

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

Características clínico epidemiológicas de los adultos mayores ingresados por hemorragia digestiva alta en el Hospital General de Ciego de Ávila

Clinical epidemiological characteristics of older adults admitted for upper gastrointestinal bleeding in the General Hospital of Ciego de Ávila

Antonio Ernesto Cabrera Linares^I, Francisco Hernández González^{II}, Marisleidy Fernández González^{III}, Mailen Sánchez Águila^{IV}, Eberto Torres Mariño^V, Yanicel Hernández Guardarrama^{VI}.

RESUMEN

Introducción: la hemorragia digestiva alta es una emergencia médica y quirúrgica que continúa teniendo una elevada morbilidad a pesar de los avances terapéuticos de los últimos años.

Objetivo: describir las características clínicas y epidemiológicas de la hemorragia digestiva alta en los adultos mayores de 60 años ingresados durante el trienio 2012-2014.

Método: se realizó un estudio observacional, descriptivo transversal en el Hospital General Provincial Docente de Ciego de Ávila.

Resultados: predominaron el grupo de edades de 60 a 74 años y el sexo masculino. Las causas de hemorragia más frecuentes fueron: la úlcera gástrica, la gastritis erosiva y la úlcera péptica duodenal, y el tratamiento médico fue el más utilizado. La mortalidad fue mayor en los pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico, la hipovolemia y el fallo multiorgánico fueron las principales causas de muerte. La mayor mortalidad se presentó en el grupo de más 75 años y en el sexo femenino.

Conclusiones: la hemorragia digestiva alta constituye un problema de salud en el adulto mayor de 60 años y más de edad, sobre todo antes de los 74 años y en el sexo masculino. Las úlceras gástrica y duodenal, y la gastritis erosiva fueron las causas más frecuentes. El tratamiento médico resolvió el sangrado en la mayoría de los casos y la mortalidad fue superior en los ancianos intervenidos de forma quirúrgica.

Palabras clave: HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL/epidemiología, HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL/tratamiento farmacológico, HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL/cirugía, HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL/complicaciones, HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL/mortalidad, ANCIANO.

ABSTRACT

Introduction: upper gastrointestinal bleeding is a medical and surgical emergency that continues having high morbidity despite the therapeutic advances of the last years.

Objective: to describe the clinical and epidemiological characteristics of upper gastrointestinal bleeding in adults over 60 years admitted during the triennium 2012-2014.

Method: an observational, cross-sectional descriptive study was conducted at the General Provincial Teaching Hospital of Ciego de Ávila.

Results: the age group of 60 to 74 years and the male sex predominated. The most frequent causes of hemorrhage were: gastric ulcer, erosive gastritis and duodenal peptic ulcer, and medical treatment was the most used. Mortality was higher in patients who received surgical treatment, hypovolemia and multiorgan failure were the main causes of death. The highest mortality occurred in the group over 75 years old and in the female sex.

Conclusions: the upper digestive hemorrhage constitutes a health problem in the adult over 60 years of age and older, especially before 74 years of age and in the male sex. Gastric and duodenal ulcers, and erosive gastritis were the most frequent causes. Medical treatment resolved bleeding in most cases and mortality was higher in the surgically treated elderly.

Keywords: GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE/epidemiology, GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE/drug therapy, GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE/surgery, GASTROINTESTINAL

HEMORRHAGE/complications, GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE/mortality, AGED.

