



69
11227

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS"
I.S.S.S.T.E.

**" ÍNDICE DE ERROR DIAGNÓSTICO EN
HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO "**

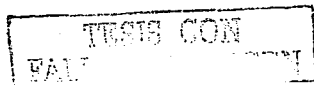
**TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE :
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**

PRESENTA:
DR. JESÚS ALBERTO LÓPEZ GUZMÁN



ISSSTE

MÉXICO, D.F.



FEBRERO 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



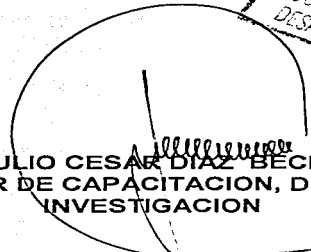
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

COORDINADORA DE INVESTIGACION
DESARROLLO E INVESTIGACION
JUL 10

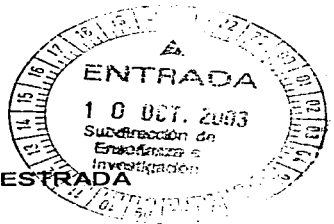


~~COORDINADORA~~
DR. JULIO CESAR DIAZ BECERRA
COORDINADOR DE CAPACITACION, DESARROLLO E
INVESTIGACION

DRA. GABRIELA SALAS PEREZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA INTERNA

TRABAJE CON
FALTA DE ATENCION

DR. LUIS FELIPE MONTAÑO ESTRADA
ASESOR DE TESIS



DRA. VICTORIA GOMEZ VAZQUEZ
VOCAL DE INVESTIGACION

DR. LUIS SERAFIN ALCAZAR ALVAREZ
JEFE DE INVESTIGACION

DRA. GABRIELA SALAS PEREZ
JEFA DE ENSEÑANZA

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

U.N.A.M.

HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS"

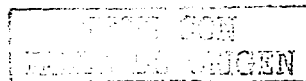
**" ÍNDICE DE ERROR DIAGNÓSTICO EN HEMORRAGIA DE TUBO
DIGESTIVO ALTO "**

**TESIS DE POSTGRADO PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICO
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**

P R E S E N T A

DR. JESÚS ALBERTO LÓPEZ GUZMÁN

**ASESOR DE TESIS.
DR. LUIS FELIPE MONTAÑO ESTRADA
COORDINADOR NACIONAL DE POLÍTICAS Y DESARROLLO EDUCATIVO I.S.S.S.T.E.
MIEMBRO DEL SISTEMA NACIONAL DE INVESTIGADORES**



Dedicatorias

A DIOS PADRE, por su amor infinito

A MI HIJA ALEXANDRA, que vives en mi corazón

A MI AMADA ESPOSA, mi inspiración, motivación y razón de ser

A MIS PADRES Y HERMANOS por su apoyo incondicional

A MI ABUELITO MARIANO Y A MI TÍO JOSÉ quienes impulsaron mi carrera oportunamente

A MIS FAMILIARES Y AMIGOS que han creído en mí

Agradecimientos

A MIS MAESTROS por su enseñanza y paciencia

A MIS COMPAÑEROS por su solidaridad

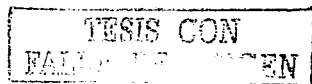
A FERNANDO ALBERTO GAMBOA ORTIZ, por todo amigo

AL DR. LUIS FELIPE MONTAÑO ESTRADA Y A LA DRA. GABRIELA SALAS PEREZ , por su comprensión

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

I N D I C E

	Pagina
Resumen	1
Introducción	2
Material y Métodos	6
Resultados	7
Discusión	14
Referencias Bibliográficas	15



ÍNDICE DE ERROR DIAGNÓSTICO EN HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO

RESUMEN:

Objetivo: Establecer qué tanto la orientación clínica inicial se acerca al diagnóstico definitivo en un paciente con hemorragia digestiva alta. (HDA) *Materiales y Métodos:* Revisamos expedientes de pacientes adultos a quienes les fueron practicadas endoscopias por HDA, en el C.M.N. "20 de Noviembre" en un periodo comprendido entre el primero de enero del año 2003 al 30 de junio del mismo año, y que además contaban con una impresión diagnóstica inicial y un diagnóstico endoscópico final. Practicamos tablas de frecuencia de cada una de las variables: género, edad, antecedentes, presentación del sangrado, y de los diagnósticos iniciales y finales buscando alguna asociación entre los dos últimos. *Resultados:* Fueron incluidos 64 pacientes, de los cuales 42 eran mujeres y 22 hombres; el grupo etario más afectado fue el de 61 a 70 años. Los 5 principales diagnósticos presuntivos iniciales fueron, la gastritis medicamentosa la cual tuvo una frecuencia de 25(32.1%), las várices esofágicas 24(30.8%), la gastropatía hipertensiva 10(12.8%), la gastritis no especificada 7(9%) y, el tumor digestivo 4(5.1%). Los 5 principales diagnósticos endoscópicos finales fueron la gastritis, que tuvo una frecuencia de 43(33.1%), las várices esofágicas 24(18.5%), la esofagitis 15(11.5%), la gastropatía hipertensiva 12(9.2%), y la úlcera gástrica 10(7.7%). Únicamente en 29 pacientes (45.3%) los diagnósticos presuntivos se correlacionaron en un 100 % con los diagnósticos endoscópicos finales. *Conclusiones:* El índice de error diagnóstico de hemorragia de tubo digestivo fue del 54.7 %, ya que en 35 pacientes, la impresión diagnóstica no fue correlacionable en algún grado con el diagnóstico definitivo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

