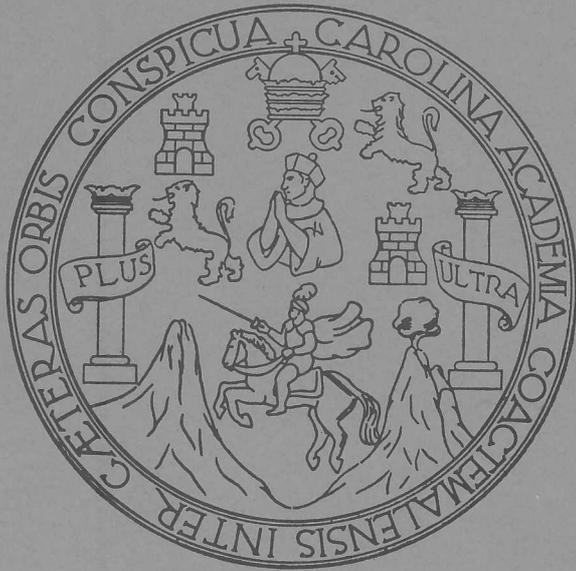


RHP  
CY  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"HEMORRAGIA GASTRO-INTESTINAL SUPERIOR"  
(Análisis de los 220 casos atendidos en la Unidad  
de Tratamiento Intensivo de Adultos en el Hospi-  
tal Roosevelt de Guatemala, del 13 de Junio de -  
1964 al 31 de Diciembre de 1968).

VICENTE ANTONIO MAZARIEGOS GUERRA

Guatemala, Septiembre de 1970

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION Y ANTECEDENTES
- II. MATERIAL Y METODOS
- III. RESULTADOS
- IV. DISCUSION
- V. CONCLUSIONES
- VI. RECOMENDACIONES
- VII. BIBLIOGRAFIA.

I. INTRODUCCION Y ANTECEDENTES:

A pesar que la "HEMORRAGIA GASTRO-INTESTINAL" ha sido motivo de muchos estudios y que se han considerado tanto global, como individualmente todos los factores etiopatogénicos, vemos que en el medio nacional son pocos los trabajos que al respecto se encuentran, especialmente del tipo que describan las incidencias sobre grupos etarios, ocupaciones o bien que determinen la incidencia por diagnóstico de la misma. (18, 28, 29, 32).

Se planteó este trabajo al advertir el gran número de pacientes con sangramiento gastro-intestinal, que constantemente son atendidos en la unidad de tratamiento intensivo del Hospital Roosevelt de Guatemala, encontrando además que son muy pocos los estudios realizados sobre este problema y en forma parcial o hasta determinada fecha, cuando el hospital no contaba todavía, con servicios para mujeres.

No obstante la suficiente bibliografía encontrada, sobre las entidades etiológicas del proceso, fué imposible obtener aquellas que permitieran comparar satisfactoriamente los hallazgos de este trabajo por lo que se recurrió a datos encontrados en material de autopsias o que enfocan el sangramiento gastro-intestinal superior parcialmente.

Afortunadamente la casuística que se logró encontrar, parece ser --

suficiente para determinar incidencias porcentuales de los parámetros analizados.

Sin embargo, nuestro deseo principal es que la presente tesis sirva de estímulo para continuar el estudio de la "HEMORRAGIA GASTRO-INTESTINAL SUPERIOR" y encontrar nuevos patrones nacionales que ayuden al clínico en su diagnóstico para que el personal hospitalario, tenga presente las pautas adecuadas de exploración tanto clínicas como de laboratorio, que ayuden en estos casos de tanta morbilidad, a efectuar un diagnóstico más temprano, una terapéutica racionalmente dirigida, con la cual la mortalidad deberá --descender, al evitar el error diagnóstico.

## II. MATERIAL Y METODOS.

Para la elaboración del presente trabajo, se procedió a revisar los libros de control de pacientes en la "UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO -- DEL HOSPITAL ROOSEVELT", encontrándose que desde el 13 de Junio de 1964, cuando fué inaugurada esta unidad, hasta el 31 de Diciembre de 1968, hasta -- donde están clasificados por la delegación de la Dirección General de Estadística en el Hospital Roosevelt, habían sido atendidos 9,759 pacientes.

El análisis en los diagnósticos en estos casos permitió escoger 220 pacientes que habían ingresado por Hemorragia gastro-intestinal superior, a los -- cuales mediante cuadros elaborados especialmente, se analizó y clasificó por -- edad, sexo, raza y ocupación; además el diagnóstico clínico, con los antecedentes, síntomas, signos y datos de laboratorio, que habían ayudado a establecerlo; el manejo, si había sido médico o quirúrgico, así como el tipo de tratamiento de cada uno de estas dos conductas; además con los hallazgos de biopsias, autopsias y, correlación clínico-laboratorio, radiológica, quirúrgica y patológica, se logró determinar, el error diagnóstico, así como la morbilidad y mortalidad, según grupos de edad y diagnóstico.

III. RESULTADOS :

CUADRO I.

EDAD.

Años:	No. de Casos:	%
12-20	6	2.7
21-30	41	18.6
31-40	56	25.5
41-50	39	17.7
51-60	29	17.7
61-70	27	12.3
Más de 70	12	5.5
Total:	220	100.0

Se inició esta clasificación a partir de los 12 años, pues los de menor edad corresponden al departamento de Pediatría, y en un último grupo se incluyeron aquellos que contaban con más de 70 años de edad.

Este cuadro muestra que la hemorragia gastrointestinal superior fue más frecuente entre los 31 y 40 años de la vida, puesto que se encontraron 56 casos que constituyen un 25.5%.

En segundo lugar, están los pacientes comprendidos entre la edad de 41-50 y 51-60 años, con un porcentaje de 17.7 para ambas décadas.

El grupo con más baja incidencia, fué el que comprende casos entre 12-20 años de edad, con 6 pacientes (2.7%).

CUADRO II.

SEXO:

Sexo:	No. de Casos:	%
Masculino	200	90.9
Femenino	20	9.1
Total:	220	100.0

En este cuadro es importante hacer notar que, durante los dos primeros años se ingresaban únicamente pacientes de sexo masculino y, fué a partir del 6 de Junio de 1966, cuando fueron tratados en la "UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO" de adultos y servicios generales de medicina y cirugía, pacientes de ambos sexos.

Encontramos un predominio del sexo masculino, representando -- 200 casos de los 220 estudiados o sean 90.9%, mientras que el sexo femenino constituye apenas 9.1% con 20 casos.

CUADRO No. III.

RAZA

Raza:	No. de Casos:	%
Ladinos	212	96.4
Indígenas	5	2.3
Chinos	3	1.3
<b>Total:</b>	<b>220</b>	<b>100.0</b>

Esta clasificación de pacientes por raza, fue tomada según el criterio de los Médicos que hicieron la historia clínica al ingreso; si este dato no estaba escrito en las notas del personal médico, se recurrió a los datos de la hoja de Sumario, la cual es llenada por el Departamento de Admisión.

