, con el aumento de la expectativa de vida, cada vez ingresan más pacientes de edad avanzada y múltiples enfermedades, además del incremento en el número de personas que ingieren antiinflamatorios no esteroides, incluido el ácido acetilsalicílico, lo que hace que tales parámetros no se hayan modificado sustancialmente en los últimos años.

A diferencia de lo que sucedía antes, cuando la primera causa de sangrado digestivo alto era la úlcera péptica, en la actualidad esta posición ha sido ocupada por las hemorragias varicosas. Este fenómeno se debe, en gran medida, al aumento de la incidencia de hepatitis viral, al incremento del consumo de alcohol y la erradicación de *H pylori*.²

Hay estudios que informan que la morbilidad y mortalidad del paciente con sangrado digestivo alto se relaciona con ciertos factores de riesgo, como: edad, magnitud de la hemorragia, resangrado durante la hospitalización, origen de la hemorragia (sangrado arterial o venoso) y las enfermedades asociadas, como: alcoholismo, coagulopatías e inmunosupresión. El uso de la endoscopia para el diagnóstico y control de la hemorragia gastrointestinal ha revolucionado el tratamiento de este problema de salud.³

Sangrado del tubo digestivo alto: pérdida de sangre hacia la luz del tubo digestivo originada por lesiones en el esófago, estómago y duodeno (desde el esfínter esofágico superior hasta el ángulo de Treitz).

¹ Gastroenterólogo clínico, posgrado en hepatología, maestrante de posgrado en la maestría en docencia en Ciencias de la Salud por la Universidad Autónoma de Chiapas (UNACH), catedrático de la materia de Gastroenterología en la Facultad de Medicina Humana de la UNACH Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, Unidad de Endoscopia Digestiva, Hospital de las Culturas, SSA, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México.

² Médico especialista en urgencias médico-quirúrgicas, Hospital General Dr. Rafael Pascasio Gamboa, SSA, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México.

Correspondencia: Dr. Alex Arturo de la Cruz Guillén
16 calle poniente norte 232, consultorio 204
Tuxtla Gutiérrez 29030 Chiapas México
delacruzalex77@hotmail.com

Recibido: 28 de abril 2013

Aceptado: junio 2013

Este artículo debe citarse como: De la Cruz-Guillén AA, Sánchez-Espinosa JR. Presentación sindromática del sangrado digestivo alto variceal y no variceal en el servicio de Urgencias de un hospital público de segundo nivel del estado de Chiapas. Análisis descriptivo y comparativo con la prevalencia nacional. *Med Int Mex* 2013;29:449-457.

Hematemesis: sangre con vómito que puede adoptar una coloración negruzca (aspecto de “pozos de café”) o rojo brillante (sangre fresca), dependiendo que haya sido alterada o no por la secreción gástrica.

Melena: evacuaciones con heces negras, alquitranadas, brillantes, pegajosas, fétidas y de consistencia pastosa. Para que ésta se produzca es preciso un sangrado lo suficientemente lento como para que la sangre permanezca en el tubo digestivo durante al menos ocho horas y tenga lugar la oxidación de la hemoglobina con formación de hematina.²⁰

Hematoquecia: emisión de sangre por el ano, sola o mezclada con las heces; suele ser indicativa de hemorragia digestiva baja, aunque en ocasiones es una forma de manifestación de la hemorragia del tubo digestivo alto. Sobreviene ante el tránsito acelerado por la abundante y rápida cantidad de sangre en el tubo digestivo, y para que esto suceda, la hemorragia debe ser mayor de 1,000 cc y producirse en menos de una hora, con una permanencia en el tubo digestivo menor de cinco horas.¹⁹

Choque: insuficiencia circulatoria que tiene como consecuencia la inadecuada oxigenación y, consecuentemente, hipoperfusión e hipoxia de órganos y tejidos. En el contexto del choque por sangrado del tubo digestivo alto se considera de tipo hipovolémico hemorrágico, debido a las pérdidas sanguíneas de diferente magnitud, como para alterar el estado hemodinámico.

Várices: alteraciones caracterizadas por distensión anormal de las venas del esófago (várices esofágicas) y menos frecuentemente del estómago (várices gástricas) u otros sitios (várices ectópicas), por lo general sobrevienen como consecuencia de enfermedad hepática. El tamaño de las várices y la facilidad de que sangren están directamente relacionados con la presión portal, y en la mayoría de los casos con la severidad de la enfermedad hepática.