- I. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Profesor Asistente. Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
- II. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
- III. Doctor en Medicina. Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
- IV. Especialista de Primer Grado en Farmacología. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
- V. Máster Urgencias Médicas. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta (HDA) constituye una emergencia médicaquirúrgica que conlleva una mortalidad de hasta 25 % en adultos mayores hospitalizados, a pesar de los avances terapéuticos de los últimos años.⁽¹⁾ Se estima que aproximadamente 35-45 % de todos los pacientes con HDA se encuentran sobre los 60 años de edad y que más del 1 % de los adultos mayores de 80 años se hospitalizan cada año por esta causa, con un mayor riesgo de morbimortalidad.⁽²⁾

La HDA puede definirse como toda pérdida de sangre de cuantía suficiente como para producir hematemesis y melena, cuyo origen se localiza entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz, además de las producidas en un órgano vecino que vierten su contenido al tracto digestivo por conductos naturales (árbol biliopancreático) o patológicos (fistulas espontáneas, traumáticas, o quirúrgicas) o en el tramo limitado por los dos puntos referidos.⁽³⁾

Desde el punto de vista de su gravedad, la HDA puede abarcar desde la forma masiva aguda hasta las pérdidas sanguíneas crónicas e intermitentes.⁽⁴⁾ Los pacientes con HDA se presentan con frecuencia en los servicios 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 unidades de sangrado agudo, salas de cuidados intensivos o intermedios.⁽⁵⁾ La gravedad de este cuadro requiere de medidas encaminadas a lograr el control del sangrado y evitar una pérdida de sangre intensa con desequilibrio hemodinámico, estado de choque y posiblemente la muerte del enfermo.⁽⁴⁾

En la actualidad la HDA se presenta con mayor frecuencia en personas mayores de 60 años y, en consecuencia, con mayor número de enfermedades asociadas. Lo anterior ha estimulado la búsqueda de nuevas alternativas terapéuticas para mejorar los resultados en su tratamiento.⁽⁵⁾

El envejecimiento demográfico constituye uno de los temas que acaparan la atención de la sociedad cubana en la actualidad. Cuba desde hace varios años atraviesa una compleja situación por el cambio en la estructura de edad de su población como resultado de la evolución demográfica durante el siglo XX y lo que va del XXI. Según el Censo de Población y Vivienda de 2012, el grupo de personas de 60 años y más representaba el 18,3 % de la población total del país. Por lo cual Cuba clasifica entre los pocos países de Latinoamérica con un avanzado envejecimiento (superior al 72 %) y se pronostica que, para el año 2030, 30 % de la población esté envejecida.⁽⁵⁾

De la población total de Cuba 14,7 % son personas mayores de 60 años, y para la próxima década se pronostica un aumento de hasta 18 %. Los cálculos para el año 2025 dan como resultado que 25 % de los cubanos tendrán 60 años, con una relación de 156 adultos mayores por cada 108 niños. De cada 100 cubanos que nacen hoy, 75 van a vivir más allá de los 60 años. Aparejado a esto aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas tales como: cáncer, cirrosis hepática, enfermedad ulceropéptica y enfermedades cardiovasculares, entre otras. Es por ello que el adulto mayor de 60 años requerirá por parte de los servicios quirúrgicos una valoración distinta al resto

de los pacientes con este diagnóstico.⁽⁶⁾

En el Servicio de Cirugía General del Hospital General Provincial Docente de Ciego de Ávila existen evidencias de una alta morbilidad por HDA en los últimos años. Por tal razón, el objetivo de esta investigación es describir las características clínicas y epidemiológicas de la HDA en los adultos mayores de 60 años ingresados en la institución durante el trienio enero de 2012 a diciembre de 2014.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en un universo de 101 pacientes mayores de 60 años que acudieron al cuerpo de guardia de urgencia de cirugía general con impresión diagnóstica de HDA en el trienio enero de 2012 a diciembre de 2014. Las variables descritas fueron: edad, sexo, etiología, tratamiento empleado, mortalidad y causa de muerte. Durante la investigación se respetaron todas las normas éticas establecidas.

Se confeccionó una hoja para la recolección de los datos a partir de la información de las historias clínicas de los pacientes ingresados con diagnóstico de HDA. Se utilizó la estadística descriptiva para calcular los porcentajes y los resultados obtenidos se presentaron en tablas para su mejor comprensión.