La mayor parte fué clasificada como Raza Ladina con 212 casos -- (96.4%); luego raza indígena 5 casos (2.3%) y raza china último lugar con 3 casos (1.3%).

Es de hacer notar que en nuestro medio es frecuente la confusión entre la raza ladina y el llamado "indígena ladinizado".

CUADRO IV.

OCUPACION.

Ocupación:	No. de Casos:	%
Artesanos	38	17.3
Oficinista	35	15.9
Jornalero	34	15.5
Comerciante	28	12.7
Oficios domésticos	20	9.1
Profesional	19	8.6
Técnico	19	8.6
Piloto automovilista	17	7.7
Artista	8	3.7
Sin ocupación	2	0.9
<b>Total:</b>	<b>220</b>	<b>100.0</b>

En esta serie, la ocupación encontrada más frecuentemente fué la de artesanos, con 38 casos (17.3%), incluyendo en este grupo a obreros de nivel educacional bajo, como carpinteros, albañiles, herreros etc..

El segundo lugar en frecuencia, correspondió al grupo de oficinistas que representaron un 15.9% con 35 casos.

El grupo de profesionales, ocupó el sexto lugar con 19 pacientes --- (8.6%), a la par de los técnicos, agrupándose bajo este rubro a los dedicados a manualidades, tales como: radio, televisión, tipografía etc., pero, que cuentan con una instrucción o, preparación superior a los clasificados como artesanos.

CUADRO V.INGRESOS POR MES

Mes:	No. de Casos:	%
Enero	12	5.5
Febrero	17	7.7
Marzo	17	7.7
Abril	24	10.9
Mayo	18	8.2
Junio	27	12.3
Julio	15	6.8
Agosto	18	8.2
Septiembre	10	4.5
Octubre	23	10.5
Noviembre	19	8.6
Diciembre	20	9.1
Total:	220	100.0

Se encontró mayor número de ingresos en los meses de Abril, Junio y Octubre, con el siguiente número de pacientes: 24 (10.9%); 27 (12.3%); y 23 (10.5%) respectivamente.

Los meses del año, en los cuales ingresó menor número de pacientes fueron: Enero, con 12 pacientes (5.5%) y, septiembre con 10 pacientes (4.5%).

CUADRO VI.MOTIVO DE CONSULTA.

Motivo de Consulta	No. de Casos	%
Hematemesis	107	48.6
Hematemesis y melena	65	29.6
Hematemesis, melena y dolor epigástrico	25	11.4
Melenas	18	8.2
Otros	5	2.2
Total:	220	100.0

Gran número de pacientes consultaron por hematemesis, correspondiendo a este grupo el primer lugar con 107 casos (48.6%); en segundo lugar, el grupo de pacientes con hematemesis y melena con 65 casos (29.6%).

Es importante mencionar que de los 220 casos que fueron en total el número de pacientes ingresados a la Unidad de Tratamiento Intensivo, -- 206 (93.6%) correspondieron a ingresos efectuados por el servicio de Urgencias y 14 (6.4%) a pacientes hospitalizados en los servicios generales y, que al presentar hemorragia gastrointestinal superior, como complicación de otro cuadro, fueron trasladados a la Unidad de Tratamiento Intensivo.

CUADRO VII.

TIEMPO EVOLUCION

Tiempo evolución:	Numero de Casos	%
0 a 24 horas	71	34.5
1 a 3 días	68	33.0
4 a 7 días	23	11.2
más de 7 días	24	11.6
No determinado	20	9.7
Total:	206	100.0

En primer lugar se observan aquellos que consultaron en el transcurso de las primeras 24 horas, siendo 71 pacientes (34.5%) y, en segundo lugar 68 pacientes (33.0%), cuya sintomatología tenía, entre uno y tres días de evolución.

El grupo que se catalogó como "no determinado" (9.7%) incluye - pacientes que por causas diversas, tales como por embriaguéz, mal estado general o, aquellos en los cuales fue pasado por alto este dato por los médicos que tuvieron a su cargo la historia clínica o, notas de ingreso; no fué posible determinar el tiempo de evolución.

CUADRO VIII.

NUMERO DE INGRESOS POR HEMORRAGIA GASTRO  
INTESTINAL SUPERIOR.

Ingreso:	Número de Casos	%
1º.	198	90.0
2º.	17	7.7
3º.	4	1.8
4º.	0	0.0
5º.	1	0.5
Total:	220	100.0

La mayoría de pacientes analizados fué, durante su primer ingreso -- (90%) luego, los que tenían ya un ingreso previo (7.7%).

El número mayor de ingresos encontrados por el mismo cuadro en un paciente, fué de cinco.

C U A D R O IX.

ANTECEDENTES.

TABAQUISMO.

<u>Tabaquismo:</u>	<u>No. de Casos</u>	<u>%</u>
Negativo	108	49.1
De 1 a 10 Cigarrillos	49	22.3
De 11 a 20 Cigarrillos	41	18.6
Más de 20 Cigarrillos	14	6.3
No interrogados.	8	3.7
Total:	220	100.0

De los casos estudiados, el grupo clasificado como "negativo" -- constituyó la mitad (49.1%), siguiéndole en frecuencia los fumadores de uno a diez cigarrillos 49 pacientes (22.3%).

En último lugar, encontramos ocho pacientes que se fueron interrogados al respecto durante su hospitalización (3.7%).

C U A D R O X.

ANTECEDENTES.

ALCOHOLISMO:

<u>Alcoholismo</u>	<u>No. de Casos</u>	<u>%</u>
Negativo	48	21.8
Mínimo	35	15.9
Crónico moderado	85	38.6
Crónico severo	44	20.0
No interrogado	8	3.7
Total:	220	100.0

El cuadro No. X, muestra que para una mejor clasificación de antecedentes de alcoholismo y, basándose en los hallazgos encontrados, se ordenaron éstos empleando los siguientes conceptos.

"NEGATIVO": Aquellos pacientes que negaron ingesta alcohólica o si la tuvieron, fué escasa, ocasional y lejana al inicio de sus síntomas (21.8%).

"MINIMO": Pacientes que bebieron escasa cantidad de licor sin pasar de tres -- onzas, cada ocho o quince días como mínimo (15.9%).

"CRONICO MODERADO": Individuos cuya ingesta alcohólica era frecuente, una o dos veces por semana, tomando hasta embriagarse y permaneciendo en este estado hasta dos o tres días consecutivos (38.6%).

"CRONICO SEVERO": Casos en los cuales era corriente ingerir bebidas alcohólicas por varios días consecutivos en períodos largos de tiempo (20.0%).

"NO INTERROGADO"; Pacientes en los que al revisar las papeletas, no se encontró un dato que sugiriera que este antecedente fué investigado (3.7%).

C U A D R O X I.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS.

