

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE ÁVILA

**Morbimortalidad por sangramiento digestivo alto en el adulto mayor. Análisis de 3 años.
Morbimortality caused by high digestive bleeding in elder people. Three- year analysis.**

Orlando Fleitas Pérez (1), Héctor Daniel Muarra (2), Bayron Gil Casas (3), Yurisneisy Roye Reina (4).

RESUMEN

Con la finalidad de conocer la morbilidad por sangramiento digestivo alto del adulto mayor en el Hospital Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en el período de enero de 2005 a diciembre de 2007. El universo incluyó los pacientes ingresados con diagnóstico de sangramiento digestivo alto con 60 años o más. Los resultados muestran que el grupo de edad más afectado fue el de 60 a 74 años y el sexo masculino el de mayor morbilidad. La úlcera gástrica predominó sobre el resto de las causas (41,5%). El tratamiento médico fue empleado en mayor número de casos que el tratamiento quirúrgico. La gastrostomía con ligadura del vaso sangrante fue la técnica quirúrgica más empleada (52,5%). El grupo de 75 años y más presentó mayor mortalidad (56,2%), con un predominio del sexo masculino, siendo más elevada en aquellos pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico (42,1%). La patología asociada a mayor mortalidad fue la úlcera gástrica (43,7%) y la hipovolemia la principal causa de muerte (62,5%). Estos resultados demuestran que el sangramiento digestivo alto continúa siendo un problema de salud de difícil manejo en los servicios de urgencias y quirúrgicos de nuestro hospital.

Palabras clave: SANGRAMIENTO DIGESTIVO ALTO.

1. Especialista de 1^{er} Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Asistente.
2. Especialista de 2^{do} Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Asistente.
3. Estudiante de Medicina Quinto Año.
4. Estudiante de Medicina Tercer Año.

INTRODUCCIÓN

El sangramiento digestivo alto (S.D.A.) es una emergencia médicoquirúrgica que continúa teniendo una elevada morbilidad, a pesar de los avances terapéuticos de los últimos años (1). Su incidencia varía en los distintos países, sin embargo, se estima que se presenta con una frecuencia entre 50 y 140 casos por cada 100 000 habitantes (1). En estudios anteriores de nuestro país la prevalencia de la enfermedad se comporta de una manera similar (2).

El S.D.A. 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, además de las que, producidas en un órgano vecino, vierten su contenido al tracto digestivo por conductos naturales (árbol biliopancreático) o patológicos (fístulas espontáneas, traumáticas o quirúrgicas) o en el tramo limitado por los dos puntos referidos (1,3).

Desde el punto de vista de su gravedad, la hemorragia gastrointestinal alta puede abarcar desde la forma masiva aguda hasta las pérdidas sanguíneas crónicas, intermitentes. Cuando sangra el tubo digestivo se trata de una complicación inherente a varias enfermedades cuyo denominador común es una solución de continuidad del epitelio, también se manifiesta como complicación en los enfermos graves y en estado crítico de forma aislada o formando parte del síndrome de disfunción múltiple de órganos. Los pacientes con S.D.A. se presentan con frecuencia en el Servicio de Urgencias de los

hospitales y tienen que ser internados debido a las posibles complicaciones y a la potencialidad letal del cuadro. Sus ingresos se realizan en las unidades de cirugía, terapia intensiva, intermedias o en departamentos de gastroenterología habilitados para tales efectos (3-4).