RESULTADOS

El grupo de edades más afectado por la HDA fue el de 60-74 años (55,4%). Respecto al sexo, el masculino predominó en el grupo de 60-74 años (60%) y al contrario, el femenino en el grupo de 75 y más años (69,3%).

Tabla 1. Pacientes con hemorragia digestiva alta según edad y sexo

Grupo de edades (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
60-74	42	60,0	14	45,2	56	55,4
75 y más	28	40,0	17	54,8	45	44,6
Total	70	100,0	31	100,0	101	100,0

Fuente: Historias Clínicas.

Al caracterizar las causas que provocaron la HDA (tabla2), se identificaron en orden descendente y en primer lugar la úlcera gástrica (41,6%), en segundo la gastritis erosiva (25,7%) y en tercero la úlcera péptica duodenal (12,9%).

Tabla 2. Pacientes con hemorragia digestiva alta según causa etiológica que lo produce

Causas etiológicas	Pacientes	
	No.	%
Úlcera gástrica	42	41,6
Gastritis erosiva	26	25,7
Úlcera péptica duodenal	13	12,9
Várices esofágicas sangrantes	4	4,0
Cáncer gástrico	4	4,0
Hernia hiatal	4	4,0
Pólipos	3	3,0
Duodenitis erosiva	2	2,0
Divertículo duodenal	1	1,0
Úlcera de la unión esófago gástrica	1	1,0
Úlcera de la neoboca	1	1,0
Total	101	100,0

Respecto al tipo de intervención médica aplicada a la totalidad de pacientes con HDA (tabla 3), predominó el tratamiento médico en 82 de ellos, pues solo en 19 fue necesario el quirúrgico. Los

pólipos y la duodenitis erosiva fueron las causas donde predominó el tratamiento quirúrgico como forma de intervención médica.

La totalidad de pacientes con HDA causadas por várices esofágicas sangrantes, cáncer gástrico, hernia hiatal, divertículo duodenal y úlcera de la unión esofagogástrica, lograron controlar el sangrado con solo tratamiento médico. De igual manera ocurrió con las tres primeras causas donde la mayoría de los casos resolvieron con tratamiento médico: úlcera gástrica (83,3 %), gastritis erosiva (84,6%) y úlcera péptica duodenal (76,9%).

Tabla 3. Pacientes con hemorragia digestiva alta según tipo de intervención médica aplicada en relación con la etiología causante

Causas etiológicas	Total de pacientes	Tipo de intervención médica			
		Tratamiento médico		Tratamiento quirúrgico	
		No.	%	No.	%
Úlcera gástrica	42	35	83,3	7	16,7
Gastritis erosiva	26	22	84,6	4	15,4
Úlcera péptica duodenal	13	10	76,9	3	23,1
Várices esofágicas sangrantes	4	4	100	0	0
Cáncer gástrico	4	4	100	0	0
Hernia hiatal	3	3	100	0	0
Pólipos	4	1	25	3	75
Duodenitis erosiva	3	1	33,3	2	66,7
Divertículo duodenal	1	1	100	0	0
Úlcera de la unión esofagogástrica	1	1	100	0	0
Total	101	82		19	

En la tabla 4 al describir en los fallecidos (15,8% del total de ingresados) el tipo de intervención médica aplicada, se identificó que la mortalidad fue superior (42,1%) en los 19 pacientes tratados de forma quirúrgica, respecto a los 82 que solo recibieron tratamiento médico (9,8%).

Tabla 4. Pacientes con hemorragias digestiva alta fallecidos según el tipo intervención médica aplicada

Tipo de intervención médica	Número de pacientes	Fallecidos	
		No.	%
Tratamiento médico	82	8	9,8
Tratamiento quirúrgico	19	8	42,1
Total	101	16	15,8*

Nota: *se refiere al por ciento respecto al número total de pacientes.