Patología:	No. de Casos:	%
Enfermedad péptica	69	31.4
Negativos	50	22.6
Úlcera péptica (Dx. por Médico)	36	16.4
Cirrosis hepática	20	9.1
Poliartralgia frecuente en tratamiento	10	4.5
Hepatitis	9	4.1
Colecistitis crónica	7	3.2
Gastritis aguda exógena	6	2.7
Hematemesis	4	1.8
Asma bronquial en tratamiento	2	0.9
Dolor epigástrico, náusea vómitos persistentes	2	0.9
Hernia diafragmática	2	0.9
Linfosarcoma linfocítico (Dx. -- anatomía patológica)	1	0.5
Divertículo duodeno (asintomático)	1	0.5
Pancreatitis crónica	1	0.5
<b>Total:</b>	<b>220</b>	<b>100.0</b>

El cuadro No. XI, demuestra que la enfermedad péptica fue la más frecuente (31.4%), siguiendo en orden de frecuencia el grupo de pacientes sin antecedentes relacionados con problemas hemorrágicos (22.6%).

El tercer grupo correspondió a úlcera péptica diagnosticada por médico (16.4%).

El grupo que también debe ser mencionado es el de CIRROSIS HEPÁTICA (9.1%) que, ocupó el cuarto lugar en nuestra serie.

C U A D R O X I I.

ANTECEDENTES QUIRURGICOS

Operación	No. de Casos	%
Negativos	203	92.1
No referidos	5	2.3
Vagotomía y piloroplastía	3	1.4
Derivación espleno renal	3	1.4
Vagotomía-piloroplastía y reparación hernia hiatoesofágico	2	0.9
Piloro-tomía - gastrotomía con piloplastía	2	0.9
Gastroenteroanastomosis	1	0.5
Duodeno yeyunostomía	1	0.5
<b>Total:</b>	<b>220</b>	<b>100.0</b>

El cuadro XII, se refiere exclusivamente a aquellas intervenciones quirúrgicas previas, que tuvieron relación con la etiología de la hemorragia.

Se observa que una gran mayoría no presentan antecedentes de este tipo (92.1%).

Entre los no referidos se agrupan los pacientes en quienes no se investigó procedimientos quirúrgicos previos (2.3%).

Las dos operaciones más frecuentemente encontradas en esta serie son las siguientes: vagotomía con piloroplastía y, derivación espleno-renal, correspondiendo a cada una, tres casos (1.4%).

## CUADRO XIII.

ANTECEDENTES MEDICAMENTOS

Medicamentos	No. de Casos	%
Negativo	103	46.9
Antiácidos irregular	40	18.0
No mencionados	27	12.3
Antiácido regular	22	10.0
Antiácidos y anticolinérgicos	8	3.6
Aspirina poco tiempo previo	6	2.7
Aspirina por varios años	3	1.3
Betametasona (Celestone)	2	0.9
Aspirina y prednisona	2	0.9
Aminofilina P.O.	2	0.9
Aspirina y pirazolónico	1	0.5
Aspirina y succinato hidrocortisona	1	0.5
Pirazolónico y benecid	1	0.5
Succinato hidrocortisona y prednisona	1	0.5
Pirazolónico	1	0.5
Total:	220	100.0

El cuadro No. XIII, muestra gran cantidad de pacientes que no recibieron medicamentos previo a su ingreso, (46.9%); en segundo lugar se encontraron los antiácidos administrados en forma irregular en 40 pacientes (18.0%); en tercer lugar, los no interrogados o, los que por error este antecedente no fue anotado (12.2%).

EXAMEN FISICO:

Fueron clasificados como de buen estado general 160 pacientes (72.7%) y, como de mal estado general 60 (27.3%), según su estado nutricional.

Se encontró Ictericia en 29 pacientes (13.2%) y, no se encontró en 191 pacientes que correspondieron a 86.8%;

Al ingreso se consideró bien orientados a 197 pacientes (89.5%), en estado de ebriedad 4.5%, obnubilados 4.1% y desorientados en el 0.9%, un paciente (0.5%) en estado inconsciente y otro en estado comatoso (0.5%).

FRECUENCIA DEL PULSO:

Se consideró como frecuencia del pulso normal, aquella comprendida entre 60 y 90 pulsaciones por minuto; aumentada por arriba de 90 pulsaciones por minuto y disminuída por abajo de 60 pulsaciones por minuto. (3, 36).

Se encontró la frecuencia del pulso aumentada en el 60.9% de los casos, normal en 39.1% y, no se encontró ningún caso con frecuencia del pulso disminuída. (3, 36).

PRESION ARTERIAL:

Se tomó como presión normal, aquella que comprendía, la Presión Sistólica de 100 mm. Hg. más la edad del paciente y, la Presión Diastólica de 85 mm. Hg. hasta los 45 años de edad, y hasta 90 mm. Hg por arriba de esta edad. (130 casos, 59.1%).

Presión Arterial Baja, la que se encontró por debajo de este límite. --  
(75 casos, 34.1%).

Presión Arterial Alta, la que se encontró por encima del mismo límite.  
(15 casos, 6.8%).

#### PALPACION DEL ABDOMEN:

A la palpación superficial del abdomen se encontró en el 98.5% de --  
los casos y, tenso con defensa muscular marcada en el 1.4% (3 pacien--  
tes), lo que correspondió a pacientes con úlcera duodenal perforada; úlcera -  
gástrica perforada; y carcinoma gástrico con úlcera gástrica perforada.

#### CIRCULACION COLATERAL:

Este hallazgo se encontró en el 5.0% de los casos revisados (11 pacien--  
tes); no encontrándose en el 95.0% restante (209 pacientes), lo cual correspon--  
de a casos que estaba ausente y, a otros que no estaba referido.

#### ASCITIS:

Se encontró en 16 pacientes (7.3%), en los 104 pacientes restantes (92.  
7%) no existía o, no está reportado.

#### MASAS ABDOMINALES:

En cinco pacientes (2.3%) se encontraron masas mayores de 4 cms. de -  
diámetro a la palpación del epigastrio, las cuales corresponden a casos cuyos  
diagnósticos fueron carcinomas gástricos (tres casos), úlcera gástrica (un caso)

y, hernia diafragmática con hernia hepigástrica (un caso).

Se encontró un caso (0.45%) que presentaba masas duras, no dolorosas, bi-  
laterales en región inguinal, siendo el diagnóstico final linfosarcoma gástrico -  
con metástasis a dichas áreas.

C U A D R O X I V.

EXAMEN FISICO DE INGRESO

PALPACION PROFUNDA ABDOMEN

DOLOR.