La gravedad de esta complicación hace que se tomen un grupo de medidas con el paciente encaminadas a lograr el control del sangrado y evitar una pérdida de sangre importante que conllevaría a un desequilibrio hemodinámico, estado de choque y, posiblemente la muerte (5). Las causas de los sangramientos digestivos altos son múltiples y van desde afecciones muy frecuentes hasta algunas sumamente raras y difíciles de diagnosticar (6). Los recientes avances en el tratamiento endoscópico de la hemorragia digestiva, así como el tratamiento erradicador del *Helicobacter pylori*, han mejorado notablemente el pronóstico de estos pacientes y, en consecuencia, la evolución clínica; pero ha sido contrarrestado por el envejecimiento de la población y el gran número de personas que ingiere antiinflamatorios no esteroideos (6-9). En Cuba, al igual que en otras partes del mundo, existe esta tendencia al envejecimiento, la expectativa de vida ya sobrepasa los 75 años; este incremento trae aparejado un aumento de la prevalencia de enfermedades tales como procesos oncoproliferativos, cirrosis hepática, gastritis hemorrágica de causa medicamentosa, enfermedades cardiovasculares, entre otras (8-10). Se ha demostrado la importancia de los factores de riesgo en el pronóstico de estos pacientes, los cuales se agrupan por diferentes autores en endoscópicos y clínicos.

Factores de riesgo endoscópicos.

(Sangramiento activo, vaso visible, posición anatómica y tamaño).

La localización de la úlcera y su diámetro son elementos importantes en la predicción de su evolución. Las de localización alta en la curvatura menor y región posterolateral del bulbo tienen mayor tendencia al sangrado y resangrado, siendo mayor la magnitud de la hemorragia. La apreciación endoscópica de la base de la úlcera, el coágulo centinela y el vaso variable, se consideran factores predictivos importantes del resangrado (11-15). **Factores clínicos de mal pronóstico:**

- Edad mayor de 60 años.
- Hemorragia severa asociada a: hematemesis, hipovolemia, o Shock □ Enfermedades asociadas importantes.
- Sangramiento activo o resangrado.
- Sangramiento intrahospitalario.

El enfoque clínico implica una serie simultánea de etapas diagnósticas y terapéuticas (16-18).

1. Valoración rápida del sistema circulatorio y reposición de la pérdida sanguínea.
2. Determinar la velocidad y cantidad de la hemorragia.
3. Disminuir o detener la hemorragia.
4. Descubrir la causa del episodio.

El paciente debe ser admitido inmediatamente en el hospital y recabarse en la historia clínica y un examen físico minucioso. Los clínicos de experiencia pueden establecer un diagnóstico correcto de las causas de la hemorragia a partir de los datos clínicos, solo en un 60 % de los casos. La úlcera péptica, gastritis aguda, varices esofágicas, esofagitis y el desgarro De Mallory Weiss comprenden más del 90 % de todos los casos (19-21).

Valoración rápida del sistema circulatorio y reposición de la pérdida sanguínea.

Se extraerá sangre para tipificar y realizar pruebas cruzadas. Determinar hematocrito, hemoglobina, creatinina, y pruebas de funcionamiento hepático. Se inicia la infusión intravenosa de soluciones cristaloides y sangre para reponer las pérdidas calculadas, pueden emplearse alternativamente gelatinas, u otro tipo de expansor del plasma, en dependencia de la situación. Es común que se administren antagonistas de los receptores H₂ u Omeprazol (22, 24). Si persiste la hemorragia se vigilará al paciente y se tratará de la misma manera que el shock hemorrágico. El tratamiento hematológico requiere además de la evaluación e identificación de trastornos de la coagulación y de enfermedades que puedan exacerbar el sangramiento (22).

Determinar la velocidad y cantidad de la hemorragia.

Después de estabilizado el paciente, la endoscopia es el procedimiento inicial para la evaluación del sangramiento, diagnóstica en el 90 % de los casos (25). Su uso rutinario de forma temprana permite tener una idea del curso de la enfermedad, escoger la terapéutica adecuada, disminuir las necesidades de cirugía y evaluar de aquellos enfermos con alto riesgo de resangrado (25). Se obtendrá una serie gastroduodenal si el examen endoscópico es equívoco o no se cuenta con recursos para hacerlo. Existen otros medios que nos pueden ayudar a determinar las causas y el sitio del sangramiento como la Angiografía y la Tomografía Axial Computarizada, aunque menos utilizados en la práctica clínica (22, 26).