Endoscopia: método de exploración consistente en la introducción de un endoscopio por la boca, el ano o a través de otros orificios naturales o quirúrgicos y que permite la toma de una biopsia y visualizar directamente el interior de la porción alta del tubo digestivo (esófago, estómago y duodeno).

Síndrome de Mallory-Weiss: hemorragia digestiva alta que se produce como consecuencia de erosiones longitudinales en la región de la unión gastroesofágica. Casi siempre se produce tras intensos vómitos o inclusive tos. Es más frecuente en alcohólicos. El sangrado cesa espontáneamente en 80 a 90% de los casos.

Epidemiología

La hemorragia del tubo digestivo alto es un problema de salud pública por su frecuencia y elevada mortalidad.

Se estima que en el mundo se da un caso por cada 20,000 habitantes. En Estados Unidos, en el transcurso del último año, se otorgaron 30,000 atenciones hospitalarias y generaron 150 ingresos por cada 100,000 habitantes.^{2,3} Otras series refieren que más de 350,000 pacientes son hospitalizados anualmente en Estados Unidos por sangrado del tubo digestivo alto, y 35-45% de los casos son mayores de 65 años.⁴

La mortalidad secundaria a hemorragia del tubo digestivo alto en México es de alrededor de 8.5%, pero se incrementa con la edad y entidades comórbidas.⁵ Más aun, se sabe que la mortalidad aumenta incluso a 63% cuando coexisten alteraciones como las insuficiencias renal aguda, hepática, respiratoria aguda y cardiaca.^{6,7}

En la población general, 10% de los sujetos mayores de 20 años padecen úlcera péptica y hemorragia del tubo digestivo alto, su complicación más frecuente, en 25% de los casos.⁸

En los sujetos mayores de 60 años, como consecuencia del incremento en la frecuencia de enfermedades concomitantes y del consumo de diversos fármacos (entre ellos los antiinflamatorios no esteroideos, AINEs), la aparición de úlcera gástrica y duodenal y sus complicaciones suelen aumentar.^{9,10}

El incremento en la frecuencia de enfermedades crónicas, como: hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes mellitus tipo 2, cirrosis hepática, insuficiencia renal crónica, se asocia con úlcera péptica y sus complicaciones. Kubba¹¹ y Friedman¹² informaron que la frecuencia de hemorragia del tubo digestivo alto por úlcera péptica se incrementa significativamente en los pacientes con enfermedad cardiovascular (50%), EPOC (27%), cirrosis hepática (7.3%), enfermedades neurológicas (4.1%), enfermedades renales (2 a 4%) y enfermedades neoplásicas (3%).

Etiología

Según los datos publicados por la Sociedad Americana de Endoscopia Digestiva (ASGE) en relación con un estudio multicéntrico realizado a 2,225 pacientes, las causas más frecuentes de hemorragia digestiva alta son:¹³

1. Úlcera duodenal	24.3%
2. Lesiones agudas de la mucosa gástrica	23.4%
3. Úlcera gástrica	21.3%
4. Várices esófago-gástricas	10.3%
5. Síndrome de Mallory-Weiss	7.2%
6. Esofagitis	6.3%
7. Duodenitis erosiva	5.8%
8. Neoplasias	2.9%
9. Úlcera neoboca	1.8%
10. Úlcera esofágica	1.7%
11. Malformaciones vasculares	0.5%
12. Otras	6.3%

Sin embargo, estudios recientes consideran que la causa más frecuente es la ruptura de un paquete variceal del esófago, secundario a la hipertensión portal causada por la cirrosis hepática en sus estadios avanzados y que se ha reportado entre 23 y 32%.³

En segundo lugar está la gastropatía inducida por el elevado consumo de agentes antiinflamatorios no esteroides en la población adulta, y que demandan entre 25 y 35% de los estudios endoscópicos.¹⁴

El tercer grupo lo constituyen las úlceras duodenal y gástrica entre 8 y 15%, cuya frecuencia ha ido en decremento en las tres últimas décadas, debido a la disponibilidad de bloqueadores de los receptores H2 de la histamina y los inhibidores de la bomba de protones, que son altamente efectivos en el control de estas enfermedades.¹⁵

Existe una variedad de padecimientos de diversa etiología, locales o sistémicos, que son poco frecuentes y entre los que se encuentran el síndrome de Mallory-Weiss, las angioplasias y los tumores benignos.¹⁶⁻¹⁸

