

11227  
29.62



# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios Superiores

Centro Hospitalario "20 de Noviembre"

I.S.S.S.T.E.



## UTILIDAD DEL ALGORITMO "COMIC" EN LA EVALUACION DEL PACIENTE CON ICTERICIA

### Tesis de Postgrado

Que para obtener el Título de Especialista en:

MEDICINA INTERNA

P r e s e n t a :

**Dr. René Martell González**

Asesor de Tesis: Dr. Ramón Boom Anglada



México, D. F.

1988

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 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.

## INDICE

1.- ANTECEDENTES .....	1
2.- MATERIAL Y METODOS .....	3
3.- RESULTADOS .....	7
4.- DISCUSION .....	14
5.- CONCLUSIONES .....	17
6.- BIBLIOGRAFIA .....	18

MEXICO, D.F.

1988

## ANTECEDENTES

El sd. icterico uno de los problemas frecuentes en medicina ha sido objeto de multiples estudios, desde los solo clinicos de la medicina griega hasta los más sofisticados de la medicina moderna en la cual incluye sistemas -- computarizados, estudios de gabinete y de patologia todo para establecer -- un diagnóstico preciso.

En '1760 Bayes describe su teorema de probabilidades estadísticas (1) algunos autores utilizando el método bayesiano han obtenido resultados de certeza diagnósticas hasta de un 95% en el estudio del enfermo icterico (3).

En 1983 Theodossi empleando solo elementos clinicos y de laboratorio en el problema de la ictericia obtuvo bajos resultados, para los problemas médicos (Ictericias Intrahepáticas ) solo 67% exactitud y para los problemas -- quirúrgicos ( Ictericias Extrahepáticas ) un 56%, el cual mejoró a un 91% utilizando ultrasonido de vías biliares.

Posteriormente Matzen en 1984 ( 7,8 ) en Dinamarca diseña el algoritmo -- " COMIC " ( Comitè para el Estudio de la Ictericia ) , basado en probabi -- lidades bayesianas obteniendo resultados de 91% exactitud diagnóstica en diferenciar ictericias intrahepáticas ó médicas de las extrahepáticas ó -- quirúrgicas , y un 86% exactitud en diferenciar etiología aguda ó crónica para las médicas y benigna , maligna para las quirúrgicas .

Ese mismo año en México el Dr. Boom y Cols. ( 3 ) evaluaron 1000 casos -- de ictericia con el algoritmo "COMIC " en forma retrospectiva. Sin embar -- go no se obtuvieron los resultados descritos por Matzen , por lo que se -- modificó al algoritmo original aplicando nuevas variables de acuerdo a pro -- babilidades de signos y síntomas encontrados en patologías de nuestro medio

obteniendose ahora una exactitud diagnóstica del 96% en diferenciar ---  
ictericias médicas de las quirúrgicas y 94% en diferenciar etiología aguda  
vs. crónica y benigna vs. maligna.

En el presente trabajo se tratará de evaluar si el entrenamiento del ---  
médico con algoritmo " COMIC ", o sea si al conocer el peso predictivo -  
de los datos mejoran su exactitud diagnóstica.

Para hacer la evaluación se sometieron a estudio médicos de diferente ni-  
vel de conocimientos para ver en cuales grupos tiene más importancia la -  
aplicación de esta metodología .

## MATERIAL Y METODOS

A seis médicos de diferente nivel de conocimientos ( Dos Gastroenterólogos, dos Médicos Internistas y dos Residentes de Medicina Interna ) se les proporcionó a cada uno cien casos clínicos de pacientes con sd. icterico ---- ( hoja de ictericias ). Ya diagnosticados y de los cuales los médicos igno-  
raban el resultado.

Se dividieron en dos grupos de trabajo , los médicos números impares ----- ( 1-3-5 ) y los médicos números pares ( 2-4-6 ) compuestos ambos por un - Gastroenterólogo ,un Internista y un Residente.

Como paso inicial ambos grupos médicos diagnosticaron los cien casos de -- ictericia proporcionados , solo en base a su experiencia .

