



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11226
20/1/85
MSS

FACULTAD DE MEDICINA DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Clinica Hospital General de Zona No. 2

Diagnóstico de Sangrado de Tubo Digestivo Alto

TESIS

Que Presenta para Obtener el Grado de Especialidad en
Medicina Familiar

El Médico Cirujano
Jorge Meléndez Rascón

ASESOR

Dr. Francisco Espinoza Carpena

JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
Hermosillo, Sonora

V.60
Dr. Miguel A. Romero
Médico Cirujano
Profesor Titular del Curso

Hermosillo, Sonora Febrero 1985

TESIS CON
FALTA DE ORDEN



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.

- I N D I C E -

	Página.
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	1
JUSTIFICACION	4
MATERIAL Y METODOS	5
RESULTADOS	6
CONCLUSIONES	9
RECOMENDACIONES	11
BIBLIOGRAFIA	12
ANEXOS:	
CUESTIONARIO	
CUADROS	

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La hemorragia del tubo digestivo alto (STDA) es un problema al que tienen que enfrentársele no sólo el Gastroenterólogo, sino el médico de primer contacto, el pediatra, el internista y el cirujano.

A menudo plantea dificultades de carácter diagnóstico y terapéutico, puede ser grave y debe tomarse así, hasta que no se demuestre lo contrario. Además independientemente de la seriedad de la hemorragia, su causa puede ser un padecimiento -- grave por sí mismo, el diagnóstico de la causa de un STDA basándose únicamente en los datos clínicos, se establece sólo en un 60% de los pacientes. (9)

Idealmente un enfermo con STDA debe ser atendido en un hospital que disponga de todos los recursos técnicos actuales, por un equipo médico integrado por el internista o el gastroenterólogo, el endoscopista, el radiólogo, el cirujano y en ocasiones el hematólogo, así como personal de enfermería responsable y capacitado. En estas condiciones se pueden realizar los estudios diagnósticos necesarios y las medidas de tratamiento se fundan -- sobre bases firmes.

No obstante los notables avances en los recursos de diagnóstico alcanzado durante los últimos años, la mortalidad de los enfermos con STDA en general ha permanecido alrededor del -- 10%. (1)

Normalmente se vierte al tubo digestivo un promedio de 0.6 mm. de sangre al día, lo cual se ha demostrado con determinaciones hechas con eritrocitos marcados con Cr 51. En condiciones anormales puede haber salida de sangre en cantidades mayores a la luz de cualquiera de los órganos que forman el tubo digestivo. Las pérdidas de sangre de 50-200 cc. al día, pueden -- ser detectadas con la prueba del guayacol y pueden producir melena si se vierten a la luz intestinal en forma rápida. (7,8,10)

Esa hemorragia puede manifestarse clínicamente por:

- a).- La expulsión de sangre fresca ó no, por la boca, ano ó cualquier comunicación patológica -- del tubo digestivo a la piel.
- b).- Las consecuencias inmediatas o tardías de la pérdida de sangre.

Se denomina Hematemesis, al vómito que contiene sangre, la cual puede ser fresca, parcial o totalmente transformada en material grueso, de color café negrusco por la acción del jugo gástrico sobre la hemoglobina que la convierte en hematina -- ácida. Generalmente proviene de un punto proximal al ángulo de Treitz. Bastan unos cuantos mililitros de sangre para que se -- identifique como tal en el material vomitado.

Se le denomina Melena, a la evacuación de color negro, de olor fétido característico, a veces pegajosa y de aspecto brillante. En el 90% de las veces tiene su origen en el esófago, estómago o duodeno.

