

11215

2

1ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE POSGRADO

ON FEB 10 1987
LIBRERIA DE LA UNAM

TESIS QUE PRESENTA PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA

DR. JOSE LUIS GONZALEZ SILVA

MEXICO, D.F. FEBRERO DE 1987

BIBLIOTECA CENTRAL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION

La endoscopia y la radiología de doble contraste son estudios básicos en la investigación del paciente con problema gastrointestinal, y cada día su uso esta mas difundido e indiscriminado; tiene como inconveniente su costo y el acúmulo de trabajo de estos departamentos dentro de las instituciones.

Se ha demostrado que el aumento en el número de endoscopias en población abierta no se relaciona con el aumento en el número de cáncer del tubo digestivo superior, por lo que - Mann², Holdstock¹, describieron un sistema sencillo que permita al médico general determinar que pacientes requieren mayor estudio, sea radiológico o endoscópico. Este sistema debe poder ser aplicado por cualquier persona y podrá discriminar entre los pacientes que tienen patología severa como: úlcera péptica, estenosis esofágica y cáncer gástrico o esofágico, y los que tienen patología menor como: hernia hiatal, gastritis duodenitis y deberá tener un bajo porcentaje de error.

Horrocks³ ha reportado que estos sistemas pueden tener resultados alterados cuando se aplican a otra población diferente a la primera, pero siguen siendo útiles para seleccionar a pacientes de alto riesgo.

Este sistema nació investigando 27 características clínicas de pacientes con sintomatología gastrointestinal, se comparan con los resultados endoscópicos, usaron sistemas computarizados y técnica de análisis discriminativos tipo "step-

wise" y se quedaron con solo 6 características importantes: edad, sexo, historia de vómito, tabaquismo, hernia hiatal previa y úlcera péptica previa. Establecieron un puntaje y según sus tablas el punto de separación entre la patología mayor y la patología menor es de 412; los pacientes con puntaje mayor de 412 tienen alta incidencia de patología mayor; por ejemplo todos los pacientes con cáncer gástrico tuvieron un puntaje de 464; los pacientes con puntaje menor de 412 son considerados de bajo riesgo.

Usando este sistema se ha logrado disminuir el número de endoscopias en 25%; sólo se escapó 3% de patología mayor, sobre todo en mujeres jóvenes con úlcera péptica.

El objetivo de esta tesis es determinar la utilidad de este sistema aplicado a población mexicana para detectar pacientes de alto riesgo que el médico general deba enviar a estudio mas especializados, sea endoscopias o radiología, y así evitar enviar a todo paciente con sintomatología a estudio especializado, esto bajaría costos y evitaría molestias innecesarias.

MATERIAL Y METODOS:

Se aplicó el sistema de detección a 206 pacientes en que se realizó endoscopia y a 101 pacientes en que se realizó serie esofagogastroduodenal de doble contraste en la Unidad de Gastroenterología del Hospital General de México de la Secretaría de Salud. La hoja del cuestionario incluía las si--

TABLA PARA CALCULAR RIESGO DE ENFERMEDAD SERIA EN TUBO DIGESTIVO ALTO EN MUJERES

VOMITO	TABAQUISMO	ULCERA PEPTICA PREVIA	HERNIA HIATAL PREVIA	-50	E D 50-59	A D 60-69	+70
			SI	627	678	730	781
		SI	NO	548	599	651	702
	SI		SI	549	600	652	703
		NO	NO	470	521	573	624
SI			SI	554	605	657	708
		SI	NO	475	526	578	629
	NO		SI	476	527	579	630
		NO	NO	397	448	550	551
			SI	520	571	623	674
		SI	NO	441	492	544	595
	SI		SI	442	593	545	596
		NO	NO	363	414	466	517
NO			SI	447	498	550	601
		SI	NO	368	419	471	522
	NO		SI	369	420	472	523
		NO	NO	290	341	393	444

Traducción tomada de tabla de Hodstock, Gastroenterology 1986; 90:1164-9

TABLA PARA CALCULAR RIESGO DE ENFERMEDAD SERIA EN TUBO DIGESTIVO EN HOMBRE

VOMITO	TABAQUISMO	ULCERA PEPTICA PREVIA	HERNIA HIATAL PREVIA	-50	E D 50-59	A D 60-69	+70
			SI	698	749	801	852
		SI	NO	619	670	722	773
	SI		SI	620	671	723	734
		NO	NO	514	592	644	695
SI			SI	625	676	728	779
		SI	NO	546	597	649	700
	NO		SI	547	598	650	701
		NO	NO	468	519	571	622
			SI	591	642	694	745
		SI	NO	512	563	615	666
	SI		SI	513	564	617	667
		NO	NO	434	485	537	588
			SI	518	569	621	672
NO		SI	NO	439	490	542	593
	NO		SI	440	491	543	594
		NO	NO	361	412	464	515

Traducción tomada de: Holdstock, Gastroenterology 1986; 90: 1164-9

güientes preguntas:

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

HISTORIA DE VOMITO:

ANTECEDENTE DE HERNIA HIATAL:

ANTECEDENTE DE ULCERA PEPTICA:

PUNTAJE:

DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO O RADIOLOGICO:

Se utilizó para calcular el puntaje las tablas que se adjun--
tan.