Disminuir o detener la hemorragia y describir la causa del episodio.

Aunque la información diagnóstica que proporciona la endoscopia no parece haber ocasionado disminución de la hemorragia o mejor pronóstico, el tratamiento endoscópico si puede lograrlo; además ayuda a planear el tratamiento subsiguiente incluido el enfoque quirúrgico si este es necesario (25-27). Existen diferentes formas de tratamiento endoscópico, que han demostrado su efectividad en las numerosas causas de este síndrome (27-28).

Sangramiento de origen varicoso. En el siguiente cuadro se muestran los diferentes métodos para el control de las hemorragias varicosas agudas (25-31).

- A. Sin intervención: Vasopresina, Terlipresina, Somatostatina, Taponamiento con globo.
- B. Intervención no quirúrgica: escleroterapia endoscópica, embolización y escleroterapia transhepática.
- C. Intervención quirúrgica: derivaciones porto sistémicas de urgencia, transección esofágica, desvascularización esófagogástrica, ligadura con sutura de várices

El primer tratamiento que se recomienda es el endoscópico, que puede asociarse a la Vasopresina en el régimen inicial. El taponamiento con globo se reserva para situaciones especiales por la alta frecuencia de complicaciones como: aspiraciones, neumonitis, y lesiones esofágicas, algunos autores asocian a este proceder la antibioticoterapia profiláctica (27).

Utilizando un endoscopio de fibra óptica se puede controlar el episodio hasta en un 95% de los casos, con una frecuencia de recidiva de hasta un 25%. Este proceder se puede repetir a las 48 horas y después una o dos veces más a intervalos semanales (25, 30).

El empleo de la Vasopresina y Terlipresina (para disminuir la presión portal), puede llegar a controlar el evento hasta en el 80 % de los casos y si se combina con el taponamiento con globo hasta un 95 %. Se ha empleado con éxito el acetato de octriotide, análogo sintético de acción más prolongada que la somatostatina (30).

En los enfermos con reserva hepática pobre y como transición para el transplante, se ha empleado con éxito la derivación porto sistémica intrahepática transyugular (DPIT). Este método minimamente invasivo crea una derivación entre la vena porta y la hepática a través del hígado, los cuales aumentan la supervivencia y calidad de vida de estos pacientes (31).

Tratamiento quirúrgico.

La decisión de realizar una operación urgente depende más de la frecuencia y duración de la hemorragia que de su causa específica. En alrededor del 10 % de los pacientes, la mayoría presenta úlceras sangrantes y en menor medida várices esofágicas. La mortalidad es de un 30 % en los sujetos con hemorragias recidivantes y de un 3 % en los que no sucede esto. El índice de mortalidad es alto en ancianos y hospitalizados (30-31).

Los principales factores que determinan el diagnóstico y el enfoque terapéutico son la cantidad y velocidad de la hemorragia. Valoraciones de ambos parámetros deberán ser hechas de inmediato y de manera continua hasta que el problema haya sido resuelto. Es importante saber que la hemorragia se detiene en el 75 % de los casos; los restantes incluyen a los que requerirán tratamiento quirúrgico, los que experimentan complicaciones o fallecen (31).

Debido a la alta morbilidad por S.D.A. detectada en el servicio en los últimos años, se decide la realización de este trabajo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con el objetivo de determinar el comportamiento clínico del S.D.A. en los pacientes adultos mayores que acudieron a los servicios de urgencias, atención al grave (UCI, UCIM) y Cirugía General del Hospital Provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola" en el período comprendido desde enero del 2005 hasta diciembre de 2007.

Durante el período ingresaron en estos servicios un total de 101 pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de S.D.A. los cuales fueron incluidos.

Es por ello que el adulto mayor requerirá por parte de los servicios quirúrgicos una valoración distinta al resto de los pacientes con este diagnóstico (10).