Entre las ventajas de la endoscopia destacan: alta sensibilidad y especificidad de 92 a 95%, como método diagnóstico que permite identificar la causa de la hemorragia digestiva,²¹⁻²³ que es una complicación que sobreviene en 15 a 20% de los enfermos con úlcera péptica; 80% tiene antecedentes de enfermedades ulcerosas;²⁵ identifica hemorragia varicosa, que ocurre en 20-30% de los pacientes cirróticos,²⁶⁻³⁰ y hemorragia digestiva no varicosa,³¹ expansiones de las indicaciones endoscópicas en pacientes con adenocarcinomas gástricos, a pesar de que en ellos la cirugía es el tratamiento de elección;³² en la prevención de recidivas secundarias, la asociación de fármacos y técnicas endoscópicas es claramente superior que la utilización aislada de cualquiera de ellos; el tratamiento endoscópico

comparado con fármacos o placebo demostró disminuir la cantidad de resangrados, el número de cirugías y la mortalidad, en los pacientes con hemorragia digestiva no varicosa. En el caso de resangrado se recomienda efectuar otra endoscopia y tratamiento endoscópico. La cirugía se reserva para el fracaso del segundo tratamiento endoscópico.

El sangrado activo se detecta en 41% de las endoscopias realizadas en las primeras 12 horas y en 29.4% de las efectuadas en las 12 horas posteriores. No se detecta diferencia de hallazgo de sangrado activo si se realiza la endoscopia a las 3 o 6 horas del ingreso.¹ Por esta razón hoy se insiste en que lo ideal es que no transcurran más de 12-24 horas desde el inicio del sangrado para efectuar el estudio endoscópico.³³

Rockall³⁴ estudió la importancia relativa de los diferentes factores pronósticos en la mortalidad de los pacientes con hemorragia digestiva alta. Encontró que la edad, el estado de choque en el momento del ingreso, el número de enfermedades asociadas y el resangrado son factores independientes predictores de mortalidad.

El factor clínico más importante asociado con la mortalidad de los pacientes con hemorragia digestiva alta es la recidiva hemorrágica.^{13,34} Entre 80 y 85% de los episodios de sangrado ceden espontáneamente y sólo en 15-20% de los pacientes en quienes no se realiza ninguna intervención hemostática la hemorragia persiste o recidiva.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, diagnóstico, transversal y retrospectivo, con estadística descriptiva con una proposición pero no con una hipótesis, efectuado en el Hospital General Rafael Pascasio Gamboa de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, de enero a diciembre de 2011. Se incluyeron 83 pacientes mayores de 15 años que ingresaron al servicio de Urgencias de este hospital con diagnóstico de sangrado del tubo digestivo alto o hemorragia digestiva alta durante el periodo señalado y que tenían expediente clínico. Los criterios de exclusión fueron todos los diagnósticos diferentes al sangrado del tubo digestivo alto, hemoptisis, epistaxis y ser menores de 15 años de edad.

Análisis de los resultados

De acuerdo con la revisión de los expedientes clínicos, mediante la tabla de contingencia elaborada se recabó lo

siguiente: se estudiaron 83 pacientes (44 hombres y 39 mujeres). Figura 1 De 16-20 años: 4 pacientes, 21-25: 3, 26-30: 3, 31-35: 3, 36-40: 5, 41-45: 2, 46-50: 12, 51-55: 3, 56-60: 14 y más de 60: 33. Figura 2