El sangrado dentro del tracto gastrointestinal a partir de una fuente de localización proximal al ligamento de Treitz se define como una hemorragia digestiva alta (HDA). 1

La HDA es una causa común de ingreso hospitalario a nivel mundial; en el Reino Unido la incidencia es de 515 casos por 100,000 habitantes 2 con una mortalidad hospitalaria del 10% aproximadamente. 3 En los Estados Unidos de América la incidencia anual es de 50 - 150 casos por 100,000 habitantes. 4,5 En México, la mortalidad por esta entidad patológica es del 8.5% pero se incrementa hasta el 31% con la edad y entidades comórbidas. 6

Las manifestaciones clínicas de la hemorragia digestiva dependen de la extensión y frecuencia del sangrado. Como norma general, la presencia de hematemesis o melena indica sangrado digestivo alto. 7 La anamnesis y exploración física inicial pueden ayudar a determinar sitio probable de sangrado 8,9 y el momento apropiado para la ejecución de la endoscopia, pues los pacientes pueden sangrar de forma aguda severa o intermitente. 6

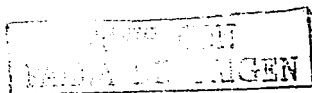
La melena se desarrolla después de cantidades tan pequeñas de sangre como 50 a 100 ml. en el tracto gastrointestinal superior. Las pérdidas de sangre provenientes del tracto gastrointestinal a menudo son ocultas. 10 La HDA se presenta como hematoquecia en alrededor del 10% de los casos y se desarrolla con una pérdida aguda de más de 1000 ml. (V). 11 Las pérdidas hemáticas inferiores a 500 ml. raramente se asocian a signos sistémicos, la hemorragia rápida de volúmenes superiores da lugar a un descenso del gasto cardíaco, la caída de la presión arterial diastólica mayor de 10 mm Hg con un cambio de la frecuencia cardíaca mayor de 20 latidos / min indica hemorragia grave. Los síntomas concomitantes pueden consistir en aturdimiento, síncope, náuseas, sudoración y sed. 12

Los datos de laboratorio más comunes consisten en leucocitosis y trombocitosis leves que se desarrollan en las primeras 6 horas del sangrado. El análisis de gases sanguíneos es indispensable en todo paciente con antecedente de sangrado. Después de 6 a 8 horas de haberse mejorado el cuadro o después de la reposición intensa de volumen, el hematocrito será un indicador del estado hemodinámico del paciente. La colocación de una sonda nasogástrica ayuda a establecer el origen, la actividad y la magnitud de la hemorragia. En forma complementaria debe realizarse examen general de orina, amilasa y determinación de electrolitos, así como pruebas de función hepática y de coagulación. El nitrógeno ureico sanguíneo puede elevarse desproporcionadamente a la creatinina en HDA y función renal conservada. También se ha comprobado la actividad térmica como dato de actividad hemorrágica. 13

La etiología de la HDA, según su frecuencia, se clasifica en:

Causas frecuentes: vórices esofágicas, desgarro mucoso esofagagástrico (Síndrome de Mallory - Weiss), gastritis erosiva, úlcera gástrica, vórices gástricas y, úlcera duodenal.

Causas menos frecuentes: esofagitis, carcinoma esofágico, neoplasias gástricas o duodenales (carcinoma, linfoma y pólipos), ectasia vascular de la mucosa gástrica asociada con cirrosis, duodenitis, úlcera anastomótica, neoplasia de la submucosa (leiomioma el más común) y, fistula entero-vascular (usualmente por un aneurisma aórtico).



Causas raras: sangrado faríngeo o nasal, hemoptisis, ruptura esofágica (síndrome de Boerhaave) y, hemobilia. 14

La Tabla 1, muestra la orientación diagnóstica general en una HDA según el contexto clínico subyacente 15 y la Tabla 2 las manifestaciones comúnmente asociadas al sitio del sangrado. 1

TABLA 1. ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA GENERAL EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

