

11226
86
Fj

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL PUEBLA.**

**PRONOSTICO DEL PACIENTE CON SANGRADO GASTROINTESTINAL ALTO:
VALORACION PROSPECTIVA DE UN INDICE NUMERICO.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

LAURA MONDRAGON CUEVAS.

PUEBLA, PUE.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1997



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

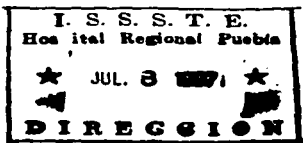
**PRONOSTICO DEL PACIENTE CON SANGRADO GASTROINTESTINAL ALTO:
VALORACION PROSPECTIVA DE UN INDICE NUMERICO**


**TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:


LAURA MONDRAGON CUEVAS

AUTORIZACIONES:




DRA. ANAVELLE HERNANDEZ SOSA
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES EN PUEBLA.

DR. IGNACIO ESCALANTE SANDOVAL
GASTROENTEROLOGO DEL HOSPITAL REGIONAL
ASESOR DE LA TESIS
ISSSTE PUEBLA


DRA. CLAUDIA T. MONOBE HERNANDEZ
ASESORA DE TESIS UNAM.
PROFRA. DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM.


DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE.

**PRONOSTICO DEL PACIENTE CON SANGRADO GASTROINTESTINAL ALTO:
VALORACION PROSPECTIVA DE UN INDICE NUMERICO**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

LAURA MONDRAGON CUEVAS.

AUTORIZACIONES.



**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA.
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR. U.N.A.M.**



**DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY.
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.**

INDICE

	Pág.
Marco teórico	1
Planteamiento del Problema	9
Justificación	10
Objetivos	11
Metodología	12
Resultados	17
Análisis	26
Conclusiones	28
Anexos	30
Bibliografía	32

MARCO TEORICO.

En las últimas décadas el papel del médico familiar ha venido a tomar su adecuada dimensión dentro de las especialidades de la medicina, es evidente que los padecimientos no surgen de manera súbita o aislada, sino que se originan en un contexto más amplio pero perfectamente definido que se inicia en el ámbito familiar, de trabajo y social. Así el objeto de estudio del médico familiar es precisamente el ámbito inmediato familiar del paciente, y es en este terreno donde cobra la mayor significancia el ejercicio de su profesión, haciéndose notar su importancia en la interacción cotidiana frente a los pacientes y su medio, y en los resultados del enfoque terapéutico global que caracterizan a todo médico familiar.

En este sentido se destaca que, la evolución del enfoque médico, de las nuevas técnicas terapéuticas, de las exigencias en las necesidades de los pacientes, y los estados de tensión por los que pasa el médico ante las urgencias de un paciente grave; deben ser asumidas completamente por el profesional contemporáneo de la medicina, de ahí se desprende la necesidad de que el médico familiar mantenga una actualización permanente, y de esa manera este preparado para la resolución de los problemas en un contexto más general, más integral y más oportuno.

Así mismo se considera que para el diagnóstico y pronóstico de las enfermedades será útil apoyarse en criterios que muestren elementos relevantes de la enfermedad y sobre la dimensión de indicadores que permitan con cierto margen de precisión conocer rápidamente la gravedad del evento (1). Por ello hemos considerado

desarrollar un estudio clínico-endoscópico sobre la hemorragia de tubo digestivo alto a través de una encuesta que se contempla en el cuadro No. 1:

CUADRO No. 1

- Ficha de identidad,
- Cálculo del riesgo de mala evolución (resangrado o muerte) en la hemorragia de tubo digestivo alto.
- Datos clínicos del padecimiento actual.
- Datos de laboratorio.
- Tratamiento administrado a la fecha.
- Resultados del estudio endoscópico.

Estas son las variables consideradas en una encuesta diseñada por el Centro Médico "20 de Noviembre" del I.S.S.S.T.E. para el estudio de la hemorragia de tubo digestivo alto. (ver anexo No. 1).

El presente trabajo, intenta analizar la utilidad práctica de la encuesta antes mencionada tomando en cuenta los criterios clínico-endoscópicos específicamente enfocados a la atención del paciente con sangrado gastrointestinal alto, el cual incluye a todos los eventos hemorrágicos que acontecen en las estructuras anatómicas del aparato digestivo por encima del Ligamento de Treitz ⁽²⁾, y determinar así su pronóstico, o sea conocer anticipadamente la evolución y el desenlace final de la hemorragia del tubo digestivo alto mediante los criterios propuestos por el Centro Médico "20 de Noviembre" del I.S.S.S.T.E., en una población diferente a la que se

obtuvieron de manera inicial, en este caso, en el Hospital Regional del I.S.S.S.T.E. Puebla.

Se ha tomado el cálculo del riesgo de mala evolución (resangrado o muerte), como uno de los parámetros de mayor importancia a determinar de manera inmediata en el sitio de captación de la información sobre cada paciente, otorgando a los datos clínicos un valor determinado para obtener la puntuación que nos indicará el riesgo del paciente.

CUADRO No. 2

DATOS CLINICOS		VALOR
Confusión mental (encefalopatía)	---	2.0
Presión Art. Sistólica menor de 90 mmHg	---	1.3
Padecimiento comorbido inestable	---	1.1
Úlcera péptica "A-1"	---	1.5
Sangrado por varices esofágicas, presencia de manchas rojas o esofagitis o gastritis	---	1.4
COMORBIDO:	PUNTOS:	

Ver anexo No. 1.

Este total de puntos se compara con el cuadro que también se encuentra en la encuesta y que se muestra a continuación, (cuadro No. 3) para relacionar el porcentaje

de mortalidad haciendo más objetivo el riesgo del paciente en ese momento y poder seleccionar la conducta a seguir.

CUADRO No. 3

PUNTOS	%	RIESGO	CONDUCTA
1	10	Bajo	Urg. 12 Hrs
2	23	Medio	Piso
3	45	Alto	Piso
4	78	Muy Alto	Terapia
5	85	Muy Alto	Terapia
6	94	Muy Alto	Terapia
RIESGO -----			

Ver anexo No. 1.

Diversos estudios nos hablan de la importancia que tiene la atención del sangrado gastrointestinal alto en el servicio de urgencias, ya que este es el sitio de atención primaria para los pacientes que se presentan con el episodio hemorrágico, y se estima que de un 10% a 15% presentan una situación grave. (14)

Un manejo inicial apropiado requiere la revisión objetiva y certera de los antecedentes y de los signos vitales que darán la pauta inicial para conocer el estado real del paciente y la posible cantidad de sangre perdida, la correcta observación de algunas variables como: presión arterial, frecuencia cardíaca, respiración,

vasoconstricción periférica, diuresis, estado mental, así como los datos de laboratorio iniciales:(2) (aspectos clínicos que se mencionan en la encuesta) son importantes para determinar la cantidad del sangrado y la estabilidad hemodinámica del paciente,

El tratamiento se establece de manera urgente con puntos básicos orientados en el sentido de estabilizar hemodinámicamente al paciente con la restitución del volumen sanguíneo perdido que se hará de acuerdo a los requerimientos de cada paciente; por medio de una vía si se encuentra estable, o por dos vías si está inestable y requiere además transfusiones, un indicador de la adecuada restitución del volumen puede ser la diuresis o medición del gasto urinario, la cual se recomienda se haga de manera estricta. Los medicamentos adrenérgicos, el material de intubación, los líquidos y tejidos necesarios deben estar a la disposición del médico tratante y del personal encargado...(5,6).