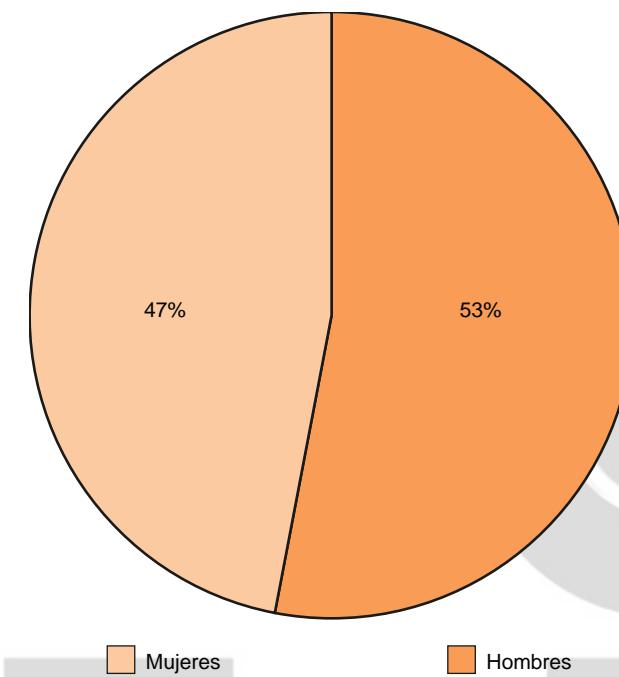


Figura 1. Presentación de pacientes por sexo

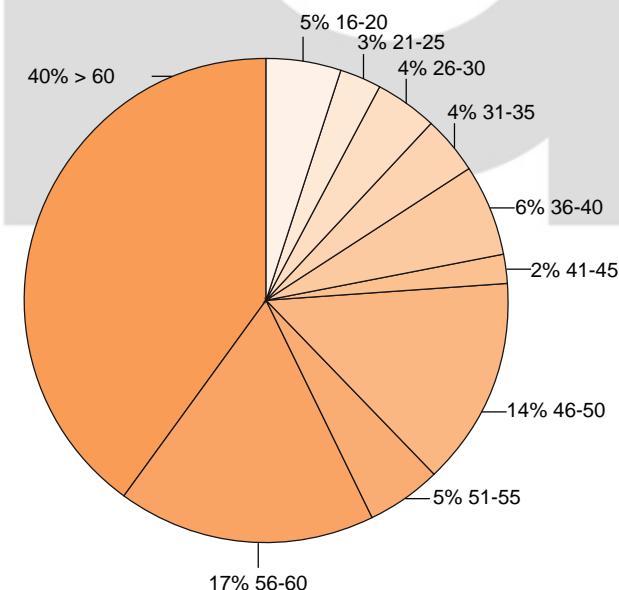


Figura 2. Grupos afectados por edad.

De acuerdo con este rubro se establece que los grupos etarios más afectados son los mayores de 46 años y los más frecuentes los de 60 (33 casos; 40%).

En 27 (32.5%) pacientes se manifestó con hematemesis, en 20 (24.1%) con melena, 1 (1.2%) con hematoquecia y en 35 (42.2%) con hematemesis y melena a la vez. Figura 3

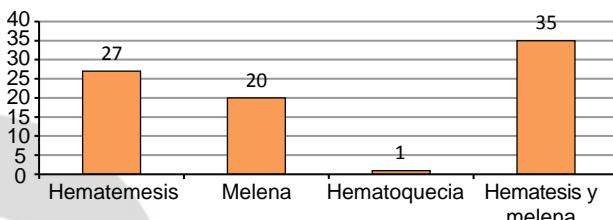


Figura 3. Forma de presentación de la hemorragia.

La confirmación de la hemorragia al momento del ingreso a Urgencias en 66 pacientes (79.6%) fue la visualización directa por parte del explorador, en 15 por tacto rectal (18%) y en 2 por endoscopia (2.4%). Figura 4

En la evaluación clínica al ingreso en el rubro de estado hemodinámico y grado de choque éste no se encontró en 31 pacientes (37.3%), 28 (33.7%) con choque leve, 18 (22%) con choque moderado y en 6 (7%) choque grave. Figura 5

Con antecedente de haber ingerido fármacos gastrolesivos (AINEs) en 28 (33.7%) fueron positivos y en 55 (66.3%) negativos. Figura 6

Los síndromes presuntivos al ingreso del paciente a Urgencias, desde el punto de vista clínico y posterior a la endoscopia, fueron: 45 pacientes (54%) manifestaron síndrome de hipertensión portal, 32 pacientes (39%) con síndrome péptico, 4 pacientes (5%) con traumatismo esofágico o Mallory-Weiss y sólo dos pacientes (2%) con síndrome consuntivo (Rockall inicial). Figura 7

En 35 pacientes (42%) se encontró enfermedad variceal, en 29 (35%) enfermedad ulcerosa, en 3 (4%) traumatismo esofágico, en 2 (2%) lesión sugerente de neoplasia (Rockall completo) y en 14 pacientes no fue posible realizar el estudio endoscópico. Figura 8

En cuanto al destino de los pacientes en las siguientes 72 horas a su ingreso posterior a la endoscopia, 64 pacientes (80%) se dieron de alta por mejoría, 11 (14%) por defunción, 5 (6%) por alta voluntaria y ninguno de ellos requirió cirugía o cuidados intensivos. De los 35 pacientes que ingresaron por sangrado variceal 11