Posteriormente al grupo médico de números impares se le entrena con el algoritmo " COMIC " . Este entrenamiento consiste en el conocimientos y la - aplicación de la hoja del " COMIC " a cada caso clínico en cuestión.

Esta hoja " COMIC " contiene: Aplicación del algoritmo a cada caso individual usando los coeficientes discriminación de la primera columna , el ---- resultado es positivo cuando el paciente tiene una enfermedad extrahepática obstructiva ( problema quirúrgico ) . O resultado negativo cuando el pa-  
ciente tiene enfermedad hepática no obstructiva ( problema médico ).

Un resultado negativo en la segunda columna indica una causa aguda de ---- ictericia como la hepatitis. Cuando el resultado es positivo indica una -- enfermedad crónica como la cirrosis.

La tercera columna es usada es discriminar entre causas benignas (negativa) y causas malignas ( positivas ) de ictericia.

Como tercer paso los grupos médicos de trabajo volverán a diagnosticar los cien casos de ictericia con la diferencia del entrenamiento en el " Comic " a los médicos impares y los médicos números pares lo harán por segunda -- ocasión solo en base a su experiencia.

Las cien hojas de los casos clínicos fueron tomados del archivo de gastroenterología del libro de ictericias . Se les proporcionó cien hojas a cada -- uno de los médicos en diferente orden numérico .

La hojas del " COMIC " fueron proporcionadas por el jefe del servicio de -- gastroenterología Dr. Ramon Boom. Una para cada uno de los cien casos clínicos proporcionados a los tres médicos entrenados en el algoritmo " COMIC ". Las estadísticas de los casos de ictericias fueron: 40 ictericias extrahepáticas de las cuales 22 son etiología benigna y 18 de etiología ma-- ligna .

60 casos ictericias intrahepáticas de las cuales 15 son etiología aguda -- y 45 etiología crónica

Los resultados se analizaran con la ecuación mc. nemar y la chi cuadrada. La ecuación de mc. nemar es particularmente útil para aquellos casos en que la misma persona resultó ser su propio control en diseños de antes y después .

Un individuo es calificado en la celdilla ( A ) si cambio de positivo a -- negativo . Y es calificado en la celdilla ( D ) si cambio de negativo a -- positivo.

Si no cambio , es decir estuvo positivo en las dos ocasiones va a la celdilla ( B ) . Y si permanece negativo en las dos ocasiones va a la celdi-

dilla (c).

La fórmula es:

$$\text{Mc. Nemar} = \frac{(A-D) -1}{A+D}^2 \quad \text{Mc. Nemar} = \frac{(A-D) -1}{A+D}^2$$

Donde -1 es un error compartido por médico y computadora.

## OBJETIVOS

- 1.- Revisar en forma experimental, prospectiva y comparativa la utilización del algoritmo " COMIC " en el paciente con sd. icterico.
- 2.- Demostrar si el entrenamiento de los Médicos en el algoritmo " COMIC " mejora su exactitud diagnóstica o no error en pacientes con ictericia.
- 3.- Establecer a que nivel Médico existen el mayor aprovechamiento al entrenarse en el algoritmo " COMIC".

## RESULTADOS

En forma prospectiva cada médico analizo en dos ocasiones , 100 casos de ictericia.

Los resultados se presentan en 6 tablas de " antes y después "

Las tablas estan divididas en 6 columnas , la primera columna correspondo al número de médico que analiza los casos y el número total de casos clínicos evaluados los cuales se subdividen en 40 casos etiología obstructivas y 60 casos ictericias no obstructivas.

La segunda columna corresponde a la letra (a) y equivale al número total de aciertos o sea igual al diagnóstico final.

La tercera columna o letra (b) equivale al número total de fallas o diferente al diagnóstico final.

Todo lo anterior esta en resultados de " antes y después ".

La cuarta columna o letra (c) equivale a los dobles errores , fallas tanto en la primera evaluación que se repiten en la segunda revisión.

Por último las columnas 5 y 6 corresponden al análisis estadístico con la ecuación de mc. nemar específica para problemas de " antes y después ", y la chi cuadrada (p).

Las primeras 3 tablas corresponden al grupo médico de números impares — ( 1-3-5 ) los cuales fueron entrenados en el " COMIC ".