Dolor:	No. de Casos:	%
Negativo	93	42.2
Epigastrio	87	39.4
Epigastrio e hipocondrio - derecho.	11	5.0
Difuso	9	4.1
Epigastrio y ambos hipcon- drios	6	2.7
Hipocondrio derecho	5	2.3
Epigastrio é hipocondrio Izquierdo	3	1.4
Mesogastrio	2	0.9
Hipocondrio izquierdo	1	0.5
Epigastrio y mesogastrio	1	0.5
Flanco derecho	1	0.5
Hipogastrio	1	0.5
<b>Total:</b>	<b>220</b>	<b>100.0</b>

Según el cuadro XIV, fue negativo este hallazgo en el 42,2% de los ca-  
sos, encontrándose dolor en epigastrio al palpar el abdomen profundamente en  
el 39,4% del total de la serie (87 pacientes).

C U A D R O X V.

LABORATORIO:

	Hemoglobina		Hematocrito		Recuento de glóbulos blan- cos.		Velocidad de Sedimenta-- ción:		Nitrógeno de Urea:		Creatinina en Sangre:	
	No.	C %	No.	C %	No.	C %	No.	C %	No.	C %	No.	C %
Bajo:	160	72.7	135	61.4	21	9.5	--	--	--	--	--	--
Normal:	55	25.0	52	23.6	98	44.6	39	17.7	80	36.3	68	30.9
Elevado:	2	0.9	1	0.5	80	36.4	117	53.2	97	44.1	5	2.3
No efec- tuado:	3	1.4	32	14.5	21	9.5	64	29.1	43	19.6	147	66.8
<b>TOTAL:</b>	<b>220</b>	<b>100.0</b>	<b>220</b>	<b>100.0</b>	<b>220</b>	<b>100.0</b>	<b>220</b>	<b>100.0</b>	<b>200</b>	<b>100.0</b>	<b>220</b>	<b>100.0</b>

Por el cuadro No. XV., nos damos cuenta que, la hemoglobina y el hematocrito se encontraron bajos en  
la mayoría de casos (72,7%-61,4%); la sedimentación alta en 53,2% de los casos; que, el recuento de glóbulos  
blancos y el nitrógeno de urea, estuvieron elevados en el 36,4%-44,1%; mientras que la creatinina fué normal -  
en el 30,9% de los casos.

CUADRO XVI.

LABORATORIO:

	Tiempo de coagulación:		Tiempo de Sangría:		Tiempo de Protrombina:	
	No. C.	%	No. C.	%	No. C.	%
Bajo	2	0.9	2	0.9	90	40.9
Normal	34	15.5	32	14.5	38	17.3
Elevado	1	0.5	4	1.8	--	--
No efectuado	183	83.1	182	82.8	92	41.8
Total	220	100.0	220	100.0	220	100.0

El cuadro No. XVI, manifiesta que en los pacientes en que se efectuó tiempo de coagulación, tiempo de sangría y tiempo de protrombina, la mayoría correspondió a los clasificados como "NORMALES" (15.5%-14.5%-17.3%).

CUADRO XVII.

LABORATORIO:

	Globulina:		Turbidez del Timol		Cefalina Colesterol:	
	No. C	%	No. C	%	No. C	%
Bajo:	4	1.8	--	--	--	--
Normal	53	24.1	81	36.8	14	6.4
Elevado	41	18.6	19	8.6	59	26.8
No efectuado.	122	55.5	120	54.6	147	66.8
Total:	220	100.0	220	100.0	220	100.0

Para la elaboración del cuadro No. XVII, se tomó como valor normal de Proteína sérica Total 6.0 a 8.0 g/100 ml y Globulina sérica 3.5 a 5.5 g/100 ml según el método de Biuret modificado; para Turbidéz del timol, valor normal 1 a 5 unidades (método de Shank-hoglan); para la Cefalina Colesterol lo normal negativo, (método de Geagent); llamando la atención, aparte de que en la gran mayoría de casos no se realizaron éstos, que entre los efectuados tanto las proteínas, su fracción albúmina, globulina y la Turbidéz del Timol, fueron normales, no así, la Cefalina Colesterol en la cual el mayor porcentaje fue de los clasificados como elevados.

C U A D R O XVIII.

LABORATORIO.

	<u>Bilirrubina</u>		<u>B. S. T.</u>		<u>Amonio:</u>	
	<u>No.</u>	<u>%</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
Bajo:	--		--		---	
Normal	76	34.5	81	36.9	10	4.5
Elevado	41	18.6	63	28.6	13	5.9
No efec-						
tuado:	103	46.9	76	34.5	197	89.6
Total:	<u>220</u>	<u>100.0</u>	<u>220</u>	<u>100.0</u>	<u>220</u>	<u>100.0</u>

En la elaboración del cuadro No. XVIII, se tomaron como valores para Bilirrubina total 0.3 a 1.1 mgs./100 (método de Milloy y Evelyn); B. S. T. valor normal a los 45 minutos de 0 a 5% retención (método Rosenthal y White). Los valores de Nitrógeno de Amonio que se tomaron de base para esta clasificación son los siguientes: para individuos normales 28-68 microgramos/100 ml. en Cirrosis Hepática sin Coma 110-350 microgramos/100 ml, Cirrosis Hepática y en Coma Hepático 180-590 microgramos/100 ml.

A pesar de que las bilirrubinas dieron resultado normal, en el 34.5% de los casos, entre los clasificados como elevados (18.6%) existió el 52.1% a expensas de Bilirrubina Directa.

Desde el punto de vista de la B. S. T., su mayor incidencia fué entre el grupo normal (36.9%), encontrando que respectó al Amonio la diferen

cia entre los valores normales y los valores elevados (4.5%-5.9%) no es estadísticamente significativo.

CUADRO XIX.

LABORATORIO

	Transaminasa Pirúvica		Transaminasa Oxalacética		Fosfatasa Alcalina:	
	No. C	%	No. C	%	No. C	%
Bajo:	--	--	---	--	---	--
Normal	14	6.4	9	4.1	11	5.0
Elevado	21	9.5	26	11.8	9	4.1
No efectuado:	185	84.1	185	84.1	200	90.9
Total:	200	100.0	220	100.0	220	100.0

En el cuadro No. XIX se ha tomado como valor anormal, para -- Transaminasas Pirúvica y Oxalacética de 0 a 40 unidades (método Wrobleki y colaboradores) y, valor normal de Fosfatasa Alcalina de 0.8 a 2.9 unidades milimol por litro (método Bessey y Lowry).

Es de hacer notar que estas pruebas se efectuaron únicamente entre el 9.1% y 15.9% de los casos, lo cual hace a pesar del hallazgo de las transaminasas Pirúvica y Oxalacética elevada y, Fosfatasa alcalina en su mayoría, no tengo valor estadístico por haber sido realizadas en un reducido número de pacientes.

CUADRO XX.