Al representar en la tabla 5 las causas directas que provocaron las muertes en los 16 fallecidos, se identificaron en orden descendente: choque hipovolémico (63 %), fallo multiorgánico (19 %), tromboembolismo pulmonar (13%) y encefalopatía hepatoamoniaca (6%).

Tabla 5. Pacientes con hemorragia digestiva alta fallecidos según causa directa de la muerte

Causa directa que provocó la muerte N= 16	No.	%
Choque hipovolémico	10	63,0
Fallo multiorgánico	3	19,0
Tromboembolismo pulmonar	2	13,0
Encefalopatía hepatoamoniaca	1	6,0
Total	16	100,0

En la tabla 6 se describen la edad y el sexo de los fallecidos respecto al total de ingresados por HDA. En la edad el grupo de 75 y más años reportó la mayor cantidad (20% de los 45 ingresados fallecieron). Con relación al sexo, predominaron las fallecidas féminas (22,6 %) respecto a los masculinos (10,4%).

Tabla 6. Pacientes con hemorragia digestiva alta según grupo de edad y sexo de los fallecidos

Grupo de edades (años) N= 16	Pacientes con HDA			Fallecidos					
	Masculino	Femenino	Total	Masculino		Femenino		Total	
				No.	%	No.	%	No.	%
60-74	42	14	56	4	6,4	3	21,4	7	12,5
75 y más	28	17	45	5	8,6	4	23,5	9	20,0
Total	70	31	101	9	10,4*	7	22,6*	16	15,8*

Nota: *se refiere al porciento de fallecidos respecto al número total de pacientes ingresados.

DISCUSIÓN

La HDA es una condición médica frecuente con alta morbilidad y costos de hospitalización, capital humano y de transfusiones. En un estudio realizado por Contreras y cols.⁽⁷⁾ sobre los factores pronósticos de muerte en estos pacientes, predominó el sexo masculino (163 casos para 63,9 %) respecto al femenino (92 casos para 36,1 %).

En otra investigación sobre la caracterización del anciano con HDA, realizada en el Hospital Clínico Quirúrgico "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo", se identificaron como características predominantes el sexo masculino (65,0 %) y el grupo de edades de 60 a 69 años (52,5 %).⁽⁸⁾ Estos resultados coinciden con los obtenidos en la presente investigación, donde el grupo de edad más afectado fue el de 60-74 años (55,4 %) y el sexo masculino (60 %). Sin embargo, Oleaga Walters y cols.⁽⁹⁾ obtuvieron resultados similares respecto al grupo de edades, aunque respecto al sexo el número de mujeres fue igual al de hombres.

Los autores de un estudio realizado en la unidad de sangrado del Hospital "Virgen del Rocío" (Sevilla, España), identificaron a la úlcera gastroduodenal como causante de 40,60 % de los ingresos (18,40 % por úlcera gástrica y 22,20 % por úlcera duodenal) y a la hemorragia por hipertensión portal en 33,60 % de los casos. Sumadas, estas tres causas etiológicas llegan a ocupar las tres cuartas partes del total de los ingresados.⁽¹⁰⁾

Winograd y cols.,⁽¹¹⁾ en su investigación sobre endoscopia a pacientes con HDA no varicosa, demostraron que la úlcera péptica duodenal fue la principal causa etiológica (96 casos para 30,5 %). La localización gástrica resultó ser menos frecuente (45 enfermos para 14,3 %) y existieron algunos casos con doble lesión en ambas localizaciones anatómicas. Estos resultados coinciden con los obtenidos en la presente investigación.

