

Aplicación del método clínico para el diagnóstico de pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal

Application of the clinical method for the diagnosis of patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding

Dr. Gabriel González Sosa

Hospital Universitario "General Calixto García". La Habana, Cuba.

RESUMEN

La utilización del método clínico para lograr un diagnóstico preciso de las enfermedades en el ser humano, surge con el nacimiento de la Medicina, en la antigua Grecia y tiene como componentes fundamentales la relación médico-paciente, el interrogatorio, el examen físico y la historia clínica; esta última constituye su herramienta más importante en la recogida de datos. Se reflexiona sobre la importancia de su aplicación correcta para llegar a un diagnóstico preciso en los pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal comenzando en la atención primaria de salud donde se puede lograr un diagnóstico precoz de esta entidad y evitar complicaciones que ocurren en estos pacientes cuando el diagnóstico es tardío, por lo que lejos pensar en la muerte del método clínico, su vigencia e importancia en la medicina contemporánea es incuestionable.

Palabras clave: método clínico; hemorragia digestiva alta no variceal; métodos diagnósticos auxiliares.

ABSTRACT

The use of the clinical method for accurate diagnosis of diseases in humans arises with the birth of medicine in ancient Greece and its fundamental components doctor-patient relationship, interrogation, physical examination and history clinic; the latter is its most important data collection tool. It reflects on the importance of its correct application to reach an accurate diagnosis in patients with non-variceal upper

gastrointestinal bleeding starting in primary health care which can achieve early diagnosis of this condition and avoid complications that occur in these patients when the diagnosis is delayed, so far thought of the death of the clinical method, its relevance and importance in contemporary medicine is unquestionable.

Keywords: clinical method; variceal upper gastrointestinal bleeding; auxiliary diagnostic methods.

INTRODUCCIÓN

El método clínico, conocido también como método de solución de problemas clínicos o proceso del diagnóstico, no es más que "la aplicación del método científico al estudio del proceso salud-enfermedad en el individuo con vistas a conocer, valorar y transformar la salud/enfermedad en el individuo o sujeto, de manera que implica a todos los pacientes e incluye a todas las especialidades".¹

Según *José A. Fernández Sacasas*, el método clínico, es el método científico de la Ciencia Clínica, que tiene como objetivo de estudio el proceso salud enfermedad. Toda práctica médica que no se base en el método clínico será ajena a la ciencia clínica y, en gran parte, responsable de la "mala práctica médica".²

Para los doctores *Luis Rodríguez Rivera y Fidel Ilizástigui Dupuy*, el Método Clínico no es más que el método científico aplicado al trabajo con los pacientes partiendo de la premisa que ninguna técnica puede sustituir al pensamiento humano, al intelecto del hombre.^{3,4}

Entre los componentes del Método Clínico se encuentran: el interrogatorio, el examen físico y el diagnóstico médico. La información que se obtiene de la evaluación clínica del paciente es siempre relevante y puede, incluso, ayudar a confirmar o negar un diagnóstico presuntivo.^{3,4}

Si se prescinde de la ciencia clínica o se elimina esta, la Medicina se encarecería notablemente y se haría, además, mecánica e irracional y hasta podría ser iatrogénica^{5,6,7} En opinión de *Evelio Cabezas Cruz*, con un buen interrogatorio y un examen físico completo se puede realizar un diagnóstico correcto en la mayoría de los casos.⁸

Ni la mejor tecnología puede sustituirlo y de esto, debe estar consciente todo profesional de la salud que desee brindar una atención esmerada a los pacientes⁹. El método clínico comprende un grupo de pasos ordenados que todo médico debe aplicar en la búsqueda del diagnóstico de los problemas de salud de sus pacientes que se inicia con el establecimiento de una correcta relación médico-paciente que constituye la antesala para desarrollar un adecuado interrogatorio o anamnesis que permita conocer las quejas o síntomas que estos presentan. Este constituye el arma fundamental del método clínico y el recurso clínico de exploración más difícil de dominar por parte del médico.^{10,11}