En la tabla No. 1 el médico que analiza es el de menor jerarquía de este grupo (Residente Med. Interna). En este caso se observa una mejoría del — 9% en la evaluación de los casos totales se logro significancia estadística , quedando un 4.2 en la ecuación mc. nemar y una p/.05.

En las formas obstructivas definitivamente no alcanza significancia estadística , pero en las ictericias no obstructivas se tiene un resultado total con mc. neman de 5.1 lo cual se fue significativo.

En la tabla No. 2 corresponde al med. número 3 ( med. internista ) del grupo entrenado en el " COMIC ". Se observa una mejoría del 4% en el número total de casos evaluados, sin embargo la evaluación estadística no alcanza significancia en ninguna de las tres barras analizadas.

No. casos totales , ictericias obstructivas e ictericias no obstructivas. Por último en la tabla No. 3 el médico No. 5 (gastroentérológico) tiene una mejoría del 3% llegando a un total máximo de 91% aciertos. Pero la evaluación estadística tampoco fue significativa.

en las siguientes tres tablas se analizan , los resultados del grupo médico de números pares , los cuales no fueron entrenados en el " COMIC " . - Diagnosticando en las dos ocasiones solo en base a su experiencia.

En la tabla No. 4 corresponde al médico de menor jerarquía de este grupo (médico residente med. interna) y esta con el número 2. En este caso se observa un retroceso del 5% en relación al primera evaluación de los 100 casos ictericias. Los resultados estadísticos no fueron significativos una (p) de .30.

La tabla No. 5 es el del médico No. 4 (med. internista). Los resultados prácticamente no variaron en las dos evaluaciones la significancia estadística con mc. neman no existió.

( mc. neman; .33 ).

En la 6° y última tabla se analizaron los resultados del médico gastroen-

terólogo de éste grupo. Se observa un deterioro del 4% en la revisión del número de casos totales y como en todos los médicos de este grupo no hubo significancia estadística siendo la (p) menor de .30.

TABLA # 1

	(A)	(B)	(C)	Mt. Nunc	P
TOTAL CASOS: 100					
Médico # 1. antes	78	22	-		
Médico # 1. después	87	13	10	4.2	.05
OBSTRUCTIVAS: 40 casos					
Médico # 1. antes	31	9	-		
Médico # 1. después	33	7	4	.12	
NO OBSTRUCTIVAS: 60					
Médico # 1. antes	47	13	-		
Médico # 1. después	54	6	6	5.1	.01

TABLA # 2

	(A)	(B)	(C)	Mt. Nunc	P
TOTAL CASOS: 100					
Médico # 3. antes	85	15	-		
Médico # 3. después	89	11	8	.9	.30
OBSTRUCTIVAS: 40 casos.					
Médico # 3. antes	32	8	-		
Médico # 3. después	31	9	7	0	
NO OBSTRUCTIVAS: 60 casos.					
Médico # 3. antes	53	7	-		
Médico # 3. después	58	2	1	2.28	

TABLA # 3

	(A)	(B)	(C)	Mc. Nemar	P
<b>TOTAL CASOS: 100</b>					
Médico # 5. antes	88	12			
Médico # 5. después	91	9	9	1.3	30
<b>OBSTRUCTIVAS: 40</b>					
Médico # 5. antes	33	7	-	-	
Médico # 5. después	34	6	6	0	
<b>NO OBSTRUCTIVAS: 60</b>					
Médico # 5. antes	55	5	-		
Médico # 5. después	57	3	3	.5	

Donde:

- ( A ) = aciertos , igual al final
- ( B ) = fallas , diferente al final
- ( C ) = doble retrasos ( 2 )
- Mc. Nemar =  $\frac{( B-C ) - 1}{B + C}$

P = Chi cuadrada.

TABLA # 4 .

	( A )	( B )	( C )	Mc.Nemar.	P.
TOTAL CASOS: 100					
Médico # 2. antes	83	17	-		
Médico # 2. después	78	22	11	.94	.30
OBSTRUCTIVAS : 40					
Médico # 2. antes	28	12	-		
Médico # 2. después	28	12	8	0	
NO OBSTRUCTIVAS: 60					
Médico # 2. antes	55	5	-		
Médico # 2. después	50	10	3	2.77	

TABLA # 5 .