HALLAZGOS RADIOLOGICOS

Hallazgos radiológicos:	No. Casos	%
No efectuados	56	26.7
Úlcera gástrica ó doudenal	49	23.4
Normal	31	14.8
Várices esofágicas	24	11.5
Hernia diafragmática	13	6.2
Neoplasia gástrica	12	5.7
Gastroduodenitis	10	4.8
Hernia diafragmática y várices esofágicas	5	2.4
Várices esofágicas y úlcera doudenal	3	1.5
Hernia difragmática y úlcera doudenal.	3	1.5
Instisfactoria	3	1.5

El cuadro No. XX muestra que la mayor parte de pacientes (26.7%) no se le practicó Serie Gastro-Doudenal; de los que se les efectuó este exámen se encontró con mayor frecuencia úlcera gástrica o duodenal en 49 pacientes - (23.4%) y, fueron informados como normales el 14.8% (31 pacientes). El resultado, variación desde várices esofágicas hasta informarlos como insatisfactorios.

ENDOSCOPIAS.

I. GASTROSCOPIA:

Se efectuó solo en 9 pacientes (4.1%), los cuales fueron positivos en sus hallazgos.

II. ESOFAGOSCOPIA:

Fue efectuada en el 6.8% de los casos (15 pacientes), siendo sus hallazgos positivos para várices en 12 casos (80%).

SONDA NASOGASTRICA:

En la serie de pacientes estudiados, la sonda nasogástrica, (tipo Levin, Sengstaken-Blanchmore, usada como Naxlas) fue utilizada en el 60.5% (133 casos), efectuándoles lavado gástrico en todos los pacientes a quienes se les colocó dicha sonda.

Del lavado gástrico se obtuvo sangre roja en el 25% de los casos -- (55 pacientes); sangre digerida en el 17.7% (39 casos) y, material claro en el 10.5% (23 pacientes) y, no descrito el material obtenido en el 7.3% -- (16 pacientes).

Además del uso como sonda nasogástrica para succión, se infló y agregó tracción en 23 pacientes, que corresponden al 9.6% del total de pacientes, y al 17.3% de las sondas colocadas.

Esta tracción se efectuó con una libra de peso en 7 pacientes (30.

4%), con dos libras en 6 pacientes (26.1%) y no se encontró especificado el peso en 10 pacientes (43.5%).

C U A D R O XXI.

TRATAMIENTO  
TRANSFUSION SANGUINEA.

<u>Transfusión Sanguínea</u>	<u>No. de Casos</u>	<u>%</u>
No transfundidos	86	39.1
500 a 1,000 cc.	55	25.0
1,001 a 2,000 cc.	30	13.6
2,001 a 3,000 cc.	19	8.6
3,001 a 4,000 cc.	10	4.5
4,001 a 5,000 cc.	12	5.5
Más de 5,000 cc.	8	3.7
<b>Total:</b>	<b>220</b>	<b>100.0</b>

Según el cuadro No. XXI se encontró en primer lugar a los pacientes en los cuales no fue necesaria transfusión sanguínea (39.1%), en segundo lugar - aquellos pacientes a los que se les transfundió de quinientos a mil centímetros cúbicos de sangre constituyendo el 25.0% de los casos.

C U A D R O XXII.

TRATAMIENTO.

MEDICAMENTOS.

<u>Medicamento:</u>	<u>No. de Casos</u>	<u>%</u>
Antiácidos, anticolinérgicos y sedantes.	92	37.8
Antiácidos y anticolinérgicos	29	11.9
Vitamina K.	23	9.4
Antiácidos y sedantes	20	8.3
Vitamina K neomicina	16	6.5
Sin drogas excepto soluciones	16	6.5
Antiácidos	15	6.1
Neomicina	14	5.7
Vitamina K. antiácidos	9	3.7
Vitamina K. y anticolinérgicos	6	2.5
Sedantes	4	1.6

En el cuadro No. XXII, vemos que el grupo de Antiácidos-anticolinérgicos-sedantes, ocupó el primer lugar según la frecuencia con 92 casos - (37.8%), siguiéndole en segundo lugar el grupo de Antiácidos-anticolinérgicos con 29 pacientes (11.9%).

C U A D R O No. XXIII

TRATAMIENTO

MEDICO:

DIETA.

TIEMPO DE INICIO.

<u>Inicio:</u>	<u>No. de Casos:</u>	<u>%</u>
De 0 a 24 horas	143	78.2
de 24 a 48 horas	26	14.2
de 48 a 72 horas	1	0.5
de más de 72 horas	13	7.1
Total:	183	100.0

El cuadro No. XXIII, corresponde al tiempo de inicio de la dieta, durante el tratamiento médico.

El tiempo de inicio de la dieta, se refiere al transcurrido desde su ingreso hasta que ésta fué ordenada; se clasificaron solamente 183 pacientes porque de los 37 restantes, 19 fallecieron antes de iniciar la dieta, y en 18 casos se decidió un tratamiento quirúrgico dentro de las 72 horas de ingreso.

Del total de pacientes a los que se les administró alimentación oral, en el 78.2% (143 pacientes), se inició la dieta, entre las primeras 24 horas.

TRATAMIENTO:

El tratamiento fué exclusivamente médico, en el 75.4% de los --- (166 pacientes) y, considerado como Médico-Quirúrgico en el 24.6% (54 pacientes). Estos últimos son aquellos, que al inicio del tratamiento fueron ma  
nejados por el Departamento de Medicina y posteriormente por el Departa---  
mento de Cirugía por requerir intervención quirúrgica.

C U A D R O XXIV.

TRATAMIENTO QUIRURGICO:

TIEMPO DE HOSPITALIZACION PREVIO

<u>Tiempo:</u>	<u>No. de Casos:</u>	
0 a 24 horas	6	11.1
1 a 3 días	9	16.7
4 a 7 días	11	20.3
1 a 2 semanas	9	16.7
más de 2 semanas	19	35.2
<b>Totál:</b>	<b>54</b>	<b>100.0</b>

Este cuadro XXIV. , se refiere al tiempo transcurrido, desde el ingreso del paciente al servicio de "UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO DE ADULTOS", hasta el momento en que fué intervenido quirúrgicamente y, muestra -- que el mayor número de pacientes fueron operados en períodos de tiempo comprendidos entre más de dos semanas 35.2% (19 pacientes), y en segundo lugar - los operados entre cuatro y siete días 20.3%.

## CUADRO XXV.

## HALLAZGOS OPERATORIOS.

Hallazgos operatorios	No. de Casos:	%
Úlcera duodenal	15	27.8
Várices esofágicas sangrantes	9	16.7
Carcinoma gástrico	8	14.8
Hernia diafragmática	6	11.1
Úlcera gástrica curvatura menor	6	11.1
Cirrosis	6	11.1
Negativos	4	7.4
Total:	54	100.0

El cuadro No. XXV., nos demostró que los hallazgos operatorios encontrados con más frecuencia, fueron: úlcera duodenal 27.8% (15 casos), en segundo lugar várices esofágicas sangrantes con 16.7% (9 casos) y en tercero, carcinoma gástrico 14.8% (8 casos).