ANTECEDENTE	POSIBILIDAD DIAGNÓSTICA
Episodios previos similares	Considerar la misma etiología
Antecedente de pirosis	Esofagitis, úlcus péptico
Traumatismo grave, posoperados	Gastritis erosiva
Diagnóstico previo de hepatopatía crónica	Várices esofágicas, úlcus péptico, gastropatía de la hipertensión portal
Alcoholismo	Gastritis erosiva, causas de hemorragia asociada a hepatopatía, Mallory - Weiss
Antecedentes de diátesis hemorrágica, anticoagulación	Patología estructural subyacente
Cirugía previa de úlcus	Úlcera de neoboca
Ingestión de antiinflamatorio no esteroide	Gastritis erosiva
Administración de potasio, hierro, quinidina, tetraciclinas	Esofagitis, úlcera esofágica
Prótesis vascular aórtica	Fístula aortoenterica
Comercedencia con menstruación	Endometriosis
Acantosis nigricans	Cáncer de estómago
Purpura palpable	Vasculitis sistémica
Telangiectasias / epistaxis	Enfermedad de Rendí - Osler
Hiperelastosis cutánea y articular	Síndrome de Ehlers - Danlos
Lesiones papulosas amarillentas, angiomias en fondo de ojo	Seudoxtantoma elástico
Tumoraciones cutáneas azuladas elásticas	Nevus azul "en tetina de goma"

TABLA 2. MANIFESTACIONES CLÍNICAS ASOCIADAS SEGÚN EL SITIO DE SANGRADO

CAUSA	SINTOMAS Y/O SIGNOS ASOCIADOS
Úlcera duodenal	Dolor e hipersensibilidad al tacto en el epigastrio
Úlcera gástrica	Dolor abdominal
Lesiones mucosas relacionadas con el estrés	Enfermedad grave
Úlcera de Cushing	Enfermedad del sistema nervioso central
Úlcera de Curling	Quemaduras importantes
Úlcera marginal	Cirugía gástrica previa
Gastritis	Alcohol, drogas antiinflamatorias no esteroideas, enfermedad renal
Esofagitis	Pirosis
Úlcera de Barret	Pirosis
Desgarro de Mallory - Weiss	Vómitos
Várices gástricas o esofágicas	Enfermedad hepática
Hematematosis	Traumatismo hepático
Carcinoma gástrico	Dolor abdominal
Lesión de Dieulafoy	Hemorragia masiva / origen no evidente
Anomalías vasculares	
Síndrome de Osler - Weber Rendu	Telangiectasias hereditarias
Angiodisplasias	Insuficiencia renal crónica

A todo paciente que presenta síntomas, signos y exámenes de laboratorio señalados previamente, se le inician medidas inmediatas como lo son la sonda nasogástrica, el tacto rectal y se evalúa la cuantía del sangrado y las medidas terapéuticas urgentes. Algunos autores proponen como primera exploración en una HIDA no masiva la gamagrafía con hemáticos marcados con Tc^{99m} , técnica que además permite valorar la evolución del sangrado durante las siguientes 24 hrs; si no resultan diagnósticas la endoscopia ni la gamagrafía y persiste la hemorragia, se deberá indicar la angiografía, mientras que si la hemorragia cesa se deberá repetir la endoscopia. Si la HIDA es masiva o recurrente y la endoscopia no muestra utilidad diagnóstica, esta indicada la intervención quirúrgica con fines diagnósticos y terapéuticos. 15

La endoscopia es la herramienta diagnóstica de elección en HIDA, siendo capaz de diagnosticar la causa del sangrado en 98.6% de los pacientes, mientras que los factores que causan falla diagnóstica en el restante 1.4% se deben a un sitio difícil de examinación y fallas para reconocer lesiones de Dieulafoy. 16

NOUS CON
FALLA DE ORIGEN

Aunque las posibles etiologías de la HDA son múltiples, más del 90% se deben a tan solo cuatro causas: úlcera péptica, gastritis erosiva, várices esofágicas y síndrome de Mallory - Weiss; en pacientes jóvenes, los sitios más frecuentes de sangrado son aquellos asociados con el alcoholismo (várices esofágicas, Mallory - Weiss y gastritis hemorrágica), mientras que en ancianos el 75 a 90% de episodios de HDA fue relacionada con enfermedad ácido péptica. 17

La hemorragia digestiva de carácter agudo representa un problema tanto diagnóstico como terapéutico que exige la actuación óptima del personal de urgencias, unidad de cuidados intensivos, internistas, gastroenterólogos, radiólogos intervencionistas y cirujanos. 12 Están bien establecidas la incidencia, causas, opciones terapéuticas y mortalidad de HDA; sin embargo, hasta el momento no existen reportes de la correlación entre la sospecha diagnóstica inicial y el diagnóstico endoscópico final.

Por lo anterior, el objetivo del estudio estriba en establecer qué tanto la orientación clínica inicial se acerca al diagnóstico definitivo en un paciente con HDA.

TESIS CON
FALLA DE CEN

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo; realizado en el C.M.N. "20 de Noviembre" I.S.S.S.T.E. en un periodo comprendido entre el primero de enero del año 2003 al 30 de junio del mismo año.

Revisamos los expedientes de pacientes adultos con HDA.

Todos los pacientes incluidos tenían uno o dos diagnósticos presuntivo iniciales, así como, uno a cuatro diagnósticos endoscópicos finales.

Las endoscopias fueron realizadas con un videopanendoscopio GIF 100 con cámara de video Pentax AO 1389 u Olimpos 100.