También es importante mantener las vías aéreas permeables ya que diversos factores como broncoaspiración por sangrado masivo, coma o depresión mental pueden imposibilitar la respiración al grado de hacerse necesaria la intubación endotraqueal, los datos de laboratorio y el control de signos vitales de manera continua orientan a conocer el estado general del paciente...(6).

La endoscopia es considerada como el mejor método para identificar el origen del sangrado en la hemorragia gastrointestinal alta...(7). Se estima que al observar la hemorragia en un estudio endoscópico urgente, se obtiene importante información pronóstica y en la predicción de mayores resangrados...(8). Es importante para el

médico familiar saber utilizar los recursos con que cuenta y apoyarse en las instituciones de tercer nivel como es este Hospital Regional del I.S.S.S.T.E en Puebla, en donde se tiene acceso a las interconsultas de especialidades, en este caso, al servicio de gastroenterología para la realización, lo antes posible, de los estudios endoscópicos necesarios para el oportuno manejo del paciente con sangrado gastrointestinal alto. Al utilizar de esta manera los recursos se establecen las bases para la adecuada atención del paciente en un contexto más general y más congruente.

Es indispensable recalcar la importancia del seguimiento en los pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto para identificar y prevenir nuevos episodios hemorrágicos, así como el reconocimiento de padecimientos comorbidos que pudieran empeorar el estado general del paciente... (9,10).

La úlcera duodenal sangrante reclama ser el sitio de mayor frecuencia del origen del sangrado gastrointestinal alto masivo, ya que varios estudios muestran que los niveles de mortalidad por úlcera duodenal sangrante alcanzan hasta el 5%... (11,12). Un 47% de padecimientos comorbidos se reportan en pacientes con úlcera péptica sangrante, y hay factores generales que afectan el pronóstico de un sangrado masivo, es necesario por ello, identificar a los pacientes con factores de alto riesgo inicial o la existencia de consideraciones secundarias... (11,14,15).

Resulta interesante la relación que existe entre algunos datos específicos y el pronóstico del sangrado gastrointestinal alto, por ejemplo Silverstein y Gilbert en un estudio de 2225 pacientes encontraron, entre otras, la siguiente relación entre edad y

sexo en los resultados de su estudio.⁽³⁾ (ver cuadro No.4), en donde destaca la mayor incidencia en varones en los diferentes grupos de edad.

CUADRO No. 4

GRUPO DE EDAD. AÑOS.	NO. DE PACIENTES EN EL GRUPO DE EDAD	
	MASCULINOS. %.	FEMENINOS. %.
Menor de 20	2.4	1.6
21 - 30	7.5	5.6
31 - 40	10.4	8.0
41 - 50	16.1	11.7
51 - 60	22.2	19.9
61 - 70	21.2	20.9
71 - 80	14.6	20.4
Mayor de 80	5.6	11.9

FUENTE: Fred E. Silverstein, M.D., David A. Gilbert et cols. The National ASGE Survey on Upper Gastrointestinal bleeding. Gastroenterology Endoscopy. Vol.27, No. 2, 1981, p.p. 73-78.

Muchos otros factores pueden influir en el pronóstico del sangrado gastrointestinal alto ^(19,20,21) pero aqui se describen solamente los que pueden tener relación con nuestros casos de estudio, como es el trabajo ya mencionado de Silverstein y Gilbert ⁽³⁾ que se muestra en el cuadro No. 5 con respecto al origen del sangrado de tubo digestivo alto corroborado con diagnóstico endoscópico.

CUADRO No. 5

RESULTADOS ENDOSCÓPICOS.	NO. DE PACIENTES.	% DEL TOTAL OBSERVADOS
Úlcera duodenal	447	22.8
Duodenitis erosiva.	191	9.1
Úlceras esofágicas.	46	2.2
Esofagitis.	269	12.8
Gastritis erosiva.	620	29.6
Úlcera gástrica.	459	21.9
Mallory-Weiss.	168	8.0
Neoplasias.	78	3.7
Úlcera gástrica.	39	1.9
Varices.	323	15.4
Otros.	162	7.8

FUENTE: Idem.

Nótese que el mayor número de casos de hemorragia de tubo digestivo alto es causado por gastritis erosiva.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Una encuesta aplicada a los pacientes con sangrado de tubo digestivo alto en el Centro Médico "20 de Noviembre" del I.S.S.S.T.E. (anexo No.1) contempla algunos criterios clinico-endoscópicos de utilidad práctica para determinar el pronóstico de los pacientes en el momento de su ingreso hospitalario.

¿ Es posible que estos criterios propuestos por Centro Médico "20 de Noviembre" del I.S.S.S.T.E. puedan ser aplicados con la misma utilidad práctica para determinar el pronóstico de los pacientes con sangrado de tubo digestivo alto en el Hospital Regional I.S.S.S.T.E. Puebla ?.

JUSTIFICACION:

Dado que los pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto se detectan en el servicio de urgencias, el médico de primer nivel debe conocer en detalle su manejo inicial y la utilidad del recurso endoscópico para determinar con precisión el origen del sangrado, por ello consideramos que el formato de la encuesta utilizada debe valorarse institucionalmente de manera que se conozca lo antes posible el riesgo de mala evolución de los pacientes con este padecimiento.

De esta manera, también se tendrá la posibilidad de administrar el tratamiento oportunamente y en la dirección correcta, lo que seguramente dará como resultado, disminuir los índices de mortalidad y los resangrados, mejorando así la calidad y cantidad de vida de los pacientes.

OBJETIVOS:

- GENERAL:

Conocer la utilidad práctica de los criterios clínico-endoscópicos propuestos en el Centro Médico "20 de Noviembre" del I.S.S.S.T.E. para determinar el pronóstico de los pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto, en una población diferente a la que se obtuvieron.

- ESPECIFICOS:

a) Aplicar los parámetros propuestos en la encuesta para evaluar el riesgo de mala evolución (resangrado o muerte) en los pacientes con sangrado de tubo digestivo alto.

b) Evaluar el riesgo relativo y atribuir a razón de momios.

METODOLOGIA

DISEÑO DEL ESTUDIO.

El estudio se basa en las siguientes características:

Observacional: ya que no se modifican intencionalmente sus variables, pues se incluye a los pacientes que llegan al servicio de urgencias con sangrado de tubo digestivo alto o bien a los pacientes que estando hospitalizados por cualquier otra enfermedad presentan hemorragia gastrointestinal alta.