Si se introduce un litro o más de sangre en el estómago de una persona sana, puede tener evacuaciones de sangre roja en cuatro horas y los estudios para investigar sangre oculta en heces, permanece positiva hasta por 12 días. (8)

La sangre debe permanecer dentro del aparato digestivo alrededor de 8 horas, para que cobre el color negro, debido a los productos porfirínicos derivados de la hemoglobina, de lo -- contrario se expulsa de color rojo-marrón ó aún rojo-claro, si el sangrado es profuso, y el tránsito intestinal acelerado. Puede presentarse expulsión de sangre roja por recto, aunque es habitualmente por sangrado del tubo digestivo bajo, llamandosele -- Hematoquezia . (2,7)

La magnitud de la hemorragia y la edad guarda relación directa con la mortalidad. (3)

La hemorragia masiva de la parte alta del tubo digestivo es una urgencia frecuente, que puede definirse como la pérdida de sangre en cantidad suficiente, como para provocar choque hipovolémico.

La cantidad real de la pérdida sanguínea que se requiere para producir choque, varía de acuerdo a la conformación física, edad y condiciones generales del paciente, así como la velocidad del sangrado. La pérdida súbita del 20% ó más produce hipotensión, taquicardia y otros signos de choque. (Considerando que el volumen sanguíneo es de 75 ml./Kg. de peso corporal).
(4)

Aún cuando se tenga bien fundado el diagnóstico de una enfermedad que suele complicarse con hemorragia digestiva, siempre se debe de tratar de definir directa y objetivamente la causa de la hemorragia actual.

La Esofagogastroduodenoendoscopia es el primer procedimiento diagnóstico indicado en los casos de STDA. (4,5,6,7)

- J U S T I F I C A C I O N -

En la rotación por los servicios de urgencias adultos y de medicina interna del Hospital General de Zona No. 2 de Hermosillo, Sonora, durante nuestro entrenamiento como Residentes en la especialidad de Medicina Familiar, observamos que uno de los motivos de hospitalización de enfermos (pacientes) es san grado de tubo digestivo alto, diagnóstico que no es comprobado en forma objetiva por endoscopia ó radiologicamente con la premu ra y eficiencia debida, siendo establecido un manejo médico base do en la clínica, observándose la evolución clínica en las más - de las veces, en forma satisfactoria para posteriormente ser - - egresados con Dx de STDA sin haberse establecido un Dx causal ob jetivo por radiología o endoscópico.

Debido a que la unidad hospitalaria cuenta con perso nal preparado y con el equipo radiológico y endoscópico, se con sideró factible el estudio.

- O B J E T I V O -

I.- El establecimiento de un diagnóstico etiológico y/o causal del STDA en el C.H.G.Z. No. 2 del I.M.S.S., en base al estudio Endoscópico, Radiológico e Histopatológico de ser ne cesario, de todo paciente que ingrese con STDA.

- MATERIAL Y METODOS -

El presente estudio se realizó en el área de hospitalización de medicina interna del Hospital General de Zona No. 2 del I.M.S.S. de Hermosillo, Sonora, en el período comprendido del 1º de Mayo al 30 de Noviembre de 1984, fué un estudio TRANSVERSAL y DESCRIPTIVO.

El UNIVERSO DE TRABAJO se constituyó por 30 pacientes, 18 masculinos y 12 femeninos, que ingresaron con diagnóstico de sangrado de tubo digestivo alto, sin importar para su inclusión el presentar alguna otra patología. SE APLICARON LOS SIGUIENTES CRITERIOS DE INCLUSION:

- a).- Todos los pacientes deben ser mayores de 14 - - años de edad.
- b).- Que el diagnóstico a su ingreso sea Sangrado de Tubo Digestivo Alto ó que lo presente estando hospitalizado.

LOS CRITERIOS DE NO INCLUSION:

- a).- Los que no reunan los criterios de inclusión.

El trabajo consistió en un estudio clínico por interrogatorio directo, exploración física, revisión del expediente clínico y aplicación de un cuestionario que se anexa; el cual enmarca como principales puntos: diagnósticos de ingreso y egreso, reportes de SEGD y EGDE, exploración física y exámenes de laboratorio que se requirieron a su ingreso.

