

Hemorragia digestiva alta no variceal. Estadía y variables clínico-endoscópicas relacionadas. Lenin's Hospital. 2012

Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Stay and clinical- endoscopic related variables. Lenin's Hospital. 2012

Esp. I. Gast. Reynaldo Urquiza Suárez,^I Esp. I. Gast Margarita Rodríguez Diéguez,^I Res. 2do año Terap .Int. Ped. María de Lourdes Mera Martínez,^{II} Esp. I. Gast. Héctor Chávez Álvarez,^I Esp. I. Gast Yudeisy Rodríguez Castro.^I

^I Hospital Provincial Universitario V. I. Lenin. Holguín, Cuba.

^{II} Hospital Infantil General Luis Milanés. Bayamo. Granma, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional analítico en pacientes con el diagnóstico hemorragia digestiva alta que ingresaron en el Hospital "V. I. Lenin" de Holguín, entre el 1/9/2011 y 30/9/2012, con el objetivo de describir el comportamiento de la estadía hospitalaria y su relación con variables clínico-endoscópicas en pacientes con hemorragia digestiva alta (HDA) no variceal. Constituyeron el universo el total de pacientes ingresados con hemorragia digestiva alta a los que se les realizó endoscopia digestiva superior con fines diagnósticos. La muestra quedó conformada por 85 pacientes, que al realizarle la endoscopia diagnóstica se comprobó la presencia de hemorragia digestiva alta de etiología no variceal. Se obtuvo como resultados que la estadía promedio fue de 3,81 días, del total de 85 pacientes analizados, sólo 25 cumplieron el criterio de una mayor estadía, la presencia de morbilidad mayor expresada por el valor ascendente asignado por la clasificación de Rockall estuvo asociada con mayor probabilidad de estadía más prolongada (OR 4,60 IC 95% 1,69-12,51) igualmente la presencia de estigmas mayores de

hemorragia reciente (OR 9,45 IC 95 % 1,99- 4,77). La causa de sangrado más frecuente fue úlcera péptica en 43 pacientes (51,58%). La estadía postendoscópica más prolongada se relacionó con los pacientes con úlceras y estigmas mayores de sangrado, así como la condición de alto riesgo según el puntaje de Rockall presente en un 68.0% triplica la posibilidad de afrontar una mayor estadía (OR 3,6 IC 95% 1,36-9,88). Se concluye que, el riesgo de un mayor tiempo de internamiento estuvo en relación con la morbilidad mayor y en pacientes con úlcera, con la presencia de estigmas mayores de sangrado. En este último caso a expensas de una mayor estadía tras la realización de la endoscopia. Tener un puntaje de Rockall de alto riesgo parece favorecer mayores estadías.

Descriptor DeCS: ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO; HEMORRAGIA; ÚLCERA PÉPTICA HEMORRÁGICA.

ABSTRACT

It was performed an analytical observational study in patients with upper gastrointestinal bleeding, who were hospitalized at V. I. Lenin hospital in Holguín, since September, 1st, 2011 to September 30, 2012; with the aim to describe the behaviour of the hospital stay and its relation with clinical endoscopic variables in patients with non- variceal upper gastrointestinal bleeding (UGB). The universe was constituted by the amount of hospitalized patients with upper gastrointestinal bleeding, and the upper digestive endoscopy with diagnostic purposes was applied to them. The sample was made by 85 patients, and after the diagnostic endoscopy it was evidenced the presence of upper gastrointestinal bleeding with non- variceal etiology. In the results obtained, the average stay was about 3, 81 days, from the 85 analyzed patients only 25 fulfilled the criterion of a prolonged stay, the morbidity mostly expressed by the ascending value assigned by the classification of Rockall was associated with greater probability of a prolonged stay (OR 4, 60 IC 95% 1, 69-12, 51) The same way with the presence of greater stigmas of recent bleeding (OR 9, 45 IC 95 % 1, 99- 4, 77). The most frequent cause of bleeding was the peptic ulcer in 43 patients (51, 58%). The most prolonged post endoscopic stay was related with the patients with ulcers and greater bleeding stigmas, as well as the condition of high risk according to the Rockall score presented in 68.0% which triplicated the possibility to face a prolonged stay (OR 3,6 IC 95% 1,36- 9,88). It was concluded that the risk of a longer time of internment was in relation with the greater morbidity and in patients with ulcer, with the presence of greater bleeding stigmas. This last case was at the expense of a prolonged stay after the endoscopy. Having a high risk Rockall score seems to favour the prolonged stays.