Longitudinal: se llevará a cabo el seguimiento del fenómeno hemorrágico durante su desarrollo y después de 30 días.

Prospectivo: Se ha planeado a futuro, sólo tomando como base la bibliografía ya existente y se definen con precisión las condiciones del estudio ya mencionadas en el marco teórico.

Descriptivo: No se establecen comparaciones del grupo objeto de estudio con un grupo testigo, pues el objetivo es conocer la utilidad de los criterios clínico-endoscópicos en este Hospital Regional del I.S.S.T.E. en Puebla.

Abierto: Ya que se conocen las condiciones que pueden modificar las variables en estudio a través de la bibliografía.

A partir de septiembre de 1994 a septiembre de 1995 se captó a los pacientes que acudieron al servicio de Urgencias Adultos, del Hospital Regional del I.S.S.S.T.E en Puebla, en donde se acepta a los pacientes de quince años en adelante, también a los pacientes que estando ya hospitalizados por cualquier otra enfermedad, presentaban hemorragia de tubo digestivo alto (áreas de hospitalización 7º, 6º y 4º pisos).

A través de trabajo de campo, se recolectaron los datos mediante la encuesta "Hemorragia de Tubo Digestivo Alto" (hoja No. 1 que se encuentra en el anexo), destacando los antecedentes de importancia, los datos clínicos con valor establecido para determinar el puntaje del cálculo del riesgo de mala evolución (resangrado o muerte), los signos vitales y los datos de laboratorio iniciales, teniendo en cuenta que en el servicio de urgencias los laboratorios son básicos, se destacan los niveles de hemoglobina y hematocrito.

Se recolectaron también los resultados del estudio endoscópico de los pacientes a quienes fue posible realizar el estudio dentro de las primeras 48 horas de su ingreso y se registró el tipo de manejo otorgado en la fase aguda.

En los días subsiguientes se hizo seguimiento del paciente durante su estancia hospitalaria para conocer el desenlace del proceso hemorrágico; y después de treinta días para conocer el estado general del paciente.

Habiendo recolectado treinta y un casos, a los que se tubo acceso directo durante el horario de trabajo, se integraron todas las variables en una tabla general de datos y se hizo el análisis de los resultados, mismo que a continuación se detalla.

CRITERIOS DE INCLUSION.

En este estudio se incluye a pacientes con hemorragia gastrointestinal alta aguda, con menos de 24 horas de evolución, tomando en cuenta que los pacientes que llegan al servicio de consulta externa de medicina familiar con este padecimiento, son canalizados inmediatamente al servicio de urgencias adultos, y en donde se recibe a pacientes de 15 años en adelante.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

No podrá tomarse en cuenta a pacientes que presentando hemorragia gastrointestinal alta presenten además; infarto agudo de miocardio, cáncer en etapa final, coma por E.V.C., grave trauma en columna cervical, V.I.H. positivo o SIDA, tuberculosis activa ó quemaduras graves.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

Diagnóstico no confirmado por estudio de endoscopia dentro de las primeras cuarenta y ocho horas posteriores al evento hemorrágico.

PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION.

Los días hábiles de cada semana, el investigador responsable acudirá al servicio de urgencias adultos del Hospital Regional del I.S.S.S.T.E. en Puebla a las 16:00 horas, para identificar a los pacientes que ingresan con hemorragia de tubo digestivo alto, llenará la cédula de recolección de datos encuesta "Hemorragia de Tubo Digestivo Alto" correspondiente, obteniendo la información por interrogatorio directo o interrogatorio indirecto con familiares y/o médico tratante; por revisión de expediente clínico se obtendrán signos vitales al ingreso, las características del tratamiento inicial, datos de laboratorio, y se hará la petición al médico tratante para que se solicite el estudio endoscópico a cargo del servicio de gastroenterología.

De la misma manera se procederá en los pisos 7º, 6º y 4º del área de hospitalización, para visitar a los pacientes ya hospitalizados que se incluyen en la encuesta y hacer seguimiento. Al término de estas actividades, se acudirá al consultorio No. 11 del área de especialidades para comentar y aclarar dudas con el asesor.

CONSIDERACIONES ETICAS.

Por el diseño que se tiene del estudio, no existe riesgo para el paciente, pues el tratamiento esta autorizado desde su ingreso al servicio de urgencias por parte de algún familiar o persona responsable, y este incluye la realización de estudios de diagnóstico entre los que se cuenta la endoscopia.

* El investigador puede realizar su trabajo sin riesgo pues se cuenta con el apoyo de los servicios de especialidades tanto en las áreas de consulta externa como en hospitalización, y. No existe riesgo para la institución pues su ética de servicio incluye la atención integral del paciente.

RESULTADOS:

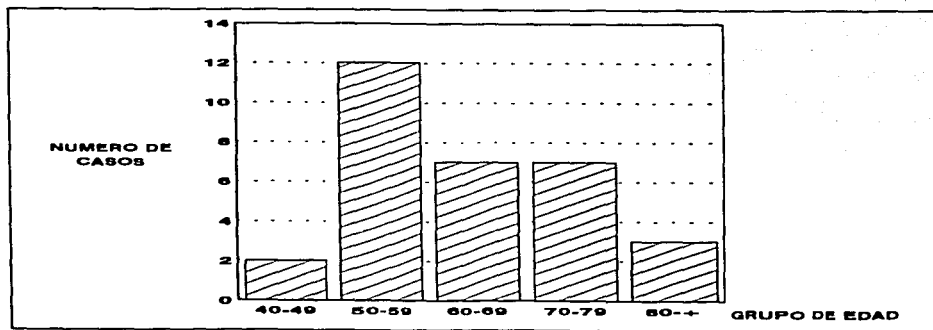
De los 31 casos de estudio que reunieron los criterios de inclusión y a los que se tuvo acceso durante el horario de trabajo, se encontró que los pacientes con sangrado gastrointestinal alto tienen una edad promedio de 64 años, rango entre 45 a 88 años, (ver cuadro No. 2). Haciendo una asociación por grupos de edad se obtiene el siguiente cuadro No. 1.

CUADRO No. 1

GRUPO DE EDAD	No. DE CASOS.
40-49	2
50-59	12
60-69	7
70-79	7
80-MAS	3

FUENTE: Tabla descriptiva de resultados, obtenida en el Hospital Regional del I.S.S.S.T.E. Puebla.