Analizamos el genero, edad, antecedentes y presentación del sangrado, buscando alguna asociación entre la impresión diagnóstica y el diagnóstico definitivo. Aplicamos tablas de frecuencia para cada una de las variables.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

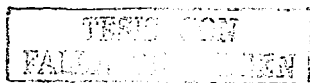
RESULTADOS

Estudiamos 64 pacientes, 42(65.6%) fueron mujeres y 22(34.4%) hombres. El rango de edad fue de 17 a 84 años, el grupo etario más afectado fue el de 61 a 70 años con 19 pacientes. (Tablas 3 y 4) Encontramos 26 pacientes (40.6%) con hepatopatía crónica, 25(39.1%) con ingesta de 2 o más fármacos de diversa índole (polifarmacía), 23(35.9%) recibían antiinflamatorios no esteroideos (AINES), 7(10.9%) con alcoholismo, 7(10.9%) eran portadores de cáncer en algún sitio del tracto digestivo superior, 6(9.4%) estaban bajo anticoagulación oral y 4 pacientes (6.3%) mencionaron padecer enfermedad ácido péptica. (Gráfica 1)

La presentación del sangrado fue con melena en 57 casos (89.1%), hematemesis en 10(15.6%), vómitos en posos de café en 7(10.9%) y a un solo paciente (1.6%) le fue detectada sangre oculta en heces. (Gráfica 2)

50 pacientes contaron con un solo diagnóstico inicial, mientras que 14 tenían dos diagnósticos iniciales. La impresión diagnóstica número uno se desglosó de la siguiente manera: Várices esofágicas en 24 ocasiones (37.5%), gastritis medicamentosa en 23(35.9%), gastritis (no especificada) en 7(10.9%), tumor digestivo en 4(6.3%), enfermedad ácido péptica (no especificada) en 3(4.7%), y finalmente se pensó en sangrado de tubo digestivo alto, gastritis uremía y metástasis hepáticas en una ocasión cada una de ellas (1.6%) respectivamente. La impresión diagnóstica número dos se conformó por gastropatía hipertensiva en 10 ocasiones (71.4%), esofagitis en 2(14.3%) y gastritis medicamentosa en 2(14.3%) pacientes; esto es, si sumamos el total de las dos impresiones diagnósticas tenemos un total de 78 presunciones que al agruparlas, cuantificarlas y determinar los porcentajes de cada una de estas, tenemos que la gastritis medicamentosa tuvo una frecuencia de 25(32.1%), las várices esofágicas 24(30.8%), la gastropatía hipertensiva 10(12.8%), la gastritis no especificada 7(9%), el tumor digestivo 4(5.1%), la enfermedad ácido péptica 3(3.8%), la esofagitis 2(2.5%) y el sangrado de tubo digestivo alto, la gastritis uremía y metástasis hepáticas en una ocasión cada una de ellas (1.3%) respectivamente. En la gráfica 3, se ilustran los tres principales diagnósticos iniciales. Los 64 pacientes contaron por lo menos con un hallazgo endoscópico final, y un máximo de 4 y los reportes fueron los siguientes:

En el diagnóstico endoscópico número uno se reportó gastritis en 28 pacientes (43%), várices esofágicas en 23(36%), esofagitis en 6(9%), úlcera gástrica en 3(5%), úlcera duodenal en 3(5%) y hemoptisis en un paciente (2%), con un total de 64(100%). El diagnóstico endoscópico número dos contó con un total de 41 diagnósticos (64%), encontrándose gastritis en 12 casos (30%), gastropatía hipertensiva en 10(25%), esofagitis en 9(22%), duodenitis en 5(12%), úlcera gástrica en 2(5%) y várices esofágicas, hernia hiatal y piloritis en un caso cada uno de estos (2%) respectivamente.



Un diagnóstico endoscópico número 3 se documentó en un total de 20 pacientes (31%) y se plasmó que 5(25%) de estos tenía úlcera gástrica, 3(15%) gastritis, 3(15%) vórices gástricas, 3(15%) úlcera duodenal, 2(10%) hernia hiatal, 2(10%) duodenitis, uno (5%) gastropatía hipertensiva y otro más bulboduodenitis (5%). Solamente a 5 pacientes (8%) se les reportaron 4 hallazgos endoscópicos finales, de los cuales 3(60%) fueron hernia hiatal, 1(20%) gastropatía hipertensiva y otro más fue duodenitis moderada (20%); esto es, si sumamos el total de los diagnósticos número uno (64), más los cuantificados en cada uno de los otros tres, tenemos un total de 130 diagnósticos que al agruparlos, cuantificarlos y determinar los porcentajes de cada una de las evidencias encontradas, tenemos que la gastritis tuvo una frecuencia de 43(33.1%), las vórices esofágicas 24(18.5%), la esofagitis 15(11.5%), la gastropatía hipertensiva 12(9.2%), la úlcera gástrica 10(7.7%), la duodenitis 8(6.1%), la hernia hiatal 6(4.6%), la úlcera duodenal 6(4.6%), las vórices gástricas 3(2.3%), mientras que la piloritis, bulboduodenitis y hemoptisis de uno (0.8%) cada uno de estos. En la gráfica 4, se ilustran los tres principales hallazgos endoscópicos.