Para la realización de este estudio se revisaron las historias clínicas en el departamento de archivo al egreso del paciente y los datos obtenidos fueron llevados a una base de datos diseñada al respecto con las variables de nuestro estudio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Durante el período estudiado ingresaron en el servicio de Cirugía del Hospital Provincial de Ciego de Ávila un total de 101 pacientes mayores de 60 años, con diagnóstico de S.D.A. los cuales se incluyeron en nuestro estudio, y fueron distribuidos en tablas y gráficos para determinar su comportamiento.

La Tabla No. 1 muestra que la mayor mortalidad se presentó en el grupo de etáreo de 60 a 74 años con 56 casos para un 55,4 %, predominando en el sexo masculino con 70 casos representando el 69,3 %. Estos datos coinciden con otros autores como Regalado García, donde el grupo etáreo más afectado fue el de 60 a 74 años predominando el sexo masculino con un 65% (4). Esto pudiera justificarse, de acuerdo con la literatura revisada por las alteraciones anatómicas y funcionales que se producen en el adulto mayor y explican la predisposición a en el adulto mayor a padecer de múltiples enfermedades digestivas entre ellas las que conducen al sangramiento digestivo (30-31). Sumado a esto que después de los 60 años en el estómago hay de un 15 a un 30 % de aclorhidria, especialmente en el hombre; dato que puede explicar que el sexo masculino fuese el más afectado (9, 11, 31).

En el gráfico 1 se pueden apreciar las causas más frecuentes de S.D.A encontradas en estos pacientes. De ellas la úlcera gástrica presentó el mayor número de casos, con 42 para un 41,58 %, seguida de la gastritis crónica con 26 para el 25,74% y la úlcera duodenal con 13 casos representando el 12,87%. Las otras afecciones se presentaron con menor frecuencia. Esto coincide con los estudios de Rocabruno y Martín en el anciano, donde la úlcera gástrica es mucho más frecuente que la duodenal y la proporción de tres úlceras duodenales por una gástrica se invierte, ya que más de la mitad de las úlceras del anciano están en la curvatura menor del estómago, además se plantea, que la tercera parte de las úlceras gástricas aparecen después de los 60 años y solo la décima parte de las duodenales después de esta edad (28).

Existen además factores asociados que facilitan la aparición de la enfermedad úlcero péptica, entre los que se destacan los que guardan relación con los hábitos o alteraciones frecuentes de estas edades: como el consumo de AINES o salicilatos por período extendidos de tiempo, la elevada frecuencia de reflujo duodeno biliar cuya acción detergente sobre el mucus gástrico disminuye su eficacia como barrera protectora, las alteraciones vasculares y la disminución de la velocidad de recambio de las células epiteliales (29). Estos datos explican frecuencia de la úlcera gástrica en el adulto mayor, al igual que la alta incidencia de gastritis crónica en correspondencia con los resultados (26) para un 25.7%. Por otra parte, algunos estudios contrariamente evidencian que un tercio de la población anciana no tiene ningún grado de gastritis; por lo que resulta difícil que la lesión atrófica de la mucosa sea una expresión final de envejecimiento (30). Estudios realizados plantean que la mayor incidencia de cáncer gástrico ocurre entre los 60 y los 74 años, siendo el tipo más frecuente el adenocarcinoma en un 95% de los casos, localizado más frecuentemente en el antro pilórico. Este dato se corresponde con lo encontrado en nuestro trabajo, aunque la incidencia de cáncer gástrico fue baja (28, 30-31).