PROCOLO DE INVESTIGACION DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO

NOMBRE _____

EDAD _____ EDO. CIVIL _____

SEXO _____ ESCOLARIDAD _____

No. AFILIACION _____ OCUPACION _____

No. DE CAMA _____ SALA _____

FECHA/INGRESO _____ FECHA/EGRESO _____

DX. DE INGRESO _____

DX. DE EGRESO _____

ALTA DEL SERVICIO POR:

MEJORIA _____ DEFUNCION _____ VOLUNTARIA _____

OTRA CAUSA: _____

DATOS DEL INTERROGATORIO Y EXPLORACION FISICA:

1.- EMBRIAGUEZ: NO RECIENTE CADA SEMANA CADA MES

2.- DROGAS: NO FENILBUTAZONA K DIGITAL SALICILATOS ESTEROIDES.

3.- ANTECEDENTES: NO HAS ICCV I RENAL I RESP PVC CIRROSIS
QUEMADORAS D MELLITUS

4.- ANTECEDENTES DE DOLOR EN EPIGASTRIO: SI NO TIEMPO _____

- 5.- CIRUGIA: SI NO FECHA _____

- 6.- TIEMPO DE EVOLUCION: MENOS DE 1/4, 1-3/4, 1-3/12, 3-6/12
MAS DE 6/12, MAS DE UN AÑO _____
- 7.- DOLOR VACIO: SI NO POSPRANDIAL INMEDIATO POSPRANDIAL TARDIO
CONTINUO _____
- 8.- DOLOR POR TEMPORADAS: SI NO _____
- 9.- DOLOR DESPIERTA EN LAS NOCHES: SI NO _____
- 10.- CARACTER DEL DOLOR: SI NO QUEMANTE OPRESIVO COLICO

- 11.- DOLOR MOLESTIAS MEJORA: SI NO ALIMENTOS ANTIACIDOS VOMITOS
POSICION DE GATILLO EVACUACIONES
MOVIMIENTOS OTROS

- 12.- DOLOR MOLESTIAS AUMENTA: SI NO ALIMENTOS POSTURAL VOMITOS
DROGAS OTROS

- 13.- NAUSEAS: SI NO _____
- 14.- VOMITOS ANTES DEL SANGRADO: SI NO _____
- 15.- VOMITOS: NO SANGRE POZOS DE CAFE SANGRE ROJA _____
- 16.- DISFAGIA: SI NO GRADO _____ TIEMPO _____
- 17.- ANOREXIA: SI NO GRADO _____ TIEMPO _____
- 18.- SENSACION DE LLENURA: SI NO TIEMPO _____
- 19.- HISTORIA DE AGRURAS: SI NO AGRURAS — PIROSIS RETROESTERNAL

- 20.- HECES: NORMALES DIARREA ESTREÑIMIENTO MELENA SANGRE FRESCA

- 21.- PERDIDA DE PESO: SI NO MAS DE 3 KGS/MES NO CUANTIFICADA

- 22.- EXAMEN FISICO: NORMAL ATAQUE AL ESTADO GENERAL OBESO

3.- ICTERICIA: SI NO TIEMPO _____

4.- ESTIGMAS: SI NO _____

5.- DISTENSION ABDOMINAL: SI NO _____

6.- ASCITIS: SI NO _____

7.- HEPATOMEGALIA: SI NO BLANDA DURA NODULAR DURA Y NODULAR
NO PRECISADA _____

8.- ESPLENOMEGALIA: SI NO _____

9.- TUMORACION PALPABLE EN EPIGASTRIO: SI NO _____

10.- ESTRESS: SI NO MUERTE DIVORCIO ACCIDENTE CIRUGIA

11.- HISTORIA DE STDA: SI NO FECHAS _____

12.- EXAMENES DE LABORATORIO A SU INGRESO: Hb _____ Ht _____

LEUCOCITOS _____ BILIRRUBINAS: BI _____ BD _____

TGO _____ TGP _____ AMILASA _____ DHL _____

SEGD (RADIOLOGIA) SI NO FECHA _____

REPORTE DEL MEDICO RADIOLOGO: _____

ESOFAGOGASTRODUODENOENDOSCOPIA: SI NO FECHA _____

REPORTE DEL MEDICO ENDOSCOPISTA: _____

BIOPSIA: SI NO

REPORTE DE PATOLOGIA:

COMENTARIOS :-

- RE S U L T A D O S -

El universo de trabajo se constituyó de 30 pacientes, siendo 18 del sexo masculino y 12 del sexo femenino.