GRAFICA Nº 1



Respecto a prevalencia en sexo, a pesar de que la bibliografía comenta mayor incidencia en varones, en este estudio no se obtuvo diferencias ya que de los 31 casos estudiados 16 son mujeres (51.6%) y 15 son varones (48.3%) (ver cuadro No. 2)

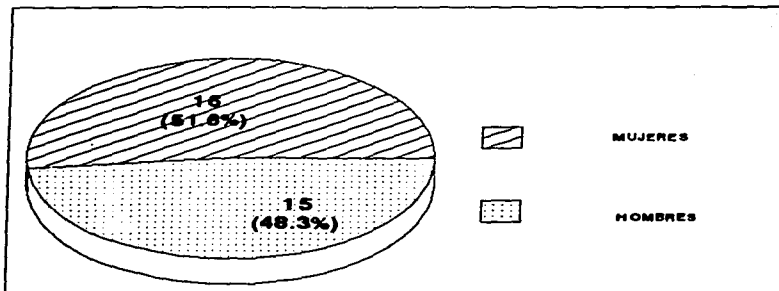
CUADRO No:2

CASO NO.	EDAD.	SEXO.
1	47	F
2	85	M
3	57	M
4	70	M
5	52	M
6	68	F
7	70	F
8	55	F
9	78	F
10	73	F
11	45	M
12	80	M
13	88	F
14	50	F
15	58	F
16	76	M
17	57	M
18	63	F
19	53	F
20	86	M
21	85	M
22	52	M
23	52	M
24	50	F
25	50	F
26	74	M
27	85	M
28	72	M
29	54	F
30	50	F
31	61	F

Promedio: 64 años M = 15 (48.3%)
Rango: 45 a 88 años F = 16 (51.6%)

FUENTE: Tabla descriptiva de resultados, obtenida en el Hospital Regional del I.S.S.S.T.E. Puebla.

GRAFICA No. 2



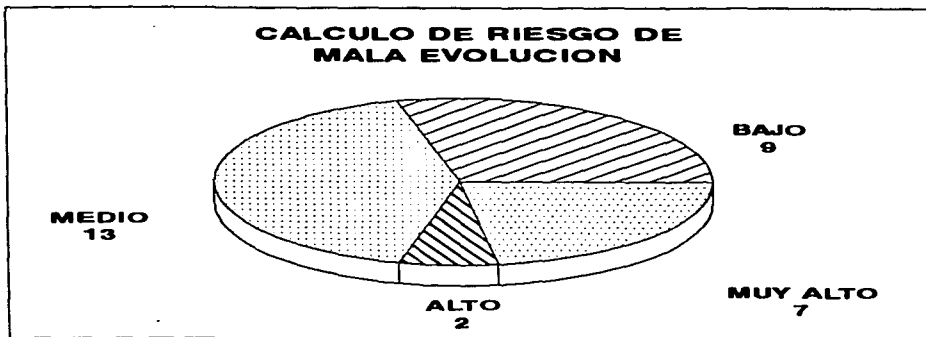
Tomando en cuenta los 31 casos estudiados, y siguiendo las indicaciones de la encuesta aplicada, se encontró que el cálculo del riesgo de mala evolución (resangrado o muerte), fue para estos pacientes de la siguiente manera ilustrada en el cuadro No. 3.

CUADRO No. 3

CALCULO DE RIESGO DE MALA EVOLUCION.	
RIESGO.	No. de CASOS
BAJO _____	9
MEDIO _____	13
ALTO _____	2
MUY ALTO. _____	7

FUENTE: Idem.

GRAFICA No. 3

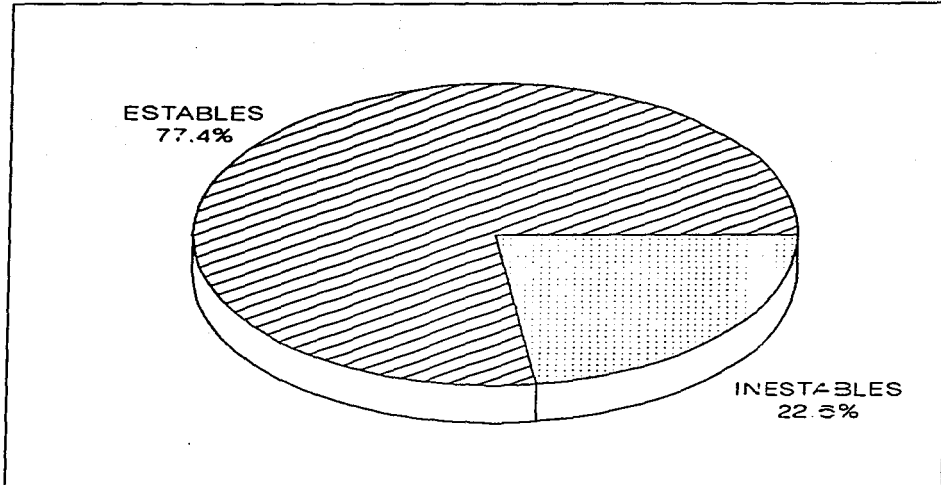


Con el manejo inicial, 24 pacientes (77.4%) lograron estabilizarse dentro de las primeras 24 horas posteriores a su ingreso hospitalario por el proceso hemorrágico, es decir, se lograron signos vitales, control de líquidos y niveles de hemoglobina (mínimo de 8 mg/ml) estables. (ver cuadro No.4).

CUADRO No.4.

ESTABLES	INESTABLES
24 p. (77.4%)	7 p. (22.6%)

GRAFICA No. 4



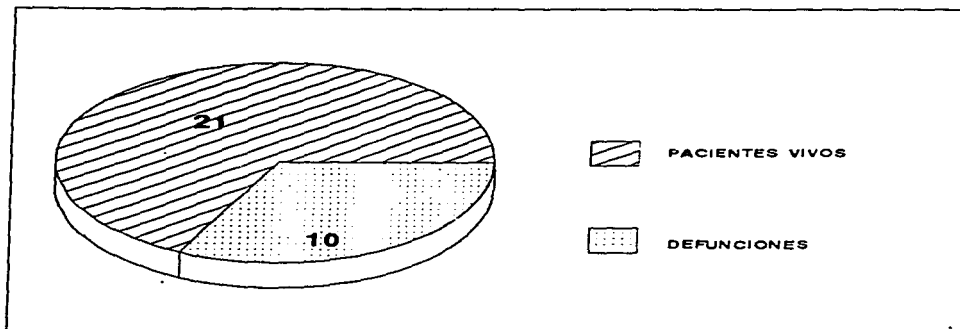
Segun los datos generales indicados en la hoja de recolección de datos obtenida en el Hospital Regional de Puebla, el puntaje para el cálculo de riesgo de mala evolución (resangrado y muerte) fue el siguiente: (ver cuadro No. 5).

CUADRO No. 5

CALCULO DEL RIESGO DE MALA EVOLUCION.						
	BAJO	MEDIANO	ALTO	MUY ALTO	TOTAL.	%
VIVIO	9	8	0	4	21	67.7
MURIO	0	5	2	3	10	32.2
TOTAL	9	13	2	7	31	100

Fuente: Idem.