## CUADRO XXVI.

## INTERVENCIONES QUIRURGICAS EFECTUADAS

Vagotomía y piloroplastía	14
Gastrectomía Bilroth II	9
Lintón	7
Hernioplastía diafragmática	6
Píloro gastroduodenotomía	5
Laparotomía exploradora	5
Cierre de úlcera	5
Gastro-yeyunostomía	5
Derivación mesentérica a porto ó cava	5
Piloroplastía	4
Bilroth I	4
Derivación espleno-renal	2
Ligadura vena cava inferior	1

Para la elaboración del cuadro No. XXVI., se agrupó a las intervenciones quirúrgicas según su tipo, ordenándolas luego según su frecuencia, ya que en varios pacientes se efectuó más de una operación quirúrgica.

Siendo las más frecuentes vagotomía y piloroplastía (14 casos) y gastrectomía Bilroth II (9 casos).

C U A D R O XXVII.

CORRECCION DIAGNOSTICO DE INGRESO - DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO

Diagnóstico Ingreso:	No. de Casos:	Diagnóstico Operación:	No. Casos:
Úlcera péptica sangrante	22	Úlcera péptica sangrante	22
Várices esofágicas sangrantes	13	Várices esofágicas sangrantes	13
Carcinoma gástrico	5	Carcinoma gástrico	5
Úlcera gástrica péptica	3	Carcinoma gástrico	3
Úlcera péptica duodenal	5	Hernia diafragmática	3
		Várices esofágicas	1
		No determinado	1
Carcinoma gástrico	3	Várices esofágicas y hepatoma	1
		Hernia diafragmática	1
		Úlcera péptica	1
Gastritis aguda exógena hemorrágica	3	Gastritis aguda exógena	1
		Várices esofágicas	1
		Hernia hiato-esofágica con esofagitis.	1

El cuadro No. XXVII., demuestra que de los 54 casos intervenidos quirúrgicamente, correspondió el diagnóstico clínico con el operatorio en el 75.9% (41 casos) mientras que, en el restante 21.4% (13 casos), la intervención quirúrgica demostró error diagnóstico.

C U A D R O XXVIII.  
DIAGNOSTICO FINAL

Diagnóstico final:	No. de Casos	%	%
Úlcera péptica sangrante	79		35.8
Cirrosis hepática, várices esofágica sangrante	48		21.7
Gastritis aguda exógena	39		17.6
Carcinoma gástrico	12		5.5
Hernia diafragmática	11		5.0
Hernia diafragmática y várices esofágicas	2		0.9
Hernia diafragmática y úlcera duodenal	2		0.9
Hernia diafragmática, cirrosis, várices esofágicas, gastritis aguda exógena.	1		0.5
Hepatitis, várices esofágicas y úlceras gástricas agudas	1		0.5
Cirrosis hepática, várices esofágicas y carcinoma gástrico	1		0.5
Várices esofágicas y úlcus duodenal	1		0.5
Úlcera péptica sangrante gástrica, - cirrosis y várices esofágicas	1		0.5
Trombosis de vena porta	1		0.5
Leucemia con úlceras agudas gástricas	1		0.5
Cirrosis hepática, várices esofágicas y úlceras agudas gástricas	1		0.5

Continúa...

Viene...

Diagnóstico final:	No. Casos:	%
Glomerulonefritis crónica, uremia con síndrome hemorrágico secundario	1	0.5
Hepatoma y várices esofágicas	1	0.5
H. G. I. S. causa no determinada	17	7.6
<b>Total:</b>	<b>220</b>	<b>100.0</b>

El cuadro No. XXVIII, nos muestra que el diagnóstico más frecuente, fué el de úlcera péptica sangrante 35.8% (79 casos).

Siguiendo en orden de frecuencia cirrosis hepática con várices esofágicas sangrantes en 21.7% (48 pacientes), gastritis aguda exógena en 17.6% (39 pacientes).

C U A D R O XXIX.

MORTALIDAD:

Fallecidos:	No. de Casos	%
A las 24 horas	7	17.1
A las 48 horas	12	29.3
A las 72 horas	3	7.3
Al 4o. día	3	7.3
Más de 4 días	16	39.0
		<u>(100.0)</u>
Vivos	41	18.6
	179	81.4
<b>Total:</b>	<b>220</b>	<b>100.0</b>

El cuadro número XXIX, nos muestra que la mortalidad fué de 41 casos (18.6%), de los cuales 16 casos (39.0%) fallecieron después de 4 días -

de hospitalización.

además, hay que hacer mención que de los 41 pacientes fallecidos 9 casos (20.5%) habían sido sometidos a intervención quirúrgica, mientras que los restantes 32 casos (79.5%) habían tenido solo tratamiento médico.

C U A D R O XXX.

MORTALIDAD POR EDADES

Años:	No. de Casos:	%
12 - 20	0	0.0
21 - 30	2	4.9
31 - 40	14	34.1
41 - 50	8	19.5
51 - 60	12	29.3
61 - 70	2	4.9
más de 70	3	7.3
<b>Total:</b>	<b>41</b>	<b>100.0</b>

Se observa en el cuadro No. XXX, que la mortalidad fué más frecuente entre los grupos de 31-40 años con 34.1% (14 casos) y 51-60 años con 29.3% (12 casos).

## CUADRO XXXI.

MORTALIDAD POR DIAGNOSTICO

<u>Diagnóstico:</u>	<u>No. de Casos</u>	<u>%</u>
Várices esofágicas sangrantes	28	68.3
Ca. gástrico	3	7.4
Causa no determinada	3	7.4
Úlcera duodenal sangrante	2	4.9
Úlcera gástrica sangrante	1	2.4
Várices esofágicas y úlceras -- agudas del estómago (ambas - sangrantes)	1	2.4
Leucemia y úlcera sangrante del estómago	1	2.4
Glomerulonefritis crónica y sín- drome hemorrágico secundario.	1	2.4
Úlcera gástrica y perforación del esófago con mediastinitis	1	2.4
Total:	41	100.0

El cuadro No. XXXI, demuestra que la mortalidad por várices esofágicas sangrantes, fué la mas alta, al compararla con los fallecidos por otras afecciones pues, ocurrió en un 68.3% de los casos correspondientes a 28 pacientes.

IV. DISCUSION

Como se describió en el capítulo correspondiente, este trabajo se elaboró sobre la revisión analítica de nueve mil setecientos cincuenta y nueve registros médicos, correspondientes a pacientes atendidos en la Unidad de Tratamiento Intensivo de adultos del Hospital Roosevelt de Guatemala, de los cuales se seccionaron 220 casos que habían ingresado a dicho servicio a causa de Hemorragia Gastrointestinal Superior, lo que dió una incidencia de 2.2% del total de casos analizados; cifra que no podemos compararla con otros hallazgos, puesto que no se encontró en la literatura revisada datos al respecto, pero que al compararla con las cifras reportadas en estudios de otras afecciones en el mismo servicio, se encontró que es alta (10, 36).