Únicamente en 29 pacientes (45.3%) los diagnósticos presuntivos se correlacionaron en un 100% con los diagnósticos endoscópicos finales. En 2 pacientes (3%) se correlacionó en un 75%, pues 3 de los cuatro reportes endoscópicos finales tenían que ver directamente con el o los diagnósticos presuntivos. En 9 pacientes (14%) la correlación clínica fue del 66%, luego de encontrar que dos de los tres diagnósticos endoscópicos sí se correlacionaron con la impresión diagnóstica. En 11 pacientes (17%) la correlación clínica fue del 50% ya que la mitad de los diagnósticos definitivos reportados tuvieron relación estrecha con el diagnóstico inicial. 4 Pacientes (6%) tuvieron una correlación clínica - endoscópica de 33%, una vez que solo uno de tres hallazgos finales se debió a las causas sospechadas inicialmente. Solamente un paciente (2%) presentó una correlación del 25%, al documentarse que solo uno de los cuatro reportes endoscópicos era debido a la hipótesis inicial. Y finalmente se encontró que en 8 pacientes (12%), el diagnóstico preendoscópico no se asoció en algún grado al diagnóstico posendoscópico; esto es, en 8 pacientes (12.5%) no se encontró correlación alguna entre el diagnóstico presuntivo inicial y el endoscópico final. 5 pacientes (7.8%) mostraron una correlación diagnóstica presuntiva - endoscópica final entre 25 y 33%. 11 pacientes (17.2%) del 50%, 11 pacientes (17.2%) entre 66 y 75% y 29 pacientes (45.3%) del 100%. Gráfica 5.

Por lo tanto el índice de error diagnóstico de hemorragia de tubo digestivo fue del 54.7%, ya que en 35 pacientes, la impresión diagnóstica no fue correlacionable en algún grado con el diagnóstico definitivo. Gráfica 6.



TABLA 3. EDADES DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO

EDAD	Frec	Percent	Acum
17.0	1	1.6%	1.6%
22.0	1	1.6%	3.1%
26.0	1	1.6%	4.7%
29.0	1	1.6%	6.3%
34.0	1	1.6%	7.8%
35.0	1	1.6%	9.4%
37.0	1	1.6%	10.9%
40.0	1	1.6%	12.5%
41.0	1	1.6%	14.1%
42.0	2	3.1%	17.2%
43.0	3	4.7%	21.9%
44.0	1	1.6%	23.4%
46.0	1	1.6%	25.0%
47.0	2	3.1%	28.1%
48.0	1	1.6%	29.7%
49.0	1	1.6%	31.3%
52.0	1	1.6%	32.8%
54.0	1	1.6%	34.4%
55.0	2	3.1%	37.5%
56.0	3	4.7%	42.2%
58.0	1	1.6%	43.8%
59.0	3	4.7%	48.4%
61.0	3	4.7%	53.1%
62.0	4	6.3%	59.4%
64.0	1	1.6%	60.9%
65.0	3	4.7%	65.6%
66.0	2	3.1%	68.8%
67.0	2	3.1%	71.9%
68.0	2	3.1%	75.0%
69.0	1	1.6%	76.6%
70.0	1	1.6%	78.1%
71.0	2	3.1%	81.3%
72.0	1	1.6%	82.8%
74.0	2	3.1%	85.9%
75.0	1	1.6%	87.5%
77.0	2	3.1%	90.6%
80.0	4	6.3%	96.9%
84.0	2	3.1%	100.0%
Total	64	100.0%	

TESIS CON
FALTA DE PAGOS

ESTA TESIS NO SALIÓ
DE LA BIBLIOTECA

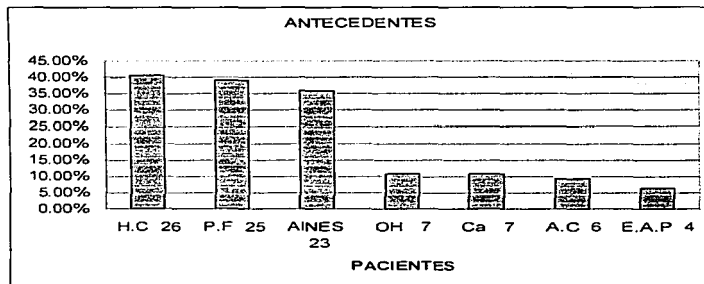
Total	Suma	Media	Varianza	Desv est	Error est
64	3704	57.875	244.587	15.639	1.955
Mínimo	Percen.25	Mediana	Percen.75	Máximo	Moda
17.000	46.500	61.000	68.500	84.000	62.000

La T de Student es válida si la media difiere de cero.
 Estadístico T = 29.605, gl = 63 valor-p = 0.00000

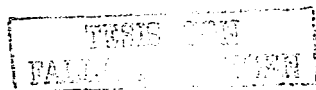
TABLA 4. GRUPO ETARIO
 RANGO | Frec Percent Acum