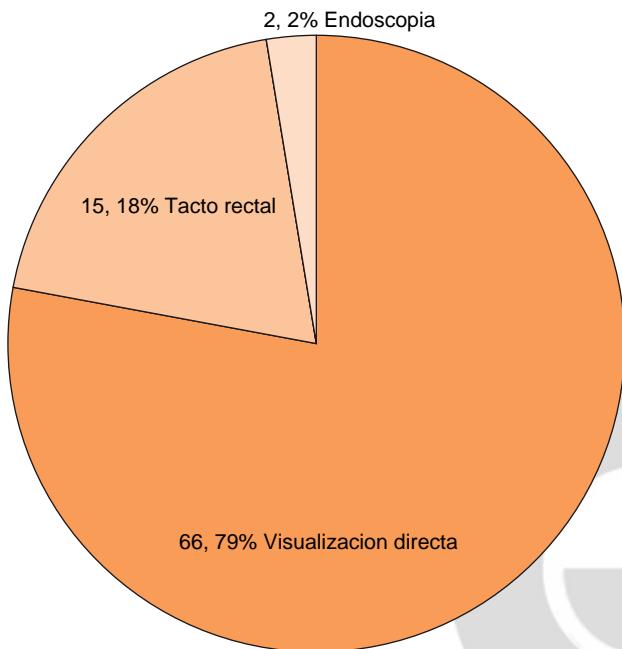


Figura 4. Confirmación de la hemorragia al momento de ingreso.

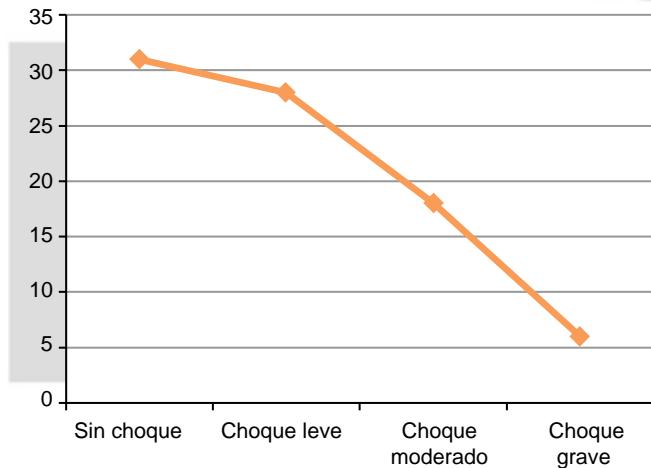


Figura 5. Estado de choque al momento de ingreso

fallecieron y al resto se le realizó ligadura de várices endoscópica. Figura 9

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio confirman lo manifestado en la bibliografía internacional aunque con alguna diferencia

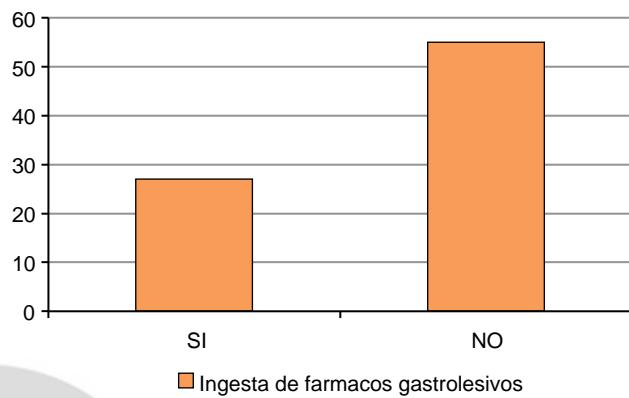


Figura 6. Antecedente de ingestión crónica de AINES.