	( A )	( B )	( C )	Mc.Nemar	P.
TOTAL CASOS: 100					
Médico # 4. antes	88	12	-		
Médico # 4. después	87	13	10	0	.80
OBSTRUCTIVAS : 40					
Médico # 4. antes	33	7	-		
Médico # 4. después	33	7	7	0	
NO OBSTRUCTIVAS: 60					
Médico # 4. antes	55	5	-		
Médico # 4. después	54	6	3	.33	

TABLA # 6

	(A)	(B)	(C)	Mc. Nemar	P
<b>TOTAL CASOS: 100</b>					
Médico # 6. antes	90	10	-		
Médico # 6. después	86	14	5	.64	.30
<b>OBSTRUCTIVAS: 40</b>					
Médico # 6. antes	33	7	-		
Médico # 6. después	32	8	3	0	
<b>NO OBSTRUCTIVAS: 60</b>					
Médico # 6. antes	57	3	-		
Médico # 6. después	54	6	2	1.8	

## DISCUSION

Desde los primeros estudios comparativos en Medicina , ha sido de importancia obtener los datos clínicos , lo más fidedignos posible y realizar una buena correlación con exámenes de laboratorio para realizar un diagnóstico preciso.

En 1960 Matin ( 6 ) realiza diferenciación clínica entre ictericias parenquimatosas e ictericias obstructivas con porcentajes de certeza del 85% y 74% respectivamente,concluyendo que el diagnóstico clínico de ictericias - parenquimatosa es más factible que el de las ictericias obstructivas.

Burbank ( 4 ) en 1969 resalta la importancia de diferenciar ictericias intrahepáticas de las extrahepáticas. Además de la utilidad del método clínico y de laboratorio los cuales estan exentos de riesgos de los métodos invasivos ( biopsias , colangio percutanea ) .

Posteriormente Malchow del grupo Danes del " COMIC " en 1980 divide a los - pacientes ictericos en 5 causas clínicas: ictericia aguda parenquimatosa - ictericia crónica parenquimatosa, litiasis vesicular, ictericia obstructiva maligna y otras causas de ictericias las cuales se corroboran con estudios histopatológicos.

Los resultados obtenidos posteriormente han sido variables desde 71% con - Cattaneo , 80% de Vishensky y 86% de Stern ( 12 ) al analizar en forma prospectiva ictericias médicas vs. quirúrgicas.

En 1984 Matzen ( 8 ) usando modelos bayesianos y sistemas de computación realiza algoritmo " COMIC " inicialmente con 107 elementos diagnósticos -- los cuales depura a 24 verdaderos discriminantes obteniendo resultados en exactitud 91% en diferenciar ictericias intrahepáticas vs. extrahepática y

86% en diferenciación etiología aguda/ crónica y benigna / maligna , respectivamente.

En 1987 trabajo ictericias Dr. Boom ( 3 ) presenta resultados excelentes con el algoritmo danés modificado por 5 variables de prevalencia en nuestro país obteniendo una exactitud diagnóstica del 96% en diferenciar ictericia intrahepática vs. extrahepática.

Con ésto no queda fuera los estudios de gabinete US y TAC. los cuales definen con precisión la etiología en el caso ictericias obstructivas con vías biliares dilatadas de un 87% y 90% respectivamente según estudio Thomas - ( 15 ) ( 7 ) ( 9 ) ( 10 ).

En el presente trabajo realizado, se obtuvieron los porcentajes descritos por Matzen en cuanto a mejoría en exactitud diagnóstica con 91% en Médico Gastroenterólogo que se entreno en el " COMIC " aunque no fue significativo estadísticamente dado que anteriormente obtuvo un porcentaje alto.

Ahora bien , en cuanto a resultados de aprovechamiento se observa que el médico de menor jerarquía en el grupo entrenado en el " COMIC " obtiene resultados favorables al pasar de un 78% a un 87% usando el " COMIC " . - Estadísticamente obtiene significancia en 2 de los 3 renglones evaluados que fueron: No. total ictericias con Mc. Nemar 4.2 y P .05 y en ictericias no obstructivas con Mc. Nemar 5.1 y una P.