RANGO	Frec	Percent	Acum
17 A 20	1	1.6%	1.6%
21 A 30	3	4.7%	6.3%
31 A 40	4	6.3%	12.5%
41 A 50	12	18.8%	31.3%
51 A 60	11	17.2%	48.4%
61 A 70	19	29.7%	78.1%
71 A 80	12	18.8%	96.9%
81 A 90	2	3.1%	100.0%
Total	64	100.0%	

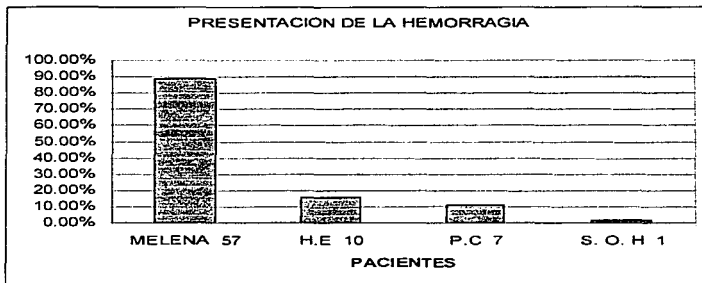
GRÁFICA I. ANTECEDENTES



H.C = Hepatopatía crónica; P.F = Polifarmacia; AINES = Antiinflamatorios no esteroideos; OH = Etilismo; Ca = Cáncer de tubo digestivo alto; A.C = Anticoagulación; E.A.P = Enfermedad ácido péptica.

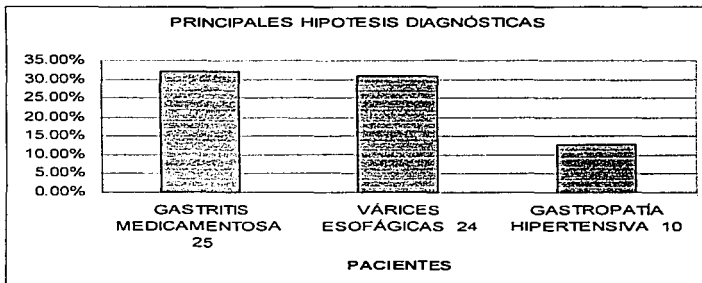


GRAFICA 2. PRESENTACIÓN DE LA HEMORRAGIA



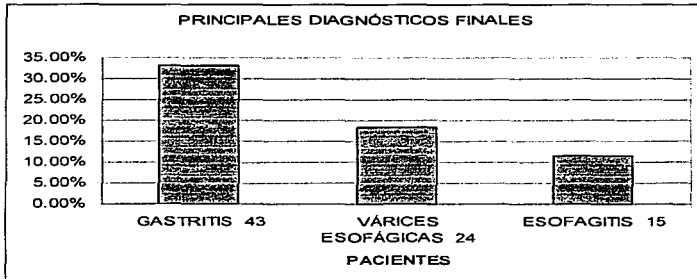
H.E = Hematemesis; P.C = Posos de café; S.O.H = Sangre oculta en heces.

GRÁFICA 3. TRES PRINCIPALES IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS

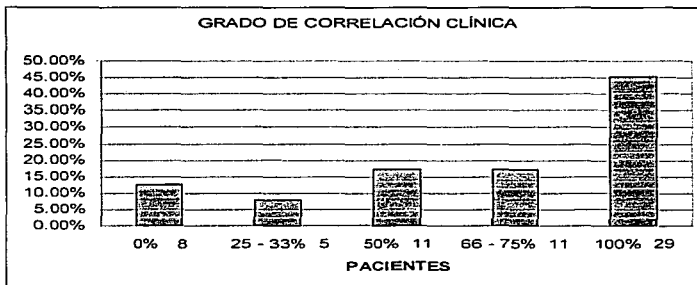


ESTRÉS CON
PALESTRA EN

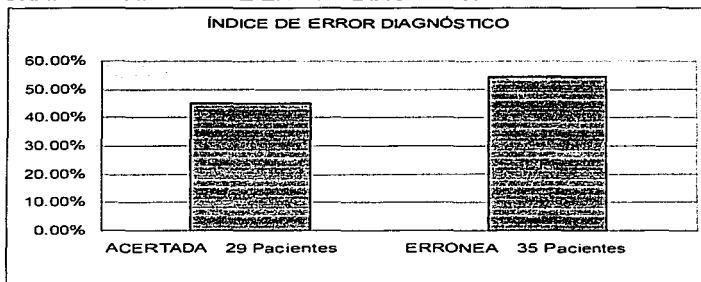
GRÁFICA 4. TRES PRINCIPALES HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS



GRÁFICA 5. PORCENTAJES DE CORRELACIÓN CLÍNICA



GRÁFICA 6. ÍNDICE DE ERROR DIAGNÓSTICO



INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
INVESTIGACIÓN EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS
LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA Y SEROTIPÍA
CALLE 212, N.º 109, PUNTO FINE, PUERTO LA VIEJA, ZULIA, VENEZUELA
TEL: (029) 972 21 21
WWW.IIVIC.GOV.VE

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
FALLA DE DIAGNÓSTICO

DISCUSIÓN

El margen de error diagnóstico entre el presuntivo y el definitivo es muy amplio. El conocimiento de esta situación es importante, ya que nos orienta a que una vez estabilizado el paciente, se debe practicar sin demora un estudio pancendoscópico.