Según otros resultados investigativos del Hospital "Virgen de las Nieves" (Granada, España), la incidencia mayor fue de ulcus duodenal, ulcus gástrico, lesiones agudas de la mucosa gástrica y el resto de las lesiones, quedando distribuidos de la siguiente forma: en el grupo I, 115 pacientes con úlcera duodenal, 69 con úlcera gástrica, 43 con erosiones agudas y 57 con otras causas; en el grupo II, 112 pacientes con úlcera duodenal, 78 con úlcera gástrica, 23 con erosiones agudas y 46 con otras causas; y en el grupo III, 118, 55, 28 y 90 respectivamente.⁽¹²⁾

Los autores García y cols.⁽¹³⁾ plantean en una revisión bibliográfica actualizada titulada *Algunas especificidades sobre la mortalidad asociada a la hemorragia por enfermedad úlcero-péptica gastroduodenal* que la conducta terapéutica se debe caracterizar por una evaluación rápida, pero sistemática del problema y un tratamiento eficaz y oportuno, idealmente de forma interdisciplinaria (cirujano, gastroenterólogo, endoscopista, imagenólogo intervencionista y patólogo clínico), con imprescindible apoyo del banco de sangre.

Relacionado con la mortalidad, se plantea que 80 %, aproximadamente, de los episodios de sangrado no varicoso esofágico ceden espontáneamente en las primeras 48 horas y provocan 3 % de mortalidad. Sin embargo, 20 % restante continúan sangrando y causan aproximadamente un porcentaje igual de defunciones. La proporción de fallecidos sobrepasa el 30 % cuando hay hemorragia recurrente (resangrado) y, en analogía, representan solo 3 % cuando no se produce. Globalmente, como mueren más los senescentes y los que presentan enfermedades crónicas de base, se acepta que mientras más anciano sea el paciente peor es su pronóstico y más rápida debe ser la decisión de operar.⁽¹³⁾ En la presente investigación los resultados de la mortalidad

(15,8% del total de ingresados) son similares a los publicados por estos investigadores.

En un estudio de 365 pacientes realizado en el Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto" sobre morbilidad por sangrado digestivo alto, el tratamiento no quirúrgico predominó sobre el tratamiento quirúrgico (91,44 % y 8,56 %, respectivamente) del total de la muestra. Del total de pacientes operados (60,71 %) correspondió a hemorragias por úlceras duodenales, resultado este que se correlaciona con series de estudios consultadas donde la úlcera duodenal es la causa de intervención por HDA más frecuente, sobre todo en ancianos que no toleran pérdidas de sangre repetidas o no se reponen adecuadamente, por lo que resulta menos riesgoso una laparotomía que episodios repetidos de hipovolemia.⁽¹⁴⁾

Los resultados de la actual investigación coinciden con los publicados por estos autores. Dado a que predominó el tratamiento médico como tipo de intervención, sobre todo en las HDA causadas por várices esofágicas sangrantes, cáncer gástrico, hernia hiatal, divertículo duodenal y úlcera de la unión esofagogástrica, donde solo con este tipo de tratamiento resolvieron el sangrado. De igual manera ocurrió con la úlcera gástrica, la gastritis erosiva y la úlcera péptica duodenal, donde la mayoría de los ingresados resolvieron con tratamiento médico. Sin embargo, no sucedió así en los pólipos y la duodenitis erosiva donde predominó el tratamiento quirúrgico.

Cruz Guillén y Sánchez Espinosa registran en su presentación sindromática del sangrado digestivo alto variceal y no variceal en un hospital público de segundo nivel del estado de Chiapas (México), altas por mejoría clínica (80 %), por defunción (14 %) y altas voluntarias (6 %), donde ninguno requirió intervención quirúrgica o cuidados intensivos.⁽¹⁵⁾

En un estudio sobre el uso del ácido tranexámico como variante terapéutica en pacientes con HDA no variceal en el Hospital Universitario "General Calixto García" de La Habana, González y cols.⁽¹⁶⁾ plantearon que la mayoría (97,1 %) de los pacientes de la muestra recibieron tratamiento médico y solo necesitaron tratamiento quirúrgico tres pacientes (2,9%). La mortalidad se presentó en dos pacientes (1,9%) del total: uno por paro respiratorio y otro por choque hipovolémico.