En cuanto a las ictericias de causas obstructivas no existió mejoría alguna y menos significancia estadística , se corrobora lo descrito por Matin ( 6 ) en 1960 quien concluyó que la ictericia parenquimatosa o no obstructiva es más factible de diagnosticar.

por lo que los métodos de gabinete como US y TAC son más viables a diagno-  
sticar en procesos obstructivos.

En el resto de los médicos evaluados no existió significancia estadística y la razón que damos es que para las diferencias porcentuales de " antes y después " es necesario una muestra mayor de 150 casos clínicos para evaluar.

## CONCLUSIONES.

- 1.- De los dos grupos Médicos evaluados, los tres Médicos que tuvieron entrenamiento en el algoritmo " comic " mejoraron con respecto a los tres Médicos del grupo no entrenado.  
Sin embargo solo en los Médicos de menor jerarquía la diferencia entre entrenados o no , tuvo significancia estadística.
- 2.- Es probable que el tamaño de la muestra haya influido en los resultados , puesto que a los mismos porcentajes de mejoría obtenidos en una muestra mayor se logra significancia estadística.

B I B L I O G R A F I A .

- 1.- Bayes Teorema Philosophical transactions of the Royal Society of London 1763; 3:370.
- 2.- Beinart C., Efremidis S., Cohen B. et al obstruction without dilation. -- JAMA 1981; 245 ( 4 ): 353-57
- 3.- Boom R, González C., Fridman L. et al Looking for " indicants " in the differential diagnosis of jaundice . Medical Decision Making 1986 ; 6 - ( 1 ) : 36-41
- 4.- Burbank Fred. A computer diagnostic system for the diagnosis of prolonged undifferentiating liver disease American Journal of Medicine 1969; 46: 401-15
- 5.- Livitt R, Stuart S, Stanley R. et Accuracy of computed tomography of the liver and biliary tract. Radiology 1977; 124: 123-28
- 6.- Martin William and Apostolakos P. Clinical versus actuarial prediction the diagnosis of jaundice the American Journal of the Medical Sciences 1960; 73: - 571-78
- 7.- Matzen Peter , Malchow-Moller A, Brun B, et al. Ultrasonography , computed tomography and cholescintigraphy in suspected obstructive jaundice . - A prospective comparative study. Gastroenterology 1983; 84: - 1492-97
- 8.- Matzen P , Malchow-Moller A , Hilden J , et al. Differential diagnosis of jaundice: A. pocket diagnostic chart. Liver 1984 ; 4: 360-71.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 9.- MenuaYves , Lorphelin J , Scherrer A , et al. Sonographic and computed tomographic evaluation of intrahepatic calculi. American Journal of Radiology 1985 ; 145 : 579-83
- 10.- O'Connor K, Snodgrass P , Swonder J , et al. A banded prospective study comparing four current noninvasive approaches in the differential diagnosis of medical versus surgical jaundice. Gastroenterology - 1983 ; 84: 1498-1504
- 11.- Richter J , Silverstein M , Schapiro R , et al. Suspected obstructive jaundice: A decision analysis of diagnostic strategies. Annals of Internal Medicine 1983 ; - 99: 46-51
- 12.- Stern R, Knill-Jones R , Williams R. Use the computer program for diagnosing jaundice in district hospitals and specialized liver unit. British Medical Journal 1975; 2: 659-62
- 13.Theodossi A. The value of simptoms and sings in the assessment of jaundiced patients. Clinics. in Gastroenterology 1985 ; 14: 545-57
- 14.- Theodossi A, Spiegelhalter D , Portman B , et al. The value of clinical biochemical , ultrasound and liverbiopsy data in assessing patients with liver diseases Liver 1983 ; 3: 315-26
- 15.-Thomas M , Pellegrini C , Way L. Usefulness of diagnostic test for biliary obstruction . The american Journal of Surgery 1982 ; 144 : 102-06.
- 16.- Wheeler P. Theodossi A , Pickford R, et al. Non-invassive techniquos in the diagnosis of jaundice ultrasound and computer. Gut 1979 ; 20:196-99.
- 17.-Boom, RA. Mass Mr., Ocaña

Computer aided diagnosis of jaundice proct.6TH World Congr. Spain --  
july 1978

18.- Boom R. Ramos M. Aguilar et al Gastroenterology 86: 1031 - 1984.