GRAFICA N° 5



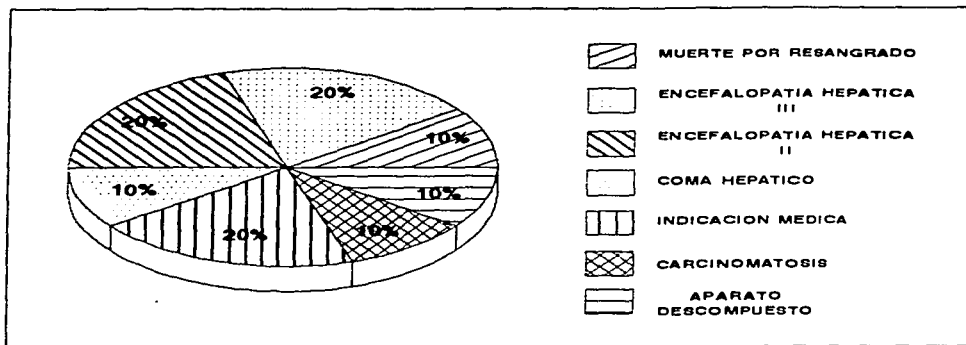
Del total de casos estudiados 10 (32.25%) no contaron con estudio endoscópico dentro de las primeras 48 horas de ingreso Hospitalario por diferentes causas, las cuales se enuncian en el cuadro. No. 6.

CUADRO No. 6

CAUSA POR LA QUE NO SE EFECTUO ESTUDIO ENDOSCOPICO:	NO. DE CASOS.	%
Muerte por resangrado.	1	10.0
Encefalopatía hepática grado III	2	20.0
Encefalopatía hepática grado II	2	20.0
Coma hepático.	1	10.0
Por indicación medica.	2	20.0
Carcinomatosis.	1	10.0
Aparato descompuesto.	1	10.0
Total de casos	10	100.0

FUENTE: Idem.

GRAFICA N° 6



De los 21 casos en que si se realizó estudio endoscópico dentro de las primeras 48 horas (67.75%) pudieron observarse diversas causas del sangrado gastrointestinal alto, de los cuadros que se presentaron con una causa única la mayoría de ellos fueron por gastritis únicamente, cuatro casos (19%); por varices esofágicas dos casos (9.5%); y por úlcera gástrica un caso (4.7%).

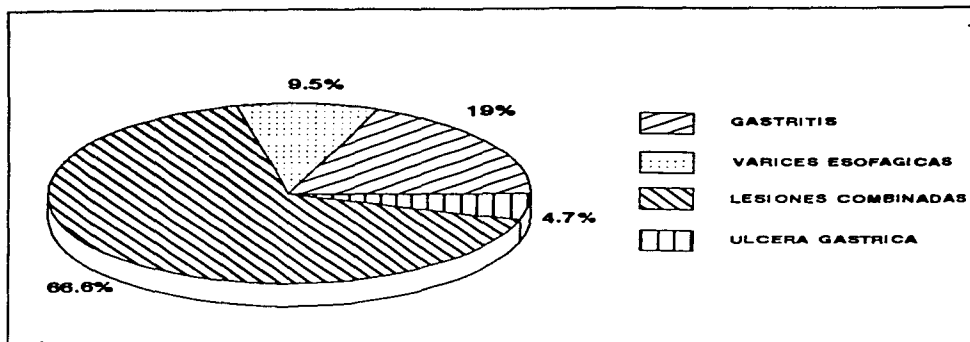
También se observó la presencia combinada de dos o más lesiones en el mismo paciente, entre las principales se encuentran la combinación de varices esofágicas y gastritis, gastritis y duodenitis, y la combinación de esofagitis y estenosis esofágica, gastritis y divertículos, gastritis y úlcera gástrica, además se pudo comprobar que en algunos casos diferentes tipos de cáncer eran causantes directos de la hemorragia de tubo digestivo alto entre los cuales se detectaron como: C.A. Hepático. C.A. esofágico y dos casos de C.A. gástrico (66.6%) ver cuadro No.7.

CUADRO No. 7

CAUSAS DEL SANGRADO.	NO. DE CASOS.	%
Gastritis.	4	19.0
Varices esofágicas.	2	9.5
Úlcera gástrica	1	4.7
Lesiones combinadas.	14	66.6
Lesión no identificada	0	0.0
Total de casos	21	100.0

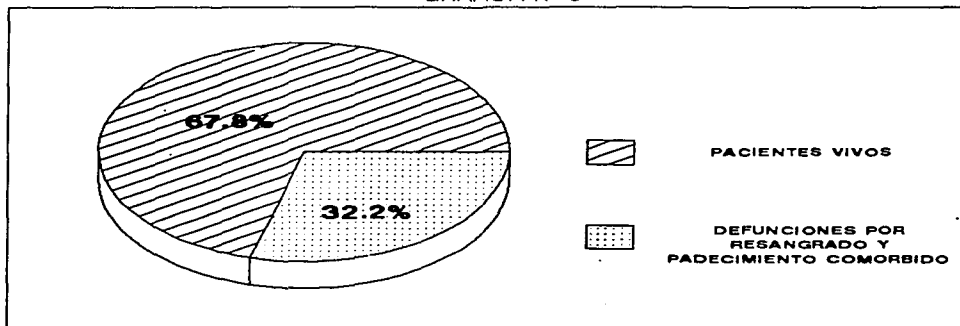
Fuente: Idem.

GRAFICA N° 7



Durante el seguimiento de los pacientes en estudio, diez pacientes fallecieron en diferentes etapas de la evolución de la enfermedad, se obtuvo un índice de defunción del 32.2%; en estos casos, las causa de las defunciones fueron el resangrado masivo y por padecimientos comorbidos diversos. ver gráfica No.8

GRAFICA N° 8

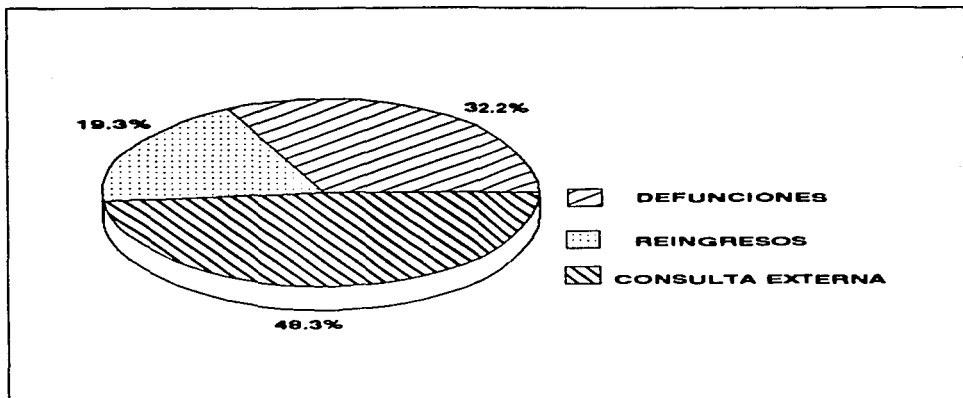


De los pacientes en estudio, 6 (19.3%) reingresaron a hospitalización por resangrado dentro de los treinta días de seguimiento continuo y quince continuaron su seguimiento en la consulta externa como se ve en el cuadro No. 8. En resumen el seguimiento de los pacientes se aprecia en la gráfica No. 9