Según informa *Miguel Ángel Moreno Rodríguez*, más de una decena de investigaciones realizadas entre los años 1947 y 1993 en Inglaterra, Estados Unidos, España y otros

países, demuestran que solamente con el interrogatorio se hace el diagnóstico de la enfermedad del paciente en el 55-88 % de los casos¹² y como promedio, en el 73 %.¹³

Por su parte, *Alfredo Nasiff Hadad* expresa que si un galeno es capaz de inducir y conducir adecuadamente un interrogatorio, obtiene el diagnóstico correcto en un número elevado de los casos que atiende.¹⁴

El examen físico, es el segundo paso en el método clínico y se realiza en busca de determinados signos por medio de la exploración corporal para después agrupar, relacionar, combinar e integrar los síntomas y signos encontrados y poder establecer las hipótesis diagnósticas presuntivas que expliquen el problema de salud del enfermo; así como comprobar estas hipótesis a través de exámenes complementarios o por la evolución del paciente. En caso de que no se comprueben habrá que reevaluar completamente cada uno de los pasos.^{15,16}

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL MÉTODO CLÍNICO EN EL HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL

Es esencial que exista una relación cordial entre el paciente y el médico encargado de su atención para que pueda aplicarse eficazmente el método clínico durante la práctica médica asistencial. La relación médico paciente constituye el aspecto más sensible y humano de la medicina y uno de los binomios de relaciones humanas más complejos.

La comunicación entre el médico y el enfermo puede establecerse de forma verbal, para lo cual el primero puede utilizar como herramienta, la entrevista. La palabra tiene una función evocativa, reclamativa o de llamada, ora notificadora, ora nominativa o descriptiva, válida para cualquier integrante del binomio que se encuentre en la posición de emisor, en un momento dado. Pero el médico debe ser, ante todo, muy paciente y comprensivo.^{17,18}

Para que el médico pueda lograr el cariño y la admiración de sus pacientes, ha de ser, ante todo, un ente empático que, como dijera el psicólogo estadounidense *Daniel Goleman*, uno de los pioneros en el manejo del concepto de inteligencia emocional, significa ser poseedor de "la habilidad de saber lo que el otro siente", lo que de ningún modo equivale a ejercer una medicina paternalista.^{19,20}

El médico, como dijera *José Luis Turabián*, es un "ingeniero de caminos", un constructor de puentes entre él, y sus conocimientos y contexto, y el paciente, con sus creencias, preocupaciones, vivencias y contextos, para encontrar un punto o un lugar donde pueda aplicarse una intervención efectiva.²¹

En el cuerpo de guardia de Cirugía General del Hospital Universitario "General Calixto García", se recibe un volumen elevado de pacientes cada mes con elementos clínicos de un Hemorragia digestiva alta (HDA), mediante la aplicación del método clínico, cuando se recibe el paciente, se establece una entrevista entre el médico y él con el objetivo inicial de establecer siempre que sea posible una adecuada relación médico-paciente que permita precisar determinados elementos de su enfermedad, esenciales para confirmar el diagnóstico de un HDA y determinar si es de causa variceal o no.²²

En el periodo comprendido entre Junio del 2012 y Diciembre del 2013, fueron ingresados en el Hospital Universitario "General Calixto García", 200 pacientes con el

diagnóstico de Hemorragia digestiva alta no Variceal (HDANV), los cuales se diagnosticaron con la aplicación correcta del método clínico.

El diagnóstico fue posible corroborarlo a través de la endoscopia superior en 136 pacientes, pero solo en 56 pacientes, el 28 % del total, se le pudo realizar este examen a la admisión del paciente y/o en las primeras 24 horas del episodio inicial de sangrado como está protocolizado.