En la distribución por edades, el grupo etáreo de 55 a 64 años fué donde se presentaron mayor número de ingresos, 8 (26%), y la edad promedio de los pacientes fué de 48.7 años para los hombres y de 57.5 años para las mujeres; se encontró una menor frecuencia en edades avanzadas, 4 en mayores de 75 años (3 hombres y 1 mujer). (Cuadro No. 1)

La escolaridad fué baja en la mayoría de los pacientes incluidos en el estudio; primaria incompleta, 12 (40%); primaria completa, 5 (6%); analfabetas, 4 (13%); secundaria incompleta, 2 (6%); secundaria completa, 4 (13%). (Cuadro No. 2).

El estado civil de los pacientes fué: casados, 17 (56%); viudos, 7 (23%); solteros, 6 (20%); observándose que la mayoría de los pacientes son casados. (Cuadro No. 3)

La ocupación ó trabajo desempeñados por los pacientes estudiados del sexo masculino, predominaron los obreros y los pensionados, sumando un total de 15 de 18 (83% de los hombres) y el 50% del total estudiado. En las mujeres, la principal labor desempeñada fué la del hogar, 10 de 12, siendo el 33% del total de la muestra y el 83% del total de mujeres estudiadas. (Cuadro No. 4).

Se investigó sobre el hábito tabáquico, ingesta de bebidas alcohólicas ó la ingestión de farmacos en los pacientes estudiados, observándose que presentaron tabaquismo positivo en 14 (46%), alcoholismo en 9 (30%) y la ingestión de farmacos en 16 (53%); en todos los reglones estudiados predominaron los varones. (Cuadro No. 5).

También se investigó sobre el tipo de fármaco, haciéndose una determinación específica de los mismos, observándose predominio de los analgésicos. (Cuadro No. 6).

La presentación de los síntomas y signos que predominaron en los pacientes estudiados fué: Hematemésis, en 14 hombres y 10 mujeres; melena, en 14 hombres y 8 mujeres; y dolor abdominal, en 14 hombres y 10 mujeres. (Cuadro No. 7)

A los pacientes cirróticos (5) se les agrupó en un cuadro por edad y sexo, siendo 3 mujeres y 2 hombres; a un paciente de los 5 se le practicó SEG D, a ninguno EGDE, un hombre y 2 mujeres tenían antecedente de STDA, los cuales fallecieron en este ingreso; un hombre y una mujer fueron egresados por mejoría y un hombre se egresó por alta voluntaria. (Cuadro No. 8)

Los principales diagnósticos a el ingreso hospitalario de los pacientes se agruparon en un solo cuadro, donde observamos que los diagnósticos predominantes fueron: STDA, ULCERA en sus diversas localizaciones y gastritis de diversos grados. (Cuadro No. 9)

Los pacientes diagnosticados con úlcera y que se comprobó en forma indirecta y en forma objetiva por endoscopia, se agruparon en un cuadro en el cual podemos observar que predominaron los gástricos seguidos por las bulboduodenales.

La de boca anastomótica se visualizó por SEG D y EGDE, al igual una de curvatura mayor en la cual se practicaron ambos estudios. (Cuadro No. 10)

Los pacientes a los cuales se les diagnóstico gastritis en sus diversas formas clínicas, se les agrupó en un cuadro en el cual observamos que la gastritis aguda predominó en los hombres y la crónica en las mujeres. (Cuadro No. 11)

Del total de estudios que se practicaron a los pacientes participantes del estudio (30 en total), sólo a 8 hombres y 6 mujeres se les realizó SEGD y a 6 hombres y 6 mujeres EGDE, lo que nos muestra un muy alto número de pacientes a los cuales no se les practicó ningún estudio con el cual se pudiese comprobar en forma objetiva la causa ó sitio de sangrado. (Cuadro No. 12).