CUADRO No. 8

Total de Pacientes	Defunciones	Reingresos	Consulta externa
31(100%)	10(32.2%)	6(19.35%)	15(48.3%)

GRAFICA Nº 9



ANALISIS:

Al término del presente trabajo se ha llegado a algunas reflexiones que podrían tomarse como experiencias de utilidad práctica para el médico familiar,

Consideramos que la utilidad de la encuesta para cálculo de mala evolución (resangrado o muerte), tiene gran importancia práctica para que el médico familiar y de urgencias valore rápidamente el estado general del paciente a su ingreso, pues con los datos que se recolectan de manera específica se tiene un concepto inmediato del estado real del paciente y con esto se previenen las necesidades de un tratamiento enérgico.

El estudio también tuvo la ventaja de que se realizara la endoscopia lo antes posible a los pacientes afectados, y con ello se establece un diagnóstico oportuno y preciso, además de contar tempranamente con el apoyo del servicio de especialidades inmediatamente involucrado en el tratamiento posterior del paciente con sangrado gastrointestinal alto.

Otra de las ventajas que se pudieron observar durante el desarrollo del presente trabajo es que se hace uso adecuado de los recursos de que se dispone en un hospital de tercer nivel, para beneficio del paciente, se establece una relación de trabajo más cordial y multidisciplinaria entre los médicos integrantes de las diferentes especialidades que conforman el hospital y se puede tener una mejor perspectiva de los protocolos de estudio de cada paciente.

Con respecto a otros estudios realizados y enunciados en la bibliografía, (3) nótese que en nuestro estudio no se encontró significancia por diferencia de sexo.

La mayoría de los casos de hemorragia gastrointestinal alta tuvieron múltiples factores causales, pero aquí se destaca como factor principal la gastritis a diferencia de lo que han referido diversos autores.(11, 12) y coincidiendo con el estudio de Silverstein y Gilbert (3).

Finalmente, los pacientes que presentaron resangrado masivo, fallecieron dentro de las primeras cuarenta y ocho horas de su ingreso hospitalario, sin dar lugar a una estabilidad hemodinámica ó a obtener tratamientos específicos como estarían indicados en estos casos, la esclerosis endoscópica o la cirugía de urgencia (23,24,25).

CONCLUSIONES.

Según los datos generales indicados en la hoja de recolección de datos, "Hemorragia de tubo digestivo alto" y sumando el puntaje para cálculo de riesgo de mala evolución (resangrado o muerte), obtuvimos un puntaje total que se muestra en el cuadro No. 3, y se concluye que los pacientes durante su seguimiento, en riesgo bajo vivieron el 100%, en riesgo mediano fallecieron 5 (38.4%), en riesgo alto fallecieron el 100% y en riesgo muy alto fallecieron 3, (42.8%).

CUADRO No. 11

	SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON H.T.D.A. RIESGO DE MALA EVOLUCION.								TOTAL.
	BAJO	%	MEDIANO	%	ALTO	%	MUY ALTO	%	
VIVIO	9	100	8	61.5	0	0	4	57.1	21
MURIO	0	0	5	38.4	2	100	3	42.8	10
TOTAL	9	100	13	100	2	100	7	100	31

FUENTE: Idem.

El reducido número de pacientes captados en este estudio no hicieron posible la diferenciación entre los pacientes de alto riesgo quien vive y quien muere, pues de acuerdo a los puntajes obtenidos, se nota alta mortalidad entre los pacientes de mediano riesgo (38.4%) cuando la mortalidad entre los pacientes de muy alto riesgo es del 42.8%. esto quiere decir que los procesos de resangrado masivo se presentan sin dar oportunidad a tratamientos específicos y la presencia de enfermedades comorbidas interfieren sensiblemente en la estabilidad clínica de los pacientes, en la evolución del proceso hemorrágico, y son con mucha frecuencia la causa directa de la defunción.

interfieren sensiblemente en la estabilidad clínica de los pacientes, en la evolución del proceso hemorrágico, y son con mucha frecuencia la causa directa de la defunción.

Para finalizar hemos realizado la prueba de hipótesis conocida como CHI-Cuadrada de donde:

$$\chi^2 = 3.529411765$$

$$P = 0.060289184$$

Estableciendo la hipótesis nula, H_0 como: "el algoritmo no es útil para discriminar el pronóstico entre los pacientes de alto riesgo..."

Y la hipótesis alternativa, H_A como: " el algoritmo propuesto es útil para discriminar el pronóstico entre los pacientes de alto riesgo..."

Con los datos calculados tenemos que: con un nivel de significancia del 0.5 y hasta un grado de libertad, el valor calculado de CHI-Cuadrada es menor que el valor tabulado, en consecuencia, estadísticamente no se rechaza la hipótesis nula, es decir que el algoritmo propuesto no es útil para discriminar el pronóstico entre los pacientes de riesgo alto, quien se muere y quien sobrevive, desarrollado en el Hospital Regional del I.S.S.S.T.E. en Puebla. Por el valor de P, es posible que aumentando la muestra, estadísticamente sea significativa su capacidad para discriminar ambos grupos de pacientes.

ANEXOS

HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO

NOMBRE: _____ ESP: _____ FECHA: _____
 DOMICILIO: _____ CP: _____ TEL: _____
 TIEMPO DE EVOLUCIÓN: _____ INTERNO: _____ EXTERNO: _____ SEXO: M / F EDAD: _____

CÁLCULO DEL RIESGO DE MALA EVOLUCIÓN (RESANGRADO O MUERTE)

DATO CLÍNICO	VALOR	PUNTOS	%	RIESGO	CONDUCTA
CONFUSIÓN MENTAL (ENCEFALOPATÍA)	2	1	10	BAJO	URO 12 HR
PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA MENOR DE 90 mmHg	1,3	2	27	MEDIO	PSO
PREEXISTENTE COMORBIDO INESTABLE	1,1	3	45	ALTO	PSO
ÚLCERA PÉPTICA "A-1"	1,6	4	70	MUY ALTO	TERAPIA
SANGRADO POR VÁRICES ESOFÁGICAS O PREFERENCIA DE MANCHAS ROJAS O ESOFAGITIS O GASTRITIS	1,4	5	85	MUY ALTO	TERAPIA
		6	94	MUY ALTO	TERAPIA