Este síndrome suele manifestarse por hematemesis y/o melena, su forma de presentación depende del débito de la hemorragia y de la localización de la lesión sangrante. Estas dos manifestaciones constituyen prácticamente la base del diagnóstico. Aparentemente el diagnóstico de la Hemorragia Digestiva Alta (HDA) o SDA no suele plantear problemas, puesto que la mayoría de las veces la sangre extravasada se exterioriza pronto y el mismo paciente la reconoce como tal.²³

Sin embargo en ocasiones, el enfermo refiere haber presentado un vómito o una deposición sospechosa pero no relata adecuadamente sus características, exagerando o malinterpretando el vómito de sangre y no existe por otra parte evidencia de ningún signo o síntoma de sangrado, hecho que sucede en el 21% de los pacientes con HDA.²⁴

En la anamnesis se debe tratar de distinguir en primer lugar si los vómitos o las heces referidas por el paciente presentan realmente contenido hemático, para lo cual es preciso investigar cuidadosamente sus características organolépticas.²⁵

La hematemesis ocurre en el 30 a 50% de los pacientes con HDA y permite al cirujano concluir que el sangrado tiene lugar por encima del ligamento de Treitz, la incidencia de hematemesis es menor cuanto más próxima al ángulo de Treitz esté la lesión responsable del sangrado.²⁶

Así, la HDA por várices esofágicas, síndrome de Mallory-Weiss y esofagitis presentan hematemesis en más del 80% de los casos, las lesiones gástricas aproximadamente en el 70% y las duodenales alrededor del 60%. La hematemesis es un episodio hemorrágico de superior cuantía y gravedad al que origina la melena.²⁷

Para que esta última se produzca es preciso un sangrado lo suficientemente lento como para que la sangre permanezca en el tubo digestivo durante al menos 8 horas y tenga lugar la oxidación de la hemoglobina con formación de hematina, cuando existe un tránsito acelerado por la abundante y rápida presencia de sangre en el tubo digestivo, la hematoquezia puede ser expresión de HDA. Para que esto suceda, la hemorragia debe ser mayor de 1000 cc y producirse en menos de 1 hora, con una permanencia en el tubo digestivo menor de 5 horas.^{28,29}

En algunas ocasiones, la pérdida hemática, aún aguda y abundante, no se exterioriza en el curso de las primeras horas y el paciente puede presentarse únicamente con hipotensión, o incluso con signos de shock de causa no evidenciada³⁰. En tales circunstancias, maniobras como la colocación de una sonda nasogástrica para examinar el contenido gástrico, el tacto rectal y el enema pueden evidenciar la hemorragia digestiva. La desaparición de la epigastralgia con el inicio de la hemorragia se describe como muy característica en los enfermos con úlcera péptica, y se atribuye al efecto tampón de la sangre sobre el ácido.^{31,32}

Con frecuencia (1 de cada 5 pacientes), la HDA cursa solo con síntomas que sugieren hipovolemia: síncope (casi siempre al ponerse de pie), palidez, sudoración, sensación de mareo, debilidad o sequedad de boca³³. Se debe prestar especial interés en la anamnesis a la edad, a los antecedentes familiares y personales de lesiones

digestivas y especialmente de episodios previos de sangrado, a la presencia de enfermedades concomitantes fundamentalmente coagulopatías, e intervenciones quirúrgicas previas, resultados de exploraciones digestivas anteriores y a la toma de fármacos potencialmente gastroerosivos, entre otros.^{34,35}

En relación con la toma previa de fármacos gastroerosivos (FGE), los salicilatos y el resto de AINES, así como los corticoides, anticoagulantes (heparina y dicumarínicos) y la reserpina, aumentan el riesgo de aparición de HDA. Otros fármacos que raramente producen HDA son la aminofilina, el ácido etacrínico, las sales de potasio y probablemente el sulfato ferroso.³⁶

Posterior a la anamnesis, continuamos con la exploración física o el examen físico, se confirma la presencia de melena mediante el tacto rectal, hay que valorar la intensidad de la hemorragia y su repercusión hemodinámica. Es importante repetir la exploración física cada cierto tiempo ya que el estado del paciente puede cambiar rápidamente.³⁷

A la inspección se observa palidez de piel y mucosas, expresión de la pérdida hemática o del cortejo vegetativo acompañante; estigmas de hepatopatía crónica y elementos de insuficiencia hígato-portal (arañas vasculares, eritema palmar, circulación venosa colateral, ascitis, hepatoesplenomegalia); la presencia de equimosis y/o petequias, que orienten a una enfermedad hematológica de base; la existencia de lesiones dérmicas que sugieran ciertas enfermedades que pueden ser causa de HDA, como angiomas en la enfermedad de Rendu-Osler, manchas melánicas cutáneo-mucosas peribucales en el síndrome de Peutz-Jeghers, hiperlaxitud cutánea característica de la enfermedad de Ehler-Danlos, entre otras.³⁸