Subject heading: DIGESTIVE SYSTEM DISEASES; HEMORRHAGE; PEPTIC ULCER HEMORRHAGE.

INTRODUCCIÓN

La Hemorragia digestiva alta (HDA) puede definirse como toda pérdida hemática de cuantía suficiente como para producir hematemesis o melena, cuyo origen se encuentra entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz. Para muchos incluyen el segmento bucofaríngeo y además toda pérdida proveniente de órganos vecinos que vierten su contenido en el tracto digestivo por conductos naturales (árbol biliopancreático) o patológico (fístulas espontáneas, traumáticas o quirúrgicas) situadas entre estos.^{1, 2}

La Hemorragia digestiva alta (HDA) es un problema médico con una significativa morbilidad y mortalidad y un elevado consumo de recursos sanitarios.³ Es responsable del 80 % del sangrado digestivo en general. Su incidencia varía en los distintos países, sin embargo se estima que se presente mundialmente con una frecuencia ente 50 y 140 pacientes por cada 100000 habitantes/año que precisan ser hospitalizados.⁴⁻⁶

La endoscopia es una técnica altamente sensible que permite precisar el origen de la hemorragia en la mayoría de los casos (90-95 %).^{7, 8} Se ha estimado que la úlcera péptica es responsable, aproximadamente, del 50 % de todos los pacientes de hemorragias agudas del sistema gastrointestinal superior.⁹⁻¹¹

Hoy día, dado el coste económico de la hospitalización, y con el fin de reducir la estancia hospitalaria, se han identificado una serie de factores clínicos y endoscópicos que permiten conocer qué pacientes son de riesgo elevado de recidiva y/o persistencia de la hemorragia y que precisan ser ingresados en unidades de Críticos, y aquellos que son de bajo riesgo, que pueden ser dados de alta desde el propio servicio de Urgencias hospitalario o ser ingresados en una unidad de hospitalización durante 48-72 horas, aproximadamente.¹²

El presente trabajo tiene como objetivo describir el comportamiento de la estadía hospitalaria y su relación con variables clínico-endoscópicas en pacientes con hemorragia digestiva alta (HDA) no variceal, ingresados en el Hospital V.I. Lenin durante el año 2012, y su relación con la estadía.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional analítico en pacientes con el diagnóstico hemorragia digestiva alta que ingresaron en el Hospital "V. I. Lenin" de Holguín, entre el 1/9/2011 y 30/9/2012. Constituyeron el universo el total de pacientes ingresados con hemorragia digestiva alta a los que se les realizó endoscopia digestiva superior con fines diagnósticos. La muestra quedó conformada por 85 pacientes, que al realizarle la endoscopia diagnóstica se comprobó la presencia de hemorragia digestiva alta de etiología no variceal.

Se excluyeron: los pacientes con negativa a participar en el estudio y aquellos con prolongación de la estadía por causa intercurrente ajena al sangrado.

Se revisaron las historias clínicas. Los datos fueron obtenidos del informe endoscópico y la historia clínica y vertidos en un modelo de registro creado con ese fin (Ver anexo).

Variables del estudio:

Variables clínicas:

- Edad: Edad en años cumplidos en el momento del ingreso. igual o mayor de 60 años, o no.
- Sexo: Según sexo biológico, en masculino y femenino.
- Forma de sangrado: Melena, hematemesis o ambas.
- Estado circulatorio inicial: En dependencia de la presencia de una frecuencia cardíaca (FC) ≥ 100 lat /min, y/o tensión arterial sistólica (TAS) < 100 mmHg, al momento del ingreso (inestable), o de una FC < 100 y TA ≥ 100 mmHg (estable).
- Morbilidad mayor: Sí o no. Se incluyen según los mismos: Cardiopatía Isquémica (CI), Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC), Diabetes Mellitus (DM), Insuficiencia Renal Crónica (IRC), Hepatopatía, Cáncer Metastásico.¹³

Variables endoscópicas:

- Localización de la úlcera: Gástrica, duodenal o ambas.
- Signos endoscópicos de hemorragia reciente: según clasificación de Forrest.¹⁴
 - Mayores: sangre fresca/hemorragia activa/Vaso visible/coágulo adherido
 - Menores: Lesión limpia/Hematina.
- Localizaciones de riesgo: Curvatura menor alta, en el caso de la úlcera gástrica y cara posterior del bulbo, en la duodenal, según si estuvieron o no presentes.