También se tomó en cuenta el número de días de evolución del cuadro clínico, previo a su ingreso observándose predominantemente que fué de menos de 7 días. (Cuadro No. 13).

La causa de egreso hospitalario fué, en su mayoría, por mejoría, 25 de 30; las altas voluntarias, una fué por no desear permanecer hospitalizado, con diagnóstico de gastritis erosiva; y uno por diagnóstico de probable cáncer gástrico que este nosaba el píloro; las defunciones fueron de 2 mujeres con cirrosis hepática y una paciente con D.M. e I.R.C. (Cuadro No. 14).

En los diagnósticos de egreso, en cuanto a STDA, se sufrieron modificaciones importantes, observándose más como efecto de una patología que como diagnóstico sin causa etiológica, - el diagnóstico de procesos ulcerosos confirmados por endoscopia ó radiología, se elevó al igual que el de gastritis en sus diversas formas clínicas, los demás diagnósticos no variaron ya que son padecimientos crónicos. (Cuadro No. 15)

CUADRO No. 1

DIAGNOSTICO DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 2 IMSS HERMOSILLO, SONORA.

FRECUENCIA DE CASOS POR EDAD Y SEXO

PERIODO: MAYO - NOVIEMBRE DE 1984.

EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS	S E X O	
	H O M B R E S	M U J E R E S
15 - 24	2	1
25 - 34	4	0
35 - 44	3	1
45 - 54	2	1
55 - 64	2	6
65 - 74	2	2
75 - 84	2	0
85 - 94	1	1
T O T A L	18	12

FUENTE: Interrogatorio directo, Expediente
clínico.

CUADRO No. 2

DIAGNOSTICO DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 2 IMSS HERMOSILLO, SONORA.

ESCOLARIDAD DE LOS 30 PACIENTES ESTUDIADOS

PERIODO: MAYO - NOVIEMBRE DE 1984

ESCOLARIDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%.
PRIMARIA INCOMPLETA	5	7	12	40
PRIMARIA COMPLETA	3	2	5	16
SECUNDARIA INCOMPLETA	2	0	2	6
SECUNDARIA COMPLETA	3	1	4	13
PREPARATORIA	1	0	1	3
LICENCIATURA	2	0	2	6
ANALFABETAS	2	2	4	13
TOTAL	18	12	30	

FUENTE: Interrogatorio directo, Expediente clínico.

CUADRO No. 3

**DIAGNOSTICO DE SANGRADO DE TUVO DIGESTIVO ALTO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 2 IMSS HERMOSILLO, SONORA.**

ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS

PERIODO: MAYO - NOVIEMBRE DE 1984

ESTADO CIVIL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
CASADOS	10	7	17
VIUDOS	3	4	7
SOLTEROS	5	1	6
T O T A L	18	12	30

FUENTE: Interrogatorio directo, Expediente clínico.

CUADRO No. 4

DIAGNOSTICO DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 2 IMSS HERMOSILLO, SONORA.

OCUPACION DE LOS 30 PACIENTES ESTUDIADOS

PERIODO: MAYO - NOVIEMBRE DE 1984

O C U P A C I O N	HOMBRES	MUJERES	%.
OBRREROS	10	-	33
HOGAR	-	10	33
PENSIONADOS	5	1	20
PROFESIONISTAS	2	-	6
ESTUDIANTES	1	1	6

FUENTE: Interrogatorio directo, Expediente -
clínico.

CUADRO No. 5

DIAGNOSTICO DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 2 IMSS HERMOSILLO, SONORA.