En la Tabla No. 2 se relacionaron las principales causas de S.D.A según los tratamientos empleados. Se observa que, de los 101 pacientes, 82 recibieron tratamiento médico para 81, 1 % y 19 recibieron tratamiento quirúrgico para un 18,8 %. Lo que contrasta con la literatura revisada donde solo requieren

tratamiento quirúrgico menos del 5% de los pacientes. Las afecciones que conllevan al S.D.A, tienen un carácter más grave después de los 60 años: el 30% de las lesiones sangran a partir de esta edad (31). En el 85% de los pacientes la hemorragia se detiene a las pocas horas de la hospitalización, lo que coincidió con los resultados del trabajo del 81.1% (2529). Casi el 25% sangran después de haberse detenido la hemorragia inicial y de un 5 a un 10% se requiere operar para controlar el evento (29-31). Esto explica la respuesta favorable al tratamiento médico y porque solo un pequeño porcentaje requiere cirugía. En el trabajo se apreciaron cifras por encima de lo revisado en la literatura en cuanto a la necesidad de manejo con tratamiento quirúrgico, de un 18.8%; se considera están en relación con el no empleo de la endoscopia terapéutica en nuestro hospital.

En el gráfico 2 se muestran los procedimientos quirúrgicos utilizados en los 19 pacientes intervenidos en esta serie. En los estudios revisados el primer paso durante el tratamiento quirúrgico es la realización de una incisión de piloroplastia si el diagnóstico presuntivo es una úlcera duodenal hemorrágica, ligando con sutura el vaso sangrante, revisando el duodeno y el antro gástrico para detectar otras posibles lesiones, se cierra la incisión y se realiza una vagotomía troncal (19), si se trata de una úlcera gástrica se procede a realizar una gastrostomía, que como se puede apreciar fue la técnica quirúrgica más utilizada coincidiendo con la literatura revisada, siendo empleado el proceder en 10 casos para el 52.5%. La Vagotomía troncular con piloroplastia ocupó el segundo lugar en la elección de los casos con 6 pacientes para un 31.5%. Esto se justifica al ser la úlcera

Gástrica la entidad más frecuente en el adulto mayor. Si la pared posterior del bulbo ha sido destruida por una úlcera gigante es preferible la realización de una gastrectomía con gastroyeyunostomía de Billroth II, solo fue necesario realizar este proceder en 2 pacientes para un 10.4%. Este tipo de úlcera es especialmente sensible a sangrar si se deja en continuidad con el estómago, lo que justifica la elección. Las úlceras gástricas pueden tratarse mediante gastrectomía o vagotomía y piloroplastia en forma general (23).

En la Tabla No. 3 se relacionan las formas de tratamiento empleado y su estado al egreso. El tratamiento más empleado fue el tratamiento médico, utilizado en 82 pacientes, lo que coincide con la bibliografía consultada donde el 83% de los pacientes son tratados solamente de esta forma. El número de fallecidos fue de 16, representando un 15,8 % del total de la muestra. De los 82 pacientes que recibieron tratamiento médico fallecieron 8 para un 9,7 % y de los 19 que recibieron tratamiento quirúrgico fallecieron 8 pacientes para un 42,1 %. Al relacionar estas variables se comprueba una mayor mortalidad en el grupo de pacientes tratados quirúrgicamente, donde de 19 que recibieron tratamiento quirúrgico el 42.1% falleció. Regalado informa una mortalidad del 16,6% y señala una serie de autores con índices variables de 9 a 41% (4).

Numerosos estudios comparan el uso de la cirugía y endoscopia de los pacientes con S.D.A, quedando demostrada la efectividad de la cirugía en los pacientes de alto riesgo, aunque casi siempre estos episodios de resangrado pueden ser controlados con tratamiento endoscópico y la mayoría de los que requieren cirugía, tienen un desenlace fatal (27). Por las limitaciones con el empleo de este proceder en el Hospital no fue posible realizar comparaciones de esta índole. Estudios realizados evidencian que durante el envejecimiento no se producen modificaciones en la hematopoyesis basal, pero si en la capacidad de reserva (31).