19.- USE of. sequential bayesian model. in diagnosis of jaundice by  
computer . Stern Br. med. journal 1:530 - 1973

	Med- Quir+	Agud- Crono	Benig- Malig+
Por Edad 35 a 64	+7	+5	
65 o mas	+12	+5	
Ictericia por Cirrosis	-7	+8	
Cancer del tubo digestivo, pancreas, sistema biliar, mamario, pulmonar y renal	+10		+7
Leucemia	-13		
Antecedente dolor abdominal calculos comprobados	+10	+7	-10
En tratamiento por ICCV	-2	-5	
Transfusión ult. 6 meses	-9	-4	
Alcoholismo 5 o mas, copas diarias	-4	+4	
Padecimiento actual evolucion 2 o mas, semanas			+7
Dolor Abd. sup. intenso, moderado	+9		-6
Fiebre sin escalofrios	+4		-6
con escalofrios		-3	-5
Ictericia fluctuante	+5	-6	-10
Pérdida de peso 3 o mas kg por mes	+4		-5
Telangiectasias	-6		+4
Ascitis	-3	+11	
Hepatomegalia dura nodular		+6	
Vesicula palpable	+16	+5	+14
Signo de Murphy	+10		+14
LABORATORIO			
Bilirrubinas 10 UNL	+5	-5	+5
Fosfatasa Alcalina 100-400	+6		
400 o mas	+11		+10
Transaminasas 40-319		+5	
320 o mas	-10	+1	+6
T. Protrombina 0.55 o menos		+8	+5
0.56 - 0.70		+5	+5
Dil. 500 o mas		-5	+7
Constantes	-13	-19	-10

## CENTRO HOSPITALARIO " 20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE.

ICTERICIA (BD ) B1 )

NOMBRE \_\_\_\_\_ EXP \_\_\_\_\_ CAMA \_\_\_\_\_  
 DOM \_\_\_\_\_ 7.P. TELFS \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
 OCUPACIONES (medico, enfermera, ind. plastico, pesticidas)  
 DROGAS: Metildopa, HAIN, Hidantoína, Halotane, Antineoplasicos, Acetaminofen, Alopurinolo, Clofibrato, Testosterona, "Pildora" Fenotiazinicos, Warfarina.

- 1.- SEXO M, F  
 2.- EDAD.....  
 3.- DROGAS HEPATOTOXICAS o EMBRIAGUEZ no, drogas hepatotóxicas, drogas colestasis, EMBRIAGUEZ : reciente, cada semana/mes..  
 FECHA ULT INGESTA ALCOHOL.....  
 A.- TABAQUISMO no,  $\surd$  10, 10-15, 15-20,  $\surd$  = 20 cigarrillos. Desde 19.....  
 B.- CAFE no,  $\surd$  3,  $\surd$  = 3 tazas.....  
 4.- EMBARAZOS 0-1,  $\surd$  = 2, Embarazada: la mitad, 2a mitad, aborto reciente.....  
 5.- ANTECEDENTES -PADECIMIENTOS no, TB, HTA, ICCV, DM, Dialisis, Disenteria, Ictericia, dolor abdominal, CUCI.....  
 Fecha.....  
 6.- TRANSFUSIONES no, multiples,  $\surd$  3 sem, 3 sem-6m, plasma  $\surd$  6 m Fecha.....  
 7.- ANTECEDENTES DE OPERACIONES no,  $\surd$  1 mes, 1 m - 2 años, Op CA  $\surd$  5 años.....  
 Tipo..... Fecha.....  
 8.- TIEMPO DE EVOLUCION  $\surd$  1 sem, 1 sem-1 m, 1 m-3m, 3m-6m, 6m-1 año,  $\surd$  = 1 año.....  
 Fecha de Inic de sints.....  
 9.- ANOREXIA no, si.....  
 C.- DISFAGIA no, si.....  
 D.- EVACUACIONES normal, constipación, diarrea, sangre, moco.....  
 10.- ICTERICIA CLINICA ligera (BD  $\surd$  5 mg ), estable/ascendente (BD  $\surd$  = 5, descendente, fluctuante.....  
 11.- HIPOCOLIA no, si.....  
 12.- PRURITO no, si.....  
 13.- DOLOR ABD SUP ( interrogatorio ) no, /..... /..... /.....  
 ligero, moderado, intenso  
 14.- ESTUPOR EXCITACION O COMA no, si.....  
 15.- INTOLERANCIA A GRASAS no, si.....  
 16.- TOS no, si.....  
 17.- FIEBRE no, ligera (  $\surd$  38.5 ),  $\surd$  = 38.5 sin escalofrios, intermitente con escalofrios de cualquier grado, terciana.....  
 18.- DISOCIACION PULSO-TEMP no, si.....  
 19.- PERDIDA DE PESO : no,  $\surd$  = 3 Kg/mes,  $\surd$  3 kg o no cuantificada.....  
 20.- ASCITIS /EDEMA no, si.....  
 21.- HEMORRAGIAS no, tubo digestivo, gingivo rrugas/epitaxis/ petequias.....  
 23.- SINTOMAS URINARIOS no, oliguria, sintomas infección o sonda Foley.....