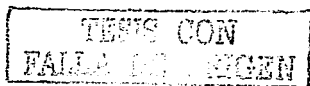
La HDA predominó en el sexo femenino, de lo cual no se ha reportado en qué género predomine la misma, únicamente se tienen reportes de que este género es un factor de riesgo importante para el desarrollo de cirrosis hepática y sus complicaciones. 18,19

El grupo de edad mayormente afectado (61 a 70 años) coincide con otros reportes nacionales. 20

Está bien documentado que la ingesta crónica de AINES tiene toxicidad a nivel gastrointestinal; 21,22 que la HDA es frecuente en pacientes con hepatopatía crónica de diversa etiología así como en la insuficiencia hepática poséptica, 23 cirrosis hepática, 24 y con hipertensión portal 25 entre otros; que otros factores posibles de sangrado son el alcohol, el tabaco y la cafeína, 26 así como, los fármacos anticoagulantes pueden potencializar el sangrado de lesiones existentes 27; que el *Helicobacter pylori* es un factor de riesgo mayor para el desarrollo de enfermedad ulcerosa péptica; 28 que existen algunos medicamentos per se que pueden contribuir a la HDA como son el hierro 29 y el alendronato 30 por mencionar algunos, sin embargo, en el presente estudio se pudo documentar que el segundo factor de riesgo más frecuente fue la polifarmacia, esto es, la ingesta de dos o más medicamentos de cualquier índole (principalmente hipoglucemiantes y antihipertensivos), con o sin protector de mucosa gástrica, de lo cual no se encontró nada de literatura y se deberá estudiar más al respecto.

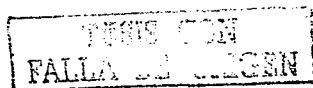
La úlcera péptica gastroduodenal, las lesiones agudas de las mucosas gástrica o duodenal y la ruptura de varices esofágicas son la etiología de HDA mas frecuentemente descritas en las publicaciones médicas, 31,32,33 aunque la frecuencia puede variar en otras citas 34. En nuestro país no existen diferencias significativas pues algunas comentan que la causa más importante es la ruptura de varices esofágicas, seguida de sangrado por gastritis erosiva, 35 en otras se encontró que la causa más frecuente de HDA fue la úlcera péptica, coincidiendo con la literatura internacional. 20 En este estudio, las principales causas de HDA fueron las lesiones de mucosa gástrica, seguidas de las varices esofágicas, coincidiendo así con la literatura mundial, aunque lo anterior dependerá de la incidencia de las afecciones base y la oportunidad del diagnóstico endoscópico.

En conclusión, el índice de error diagnóstico de hemorragia de tubo digestivo alto en pacientes adultos del CMN "20 de Noviembre" es del 54.7 %. Cuando se cuenta con el recurso, la practica de la endoscopia en pacientes con HDA, es prácticamente imperativa y se debe llevar a cabo en cuanto las condiciones hemodinámicas del paciente así lo permitan



BIBLIOGRAFÍA

1. Straus E. Hemorragia digestiva alta. En: Willis HJ, Medicina para la práctica clínica. Argentina: Panamericana, 1998; 1508 – 10.
2. Nankhonya JM, Datta – Chaudhuri ML, Bhan GL. Acute upper gastrointestinal hemorrhage in older people: A prospective study in two Neighboring districts. J Am Geriatrics 1997; 45 (6) : 752 – 754.
3. Dallal HJ, Palmer KR. ABC of the upper gastrointestinal tract. Upper gastrointestinal haemorrhage. BMJ 2001; 323: 1115 – 17.
4. Gilbert DA. Epidemiology of upper gastrointestinal bleeding. Gastrointest Endosc 1990; 36 : S8 – 13.
5. Cutler JA, Mendeloff AI. Upper gastrointestinal bleeding. Nature and magnitude of the problem in the US. Dig Dis Sci 1981; 26 : 90s – 96s.
6. Espinosa TL. Hemorragia aguda de tubo digestivo alto: Diagnóstico endoscópico y manejo quirúrgico. Endoscopia 2000; 11 (3) : 89 – 94.
7. Lam E, Lombard M. Hematemesis y melena. En: Lo esencial en Gastroenterología. España: Harcourt, 2000; 36 – 40.
8. León PA, Pérez JS, Teres J. Métodos y clasificación de la hemorragia de tubo digestivo alto. Cirugía y Cirujanos. 1998; 55(2) : 79 – 82.
9. Sugawa MD, Christopher PS, Yoshida PE. Upper gastrointestinal bleeding in an urban hospital. etiology, recurrency and prognosis. Ann Surg 1990; 212 (4) : 521 – 527.
10. Abdo JM. Hemorragia de tubo digestivo de origen desconocido. Un reto diagnóstico y terapéutico. Rev Med Hosp Gen Mex 2001; 64 (4): 234 -239.
11. Kenneth R, McQuaid. Alimentary Tract. Bleeding gastrointestinal. En: Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA. Current Medical Diagnosis & Treatment. E.U.A: McGraw - Hill, 2001; 573 – 578
12. Rodríguez RF. Hemorragia de tubo digestivo alto. En: Ramiro M, Halabe J, Lifshitz A, López J. El Internista. México: McGraw - Hill Interamericana, 2002; 502 - 506.
13. Epstein A, Isselbacher KJ. Hemorragia digestiva. En: Harrison Principios de Medicina Interna. Estados Unidos de América: McGraw - Hill Interamericana, 1998; 281 – 285.
14. Bianchi PG, Fulvio B. Acute gastrointestinal bleeding. En: Bianchi. Gastroenterology and Hepatology. Inglaterra: McGraw - Hill Internacional, 1999; 25 - 4.
15. Martín C, Laso FJ. Hemorragia digestiva. En: Laso FJ. Diagnóstico diferencial en Medicina Interna. España: Harcourt, 1997; 157 – 166.
16. Chung YFA, Wong WK, Soo KC. Diagnostic failures in endoscopy for acute upper gastrointestinal haemorrhage. Br J Surg 2000; 87 (5): 614 – 617.
17. Segal WN, Cello JP. Hemorrhage in the upper gastrointestinal tract in the older patient. Am J of Gastroenterology 1997; 92(1) : 42 – 47