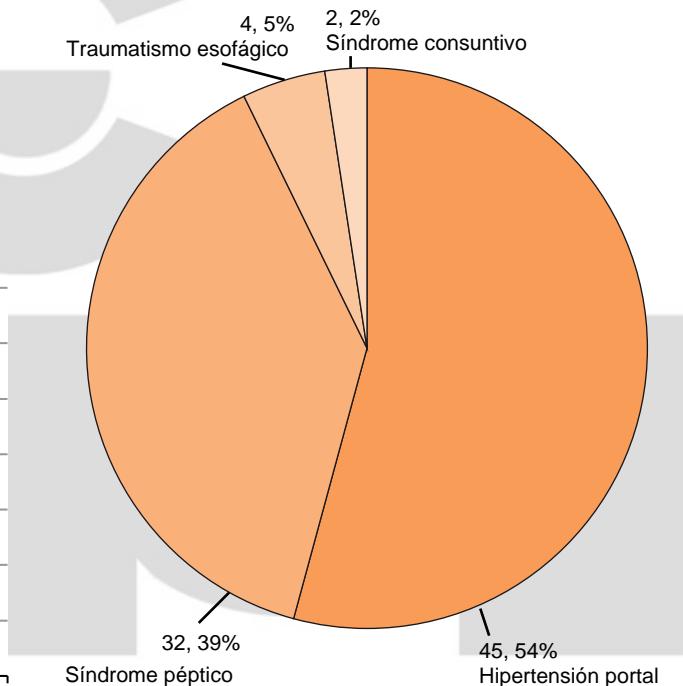


Figura 7. Síndrome presuntivo de sangrado de tubo digestivo alto.

con otros efectuados en México y expuestos en congresos nacionales y que están manifestados en las *Guías de diagnóstico y tratamiento de hemorragia no variceal* publicadas en la *Revista Mexicana de Gastroenterología* en 2007. Con respecto al orden de las causas de hemorragia del tubo digestivo alto variceal y no variceal, en nuestro medio (Tuxtla Gutiérrez) la primera causa de sangrado

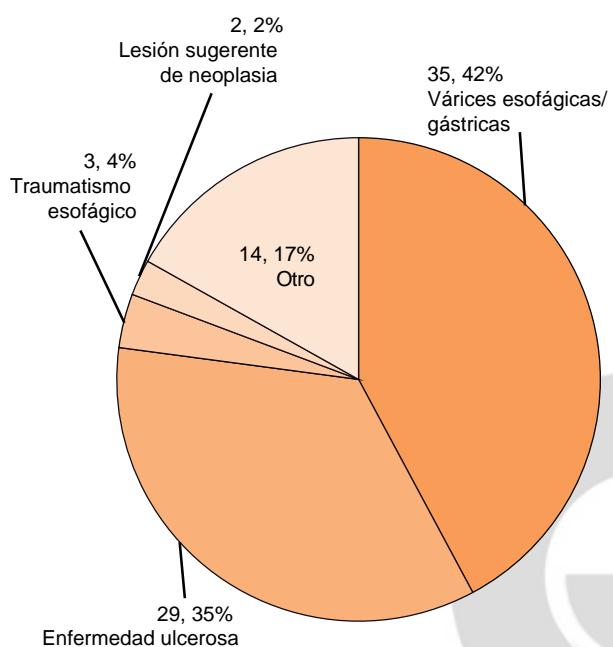


Figura 8. Hallazgo endoscópico.

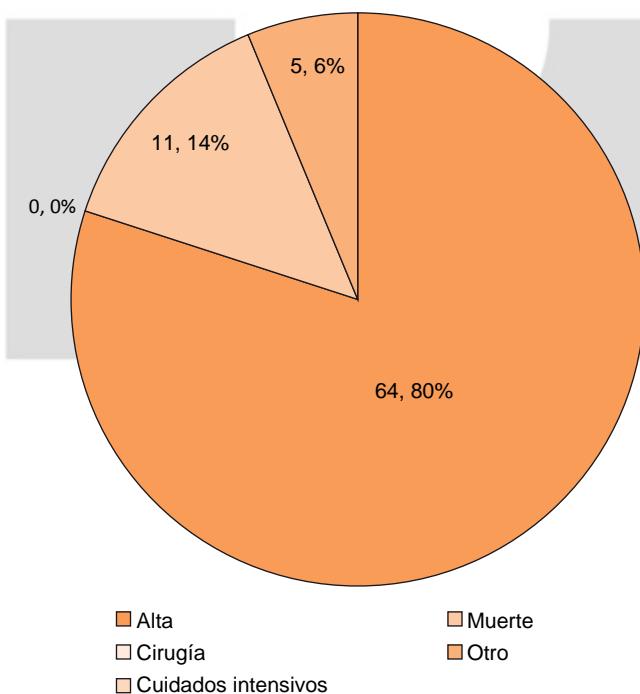


Figura 9. Destino del paciente posterior a 72 horas de su ingreso a urgencias.

del tubo digestivo alto es la hipertensión portal que se manifiesta por enfermedad variceal, y entre las principales causas de origen no variceal están las úlceras gástricas y duodenales seguidas por la gastropatía erosiva, señalada en este estudio como “otro” y que representa parte de la población estudiada con ingesta de medicamentos gástricos (AINEs), seguida de traumatismo esofágico y, por último, las causadas por neoplasias. Esto determinado por las manifestaciones sindromáticas y por los hallazgos endoscópicos establecidos en la investigación (índice de Rockall inicial y completo).