PUNTOS RIESGO

PADECIMIENTO ACTUAL

DATOS CLÍNICOS AL INGRESO DEL PACIENTE	FC	FR	TA	PULSO	PVC
SÍNDROME NASOGÁSTRICO (DRENO SANGRE FRESCA)			ANTIGUA	NEGATIVO A SANGRADO ACTIVO	
MEJORES DE LÍQUIDOS ADMINISTRADOS DURANTE LA PRIMERA HORA DE INGRESO					ml
SE ESTABILIZÓ DINDINÁMICAMENTE CON DICHA CARGA DE LÍQUIDOS					SI NO
MEJORES DE LÍQUIDOS ADMINISTRADOS DURANTE LAS PRIMERAS 24 HRS DE INGRESO					SI NO
INGESTA DE MEDICAMENTOS PREVIAMENTE AL EPISODIO SI NO SEÑALAR:					
1. ANOREXIA	SI NO	18	DOLOR IRADIADO AL HOMBRO		SI NO
2. NAUSEA	SI NO	19	DOLOR QUE EMPIE A SUCEBER DE PREGNO		SI NO
3. ÚLCERA PÉPTICA	SI NO	20	DOLOR EPIGÁSTRICO SUBITO E INTENSO		SI NO
4. CAMBIO EN CARÁCTER Y RITMO DEL DOLOR	SI NO	21	DOLOR REFERIDO A LA ESPALDA		SI NO
5. VÓMITOS DE RETENCIÓN	SI NO	22	DOLOR NOCTURNO		SI NO
6. MAL SABOR DE BOCA	SI NO	23	CAMBIO EN DISTRIBUCIÓN LOCALIZACIÓN Y SEVERIDAD DEL DOLOR ABDOMINAL		SI NO
7. LENGUA SABURRAL	SI NO		FALTA DE RESPUESTA A TRAT QUE ANTERIORMENTE CALMABA EL DOLOR		SI NO
8. SED	SI NO	24	DOLOR-VACIO HAMBRE DIGESTIVA		SI NO
9. OLIGURIA	SI NO		DOLOR POST PRANDIAL INMEDIATO		SI NO
10. DEFICIDAD E INDIFFERENCIA	SI NO	25	DOLOR POST PRANDIAL TARDIO		SI NO
11. HEMATEMESIS	SI NO	26	DOLOR CON TIJUB		SI NO
12. MELENA	SI NO	27	DOLOR CON TIJUBAS		SI NO
13. RECTORRAGIA	SI NO	28	DOLOR MEJORA CON		SI NO
14. TAPURRAGIA	SI NO	29	DOLOR EMPICORA CON		SI NO
15. PALEJEA DE TEGUMENTOS	SI NO	30	DOLOR PRECORDIAL		SI NO
16. SUDORFRIO	SI NO	31	DISFAGIA		SI NO
17. SEMBRIO QUE ORANTA CONTENIDO GÁSTRICO	SI NO	32			SI NO
18. HAFICÓN PARASPIRAL DERECHA	SI NO	33			SI NO
OTROS DATOS DE INTERÉS					

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO / DIA	OTROS DATOS
A- Gel 180 ml + meto 30 mg B- ran 300 mg C- ran 600 mg D- ran 300 mg + amx 1,5 g + amx 1,5 g + ish 250 mg	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Hemoglobina _____ Hemocrito _____ </div>
E- Omp 20 mg F- Omp 40 mg G- Omp 15 mg H- Omp 30 mg I- Suc 4 g J- Ome 40 mg + amx 1,5 g K- Quimfo L- otro mandano	
ENDOSCOPIA: SI NO	
TIEMPO EN EL QUE SE REALIZÓ LA ENDOSCOPIA: SI NO	
TIEMPO EN EL QUE SE REALIZÓ LA ENDOSCOPIA: SI NO	

ESOFAGITIS	SI NO	MALLORY WEISS	SI NO	GASTRITIS ATROF	SI NO
VÁRICES ESOFÁGICAS	SI NO	ENF. MEHETRIER	SI NO	DISPLASIA	SI NO
HEPATOMEGALIA	SI NO	ACALASIA	SI NO	METAPLASIA INTEST	SI NO
GASTRITIS	SI NO	ESTENOSIS PÍLORO	SI NO	POLIPO	SI NO
PLICITIS	SI NO	ESTENOSIS ESOF	SI NO	CANCER	SI NO
DUODENITIS	SI NO	POLIPOS	SI NO	ANAT PAT POLIP	SI NO
ÚLCERA GÁSTRICA	SI NO	DIABETES	SI NO		
HEPATOMEGALIA	SI NO	HEMORRIDA	SI NO		
HEPATOMEGALIA	SI NO	ALT VASCULAR	SI NO		

EX TIPO	TIME
EX TIPO	TIME
EX TIPO	TIME

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- K. YANAGA, K. YAMAMOTO, T. NISHIZAKI, H. ITASAKA, K. TAKENAKA, K. SUGIMACHI. A QUICK AND SIMPLE TECHNIQUE FOR SELECTIVE CONTROL OF HEPATIC ARTERIAL BLEEDING. HEPATO GASTROENTEROLOGY VOL 42 No.5 1996 P. 454.
- 2.- DR. HOWWARD M. SPIRO. TERCERA PARTE ULCERA PEPTICA DR. HOWARD M. SPIRO. GASTROENTEROLOGIA CLINICA. INTERAMERICANA PRIMERA EDICION. MEXICO 1972. P.P. 223-299.
- 3.- FRED E. SILVERSTEIN M.D. DAVID A. GILBERT, FRANCIS J. TEDESCO, NANCY K. BUENGER, JOYCE PERSING. THE NATIONAL ASGE SURVERY ON UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING. GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY, VOL. 27, No.2, 1981, P.P.73-78.
- 4.- H.J. MELINTOSH, K. BERNAN, F.M. HOLLIDAY, K.BYTH, R. CHAPMAN, D.W. PIPER. SOME FACTORS ASSOCIATED WITH MORTALITY IN PERFORATED PEPTIC ULCER: A CASE-CONTROL STUDY. JOURNAL OF GASTROENTROLOGY AND HEPATOLOGY. VOL. 11, No. 1 1996, P.59.
- 5.- IGNACIO ESCALANTE SANDOVAL. HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL RESUMEN. GASTROENTEROLOGIA. Vol.1, No.1, 1992, P.P. 2-17.
- 6.- H. KANAGAWA, S. MIMA, H. KOUYAIWA, K. GOTOH, T. UCHIDA, K. OKUDA. TREATMENT OF GASTRIC FUNDAL VARICES BY BALLOON-OCCLUDED RETROGRADE TRANSVENOUS OBLITERATION. JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY VOL. 11, No. 1, P. 51.
- 7.- D.N. FOSTER, K.J.A. MILOSZEWSKI, M.S. LOSOWSKY. SRIGMATA OF RECENT HAEMORRHAGE IN DIAGNOSIS AND PROGNOSIS OF UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING. BRITISH MEDICAL JOURNAL. VOL.1, No. 1, 1978, P.P. 1173-1177.
- 8.- PAL WAR. ENDOSCOPIC PREDICTION OF MAJOR REBLEEDING: A PROSPECTIVE STUDY OF STIGMATA OF HAMORRHAGE IN BLEEDING ULCER. GASTROENTROLOGY. VOL. 88, No. 5, 1985, P.P. 1209-1213.