Puntaje de Rockall:

Rockall de bajo riesgo cuando el valor del Rockall completo era menor o igual a 2, o de alto riesgo si era igual o superior a 3.¹⁵

Variable Estadía: Considerando como mayor estadía la duración mayor de 4 días, y \leq en caso contrario.^{16, 17,18}

Se definió estadía preendoscópica como el número de días desde el ingreso hasta el momento que se realizó la endoscopia, y estadía post endoscópica el tiempo transcurrido desde la realización la endoscopia hasta el alta hospitalaria.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS 15.01. Los datos se resumieron a través de medidas descriptivas como frecuencias absolutas y porcentajes. Se utilizó el cálculo de la media y desviación standard, así como test estadísticos para identificar relaciones entre variables a un nivel de significación ($\alpha = 0.05$). Se utilizó el test no paramétrico Chi-cuadrado con corrección de Yates, Test de Fisher y la U de Mann Whitney, para datos cuantitativos que no se ajustaron a la distribución normal.

Los resultados se representaron en tablas de distribución de frecuencia simple y de contingencia. El protocolo fue aprobado por el comité de ética del Hospital "V. I. Lenin" de Holguín.

RESULTADOS

La estadía, como muestra la tabla 1, alcanzó 3,81 días como promedio ($\pm 3,14$), y sus etapas pre y postendoscópicas con medias de 1,84 y 1,97 días respectivamente.

Tabla 1. Estadía hospitalaria y sus etapas pre y postendoscópica, en pacientes con HDA no variceal. Hospital V. I. Lenin. Septiembre 2011 - Septiembre 2012.

Estadía (Días)	Media	Desviación Std.
Pre-endoscopia	1,84	2,26
Post-endoscopia	1,97	2,60
Total	3,81	3,14

Fuente: Historia clínica.

Al analizar la tabla 2 se puede apreciar que, del total de 85 pacientes analizados, solo 25 cumplieron el criterio de estadía más prolongada. De las variables incluidas en este análisis, solo morbilidad mayor, estuvo asociada de forma significativa ($p < 0,05$), con una mayor estadía hospitalaria y razones de ocurrencia de 4,60.

Tabla 2. Relación de variables clínicas con la mayor estadía o no. Hospital V. I. Lenin. Septiembre 2011 - Septiembre 2012.

Variables	Mayor estadía								<i>p</i>
	Sí (n=25)		No (n=60)		Total (N=85)				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
≥60 años	Sí	17	68,0	31	51,7	48	56,5	NS	
	No	8	32,0	29	48,3	37	43,5		
Sexo	Masculino	18	72,0	48	80,0	66	77,6	NS	
	Femenino	7	28,0	12	20,0	19	22,4		
Forma de sangrado	Melena	18	72,0	46	76,7	64	75,3	NS	
	Hematemesis	4	16,0	6	10,0	10	11,8		
Hemod. inestable	Ambas	3	12,0	8	13,3	11	12,9	NS	
	Sí	7	28,0	10	16,7	17	20,0		
Morbilidad mayor	No	18	72,0	50	83,3	68	80,0	0,004*	
	Sí	14	56,0	13	21,7	27	31,8		
	No	11	44,0	47	78,3	58	68,2		

* Test de χ^2 con corrección de Yates
OR: 4,60 95 % IC (1,69 - 12,51)

Fuente: Historia clínica.

En la tabla 3 se muestran variables endoscópicas en los pacientes con úlcera (N=43) en relación con el criterio de mayor estadía o no. Sólo la presencia de estigmas mayores de hemorragia reciente resultó estadísticamente asociada de modo significativo a la estadía más prolongada ($p < 0,05$) y razones de ocurrencia de 9,45.

Tabla 3. Relación de variables endoscópicas en pacientes con úlcera péptica con la mayor estadía o no. Hospital V. I. Lenin. Septiembre 2011 - Septiembre 2012.

Variables	Mayor estadía								
	Sí (n= 12)			No (n= 31)			Total (N=43)		p
		Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Localización úlcera	Gástrica	4	33,3	9	29,0	13	30,2	NS	
	Duodena I	8	66,7	22	71,0	30	69,8		
Úlcera estigmas mayores	Sí	7	58,3	4	12,9	11	25,6	0,005*	
	No	5	41,7	27	87,1	32	74,4		
Úlcera localización de riesgo	Sí	1	8,3	10	32,3	11	25,6	NS	
	No	11	91,7	21	67,7	32	74,4		

*Test de Fisher.