Otro estudio realizado en esta misma institución sobre el comportamiento de la hemorragia digestiva alta, dio como resultado que predominó el tratamiento médico (89% de los casos) sobre el quirúrgico (11 %). Fueron intervenidos quirúrgicamente 15 pacientes con várices gastroesofágicas (43 %), 12 con úlceras gastroduodenales (34 %) y ocho con gastroduodenitis agudizadas (23 %). Las técnicas quirúrgicas fundamentales en los casos de várices esofágicas fueron la gastrotomía y ligadura de las várices gastroesofágicas, en las úlceras gastroduodenales la duodenogastrotomía y ligadura de los vasos sangrantes en la úlcera. Solo en seis casos se realizó vagotomía troncular por el mal estado hemodinámico del paciente. En las gastroduodenitis agudas se aplicó la gastrectomía total.⁽¹⁷⁾ En relación con la investigación anterior también se informó que 94 % de los fallecimientos tuvieron como causa directa el choque hipovolémico. Resultado similar al obtenido en el presente estudio donde 63 % de los fallecidos fueron por esta causa.

CONCLUSIONES

La mayoría de adultos mayores de 60 años y más que ingresaron en el Hospital General Provincial Docente de Ciego de Ávila por hemorragia digestiva alta en el trienio 2012-2014, fueron del grupo de edades de 60 a 74 años y del sexo masculino. La úlcera gástrica, la gastritis erosiva y la úlcera péptica duodenal predominaron sobre el resto de las causas etiológicas. El tratamiento médico predominó sobre el quirúrgico como forma de intervención terapéutica para solucionar el sangrado. La mortalidad fue más elevada en los ancianos que recibieron tratamiento quirúrgico y las causas directas fueron: el choque hipovolémico, el fallo multiorgánico, el tromboembolismo pulmonar y la encefalopatía hepato-amoniaca. El grupo de edades de 75 años y más presentó mayor mortalidad, al igual que el sexo femenino (ambos con relación al total de casos que ingresaron).