Se consideró patologia menor:

Hernia hiatal	gastritis hipertrófica
duodenitis	gastritis alcalina
esofagitis	gastritis superficial
gastritis erosiva	granuloma en unión de gastroye- yunoanastomosis

Se consideró patologia mayor:

esclerodermia	úlcera duodenal
moniliasis	úlcera gástrica
carcinoma gástrico	úlcera esofagica
carcinoma esofágico	varices esofágicas
linfoma gástrico	acalasia

estenosis esofágico secundaria a esofagitis.

Se realizó estudio estadístico y se determinó el por-
centaje de enfermos graves con puntaje mayor de 412 y pacien-
tes con enfermedad menor con puntaje menor de 412.

RESULTADOS

Se revisaron 307 pacientes, a 101 se les realizó estudio radiológico; a 206 endoscopia. Ciento noventa y seis pacientes (3.8%) tuvieron patología menor, ciento dos (33.5%) - tuvieron patología mayor y nueve pacientes (2.7%) se consideraron normales.

De 144 pacientes con puntaje menor de 412, considerados como de bajo riesgo, ciento dieciocho (28.4%) tuvieron patología menor, concordando con su puntaje de bajo riesgo; 23-pacientes (7.4%) tuvieron patología mayor a pesar de estar en el puntaje de bajo riesgo.

De 163 pacientes con puntaje mayor de 412, considerados como de alto riesgo, setenta y ocho (25.4%) tuvieron patología mayor de acuerdo con su puntaje de alto riesgo, sólo-6 pacientes (1.9%) fueron normales en este grupo.

De 102 pacientes con patología mayor: 55 tuvieron úlcera péptica, doce (3.9%) tuvieron puntaje menor de 412, predominando en estos femeninas jóvenes como fué reportado por el autor; 43 pacientes (14%) tuvieron puntaje mayor de 412. Veinte pacientes tuvieron problema neoplásico, 19 de ellos -- (6.1%) tuvieron puntaje mayor de 412, sólo un (0.3%) menor de 412. Hubo trece pacientes con estenosis esofágica no neoplásica, 6 de ellos (2,%) con puntaje menor de 412. Cinco de -- ellos correspondieron a acalasia, siete (2.3%) tuvieron puntaje menor de 412.

De los 206 pacientes con endoscopia, 78 tuvieron patología mayor, de estos sesenta y dos (79%) tuvieron puntaje mayor de 412, dieciseis (20%) menor de 412. De 19 pacientes -- problema neoplásico, dieciocho (95%) tuvieron puntaje mayor -- de 412, sólo uno (5%) estuvo por debajo de 412. De los 37 pacientes con úlcera péptica, treinta (81%) tuvo un puntaje mayor de 412, siete (19%) estuvieron por debajo de 412. De -- los nueve pacientes con obstrucciones esofágicas no neoplásicas cinco (65%) estuvieron por arriba de 412, y cuatro (45%) -- por debajo. De 121 paciente con patología menor cincuenta y nueve (49%) estuvieron por arriba de 412, así como tres de -- los siete (43%) de los reportados como normales.

De 101 pacientes estudiados radiológicamente, veinticuatro (23%) tuvieron patología mayor, diecisiete (70%) tuvieron puntaje mayor de 412, siete (30%) menor de 412. Setenta y cinco (74%) tuvieron patología menor, cincuenta y seis de ellos -- (74%) estuvieron por abajo de 412 y diecinueve (26%) por arriba. Los 2 pacientes reportados como normales, estuvieron por arriba de 412. De los 18 pacientes con úlcera péptica, trece (72%) tuvieron puntaje mayor de 412 y cinco (28%) menor. La única neoplasia estuvo por arriba de 412. De las 4 obstrucciones esofágicas no neoplásicas dos (50%) estuvieron por arriba de 412 y dos (50%) por abajo.

La sensibilidad de este método es de .78 y la especificidad de .6, la exactitud de .64 y la x^2 es P menor de -- 0.001.