- 24.- ESTIGMAS INSUF HEPATICA no, si.....  
 25.- HEPATOMEGALIA no, dolorosa, no dolorosa  
 26.- HIGADO caracteres no precisados, /..... /..... /.....  
 NI o Blanda, dura, muy dura  
 27.- VESICULA PALPABLE no, si.....  
 28.- ESPLENOMEGALIA no, si.....  
 E.- TUMOR PALPABLE EPIGASTRIO no, empastamiento, tumor.....  
 29.- SIGNO MURPHY no, si.....  
 30.- DATOS CARDIACOS no, ICCV, 0 fibrilación, soplo (OJO: HAY ANTS ICCV ? Marcarlo pregunta # 5).....  
 31.- ALTERACIONES ARTICULARES no, si.....  
 32.- ATAQUE AL ESTADO GENERAL ligero a moderado, obeso, ataque franco o caquexia.....

## LABORATORIO:

- 33.- LEUCOCITOS.....  $\surd$  5, 5-10,  $\surd$  = 10  
 34.- Hb..... g  $\surd$  10, 10 a 13.5,  $\surd$  = 13.5  
 35.- EXAMEN DE ORINA /UROCULTIVO Normal, anormal  
 36.- T PROTROMBINA..... %  $\surd$  60,  $\surd$  60,  $\surd$  30  
 37.- FOSFATASA ALCALINA  $\surd$  100,  $\surd$  100,  $\surd$  200UI  
 38.- COLESTEROL..... mg%  
 $\surd$  175, 175- 275,  $\surd$  = 275  
 39.- TRANSAMINASAS TGO..... U TGP..... U  
 $\surd$  100, 100- 350,  $\surd$  = 350.....  
 40.- BROMO..... %  $\surd$  15m,  $\surd$  = 15  
 41.- GLOBULINAS..... g  $\surd$  3.6,  $\surd$  = 3.6  
 42.- AMILASA..... U  $\surd$  300,  $\surd$  = 300  
 43.- REACCIONES FEBRILES  $\surd$  320,  $\surd$  = 320  
 44.- BILIRRUBINAS  $\surd$  5, 5- 10, 10-20,  $\surd$  = 20  
 45.- EOSINOFILOS..... %  $\surd$  5,  $\surd$  = 5  
 46.- INSUFICIENCIA RENAL LABORATORIO no, si Urea..... mg Creat.....  
 E.- PLAQUETAS.....  
 F.- DHL  
 G.- HEMATOZOARIO  
 DIAGNOSTICO CLINICO PREVIO.....

DIAG RESIDENTE GASTRO DR. NEOSINDROMES

DIAG.COMP.....  
 SIND CLASICOS.....  
 Cirr, Hpvi, Hprc, Cahg, Caen, Abhp, Hgcg, Cole