La medición de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial en reposo aportan una inestimable información sobre la gravedad del sangrado, de manera que el hallazgo de una presión arterial sistólica menor de 100 mmHg y una frecuencia cardíaca mayor de 100 latidos por minuto indican la pérdida de un 20-25% del volumen plasmático.³⁹

Sin embargo, se debe tener precaución a la hora de valorar estas cifras, puesto que no es excepcional que pacientes con HDA masiva no solo no presenten taquicardia sino que, en ocasiones, pueden mostrar bradicardia relativa por incremento del tono vagal para aumentar el llenado telediastólico del ventrículo izquierdo y consecuentemente, el volumen sistólico como mecanismo compensador del shock.⁴⁰

A continuación se debe prestar especial atención a la exploración abdominal, intentando detectar zonas dolorosas, signos de irritación peritoneal, masas abdominales, visceromegalias, oleada ascítica o un aumento del peristaltismo

intestinal. La sensibilidad epigástrica es un dato frecuente en la HDA por úlcera péptica pero no es específico de esta.⁴¹

El incremento del peristaltismo que se observa en la HDA es consecuencia del estímulo que la presencia de sangre provoca sobre la motilidad del tracto gastrointestinal.⁴² Por último, el *tacto rectal* es obligado en todo paciente con sospecha de HDA para objetivar las características organolépticas de las heces. En casi la mitad de los casos de HDA permite confirmar el diagnóstico, sin embargo, la ausencia de heces sanguinolentas o de color negro no excluye el diagnóstico de HDA, especialmente si han transcurrido menos de 8 horas desde el inicio del sangrado.⁴³

El *sondaje gástrico* para el examen del contenido del estómago mediante aspiración es un método fácil y rápido para verificar el sangrado; cuando se obtiene un aspirado de sangre evidente (fresca o en "posos de café"), no quedan dudas de la HDA, sin

embargo, debe interpretarse con precaución la presencia de algunos puntos o estrías de sangre roja brillante, que se ven en algunos pacientes, debido a un proceder traumático al pasar la sonda nasogástrica ó de Levine ó producto de una excesiva fuerza de la aspiración⁴⁴. Por otra parte, un aspirado gástrico normal no excluye un SDA ya que el sangrado puede haber cesado y la sangre aclarada en el estómago, o bien puede haber un punto sangrante en duodeno sin reflujo de sangre a través del píloro hacia el estómago.⁴⁵

Una vez confirmado la presencia de un HDA, con estos elementos precisados y los hallazgos encontrados la anamnesis y en el examen físico, en gran parte de los pacientes, es posible determinar si se trata de un HDA de causa variceal ó de causa no variceal, incluso precisar la causa desencadenante del mismo; los pacientes con HDA variceal tienen características particulares que generalmente los identifican. Durante la anamnesis, pueden referir antecedentes patológicos personales de cirrosis hepática debido a varias causas como: etilismo crónico, infección por virus de Hepatitis B ó C o ambos, entre otras ó pueden referir los antecedentes anteriores sin tener un diagnóstico confirmativo de cirrosis hepática.⁴⁶

Muchos pacientes refieren haber sangrado en su primera ocasión, producto a la lesión de várices esofágicas, que generalmente son sangramientos muy abundantes, donde predomina la hematemesis, la cuantía de estos sangrados y la repercusión hemodinámica de los mismo, es mayor en estos pacientes con respecto a los que sangran debido a la mayoría de las causas de SDA no variceal (exceptuando algunos pacientes con sangrado por úlcera gastroduodenal).

Estos pacientes con varices esofágicas previamente demostradas, cuando vuelven a sangrar, en gran parte de los episodios posteriores al evento de sangrado inicial, lo hacen por otras lesiones, como: la gastritis eritematosa erosiva, la úlcera duodenal y el síndrome de Mallory- Weiss., en un porcentaje elevado que oscila entre 34 % y 81 %.⁴⁷

Además al realizar el examen físico general y regional a nivel del abdomen, los pacientes con HDA variceal, generalmente presentan estigmas típicos de hepatopatía crónica e insuficiencia hepatoportal como son: arañas vasculares o telangectasias, eritema palmar, circulación venosa colateral de tipo porto-cava, ascitis, hepatoesplenomegalia y coloración terrosa de la piel, que los diferencian de los pacientes que presentan HDA no variceal.