La mayor incidencia puede ser debida a que la causa principal del sangramiento fue por úlcera péptica (35.8%), al revisar literatura encontramos que en el Hospital Roosevelt, se demostró una incidencia del 57.73% de padecimientos pépticos gastro-duodenales, entre los hallazgos gastro-intestinales en general, de material de autopsias, (21), siendo también reportado por otros autores (3, 5, 11, 20, 23, 24, 29, 32, 33.), una incidencia sobre hallazgos radiológicos, variable entre el 10% al 15%.

Según los hallazgos del presente trabajo los pacientes presentaron antecedentes de actividad péptica aún en tratamiento en el 53.3% de los casos y, se

encontró antecedentes de ingesta de medicamentos que potencialmente se han descrito como posibles factores etiológicos de actividad péptica (7), en el 8.3%, porcentaje que aumenta notablemente, si además se agrega un 4.2% de casos, que tenían como antecedentes una intervención quirúrgica por enfermedad péptica. También se ha considerado que la incidencia de úlcera péptica en la población en general es de 10%, con mayor predominio en el hombre -- que en la mujer (1, 3, ).

Mientras que en este estudio los factores potencialmente cirróticos, se encontraron únicamente el 13.8%.

Tomando como base las consideraciones anteriores, se puede deducir porqué la mayor incidencia por edades está en los grupos entre los 31 a 50 años (45.2%), lo cual corresponde a los hallazgos de autores extranjeros -- (3), que encuentran la mayor incidencia de hemorragia gastro-intestinal superior, por úlcera péptica en los períodos de la vida de mayor productividad y tensión y se ha descrito (1,9.) que después de la pubertad, los valores de ácido-pepsinason 50 a 100 veces más altos, diferencia que es más significativa en hombres, que en mujeres.

No es posible discutir a satisfacción la incidencia por sexo que se obtuvo en la serie analizada, toda vez que a la Unidad de Tratamiento Intensivo, al igual que al resto del hospital Roosevelt, no ingresaban pacientes del sexo femenino sino hasta 1966, cuando fueron inaugurados los servicios -

de mujeres, debiéndose tomar por lo tanto como reservas, los hallazgos del 90.9% de incidencia en el sexo masculino.

Sin embargo, corrigiendo esta cifra sobre los casos atendidos, a partir de la fecha cuando los servicios aceptaban tanto mujeres como hombres por igual, tenemos que la incidencia de sexo masculino (83.6%), es también mayor.

Al igual que en otros trabajos revisados, (10, 21, 36.), es difícil evaluar a satisfacción el aspecto Racial, toda vez que al no ser este parámetro llevado con seriedad, se obtienen datos falsos, especialmente con respecto a la incidencia en los grupos de individuos denominados "ladinos e indígenas" ya que como es sabido constituyen dos aspectos no tanto raciales, cuando culturales y socio-económicos.

Es interesante observar que se haya obtenido una incidencia del 1.3% de pacientes de raza china ya que esta raza es rara entre el grupo de pacientes que se atienden en el Hospital Roosevelt, en su carácter de hospital general nacional, no siendo la cifra estadísticamente significativa, como para intentar sacar conclusiones al respecto.

El tipo de pacientes que atiende el hospital Roosevelt hace que la incidencia por ocupación en los casos revisados, sea mayor en grupos que tradicionalmente se les supone fuera de los requisitos para presentar problemas pépticos, tal es el caso de que se encontró que el mayor porcentaje (17.3%), correspondía a artesanos, seguido de los oficinistas con el 15.9%.

Es de hacer notar que en estos grupos es donde se observa mayor incidencia de ingesta alcohólica, la cual se ha descrito (3, 12, 17, 19.) como factor etio-patogénico en la evolución de la cirrosis, llegando a describirse con antecedentes alcohólicos hasta el 30% de los casos de cirrosis, lo cual se corrobora con el hallazgo del alcoholismo, que estuvo presente como antecedente en el 74.5% de los casos, desde la ingesta mínima, hasta la crónica severa.

Tomando en cuenta esta mayor ingesta alcohólica en los grupos ya mencionados y relacionándola con las actividades recreativas, se encuentra que los meses de mayor ingreso fueron abril, junio y octubre, no habiendo sido posible determinar alguna influencia geográfica o climática, tal como la encontrada en uno de los trabajos revisados (34) en donde refieren una declinación a la mitad del verano en la frecuencia de ingreso por hemorragia gastro-intestinal superior.

El motivo por el cual consultaron en su mayoría los pacientes fué por Hematemesis en el 48.6%, seguido de Hematemesis y melena en el 29.6% de los casos, relacionándolo con el hecho de que los pacientes consultaron en el 43.5% de los casos entre las primeras 24 horas de la aparición de los síntomas, se puede deducir que el tipo de hemorragia que se manejó fué severa, de tal forma que produjo antes de heces con aspecto alquitranado, vómito de material sanguíneo, tal como ha sido reportado por otros autores (3, 12, 29).

Siendo interesante que la hemorragia gastro-intestinal superior en el grupo analizado en el 90.0% de los casos, era la primera vez que se presentaba, habiendo se encontrado como dato curioso, un caso que ingresó cinco veces por este motivo.

Los hallazgos al examen físico de los pacientes a su ingreso, permite demostrar que la mayoría (72.7%) presentaban un estado nutricional satisfactorio en contra de lo reportado en otras series de casos estudiados (21, 28, 36), donde la mayoría correspondía a pacientes mal nutridos, además que el 13.2% de pacientes presentaban ictericia y el 1% de pacientes estaban inconcientes o comatosos.

Como dato de importancia se encontró que sólo un caso en pacientes cirróticos presentaba signos de actividad péptica, lo cual coincide con otros estudios (6, 19, 28, 31).

En relación a los signos vitales, se puede aducir que el hallazgo de taquicardia en el 60.9%, con hipotensión en el 34.1% de los casos es el índice de la magnitud del sangramiento, que produjo como síntoma principal Hematemesis, corroborándose este dato con el hallazgo de Hemoglobina baja en el 72.7% y hematocrito también bajo en el 95%, lo que según el mismo criterio produjo un aumento de las cifras de Nitrógeno de Urea en el 55% de los casos, por lo que se puede descartar como secundario a enfermedad renal, al encontrar la creatinina normal en el 93% de los casos estudiados.

A pesar de estos datos, fueron transfundidos solo el 39.1% de los casos, cifra que aparenta ser más significativa al restarle un 25% de casos a los cuales se les administró únicamente entre una y dos unidades de sangre, mientras que los que fueron transfundidos con más de cuatro unidades de sangre, sólo fueron el 25.3% de los casos analizados, lo cual no está de acuerdo con lo reportado (9, 31), de que debe ser transfundido un paciente con frecuencia del pulso mayor de 100 por minuto, presión sistólica menor de cien milímetros de mercurio y hematocrito menor de 30 por ciento.