FRECUENCIA DE TABAQUISMO, ALCOHOLISMO O INGESTION DE
FARMACOS EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS CON
DIAGNOSTICO DE SANGRADO EN TUBO DIGESTIVO ALTO

PERIODO: MAYO - NOVIEMBRE DE 1984

	H O M B R E S		M U J E R E S	
	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO
TABAQUISMO	11	7	3	9
ALCOHOLISMO	9	9	0	12
FARMACOS	9	9	6	6

FUENTE: Interrogatorio directo, Expediente clínico.

CUADRO No. 6

DIAGNOSTICO DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 2 IMSS HERMOSILLO, SONORA.

FARMACOS DE USO CORRIENTE EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS.

PERIODO: MAYO - NOVIEMBRE DE 1984

PACIENTES		F A R M A C O S						
EDAD	SEXO	ASA	DIP.	NAP.	FUR.	ANTIM	DIG.	OTROS
19	M	X						
27	M		X					
36	M		X					
44	M				X			X
47	M	X			X		X	X
50	M	X						
68	M			X				
84	M					X		
91	M		X	X		X	X	
36	F			X				
50	F			X				
55	F				X			X
62	F	X						
66	F				X			X

FUENTE: Interrogatorio directo, Expediente clínico.

ASA: Acido acetilsalicílico.

DIP: Diproona

NAP: Naproxen

FUR: Furosemide

ANTIM: Antimicrobianos

DIG: Digital

CUADRO No. 7

DIAGNOSTICO DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 2 IMSS HERMOSILLO, SONORA.

FRECUENCIA DE PRESENTACION DE SIGNOS Y SINTOMAS DE LOS
PACIENTES ESTUDIADOS CON DIAGNOSTICO DE STDA A SU INGRESO

PERIODO: MAYO - NOVIEMBRE DE 1984.

SIGNOS Y SINTOMAS	HOMBRES	%*	MUJERES	%*
HEMATEMESIS	14	77	10	83
MELENA	14	77	8	66
DOLOR ABDOMINAL	14	77	10	83

FUENTE: Interrogatorio directo, Expediente clínico.

* Porcentajes ajustados al número de hombres y mujeres estudiados.

CUADRO No. 8

DIAGNOSTICO DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 2 IMSS HERMOSILLO, SONORA.

FRECUENCIA DE PACIENTES CIRROTICOS QUE PRESENTARON STDA.

PERIODO: *MAYO - NOVIEMBRE DE 1984

EDAD EN AÑOS	S E X O	SEGD	EGDE	SANGRADO ANTERIOR	ALTA POR:
44	MASCULINO	NO	NO	1	MEJORIA
58	MASCULINO	SI	NO	NO	VOLUNTARIA
63	FEMENINO	NO	NO	NO	MEJORIA
63	FEMENINO	NO	NO	5	DEFUNCION
66	FEMENINO	NO	NO	2	DEFUNCION

FUENTE: Expediente clínico, interrogatorio directo.

CUADRO No. 9

DIAGNOSTICO DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 2 IMSS HERMOSILLO, SONORA.

PRINCIPALES DIAGNOSTICOS DE LOS PACIENTES A SU
INGRESO HOSPITALARIO

PERIODO: MAYO - NOVIEMBRE DE 1984

D I A G N O S T I C O S	I N G R E S O	
	HOMBRES	MUJERES
S.T.D.A.	18	10
ULCERA*	8	2
GASTRITIS**	8	2
CIRROSIS HEPATICA	2	3
VARICES ESOFAGICAS	0	3
DIABETES NELLITUS	2	5
HIPERTENSION ARTERIAL	2	2
INSUF. RENAL CRONICA	1	1
PADECIMIENTO VASCULAR CEREBRAL	1	0

* Todos los tipos de ulcera: esofágica, gástrica, etc.

** Todos los tipos.

CUADRO No. 10

DIAGNOSTICO DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 2 IMSS HERMOSILLO, SONORA.

DIAGNOSTICO DE ULCERA PEPTICA POR RADIOLOGIA Y ENDOSCOPIA

PERIODO: MAYO - NOVIEMBRE DE 1984

U L C E R A		S E G D		E G D E	
		HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
GASTRICA	CURVATURA MAYOR		2	1	
	CURVATURA MENOR			4	
BULBODUODENAL			1	2	
DUODENO		1			
BOCA ANASTOMOTICA		1		1	
ESOFAGO					1

FUENTE: Expediente clínico.