CONSIDERACIONES FINALES

En los últimos años existe un deterioro universal del método clínico, del cual nosotros no estamos ajenos. Diversos factores influyen en este proceso, por ejemplo: el resquebrajamiento de la relación médico-paciente, el menosprecio por el valor del interrogatorio y del examen físico, vale decir, del componente clínico de la medicina, y la utilización cada vez más irracional e indiscriminada de la tecnología, sobre todo, la más sofisticada y cara para llegar al diagnóstico.^{48,49,50}

Según el profesor *Roberto Hernández Hernández*, los profesionales cubanos tienen la obligación moral de utilizar racionalmente los recursos de los que disponemos y en relación con la Medicina, se puede lograr, más que con otra alternativa, por medio de la aplicación correcta del método clínico en cada paciente.⁵¹

La utilización del método clínico de manera correcta para lograr un diagnóstico preciso en los pacientes con HDANV que posibilite un adecuado y rápido tratamiento con el objetivo de controlar el sangrado y mejorar los parámetros hemodinámicos en los mismos, es el arma fundamental y el primer recurso que tenemos para estos pacientes en los centros de atención primaria de salud y en los cuerpos de guardia de la atención secundaria donde deben recibir el tratamiento definitivo una vez que se estabilicen hemodinámicamente en su área de salud.

Los primeros esfuerzos del personal de salud que trabaja en la atención primaria deben ir encaminados a definir y trabajar de manera seria, sistemática y consciente sobre la detección de los grupos de riesgo potenciales para desarrollar esta enfermedad y su seguimiento periódico, realizando acciones de salud en el individuo, la familia y la comunidad en general, para tratar de eliminar todos los factores de riesgo posibles que puedan influir en el desarrollo de esta entidad y en aquellos grupos de personas más vulnerables, como son los pacientes de la tercera edad, realizar un trabajo educativo, profiláctico y preventivo a través de las consultas médicas, visitas de terreno, círculos de abuelos y otras actividades comunitarias.

Utilizando de manera correcta, consciente y humana, lo aprendido y enseñado por nuestros profesores, lograremos el bienestar para el paciente, en la mayoría de los casos, sin necesidad de realizar estudios complementarios costosos que en muchos de los centros del sistema nacional de salud cubano no están disponibles en el momento de la admisión de estos pacientes por múltiples razones.

El profesor *Fernández Sacasas*, plantea, que la aplicación del método clínico no da la espalda a los avances científicos logrados en la medicina, sino que ha posibilitado en gran medida estos avances, al caracterizar, mediante la formulación y contraste de hipótesis, al cambiante cuadro de las enfermedades humanas, su diagnóstico oportuno, pronóstico, terapéutica y profilaxis, en provechosa interacción con el método epidemiológico y se beneficia de los aportes provenientes de las ciencias médicas.⁵²

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Moreno Rodríguez MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2001. p. 47-166.
- 2-Fernández JA. Prólogo. En: Nasiff A, Rodríguez HM, Moreno MA, editores. Práctica clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 7-11.
- 3- Rodríguez Rivera L. La clínica y su método: reflexiones sobre dos épocas. Madrid: Díaz de Santos; 1999. p. 7-18.
- 4- Ilizástegui Dupuy F. El método clínico: muerte y resurrección. Ateneo. 2000; 1(2): 85-99.
- 5-Díaz Novás J, Fernández Sacasas J, Guerrero Figueredo A. El diagnóstico en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr. 1993; 9(2): 150-5.
- 6-Moreno Rodríguez MA. Valor del interrogatorio en el diagnóstico. Rev Cubana de Med. 2000; 39: 160-5.