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Granera Gutiérrez LF, Mejía W. Correlación entre la presentación clínica y los hallazgos endoscópicos, en pacientes hospitalizados por hemorragia digestivas sometidos a endoscopia digestivas altas, en el Hospital Alemán Nicaragüense, entre el 1 de enero 2012 al 31 diciembre 2016 [Internet]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2017 [citado 12 Feb 2016]. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/4296/1/96878.pdf>
2. García Encinas C, Bravo Paredes E, Guzmán Rojas P, Gallegos López R, Corzo Maldonado M, Aguilar Sánchez V. Validación del score de Rockall en pacientes adultos mayores con hemorragia digestiva alta no variceal en un hospital general de tercer nivel. Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. Ene 2015 [citado 12 Ene 2015];35(1):25-31. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v35n1/a03v35n1.pdf>
3. Martínez Lorenzo FY, Hidalgo Ávila M, Galbán González JA, Martínez Sarmiento A, Sinal Montalvo D, Jiménez Rodríguez D. Relación clínico-evolutiva de pacientes con cirrosis hepática y várices esofágicas tratados con propranolol para la prevención de la hemorragia digestiva. MediCiego [Internet]. 2016 [citado 12 Feb 2016];22(4):1-12. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2016/mdcs161a.pdf>
4. Farreras Valenti, P., Domarus A, Rozman C. Medicina interna. 13ra ed. Barcelona: Ediciones Doyma; 1997.
5. Colectivo de autores. Envejecimiento poblacional en Cuba. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 2016.
6. Acosta González D, Rodríguez Fernández Z, Fong Estrada JA, Pagés Gómez O. Caracterización del paciente anciano con hemorragia digestiva alta. MEDISAN [Internet]. Abr 2009 [citado 12 Feb 2016];13(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v13n2/san01209.pdf>
7. Contreras Maure LJ, Quesada Vázquez AJ, Soria Lao J. Factores pronósticos de muerte en pacientes con hemorragia digestiva alta. Multimed [Internet]. Jun 2015 [citado 4 Feb 2015];19(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/Documentos%20pdf/volumen19-3/07.pdf>
8. Pozo González A, Corimayta Gutiérrez Y, Jaime Carballo Y, Barbán Fernández L, Brizuela Pérez SM. Características clínicas del sangramiento digestivo alto. AMC [Internet]. Jun 2010 [citado 16 Feb 2016];14(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v14n3/amc080310.pdf>
9. Oleaga Walters JR, Hernández Mojena G, Carrasco García MR. Comportamiento del sangramiento digestivo alto en adultos mayores. Rev Cubana Tecnol Salud [Internet]. 2013 [citado 12 Abr 2014];4(2):[aprox. 4 p.] Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/download/130/174>
10. Garrido A, Márquez JL, Guerrero FJ, Leo E, Pizarro MA, Trigo C. Cambios en la etiología, resultados y características de los pacientes con hemorragia digestiva aguda grave a lo largo del periodo 1999-2005. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. May 2007 [citado 8 May 2017];99(5):275-9 Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v99n5/original5.pdf>
11. Winograd Lay R, Williams Guerra E, Rodríguez Álvarez D, Ramos Contreras JY, Guisado Reyes Y, Angulo Pérez O, et al. Endoscopia en la atención a pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa. Rev Cubana Med Mil Internet]. Jun 2015 [citado 8 Abr 2016];44(2):187-94. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v44n2/mil07215.pdf>
12. Jurado Hernández AM, Teresa Galván J, Ruiz-Cabello Jiménez M, Pinel Julián LM. Evolución en la epidemiología de la hemorragia digestiva alta no varicosa desde el año 1985 hasta 2006. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. May 2008 [citado 8 May 2017];100(5):273-7. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v100n5/original4.pdf>
13. García Orozco L, Piña Prieto LR, Rodríguez Fernández Z, Romero García LI, Escalona Rabaza

- M. Algunas especificidades sobre la mortalidad asociada a la hemorragia por enfermedad ulcerosa péptica gastroduodenal. MEDISAN [Internet]. May 2015 [citado 8 May 2016];19(5):658-74. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n5/san12195.pdf>
14. Crespo Acebal L, Gil Manrique L, Padrón Sánchez A, Rittoles Navarro A, Villa Valdés M. Morbimortalidad por sangramiento digestivo alto en la Unidad de Cuidados Intermedios Quirúrgicos. Estudio en 365 pacientes. Rev Cub Med Int Emer [Internet]. 2002 [citado 1 Mar 2017];1:46-52. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol1_1_02/mie08102.pdf
15. 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 [Internet]. Oct 2013 [citado 8 May 2014];29(5):449-57. Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2013/mim135b.pdf>
16. González Sosa G, Larrea Fabra ME, Falcón Córdova K, Pulido Barrientos O, Milián Valdés D, Pérez Chávez PJ. Uso del ácido tranexámico como variante terapéutica en pacientes con sangrado digestivo alto no variceal. Rev Cubana Cir [Internet]. Mar 2015 [citado 24 Mar 2015];45(1):34-42. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v54n1/cir05115.pdf>
17. Almeida Varela R, Pérez Suárez F, Díaz Elías JO, Martínez Hernández JA. Comportamiento de la hemorragia digestiva alta en el Hospital Universitario Calixto García. Rev Cubana Cir [Internet]. Mar 2011 [citado 24 Mar 2011];50(1):40-53. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v50n1/cir04111.pdf>
-

Recibido: 24 de abril de 2017

Aprobado: 23 de febrero de 2018

Dr. Antonio Ernesto Cabrera Linares
Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola"
Calle Máximo Gómez No.257, entre 4ta y Onelio Hernández. Ciego de Ávila, Cuba. CP.65200
Correo electrónico: anthony@ali.cav.sld.cu