CUADRO No. 11

DIAGNOSTICO DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 2 IMSS HERMOSILLO, SONORA.

DIAGNOSTICO DE GASTRITIS POR RADIOLOGIA,
ENDOSCOPIA Y CLINICAMENTE.

PERIODO: MAYO - NOVIEMBRE DE 1984

G A S T R I T I S		CLINICA		S E G D		E G D E	
		HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
A G U D A	EROSIVA	5	3	-	-	3	-
	SUPERFICIAL	-	-	-	-	2	1
C R O N I C A	HIPOTROFICA	1	1	1	2	1	2
	SUPERFICIAL	-	-	-	1	-	2

FUENTE: Expediente clínico.

CUADRO No. 12

DIAGNOSTICO DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 2 IMSS HERMOSILLO, SONORA.

FRECUENCIA DE ESTUDIOS RADIOLOGICOS Y ENDOSCOPICOS REALIZADOS.

PERIODO: MAYO - NOVIEMBRE DE 1984

ESTUDIO	A N T E R I O R		A C T U A L	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
S E G D*	0	1	8	6
E G D E**	2	3	6	6
S E G D E G D E	0	0	3	2
NO SEGD NO EGDE	0	0	6	1

FUENTE: Interrogatorio directo, Expediente clínico.

* Serie esofagogastroduodenal

** Esofagogastroduodenoendoscopia

CUADRO No. 13

DIAGNOSTICO DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 2 IMSS HERMOSILLO, SONORA.

TIEMPO DE EVOLUCION DEL CUADRO CLINICO DE
SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO PREVIO A SU INGRESO

PERIODO: MAYO - NOVIEMBRE DE 1984

D I A S	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
1-7	13	10	23
8-28	4	2	6
MAS DE 28	1	0	1
T O T A L	18	12	30

FUENTE: Interrogatorio directo, Expediente clínico.

CUADRO No. 14
DIAGNÓSTICO DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 2 IMSS HERMOSILLO, SONORA.

CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO

PERIODO: MAYO - NOVIEMBRE DE 1984

C A U S A	HOMBRES	MUJERES
MEJORIA	15	10
VOLUNTARIA	2	0
DEFUNCION	1	2
T O T A L	18	12

FUENTE: Expediente clínico.

CUADRO No. 15

DIAGNOSTICO DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 2 IMSS HERMOSILLO, SONORA.

PRINCIPALES DIAGNOSTICOS DE LOS PACIENTES A SU
INGRESO Y EGRESO HOSPITALARIO.

PERIODO: MAYO - NOVIEMBRE DE 1984

D I A G N O S T I C O S	I N G R E S O		E G R E S O	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
S.T.D.A.*	18	10	5	4
ULCERA**	8	2	9	3
GASTRITIS***	8	2	8	7
CIRROSIS HEPATICA	2	3	2	3
VARICES ESOFAGICAS	0	3	0	3
DIABETES MELLITUS	2	5	2	5
HIPERTENSION ARTERIAL	2	2	2	2
INSUF. RENAL CRONICA	0	0	1	1
PAD. VASCULAR CEREBRAL	1	0	1	0

FUENTE: Expediente clínico.

* Sangrado de tubo digestivo alto.