TABLA GLOBAL DE PACIENTES

	MENOR 412	MAYOR 412	TOTAL
NUMERO	144	163	307
NORMALES	3 (2.1%)	6 (3.6%)	9
PATOLOGIA MENOR	118 (81.9%)	78 (47.9%)	196
PATOLOGIA MAYOR	23 (16.%)	79 (48.5%)	102

TABLA PACIENTES CON ESTUDIO ENDOSCOPICO

	MENOR 412	MAYOR 412	TOTAL
NUMERO	82	124	206
NORMALES	4 (4.8%)	3 (2.3%)	7
PATOLOGIA MENOR	62 (75.6%)	59 (47.7%)	121
PATOLOGIA MAYOR	16 (19.6%)	62 (50.%)	78

TABLA PACIENTES CON ESTUDIO RADIOLOGICO

	NUMERO 412	MAYOR 412	TOTAL
NUMERO	63	38	101
NORMALES	0	2 (5.2%)	2
PATOLOGIA MENOR	56 (88.9%)	19 (50%)	75
PATOLOGIA MAYOR	7 (11.1%)	17 (44.8%)	24

TABLA PACIENTES REVISADOS ENDOSCOPICAMENTE

	ESCLERODEMIA	ULCERA DUODENAL	ULCERA GASTRICA	MONILIASIS	CA GASTRICO	ESTENOSIS PEPTICA NEOPLASICA	POLIPOS	VARICES ESOFAGICAS	CA ESOFAGICO	LINFOMA	ACALASIA	ULCERA ESOFAGICA
0 - 286	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
287 - 349	1	1	3	1	1	*	*	*	*	*	2	1
350 - 412	*	2	*	*	*	*	*	2	*	*	2	2
413 - 475	*	3	1	*	1	1	1	1	1	*	*	4
476 - 538	*	5	2	*	2	2	*	2	4	*	1	*
539 - 601	*	4	1	1	1	*	*	1	*	*	*	*
602 - 664	*	4	5	*	1	1	*	1	2	1	*	*
665 - +	*	2	1	*	5	1	1	*	*	*	*	*
T O T A L	1	21	13	2	11	5	2	7	7	1	5	7

TABLA PACIENTES REVISADOS ENDOSCOPICAMENTE

	METAPLASIA GASTRICA	GRANULOMA GASTROEYU- NOANASTOMOSIS	HERNIA HIATAL	GASTRITIS HIPERTROFICA	PSEUDOLINFOMA	HH + DUODENITIS	GASTRITIS ALCALINA	GASTRITIS CRONICA	GASTRITIS EROSIVA	ESOFAGITIS	NORMAL
0 - 286	*	*	*	*	*	*	*	*	1	*	*
287 - 349	*	*	6	*	*	*	*	7	8	2	1
350 - 412	1	2	9	1	*	*	1	16	5	2	2
413 - 475	1	*	7	*	*	*	*	16	3	4	4
476 - 538	*	*	4	*	*	*	*	7	4	*	*
539 - 601	*	*	*	*	*	*	1	6	1	3	*
602 - 664	*	*	1	*	*	*	*	*	*	*	*
665 +	*	*	*	*	2	*	*	*	*	*	*
T O T A L	2	2	27	1	2	-	2	52	22	11	4

TABLA DE PACIENTES REVISADOS RADIOLOGICAMENTE

	ULCERA DUODENAL	ULCERA GASTRICA	CA GASTRICO	ESTENOSIS ESOFAGICA NO NEOPLASICA	VARICES ESOFAGICA	ULCERA ESOFAGICA	METAPLASIA GASTRICA	HERNIA HIATAL	GASTRITIS	HH + DUODENITIS	DIVERTICULO ESOFAGICO	NORMAL
0 - 286	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
287 - 349.	3	*	*	1	*	*	*	29	1	2	*	*
350 - 412	1	1	*	1	*	*	1	18	1	3	1	*
413 - 475	2	2	*	1	*	*	*	7	*	1	*	2
476 - 538	2	1	*	*	1	*	*	6	*	*	*	*
539 - 601	2	1	*	*	*	1	*	3	*	*	*	*
602 - 664	2	*	1	1	*	*	*	1	*	*	*	*
665 - +	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
T O T A L	12	5	1	4	1	1	1	64	3	6	1	2

TABLA PACIENTES REVISADOS RADIOLOGICAMENTE

	PATOLOGIA MAYOR		PATOLOGIA MENOR		NORMAL		ULCERA PEPTICA		NEOPLASIA		OBSTRUCCION ESOFAGICA	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
MAYOR 412	17	68%	12	25%	2	100%	13	72%	1	100%	2	50%
MENOR 412	7	32	56	75	-	-	5	28	-	-	2	50
TOTAL	24	100	75	100	2	100	18	100	1	100	4	100