La gráfica 3 muestra la correlación clínico patológica, donde podemos apreciar que existió correlación en 10 pacientes para un 62.5%. La literatura revisada señala al S.D.A como una de las principales entidades, que generan discrepancias clínicas patológicas siendo de un 42,9% en la serie revisada (28-31); en la nuestra las discrepancias ocuparon el 25% lo que se considera como tipo II según la Clase de discrepancia de Goldman (30). Se considera que las cifras más bajas de discrepancias se debieron a que a estos pacientes, por su estado, se les realizó endoscopias en más de una ocasión en su mayoría, lo que incrementa las posibilidades diagnósticas. Se dejaron de evaluar 2 casos a los que no se realizó la necropsia, por solicitud familiar.

CONCLUSIONES

El grupo etáreo más afectado fue el de 60 a 74 años y el sexo masculino el de mayor morbilidad. La principal causa de Sangramiento Digestivo Alto en nuestro estudio lo constituyó la úlcera gástrica presentándose en el 41.58% de los pacientes, seguida en orden de frecuencia por la gastritis crónica y la úlcera duodenal con 25.64% y 12.7% respectivamente.

Se observa que, de los 101 pacientes, 82 recibieron tratamiento médico para 81, 1 % y sólo 19 recibieron tratamiento quirúrgico para un 18,8 %.

La gastrostomía con ligadura del vaso sangrante fue el proceder quirúrgico más empleado.

La mortalidad fue más elevada en aquellos que recibieron tratamiento quirúrgico.

Existió correlación clínico patológica en 10 de los 16 pacientes fallecidos para un 62.5%.

ABSTRACT

A cross-section prospective descriptive study was carried out in Ciego de Ávila Docent Provincial Hospital "Dr. Antonio Luaces Iraola" from January/2005 to December/2007, with the purpose to know the morbimortality caused by high digestive bleeding of elder people. The universe of study included patients admitted to hospital with high Digestive Bleeding diagnosis with 60 years of age and more. The obtained results showed that the most affected age group was the one of 60 to 74 years and masculine sex the one of greater mortality. The gastric ulcer predominated over the rest of the causes (41.5%). The gastrostomy with ligation of the bleeding vessel was the surgical technique more used (52.5%). The group of 75 years of age and more presented a higher mortality (56, 2%), with a predominance of masculine sex, being higher in those patients who had a surgical treatment (42, 1%). The gastric ulcer was the pathology associated to greater mortality (43, 7%) and the hypovolemia was the main cause of death (62, 5%). This results show that high digestive bleeding keeps on being a health problem of difficult management in the urgency and surgical services of Ciego de Ávila Hospital.

Key words: HIGH DIGESTIVE BLEEDING

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Pichert JL. Safety and effectiveness of the modified Sengstaken-Blakemore tube: A prospective study. *Gastroenterology*. 2000; 34: 297-301.
2. Farreras Valenti P. *Medicina Interna*. 13ª ed. Barcelona: Doyma; 1996.
3. Piñol Jiménez F, Hernández Garcés H. *Curso de capacitación en endoscopía digestiva a la atención primaria de salud*. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2003.
4. Crespo Acebal L. Morbimortalidad por sangramiento digestivo alto en la Unidad de Cuidados Intermedios Quirúrgicos. Estudio en 365 pacientes. *Rev Cubana Med Intens Emerg* [serie en Internet]. 2002 [citado 20 Ene 2009]; 1(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol1_1_02/mie08102.htm
5. Zaltman C, Souza H, Siffert Pereira ME. Upper gastrointestinal bleeding in a Brazilian hospital: a retrospective study of endoscopic records. *Arq Gastroenterol*. 2003; 39(2):74-80.
6. Pou J. *Hemorragias gastrointestinales y hepáticas. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: María S.A; 2007.
7. Byron Creer MD. Efectos GE de los AINEs. *Avances en Gastroenterología y Hepatología*. *Rev Patol Digest Española*. 2001; 14(3): 23-31.
8. Gómez Juanola M, Machin Díaz MI, Roque Acanda K, Hernández Medena J. Consideraciones acerca del paciente geriátrico. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2003; 17(5):468-72.
9. Bockus. *Gastroenterology*. 5ta ed. Mexico: Interamericana; 1995.
10. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut*. 1996; 38:316-321.
11. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC, for the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. Selection of patients for early discharge or outpatient care after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Lancet*. 1996; 347:1138-1140.