En la bibliografía revisada se establece que 35 a 45% de los casos son mayores de 65 años de edad;⁴ datos semejantes a los resultados obtenidos porque se encontró que 40% de la población afectada es mayor de 60 años de edad.

Con respecto a la edad, los resultados del estudio establecen que el sexo masculino es más afectado que el femenino (53 vs 47%), parámetro que no es determinante en otros estudios revisados en la bibliografía.

En cuanto a la forma de presentación de la hemorragia, los resultados establecen como principal manifestación: hematemesis en 32.5%, porcentaje semejante al de la bibliografía que la establece en 30 a 50%. Sin embargo, el porcentaje de la asociación de hematemesis y melena se incrementa en nuestro estudio a 42.2%

La confirmación de la hemorragia en 66 pacientes (79.6%) fue la visualización directa por parte del explorador (el explorador estaba presente en cuanto sobrevenía la hematemesis o la melena), en 15 por tacto rectal (18%) y en 2 por endoscopia (2.4%); a ninguno se le colocó sonda nasogástrica. A propósito de esto último la bibliografía establece controversia en cuanto a colocarla o no para confirmación. Algunos autores recomiendan no colocarla.

Aunque en los estudios revisados no se estudió la repercusión hemodinámica o estado de choque en los pacientes con sangrado del tubo digestivo alto, en los resultados se encontró que 31 pacientes ingresaron sin choque, 28 con choque leve, 18 con choque moderado y 6 con choque grave. Consideramos de importancia clasificarlos en este estudio, ya que obviamente influye en la mortalidad.

El índice de defunción anual por sangrado del tubo digestivo en el estudio fue de 11.14% porque se encontraron 11 defunciones de 83 casos, en contraste con lo reportado en la bibliografía que señala de 8.5 a 10 % a nivel nacional, lo que indica que no existe una diferencia estadísticamente significativa porque la diferencia fue sólo de 1.5 a 2% en

relación con nuestro centro hospitalario. Sin embargo, la bibliografía establece que la mortalidad se incrementa con la edad y entidades comórbidas,⁵ factores determinantes en este estudio para la mortalidad elevada.

CONCLUSIÓN

El sangrado del tubo digestivo alto es frecuente en el servicio de Urgencias del Hospital General Dr. Rafael Pascacio Gamboa. La principal causa es secundaria al síndrome de hipertensión portal manifestada por várices esofágicas, derivado del análisis de indicadores establecidos en el estudio. Entre las limitantes del estudio está la cantidad de pacientes; sin embargo, la comparación estadística con otros estudios no es diferente porque no hay estudios multicéntricos en México que describan la verdadera epidemiología de esta enfermedad. Puesto que se ha establecido el orden de frecuencia de las causas de sangrado del tubo digestivo alto, es conveniente utilizar algoritmos de manejo para disminuir la morbilidad y mortalidad. Puesto que la población más afectada es la mayor de 60 años de edad, deben establecerse consideraciones específicas de tratamiento porque en este grupo casi siempre coexisten comorbilidades que incrementan su mortalidad.

Entre las limitaciones encontradas en cuanto al diagnóstico oportuno, está la ausencia o retardo de la realización del estudio endoscópico, por la escasa formación de endoscopistas en nuestro país y, por ende, por las pocas posibilidades de manejo terapéutico en nuestro centro hospitalario, circunstancia que influye en la mortalidad porque el estudio endoscópico de tipo terapéutico puede ser determinante en la evolución natural de la enfermedad.