TABLA PACIENTES REVISADOS ENDOSCOPICAMENTE

	PATOLOGIA MAYOR		PATOLOGIA MENOR		NORMAL		ULCERA PEPTICA		NEOPLASIA		OBSTRUCCION ESOFAGICA	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
MAYOR 412	62	79	59	49	4	57	30	81	18	95	5	56
MENOR 412	16	21	62	51	3	43	7	19	1	5	4	44
TOTAL	78	100	121	100	7	100	37	100	19	100	9	100

T A B L A T O T A L

	PATOLOGIA MAYO		PATOLOGIA MENOR		NORMAL		ULCERA PEPTICA		NEOPLASIA		OBSTRUCCION ESOFAGICA	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
MAYOR 412	79	77	78	40	6	67	43	78	19	95	7	54
MENOR	23	23	118	60	3	34	12	22	1	5	6	46
TOTAL	102	100	196	100	9	100	55	100	20	100	13	100

DISCUSION:

El uso correcto de exámenes paramédicos siempre ha sido un punto a considerar sobre todo en consulta particular, - debido al alto costo de los mismos. Holdstock considera que - hasta el 25% de los estudios son innecesarios, por lo que - - existe inquietud de poder tener un método que con cierta precisión nos indique cuando es indispensable solicitarlos y - - cuando no.

Holdstock al describir su método refiere un error de 3% o sea que teniendo patología mayor tuvieron una puntuación menor de 412, con un ahorro de 26% de estudios; en nuestros - casos el error fue de 16% y el ahorro de 39.4%.

En los 78 pacientes con estudio endoscópico con patología mayor, existió un error de 19.6%, o sea que tuviera una - puntuación menor de 412. Y en los 24 pacientes con estudio - radiológico con patología mayor el error fue de 11.1%

En los 144 pacientes con patología menor el error fue de 39.7% correspondiendo a pacientes con patología menor que - tuvieron puntuación por arriba de 412.

En 75 pacientes con patología menor con estudios radiológicos el error fue de 25.3%, correspondiendo a los que - tuvieron puntuación mayor de 412, mientras que en 121 con estudios endoscópicos el error fue de 48.7%.

De los 20 pacientes con problema neoplásico, 19 tuvieron por arriba de 412 con error de 5%. En pacientes con úlcera péptica el error fue 21.7%, sobre todo en mujeres jóvenes,

en esto concordamos con lo reportado por el autor. En pacientes con problema estenótico esofágico no neoplásico el error fue de 46%.

El único paciente con neoplasia en que se realizó el estudio radiológico obtuvo puntuación de. 602.

En el estudio de Hoorrock de 1279 casos 536 fueron -- normales lo que representa 42%, mientras que en nuestro estudio de 307 casos 9 fueron normales lo que representa 2.9%, esto se debe probablemente a que todos estos enfermos fueron referidos por gastroenterólogos y no por médicos generales como en el estudio de Horrock; esta desproporción entre el número de normales en ambos estudios se refleja posteriormente en -- los porcentos que correspondieron a patología mayor y a patología menor.

Encontramos además otra patología que no fue considerada por el autor, siendo calificada por nosotros como patología mayor o menor quedando: patología mayor: polipos, divertículos esofágicos; y como patología menor: metaplasia intestinal, granuloma en gastroyeyuno anastomosis.

La exactitud fue de .64, la especificidad de .6, lo cual son muy bajas; la sensibilidad de .78 está en límites que pueden considerarse dentro de rango relativamente bueno, mientras que la X^2 si es estadísticamente significativa con menor de 0.001.

Por lo tanto concluyo que el método es deficiente para diferencia r patología mayor de menor porque 16% de patología mayor masarfa inadvertida.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Tampoco mejora la utilidad si tomamos por separado a los pacientes con estudio endoscópico unicamente o con estudio radiológico.

Esta diferencia puede deberse a la diferencia de medios, lo cual demuestra que debe tenerse cuidado al aplicar una tabla extranjera en nuestro medio, tal como lo menciona Horrock.

BIBLIOGRAFIA:

- 1-Holdstock. Prospective testing of a scoring system designed to improve case selection for upper gastrointestinal investigation. Gastroenterology, May 1986, 90(5), 1164-9
- 2-Mann. Scoring system to improve cost effectiveness of open access endoscopy. Br M Journal, Oct 1983, 287:937-40
- 3-Horrocks. Transfer of computer-aided diagnosis of dyspepsia from one geographical area to another. Gut 1976, 17, 640-644
- 4-Holdstock. Open access endoscopy services for general practitioners. Br.M. Journal, Feb 1979, 17:457-9.