12. Cipolletta L, Bianco MA, Rotondano G, Marmo R, Piscopo R. Outpatient management for lowrisk nonvariceal upper GI bleeding: a randomized controlled trial. *Gastrointest Endosc.* 2005; 55:1-5.
13. Jensen DM, Kovacs TOG, Jutabha R, Machicado GA, Gralnek IM, Savides TJ, Smith J, et al. Randomized trial of medical or endoscopic therapy to prevent recurrent ulcer hemorrhage in patients with adherent clots. *Gastroenterology.* 2003; 123: 407-413.
14. Murra Saca JA. Sangramiento del Aparato Digestivo. *Rev Gastroenterología del Salvador.* serie en internet 2004 citado 12 Mar 2005 ; 28(4): aprox. 10 p. Disponible en: <http://www.murrasaca.com/nt15.htm>
15. Marhoff N, Kaiser B. Digestive System. *Medline Plus Health Information.* serie en internet 2005 citado 12 Mar 2006 ; 20(4): aprox. 20 p. Disponible en: <http://medlineplus.adam.com/imagepage/1090.htm>
16. Leventhal E, Ruth R. Gastrointestinal Bleeding. *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy.* serie en Internet 2006 citado el 15 de marzo del 2007; 36(3): aprox. 10 p. Disponible en: <http://www.merck.com/pubs/mmanual/section3/chapter22>
17. Marhoff N, Kaiser B. Gastrointestinal Bleeding. *Medline Plus Health Information.* serie en internet .2006 citado 16 Mar 2007; 38(5): aprox 25p. Disponible en: <http://medlineplus.adam.com/ency/article/003133.htm>
18. Lowe RC. Primary prophylaxis of variceal hemorrhage. *Clin Liver Dis* 2004; 5(3): 665-76
19. Huang Y H: Endoscopic treatment of bleeding gastric varices by N-butyl-2-cyanoacrylate (Histoacryl) injection: long-term efficacy and safety. *Gastrointest Endosc.* 2000; 52(2): 160-7. 20. Conn HO. Portal hypertension, varices, and transjugular intrahepatic portosystemic shunts. *Clin Liver Dis* 2000; 4(1): 133-50.
21. Conn HO, Grace ND, Bosch J. Propranolol in the prevention of the first hemorrhage from esophagogastric varices: A multicenter randomized clinical trial. The Boston-New Haven/Barcelona Portal Hypertension Study Group. *Hepatology.* 1991; 13:902-912.
22. Cheng YS: Adjuvant sclerotherapy after ligation for the treatment of esophageal varices: a prospective, randomized long-term study. *Gastrointest Endosc* 2001; 53(6): 566-71.
23. Cao S, Monge H, Semba C. Emergency transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS) in an infant: A case report. *J Pediatr Surg.* 1997; 32:125-127.
24. Bosch J, Abraldes J, Groszmann R. Current management of portal hypertension. *J Hepatol.* 2003; 38: 54-68.
25. Bosch J, García Pagán C. Prevención de la hemorragia digestiva por hipertensión portal. En: Bosch J, García Pagán C. *Tratamiento de las enfermedades hepáticas y biliares.* La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2005. p. 161-168.
26. Gómez Juanola M, Machín Díaz MI, Roque Acanda K, Hernández Medena J. Consideraciones acerca del paciente geriátrico. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2001; 17(5):468-72.
27. Domínguez González TB, Espín Andrada AM, Bayarre Veá H. Características de las relaciones familiares del anciano. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2001; 17(5):418-22.
28. Rodríguez Paz C, Palacio Valdés A. Causas y mortalidad de la obstrucción intestinal en el anciano. *Rev Gastroenterol Mex.* 2005; 65(3):121-123
29. Martin E, Junod JP. *Manual de geriatría.* Barcelona: editorial Mason; 2005.p.116-22.
30. Rocabruno JC. *Tratado de gerontología y geriatría clínica.* La Habana: Ed. Academia; 1999.
31. Shambourek RD, Farrar JT. Disorder of the digestive system in the elderly. *New Eng J Med* 2005; 322(7):438-43.