- 9.- L.S. CHEN, H.C. LIN, S.J. HWANG, F.Y. LEE, M.C. HOW, S.D. LEE. PREVALENCE OF GASTRIC ULCER IN CIRRHOTIC PATIENTS AND ITS RELATION TO PORTAL HYPERTENSION. JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY VOL. 11, No. 1, 1996, P. 59.
- 10.- C.H. CHO, B.S. QIU, I.C. BRUCE. VAGAL HIPERACTIVITY IN STRESS INDUCED GASTRIC ULCERATION IN RATS. JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY VOL.11, No. 2, 1996, P.125.
- 11.- FRANI J. BRANIKI M. D. BLEEDING DUODENAL ULCER: A PROSPECTIVE EVALUATION OF RISK FACTORES FOR REBLEEDING AND HEATH. ANNSURG. VOL.2, 1990. P.P.227-233.
- 12.- J.Y.KANG, K.L. HO, K.G. YEOH, R. GUAN. CHRONIC UPPER ABDOMINAL PAIN DUE TO DUODENAL ULCER AND OTHER STRUCTURAL AND FUNCTIONAL CAUSES: ITS LOCALIZATION AND NOCTURNAL OCURRENCE. JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY VOL.11, No. 6, 1996, P. 515.
- 13.- JULIA PANES M.D., MONSERRAT FORNE M.D., FRANCESC BAGENA M.D. , J. VIVER M.D. ENDOSCOPIC SCLEROSIS IN THE TREATMEN OF BLEEDING PEPTIC ULCERS WITH A VISIBLE VASSEL. THE AMERICAN JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY. VOL. 85, No.3, 1990, P.P. 252-254.
- 14.- M.J. COLLEN, J.D. ABDULIAN. DO NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS CAUSE DUODENAL ULCER? EVALUATION OF BASAL ACID OUT PUT AND ULCER COMPLICATIONS. JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY AND HAPATOLOGY. VOL.11, No.4, 1996. P.520.
15. M. MATIKAINEN, E. KANGAS. IS THERE A RELATIONSHIP BETWEEN HTE USE OF ANALGESIES AND NON-STERIODAL ANI-INFLAMMATORY DRUGS AND ACUTE IPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING? A FINNISH CASE-CONTROL PROSPECTIVE STUDY. SCANDINAVIAN JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY VOL.31, No.9, 1996, P. 837.
- 16.- S. K. SARIN M.D. GASTRIC VARICES: CLASSIFICATION AND MANEGEMENT. GASTROENTEROLOGY. VOL.84, No.10, 1989, P.P.245-1248
- 17.- PAUL CALES .M.D. GASTROESOPHAGEAL ENDOSCOPYC FEATURES .IN CIRRHOSIS. GASTROENTEROLOGY. VOL.3, 1990, P.P. 546-548.

- 18.- BRUNO ANDREONI M.D. ROLE OF HEPATIC HISTOLOGIC FINDINGS IN THE PROGNOSIS ANT TREATMENT OF BLEEDING ESOPHAGEAL VARICES. THE AMERICAN JOURNAL OF SURGERY. VOL. 157, No.11 1989,
- 19.- F.J. BRANICKI. RISK FACTORS, HELICOBACTER PYLORI AND A ROLE FOR LAPAROSCOPIC TRATAMENT OF PERFORATED PEPTIC ULCER?. JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY VOL.11, No.1, 1996, P.93.
- 20.- S. PUGH, A. JAYARAJ, K. BARDHAN. DUODENAL MUCOSAL HISTOLOGYAND HISTOCHEMISTRY IN ACTIVE, TREATED AND HEALED DUODENAL ULCER:CORRELATION WITH DUODENAL PROSTAGLANDIN E(2) PRODUCTION. JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY VOL. 11, No. 2, 1996, P. 120.
- 21.- LIEVERS R.J., JANSEN J.B., MASCLEE A.A., LAMERS C.B. GASTROINTESTINAL DISTURBANCE WITH OBESITY. SCAND J. GASTROENTEROL SUPPL. 1993; 200:53-8 MEDLINE 1994.
- 22.- ERDOZAIN SOSA J.C., GUERRERO VEGA E., MARTIN DE ARGILA C., GONZALEZ MURILLO M., PRESA VALLE M. MUÑOZ NUÑEZ F., LIZASOAIN URKOLA J., SUAREZ DE PARGA J., HERRERA ABIAN A., MOLINA PEREZ E., ET AL. UPPER DIGESTIVE HEMORRHAGE IN THE OPERATED STOMACH (BILLROTH I AND II): CLINICAL COURSE AND PROGNOSIS. REV.ESP.ENFERM.DIG. 1994 FEB; 85(2): 87-90 MEDLINE 1994.
- 23.- H. KIVINIEMI, J. MAKELA, K. HAUKIPURO, M.I. KAIRALUOMA. INYECTION SCLEROTERAPY FOR ESOPHAGEAL VARICES: A TEN-YEAR EXPERIENCE. HEPATOGASTROENTEROLOGY. VOL. 42, No. 5, 1996. P.P. 546.
- 24.- M. HASHIZUME, S. KITANO, K. TANOVE, M.OHTA, M.TOMIKAWA, H. KAWANAKA, F. KISHIHARA, K. SUGIMACHI. SCLEROTHERAPY-RESISTENT ESOPHAGEAL VARICES WITH ENORMOUSLY ENLARGED CEPHALAD COLLATERAL VESSELS PREDICTIBLE USING PORTOGRAPHY. HEPATOGASTROENTEROLOGY. VOL.42, No.5, 1996, P.551.
- 25.- H. TOYODA, S. NAKANO, T. KUMADA, I. TAKEDA, K. SUGIYAMA, T. OSADA, S. KIRIYAMA. ESTIMATION OF USEFULNESS OF N-BUTYL-2-CYANOACRYLATE-LIPIODOL MIXTURE IN TRANSCATHETHER ARTERIAL EMBOLIZATION FOR URGENT CONTROL OF LIFE-THREATENING MASSIVE BLEEDING FROMGASTRIC OR DUODENAL ULCER. JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY. VOL.11, No.2, 1996. P.P.252.

26.- RODRIGUEZ, ROLDAN J.M., DE LA FUENTE SANCHEZ MA., DEL NOGAL SAEZ F., REBOLLO FERREIRO J., LOPEZ GARCIA J., ALGORA WEBER A. PROGNOSTIC VALUE OF 2 PATIENTS CLASSIFICATION SYSTEMS: APACHE II AND DIAGNOSIS-RELATED GROUPS. MED-CLIN- BARC.1994 APR 30; 102 (16): 613-5 MEDLINE 1994.