- 7- Ilizástigui F. El método clínico: muerte y resurrección. Rev Cubana Educ.Méd.Super. 2000; 14(2):109-27.
- 8- Cabezas Cruz E. Periódico Granma; viernes 22 de octubre de 2010, año 46/número 251.
- 9- Fernández Sacasas J. Diálogo abierto sobre el método clínico. Periódico Granma, página 3; 14 de Enero de 2011.
- 10-Monzón M, Planells MA, Merodio G, Cassola FH. La aplicación del método clínico en la investigación científica de la salud. Rev.Méd Electrónica. 2007 [citado 25 Abr 2011];29(4). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol4%202007/tema14.htm>
- 11- Selman-Housein E. El método clínico. En: Selman-Housein E. Guía de acción para la excelencia en al atención médica. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2002. p. 10-44.
- 12- Moreno MA. El interrogatorio y el examen físico. En: Moreno MA. El Arte y la ciencia del diagnóstico médico. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2001. P.75-98.
- 13- Periódico Granma; miércoles 13 de octubre del 2010, año 46/número 243.
- 14- Periódico Granma; martes 7 de diciembre de 2010, año 46/número 290.
- 15- Díaz J, Gallego B, León A. El diagnóstico médico: bases y procedimientos. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2006 [citado 25 Abr 2011];22(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi07106.htm.
- 16- García de la Paz F. El Método Clínico: Necesidad y Vigencia. Correo científico médico de Holguín. [serie en Internet].2000 [citado 2010 feb 6]; 4 (1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no41/n41rev2.htm>
17. Cía P. La comunicación con nuestros enfermos. Arch Fac Med Zaragoza. 2000;40(1):8-11.
18. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behaviour on the collection of data. Ann InternMed. 1984;101(5):692-6.
19. Comas JR. La relación médico-paciente. Arch.Neurocien.Mex. 2002; 5(3):160-4.
20. González R. La etapa contemporánea de la relación médico paciente. Rev Cubana Salud Pública. 2004;30(2):160-4.
21. Turabián JL. El médico de familia es un ingeniero de caminos. JANO. 2003; LXIV (1465):10.
- 22- Teres J. Diagnóstico de la hemorragia digestiva alta y valoración de la cuantía de las perdidas. En: Teres J, Bordas JM, Bosch J. Monografías clínicas enGastroenterología 3: Hemorragia digestiva alta. Barcelona: DoymaS.A., 1991:3-5.
- 23-Jaramillo Esteban JL, Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L, Gálvez C, Berlango A, Martínez de la Iglesia J. Hemorragia digestiva alta: diagnostico sindrómico en el Servicio de Urgencias de un hospital. Med Clin (Barc) 1997;109:696-701.