** Todos los tipos de ulcera: esofágica, gástrica, etc.

*** Todos los tipos.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- CONCLUSIONES

- 1.- Encontramos que el grupo etáreo de 55 a 64 años en las mujeres fué el más afectado y que el grupo etáreo de los hombres más afectado, fué el de los 25 a los 34 años.
- 2.- Que el nivel de escolaridad fué muy bajo en la población estudiada (primaria incompleta 40% y nulo en el 13%).
- 3.- La mayor parte de los pacientes masculinos eran obreros ó pensionados y que la inmensa mayoría de las mujeres laboraban en el hogar.
- 4.- Que el alcoholismo y la ingestión de farmacos son agentes causantes de STDA, dado que así se observó en 3 pacientes, en los cuales no se tenía ningún antecedente de sintomatología gastrointestinal previa a haber ingerido bebidas alcohólicas ó farmacos como ASA, Naproxen ó dipirona.
- 5.- Que los pacientes cirróticos con varices esofágicas y antecedentes de sangrado anterior, su pronóstico es más severo.
- 6.- Que las principales causas de STDA, fueron las úlceras gástricas y procesos inflamatorios gástricos agudos (gastritis).
- 7.- Dado que el padecimiento representa, para el médico, un estado de alerta, para el paciente fué la causa principal de consulta.
- 8.- Que no se comprobó en forma objetiva el origen del sangrado en los pacientes cirróticos.
- 9.- Que sólo al 44% (8) de los hombres y al 50% (6) de las mujeres que presentaron STDA, se les practicó SEGD. El motivo principal encontrado, por el cual no se practicó el es-

tudio radiológico, fué porque el equipo de Radiología estaba fuera de servicio por falla mecánica y en segundo lugar, por demanda de estudios solicitados por los diversos departamentos clínicos y que sólo se cuenta con un equipo radiológico con fluoroscopia.

- 10.- La EGDE sólo se realizó en el 33% (6) de los hombres y en el 50% (6) de las mujeres, los principales motivos fueron las condiciones clínicas de los pacientes que no permitieron ser llevados a la sala de quirófano en donde se realizan dichos estudios; segundo, que el endoscopista no está adscrito de base, y que actualmente no contamos con el mismo.

- RECOMENDACIONES -

- 1.- La existencia permanente de personal capacitado para llevar a cabo estudios endoscópicos.
- 2.- La necesidad de equipo radiológico en buenas condiciones y en número suficiente para atender la demanda que origina el ser ésta una unidad de segundo nivel.
- 3.- Establecer rutas críticas para el estudio de todo paciente que presente S.T.D.A.

- BIBLIOGRAFIA -

- 1.- Denbesten L.: The gastrointestinal intensive care unit. - Surgery, 142-404, 1976.
- 2.- J.J. Villalobos: Gastroenterología Tomo II. 1a. Edición. México: Edit. Mendez Oteo, 1981: 762.
- 3.- Aronson A.R.: Upper gastrointestinal hemorrhage. N.Y. State J. Med.- 73-1783, 1973.
- 4.- Carbone J.V., Brandborg Ll. L., Silverman S.Jr.: Sistema Digestivo e Hígado. En: Krupp M.A., Chatton M.J., eds.: Diagnóstico clínico y tratamiento. 18a. Edición. México: El manual moderno, 1983. 1348-1350.
- 5.- Zuckerman G.R.: Gastrointestinal bleeding. En: Freitag J. J. Miller L.W.; Manual of Medical Therapeutics. 23rd. Edition Boston: Little, Brown and Company 1980: 253-260.
- 6.- Clement D.J., Meyer G.W.: Peptic Ulcer disease, part I. - Practical Gastroenterology 7(2): 52-60. Marz-Apr '83.
- 7.- Gastrointestinal bleeding. En: The merk manual. 13a. Edition, Rahway N.J., Ed. Merk Sharp and Dohme Research Laboratories, 1977: 764-767.
- 8.- Schoen A.M. Gastritis Aguda. En: Bockus: Gastroenterología. 2a. Edición. Barcelona 1968: Vol. I: 372-388.
- 9.- Boom R.A. y cols.: Diagnóstico de Hipertensión porta y/o in suficiencia hepática en pacientes con hemorragia del tubo digestivo alto utilizando análisis de regresión logística, Rev. Gastroenterología Mex., 49(2): 91-95, 1984.
- 10.- Bogosh A. Hematémesis y melena. En: Bockus: Gastroenterología. 2da. Edición. Barcelona 1968: Vol. I. 650-708.