ANEXOS

Tabla No. 1. Distribución de los pacientes según grupo etáreo y sexo.

Grupo Etáreo n= 101	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
60- 74	42	41.5	14	13.8	56	55.4
75 y más	28	27.7	17	16.8	45	44.5
Total	70	69.3	31	30.6	101	100

Fuente: Historias Clínicas.

Tabla No. 2. Relación causas de S.D.A. y tratamiento empleado.

Etiología n =101	Tratamiento médico		Tratamiento quirúrgico	
	No.	%	No.	%
Úlcera gástrica	35	34.6	7	6.9
Gastritis crónica	22	21.7	4	3.9
Úlcera duodenal	10	9.9	3	2.9
Pólipos	4	3.9	-	-
Duodenitis	3	2.9	-	-
Hernia Hiatal	4	3.9	-	-
Varices esofágicas	1	0.9	3	2.9
Cáncer gástrico	-	-	2	1.9
Divertículo duodenal	1	0.9	-	-
Úlceras de la unión esófago gástrica	1	0.9	-	-
Úlcera de la neoboca	1	0.9		
Total	82	81.1	19	18.8

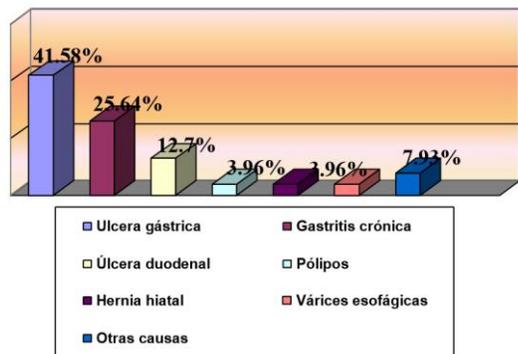
Fuente: Historias Clínicas.

Tabla No. 3: Relación del tratamiento empleado con el estado al egreso.

Tipo de Tratamiento n =101	Vivos		Fallecidos		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Médico	74	90.24	8	9.75	82	100
Quirúrgico	11	57.89	8	42.10	19	100
Total	85	100	16	15.8	101	100

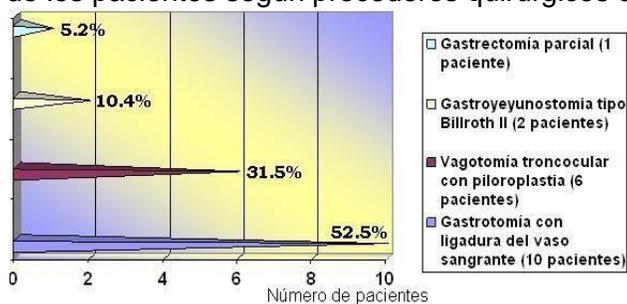
Fuente: Historias Clínicas.

Gráfico No. 1: Distribución de los pacientes según las principales causas de S.D.A.



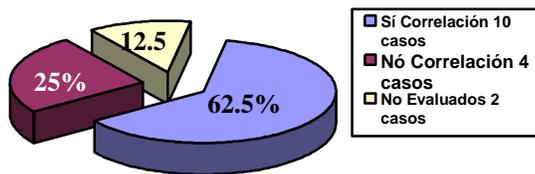
Fuente: Historias Clínicas.

Gráfico No. 2: Distribución de los pacientes según procedimientos quirúrgicos utilizados.



Fuente: Historias Clínicas.

Gráfico No. 3: Correlación Clínico – Patológica.



Fuente: Historias Clínicas y Protocolo de necropsias.