18. Rubio GA, García RC, Vargas AG. Causas de sangrado del tubo digestivo alto en pacientes con insuficiencia hepática posictérica. *Med Int Mex* 2001; 17 (3): 129 – 132.
19. Ikejima K, Enomoto N. Estrogen increases sensitivity of hepatic Kupffer cells to endotoxin. *Am J Physiol* 1998; 274: 669 – 76.
20. Uribe F, Medellín MB, Reyes VJ, Valencia VG. Causas de sangrado de tubo digestivo alto en el hospital general No. 6 IMSS. *Revista de salud pública y nutrición* 2002; No.2: 47.
21. Cervera JL. Gastropatía por antiinflamatorios no esteroides. *Rev Gastroenterol Mex* 2001; 66 (S): 61 – 65.
22. McCarthy D. Nonsteroidal anti – inflammatory drug – related gastrointestinal toxicity: Definitions and epidemiology. *Am J Med* 1998; 105 (5A): 3S – 9S.
23. Rubio Guerra AF, Garamendi – Ugalde V, Meneses – Melo FC, Lozano – Nuevo JJ. Cirrosis hepática posictérica como factor de riesgo para adquirir la hepatitis C. *Rev Med Hosp. Gen (Mex)* 1995; 58: 144 – 147.
24. Arzamendi CI, Herrera JA. Evaluación endoscópica en pacientes con sangrado de tubo digestivo alto portadores de cirrosis hepática.
25. García RC, Téllez HA. Causas de hemorragia de tubo digestivo alto en el paciente con hipertensión portal. *Rev Gastroenterol Mex*. 2001;66 (S): 185.
26. Tolbert CG, Chartier PJ. Bleeding Gastric Ulcer. *Am J Nurs*. 1996; 96 (2): 48 – 50.
27. Choudari CP, Palmer KR. Acute gastrointestinal haemorrhage in patients treated with anticoagulant drugs [Journal Article]. *Gut*. 1995; 36 (4): 483 – 484.
28. Meurer I.N. Treatment of Peptic Ulcer Disease and Nonulcer Dyspepsia. *J Fam Pract* 2001; 50 (7): 614 – 619.
29. Abraham SC, Yardley JH, Wu TF. Erosive injury to the upper gastrointestinal tract in patients receiving iron medication: an underrecognized entity [Journal Article]. *American Journal of Surgical Pathology*. 1999; 23 (10): 1241 – 1247.
30. Donahue JG, Chan KA, Andrade SE, Beek A, Boles M. Gastric and duodenal safety of daily alendronate [Journal Article]. *Archives of Internal Medicine*. 2002; 162 (8): 936 – 942.
31. Delameau G, Perrin D, De Lisle LR, Vervae Y, Miniconi P. Les échecs de l'examen endoscopique en urgence dans les hémorragies hautes. *Acta Endoscopica et Radiocinematographica* 1973; 3 (5): 126.
32. Llorens P. Actitudes y definiciones en la hemorragia digestiva alta. *Series clínicas* 1992; 9 (1): 229 – 263.
33. Teres J, Valenzuela J. Hemorragia digestiva alta. En: Valenzuela J, Rodés. *Gastroenterología y Hepatología*. Santiago: Mediterraneo, 1996; 55 – 66.
34. Ortiz P, Diaz M, Huanquif L, González R. Hemorragia digestiva alta Revisión de 450 casos.
35. Guzman VG, Soto GM, Flores CA. Frecuencia y causas de hemorragia del tubo digestivo alto en la ciudad de Veracruz. *Cir Ciruj* 2002; 70(1): 3 – 7.