OR: 9,45 95 % IC (1,99 - 44,77)

Fuente: Historia clínica

El análisis mostrado en la tabla 4, nos permite afirmar que la duración de la estadía postendoscópica fue significativamente mayor en pacientes con úlcera y estigmas mayores, lo que influyó en la mayor duración de la estadía global observada en ellos. ($p < 0,05$).

Tabla 4. Diferencia entre la estadía pre endoscópica y postendoscópica en pacientes con úlcera péptica según la presencia o no de estigmas endoscópicos mayores. Hospital V. I. Lenin. Septiembre 2011 - Septiembre 2012.

Estadía (Días)	stigmas mayores (n=11)		Estigmas menores (n= 32)		p
	Media	DS	Media	DS	
Pre-endoscopia	1,27	1,09	1,92	2,50	NS
Post-endoscopia	3,11	2,97	1,49	2,20	0,007*
Total	4,38	3,01	3,41	2,98	

* U de Mann-Whitney.

Fuente: Historia clínica

En la tabla 5 se exponen los resultados del puntaje de Rockall y la relación con una mayor estadía. La condición de alto riesgo estuvo presente en un 68.0%, con razones de ocurrencia de 3,67.

Tabla 5. Relación entre los puntajes de Rockall de alto y bajo riesgo y la mayor duración de la estadía. Hospital V. I. Lenin. Septiembre 2011 - Septiembre 2012.

Rockall	Mayor estadía						p
	Sí (n=25)		No (n=60)		Total (N=85)		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
≥ 3 (alto riesgo)	17	68,0	22	36,7	39	45,9	0,016 *
≤ 2 (bajo riesgo)	8	32,0	38	63,3	46	54,1	
Total	25	100,0	60	100,0	85	100,0	

* Test de χ^2 con corrección de Yates. OR: 3,67. 95 % IC (1,36 - 9,88)

Fuente: Historia clínica

DISCUSIÓN

Resultados semejantes muestran algunos autores, donde los promedios de estadía obtenidos fueron entre 3 y 4 días. Estudios observacionales han mostrado que los beneficios de la endoscopia en las primeras horas del ingreso, aún diagnóstica disminuyen la estadía hospitalaria. La importancia del factor estadía radica no solo en las implicaciones en cuanto a los costos que genera una prolongación de este indicador, sino que parece tener implicaciones en el bienestar del paciente.¹²⁻¹⁶ Algunos indicadores son predictores de evolución clínica, en cuanto a resangrado, necesidad de transfusión, duración de la estadía hospitalaria, necesidad de cirugía y mortalidad. Los hallazgos de este trabajo coinciden con estudios donde la edad avanzada, comorbilidad asociada, y estigmas mayores de hemorragia reciente, establecen peor pronóstico, en términos de resangrado, mortalidad y estadía prolongada¹⁷⁻¹⁹

La úlcera representó la lesión principal en la mitad de los pacientes estudiados, las lesiones con estigmas de alto riesgo estuvieron estadísticamente asociadas a peor pronóstico y mayor estadía. Esto coincide con lo reportado por otros autores.

La estadía Pre-endoscopia estuvo reducida de un modo significativo en los pacientes con úlceras y estigmas menores de sangrado. En este punto también encontramos respaldo en las estadísticas de otros autores quienes demuestran la seguridad de una menor estancia hospitalaria en pacientes sin estigmas mayores de sangrado.²⁰

Se afirma que los pacientes con un Rockall completo igual o inferior a 2 se consideran de bajo riesgo para resangrado y muerte, pudiendo incluso ser manejados de forma ambulatoria. Un estudio multicéntrico inglés encontró una correlación positiva en cuanto al incremento de la estadía, conforme aumentaba el puntaje del Rockall calculado, resultado similar a nuestro estudio. La decisión de acortar el tiempo para la realización de la endoscopia está basada en el juicio clínico más que en el uso de un puntaje en particular, el uso de mayor ayuda en la práctica de estos sistemas de puntajes es la posibilidad de la identificación de pacientes de bajo riesgo con vistas a un alta precoz o incluso de no admisión hospitalaria. Resulta extremadamente interesante que el hecho de que la mayoría de estos índices se desempeñan mejor en pacientes con bajo riesgo más que con que con alto riesgo.²¹⁻²⁴

CONCLUSIONES

1. El riesgo de un mayor tiempo de internamiento estuvo en relación con la morbilidad mayor y, en pacientes con úlcera, con la presencia de estigmas mayores de sangrado lesional. En este último caso, a expensas de un mayor tiempo de permanencia tras la realización del procedimiento.
2. Tener un puntaje de Rockall de alto riesgo parece favorecer mayores estadías, aunque sería conveniente la realización de estudios futuros más amplios para confirmar dichos resultados.