- 24-Montero Perez FJ I, Gosalbez Pequeno B. Hemorragia digestiva alta: no siempre es clínicamente evidente en urgencias. *Emergencias* 1999;11:404-12.
- 25-World Organization of Gastroenterology. Research Committee. Protocol for survey of upper gastrointestinal bleeding 1978-82.
- 26-Pingleton SK. Gastrointestinal hemorrhage. *Med Clin North Am.* 1983;67:1215-31.
- 27-Peterson WL. Gastrointestinal bleeding. En: Sleisenger MH, Fordtran JS. *Gastrointestinal disease, 4th ed.*, Philadelphia: WS saunders company; 1989. p. 397-427.
- 28-Bogoch A. Hemorragia gastrointestinal. En: Berk JE, Haubrich WS. *Síntomas gastrointestinales. Interpretación clínica.* Barcelona: Ancora S.A., 1992:115-140.
- 29- Morgan AG, Clamp SE. O.M.G.E. International uppergastrointestinal bleeding survey 1978-82. *Scand J Gastroenterol* 1984;19Suppl 95:41-58.
- 30-Gostout CJ. Acute gastrointestinal bleeding-a common problem revisited. *Mayo ClinProc* 1988;63:596-604.
- 31-HimalHS, Watson WW, Jones CW. The management of upper gastrointestinal haemorrhage: a multiparametric computer analysis. *Ann Surg.* 1974;179:489-94.
- 32-Teres J. Diagnóstico de la hemorragia digestiva alta y valoración de la cuantía de las pérdidas. En: Teres J, Bordas JM, Bosch J. *Monografías clínicas en Gastroenterología 3: Hemorragia digestiva alta.* Barcelona: Doyma S.A., 1991:3-5.
- 33-Schaffner J. Acute gastrointestinal bleeding. *Med Clin North Am.* 1986; 70:1055-66.
- 34-Montero Pérez FJ. Impacto de un Servicio de Admisión de Urgencias en la selección de pacientes con hemorragia digestiva alta. Tesis Doctoral, 1994. Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba.
- 35-Schiller KFR, Truelove SC, Williams SG. Haematemesis and melena, with special reference to factors influencing the outcome. *Br Med J.* 1970;2:7-14.
- 36- Feu F, Brullet E, Calvet X, Fernandez-Llamazares J, Guardiola J, Moreno P et al. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia digestiva alta aguda no varicosa. *Gastroenterol Hepatol.* 2003;26:70-85.
- 37-Peppercorn MA. Acute gastrointestinal hemorrhage. Pinpointing the source and defining its treatment. *Consultant.* 1987;27:61-74.
- 38-Silverstein FE, Gilbert DA, Tedesco FJ, Buenger NK, Persing J. The National ASGE Survey on Upper Gastrointestinal Bleeding. II. Clinical prognostic factors. *Gastrointest Endosc.* 1981;27:80-93.
- 39-Witting MD, Magder L, Heins AE, Mattu A, Granja CA, Baumgarten M. Usefulness and validity of diagnostic nasogastric aspiration in patients without hematemesis. *Ann Emerg Med.* 2004;43:525-32.
- 40-Sander-Jensen K, Secher NH, Bie P, Warberg J, Schwartz TW. Vagal slowing of the the heart during haemorrhage: observations from 20 consecutive hypotensive patients. *Br Med J.* 1986;292:364-6.

41-Schiff LA, Stevens RJ. Elevation of urea nitrogen content of the blood following hematemesis or melena. Arch Intern Med. 1939;64:1239-51.

42- Richards RJ, Donica MB, Grayer D. Can the blood urea nitrogen/creatinine ratio distinguish upper from lower gastrointestinal bleeding?. J Clin Gastroenterol. 1990;12:500-4.

43-Huntsman RG, Liddell J. Paper tests for occult blood in faeces and some observations on the fate of swallowed red cells. J Clin Pathol. 1961;14:436-40.

44-Marshall JB. Acute gastrointestinal bleeding. A logical approach to management Postgrad Med. 1990;87:63-70.

45-Morris DW, Hansell JR, Ostrow JD, Lee C-S. Reliability of chemical tests for fecal occult blood in hospitalized patients. Dig Dis. 1976;21:845-88.

46-Henneman PL. Hemorragia digestiva. En: Mark JA, Hockbeger RS, Walls RM. Rosen Medicina de Urgencias. Conceptos y practica clinica. 5ª ed. Madrid: Elsevier Science, 2003. pp:194-200.

47-Sharara AI, Rockey DC. Gastro esophageal variceal hemorrhage. N Engl J Med. 2001;345:669-81.

48- Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what is isn't. BMJ. 1996; 312: 71-72.

49- Broche JM, Broche RC, García LY, Cañedo R. Medicina basada en la evidencia: un reto para el médico contemporáneo. ACIMED [serie en Internet]. 2003 Dic [citado 2010 feb 6]; 11(6): [aprox. 30. p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-4352003000600003&lng=es .

50- Hernández R. Del método científico al clínico. Consideraciones teóricas. Rev Cubana Med Gen Integr[Internet]. 2002 [citado 25 Abr 2011];18(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_2_02/mgi11202.htm .

51- Fernández JA. Prólogo. En: Nasiff A, Rodríguez HM, Moreno MA, editores. Práctica clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 7-11.

52- Iizástigui F, Rodríguez L. Método clínico. En: Nasiff A, Rodríguez HM, Moreno MA. Práctica Clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 15-28.

Recibido: 3 de mayo de 2016.
Aprobado: 29 de mayo de 2016.

Dr. Gabriel González Sosa. Hospital Universitario "General Calixto García". La Habana, Cuba. Correo electrónico: cancer@infomed.sld.cu