REFERENCIAS

1. Gilbert DA. Epidemiology of upper gastrointestinal bleeding. *GI endoscopy*. 1996 (36) 58-13.
2. Skok P. The epidemiology of hemorrhage from the upper gastrointestinal tract in the mid-nineties: has anything changed. *Hepatogastroenterology* 2000; 45: 2228.
3. Henry D, et al. Meta-analysis in upper gastrointestinal hemorrhage. *Gastroenterology* 1998; 100: 1481.
4. Segal WN. Hemorrhage in the upper gastrointestinal tract in older people. *Am J Gastroenterology* 2002;92:42-46.
5. Espinosa T. Hemorragia aguda del tubo digestivo alto. Diagnóstico endoscópico y manejo quirúrgico. *Endoscopia* 2005;11:89-94.
6. Lieberman D. Gastrointestinal bleeding: initial management. *Gastrol Clin N* 2003;22:724-735.
7. Gamboa Ortiz F. Cambios electrocardiográficos asociados a hemorragia aguda del tubo digestivo alto. *Anales de Medicina Interna* 2006; 23:220-223.
8. Laine L, et al. Bleeding peptic ulcer. *N Engl J Med* 2004;331:717-727.
9. Farrell J, et al. Gastrointestinal bleeding in older people. *Gastroenterol Clin North Am* 2005; 29 (1): 1-36.
10. Rodríguez Hernández, et al. Factores de riesgo asociados a hemorragia de tubo digestivo alto y su mortalidad. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social* 2009; 47 (2): 179-184.
11. Kubba A, et al. Reduced long term survival following major peptic ulcer hemorrhage. *Br J Surg* 2004, 84; 265-268.
12. Friedman L, et al. The problem of gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am* 2002; 22(4):717-721.
13. Gilbert D, et al. The National ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding. Clinical prognostics factors. *Gastrointest Endosc* 1990; 27: 80-93.
14. Roesch D, et al. Frecuencia y causas de hemorragia del tubo digestivo alto en la ciudad de Veracruz. *Cir Cir* 2002;70:3-7.
15. Jenkins S. Drug therapy for non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Digestion* 2006; 60: 39.
16. Chung Y, et al. Diagnostic failure in endoscopy for acute upper gastrointestinal hemorrhage. *Br Surg* 2006; 95: 503.
17. Díaz C, et al. Hemorragia digestiva: diagnóstico y terapéutica médica. *Hospital Universitario 12 de octubre* 2004. 473-485.
18. Dennis M, et al. Hemorragia digestiva, trastornos de la circulación gastrointestinal. *The gastrointestinal association* 2005.
19. Montero Pérez F. Claves diagnósticas y terapéuticas para el manejo de la hemorragia digestiva alta en urgencias. *Emergencias* 2005; 17: 540-549.
20. Bogoch A. Hemorragia gastrointestinal, síntomas gastrointestinales. *Interpretación clínica*. Barcelona 2004: 115-140.
21. Laporte J, et al. Upper gastrointestinal bleeding in relation to previous use of analgesics and non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Lancet* 2001, 337: 85-89.
22. Gabriel S, et al. Risk for serious gastrointestinal complications related to use of non-steroidal anti-inflammatory drugs: a meta-analysis. *Am Intern Med* 2001; 115: 787-796.
23. Montero Pérez F. Impacto de un servicio de admisión de urgencias en la selección de pacientes con hemorragia digestiva alta 2004. *Universidad de Córdoba*.

24. Witting M, et al. Usefulness and validity of diagnostic nasogastric aspiration in patients without hematemesis. Ann Emerg Med 2005; 43, 525-32.
25. Lanari Z. Hemorragia digestiva por úlcera péptica. Revista de la carrera de posgrado de especialización en gastroenterología 1997; 10: 18-26.
26. Lepore G, et al. Lesiones endoscópicas más frecuentes en un grupo de pacientes con clínica de hemorragia digestiva alta. Revista de posgrado de la VI cátedra de medicina 2006: 158. 5-8.
27. Espinet E, et al. Utilidad de la endoscopia en la hemorragia digestiva por vasculitis. Gastroenterología y hepatología, España 2004; 27 87: 403-407.
28. Ibáñez L, et al. Hemorragia digestiva alta. Manual de patología quirúrgica. Pontificia universidad católica de Chile. Escuela de medicina 2005.
29. Ferraina P. Cirugía de Michans 5^a Ed. Buenos Aires 2004. 730-736.
30. Adrover R, et al. Cuando es más rentable realizar una endoscopia digestiva alta para establecer la existencia de várices esofágicas en pacientes con cirrosis. Gastroenterología y hepatología. España 2005, 27 (6): 353-356.
31. Tornero Estébanez, et al. Influencia del especialista en el coste del tratamiento de la hemorragia digestiva alta no varicosa en un hospital comarcal. Gastroenterología y hepatología 2005;7.411-413.
32. Martínez Cereso F. Resección endoscópica con asa combinada con electrocoagulación con argón en plasma de un paciente con alto riesgo quirúrgico. Gastroenterología y hepatología España 2004; (7): 411-413.
33. Martínez H. Terapéutica endoscópica de la hemorragia digestiva alta por várices esofagogástricas. Gastro en la red 2005.
34. Rockall TA, et al. Risk assessment after acute upper gastrointestinal hemorrhage. Gut 1996, 38: 316-321.