Anexo

MODELO DE REGISTRO

1. Datos generales:

Nombre y apellidos: _____

Edad: ____ Sexo ____

Fecha ingreso: _____ hora ____ Fecha egreso: _____ hora ____

2. Aspectos clínicos y analíticos:

a) APP: Cardiopatía isquemia () Insuficiencia Cardíaca () Cirrosis hepática: ()

Diabetes Mellitus: () EPOC: () Enfermedad cerebrovascular: () IRC: ()

Trastorno coagulación () Neoplasia ()

Otras enfermedades: () _____ Ninguna ()

b) Forma de presentación: Hematemesis: () Melena: () Ambas: ()

c) Estado circulatorio: FC mayor o igual de 100 lat/min (). Valor FC: _____

TAS menor de 100 mmHg (). Valor de TA: _____ TA y FC estables: ()

d) Requerimiento de transfusión: ()

e) Valores de Hb:

- Todas iguales o por encima de 80 g/l ()

- Al menos una menor de 80 g/l () Valor de Hb: _____

3. Aspectos endoscópicos:

Localización de la úlcera: Gástrica: () Duodenal: ()

Topografía: _____

Otras localizaciones: _____

Forrest: Ia() Ib() IIa () IIb () IIc () III () Tamaño (mm): _____

4. Observaciones: _____

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Farreras Valenti P. Medicina Interna. 13ª ed. T.1. Ediciones DOYMA; 1996. p. 822-41.
2. Deschamps JH. Hemorragia digestiva. En: Deschamps JH, D. Grinfeld D, Ortiz FE, Wilks AE. Escuela Quirúrgica Christmann. Cirugía. Semiología, fisiopatología y clínicas quirúrgicas. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1985: 626-32.
3. Imperiale TF, Dominitz JA, Provenzale DT, Boes LP, Rose CM, Bowers JC. Predicting poor outcome from acute upper gastrointestinal hemorrhage. Arch Intern Med [revista en internet]. 2007 [acceso 23 diciembre 2014]; 167(12): 1291-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19446255> .
4. Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, Sung J, Hunt RH, Martel M. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Ann Intern Med [revista en internet]. 2010 January [acceso 23 diciembre de 2014]; 152(2): 101-13. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20083829> .
5. Pérez I, Serrano M, Carriero M, Quirós E. Coágulo no removible en fundus gástrico: variables clínicas y valor pronóstico. GEN [revista en Internet] 2007 Oct-Dic [acceso 23 de diciembre de 2014]; 58(4): 207-21. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-421184> .

6. Almeida Valera R, Pérez Suarez F, Díaz Elías OJ, Martínez Hernández JA. Comportamiento de la hemorragia digestiva alta en el Hospital Universitario "Calixto García". Rev. Cubana Cir [revista en Internet] 2011 Marzo [Citado 05-may-2011]; 50(1): 40-53. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932011000100004&lng=es.
7. Hernández Garcés HR. Hemorragia Gastrointestinal. En: Manual de endoscopia digestiva superior diagnóstica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 168-72.
8. García Menéndez A. Hemorragia del tubo digestivo proximal de origen no varicoso. Rev Gastroenterol Mex 2007; 72(supl. 1): 47-9.
9. Spechler SJ. Úlcera péptica y sus complicaciones. En: Feldman M, Friedman L, Brandt L. Sleisenger and Fordtran: Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas. 8va ed. Madrid: ELSEVIER; 2006. p. 791 - 818.
10. Van Leerdam ME. Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding. Best Pract Res Clin Gastroenterol [revista de internet]. 2008 [acceso 24 de diciembre de 2014]; 22(2): 209-24. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18346679>.
11. Amado Rodríguez A. Hemorragia digestiva por úlcera péptica gastroduodenal. [Serie en Internet]. 2009 [citado 20 de noviembre de 2010]. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos77/hemorragia-digestiva-ulcera-peptica-gastroduodenal.shtml>.
12. Balanzó J, Villanueva C, González B. Hemorragia Digestiva Alta no varicosa. En: Berenguer Lapuerta J, Bruguera Bengochea MI, García Bengochea M, Rodrigo Saez L. Tratamiento de enfermedades hepáticas y biliares. 2da ed. Madrid: AEEH; 2006. p. 39-45.
13. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. Gut [revista de internet]. 1996 [acceso 23 de diciembre de 2014]; 38(3): 316-21. Disponible en:
<http://gut.bmj.com/content/38/3/316.abstract>

14. Forrest JH, Finlayson NDC, Shearman DJC. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. Lancet Aug 1974; 304(7877): 394-7.
15. Mungan Z. An observational European study on clinical outcomes associated with current management strategies for non-variceal upper gastrointestinal bleeding (ENERGIB-Turkey). Turk J Gastroenterol [revista de Internet]. 2012 [acceso 24 diciembre 2014]; 23 (5): 463-77. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23161291>
16. González González JA, Vázquez Elizondo G, García Compeán D, Obed Gaytán Torres J, Flores-Rendón AR. Predictors of in-hospital mortality in patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Rev Esp Enferm Dig [revista de internet]. 2011 [accesos 24 diciembre de 2014]; 103(4): 196-203. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21526873>
17. Kim SY, Hyun JJ, Jung SW, Lee SW. Management of Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding. Clin Endosc [revista de internet]. 2012 [accesos 24 de diciembre de 2014]; 45(3): 220-3. Disponible en: <http://synapse.koreamed.org/search.php?where=aview&id=10.5946/ce.2012.45.3.220&code=3027CE&vmode=FULL>
18. Manguso F, Riccio E, Bennato R, Picascia S, Martino R, Nucci G. In-hospital mortality in non-variceal upper gastrointestinal bleeding Forrest 1 Patients. Scand J Gastroenterol [revista de internet]. 2008 [acceso 24 diciembre de 2014]; 43(12): 1-10. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18759153>.
19. Guo SB, Gong AX, Leng J, Ma J, Ge LM. Application of endoscopic hemoclips for nonvariceal bleeding in the upper gastrointestinal tract. World J Gastroenterol [revista de internet]. 2009 [acceso 24 diciembre de 2014]; 15(34): 4322-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19750577>.
20. Lanas A, Perez-Aisa MA, Feu F, Ponce J, Saperas E, Santolaria S. A nationwide study of mortality associated with hospital admission due to severe gastrointestinal events and those associated with nonsteroidal antiinflammatory drug use. Am J Gastroenterol [revista de internet]. 2007 [acceso 24 de diciembre de 2014]; 100(8): 1685-93. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16086703>.

21. Chaparro M, Barbero A, Martín L, Esteban C, Espinosa L, de la Morena F. Prospective evaluation of a clinical guideline recommending early patients discharge in bleeding peptic ulcer. *J Gastroenterol Hepatol* [revista de Internet]. 2010 Sep [acceso 24 de diciembre de 2014]; 25(9): 1525-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20796150>

22. Jurado Hernández AM, Galván JT, Ruiz-Cabello Jiménez M, Pinel LM. Evolution in the epidemiology of non-variceal upper digestive hemorrhage from 1985 to 2006. *Rev Esp Enferm Dig* 2008 [acceso 24 de diciembre de 2014]; 100(5): 273-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082008000500005&script=sci_arttext.

23. Lai KC, Hui WM, Wong BC, Ching CK, Lam SK. A retrospective and prospective study on the safety of discharging selected patients with duodenal ulcer bleeding on the same day of endoscopy. *Gastrointest Endosc* [revista de internet]. 1997 [acceso 24 de diciembre de 2014]; 45(1): 26-30. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9013166>.

24. Stanley AJ. Update on risk scoring systems for patients with upper gastrointestinal haemorrhage. *World J Gastroenterol* [revista de Internet]. 2012 [acceso 24 de diciembre de 2014]; 18(22): 2739-44. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3374976/>.

Recibido: 9 de diciembre del 2014.

Aprobado: 21 de diciembre del 2014.

Reynaldo Urquiza Suárez. Hospital Provincial Universitario V. I. Lenin. Holguín, Cuba. E-mail: rurquiza@grannet.grm.sld.cu