En la mayoría de los casos (98.6%) el abdomen se encontró blando, sin evidencia de circulación colateral (95%) y, sin ascitis (92.7%).

Llama la atención que se encontraron masas abdominales en el 2.3% de los casos, de los cuales es difícil explicar la etiología en los pacientes con diagnóstico de úlcera gástrica y hernia diafragmática.

A la palpación profunda se provocó dolor epigástrico en el 44%, lo que prácticamente se corresponde con el 35.8% de diagnósticos de úlcera péptica y que ha sido reportado por otros autores (12, 23, 25), aunque llama la atención que en la mayoría de pacientes el abdomen fue indoloro, tal como se describe (3, 12), que en un gran número de casos, la hemorragia gastro-intestinal superior ocurre como primera manifestación de proceso péptico o bien que el sangramiento por vârices esofágicas es indoloro en la mayoría de las veces.

En el resto de exámenes de laboratorio analizados, se tropezó con la situación de que en su mayoría no se habían efectuado, cifras que llegan hasta el 83.1% en el caso del tiempo de coagulación, o de 90.9% con la dosificación de fosfata alcalina; (lo cual hace falso el hallazgo de que la mayoría de los casos en los cuales se efectuaron éstos exámenes) la transaminasa priúvica y la oxalacética estaban elevadas, puesto que las cifras que se obtuvieron no permite por su magnitud, ninguna consideración estadística; al igual que para los hallazgos radiológicos que se efectuaron únicamente en el 73.3% de los casos, por lo cual es falso el hallazgo de que 11.5% de casos fueron tomados como normales, así como el 23.4% de los casos fueron diagnosticados con úlcera péptica que aunque corresponde a cifras de autores extranjeros (3, 12), es falsa por el bajo número de exámenes efectuados.

Lamentablemente, también se efectuó estudios endoscópicos con fines diagnósticos únicamente en el 10.9% de los casos, siendo interesante que en estos pacientes, el procedimiento reveló un factor etiológico en el 97% de los casos que corresponde con cifras de 75-90% reportada por otros autores (23).

La sonda nasogástrica, se encontró que fué usada especialmente como método diagnóstico y como primera medida de tratamiento; como diagnóstico, puesto que los hallazgos del líquido obtenido, permitieron en algunos casos poner en duda la referencia de hematemesis o bien descartar el tracto gastro-intestinal supe-

superior como causa de hemorragia en los casos, --- de melena; además se refiere como tratamiento pues se aprovechó para conectar aparatos de succión continua y determinar así la magnitud del sangramiento, teniendo un dato más para restituir el volumen sanguíneo convenientemente, se usó también para practicar lavado gástrico y aprovechar lo descrito (6, 9, 18, 19, 27, 29), --- de que las soluciones frías en el estómago disminuyen el peristaltismo, la secreción gástrica, además de aliviar el dolor.

Del total de sondas nasogástricas colocadas (60.5%) en el 17.3% de los casos fueron de tipo Sangstaken-Blackemore,, con la variación de que se usa tipo Nachlas al no inflar el balón esofágico, sino únicamente el gástrico: esta sonda se utiliza cuando hay diagnóstico de certeza o bien cuando hay una fuerte sospecha de várices esofágicas, empleándose para tener la fija tracción con una o dos libras de peso a través de un sistema de poleas de una cama ortopédica, afortunadamente no se encontró reportado en nuestros casos, ninguna complicación de aspiración de líquido secundario al bloqueo esofágico, rupturas de esófago como se describe en la literatura revisada (7, 8, 19,); posiblemente porque se ha utilizado como medida temporal de tratamiento, teniendo la prevención de desinflarla cada 6 horas y con el concepto de que si hay necesidad de tenerla colocada e inflada por 48 horas, el paciente debe ser sometido a cirugía, luego de prepararlo convenientemente, tal como se ha descrito en la literatura extranjera (19, 30,).

Los hallazgos obtenidos al analizar los medicamentos empleados en este tipo de pacientes, permiten subdividirlos en dos grandes grupos, el primero donde es fácil determinar que se pretendía obtener un efecto bloqueante en la secreción gástrica, como en los casos en los cuales se empleó antiácidos, anticolinérgicos y sedantes, ya sea solos o agrupados dos o tres entre sí y por otro lado, el grupo de pacientes en los cuales se instituyó el tratamiento para combatir las anomalías que por un trastorno hepático podrían presentar, como son los casos en los cuales se utilizó vitamina K, Neomicina, asociada en algunas ocasiones a antiácidos o anticolinérgicos.

Estas consideraciones, están de acuerdo con lo reportado por la mayoría de autores consultados (3, 4, 9, 12, 13, 16). quienes insisten que para el tratamiento de las enfermedades pépticas, hay que bloquear las fases de la secreción gástrica, como es la cefálica con psicofármacos, la gastro-intestinal con dieta, antiácidos y anticolinérgicos.

Respecto a los psicofármacos se utilizaron especialmente los tranquilizantes menores aparentemente con buenos resultados.

Es de hacer notar la controversia que existe sobre el uso de anticolinérgicos en los casos de hemorragia gastro-intestinal, puesto que algunos autores (5) --- aducen que al producirse relajación de la musculatura lisa con estos medicamentos, la atonía gástrica favorece el sangramiento. Sin embargo. quienes lo re

comiendan (3, 12.) -- argumentan que el sangramiento es debido a laceración de los vasos por acción del ácido clorhídrico, por lo que al disminuir la secreción y el peristaltismo mejorará secundariamente la hemorragia si se tiene colocada una sonda naso-gástrica con succión. Lamentablemente por ser este trabajo de revisión, no fué posible determinar en los registros analizados, variaciones en la evolución de los casos, comparativamente en los que se había utilizado anticolinérgicos y en los cuales este tipo de medicamento no se había utilizado.

Respecto a la dieta, también se puede determinar que se utilizó de distintos tipos, alcalinizante en los problemas pépticos, blanda hipoprotéica en los cirróticos, para evitar la intoxicación amoniacal y en los post-operados, según el tipo de intervención. Esta dieta se inició en tiempos variables, ya fuera dentro de las primeras 24 horas de hospitalización como sucedió en el 78.2% de los casos o, como en los presentes con más de 72 horas como se procedió en el 7.1% de los casos, siendo en éstos que en la mayoría de los casos se procedió a instituir un tratamiento quirúrgico.

Este tipo de tratamiento se utilizó en el 24.6% de los pacientes, siendo en el 51.9% de los casos que fueron intervenidos después de una semana de tratamiento y por el contrario, fue el 11.1% intervenido durante las primeras 24 horas de hospitalización.

Nuevamente se presenta el inconveniente, que por el tipo del presente --

trabajo, no fué posible determinar las indicaciones que se tuvo para recurrir al tratamiento quirúrgico, ya que no se logró determinar si era por la cantidad de transfusiones administradas, estabilidad o estado de los signos vitales etc. .

Los hallazgos operatorios fueron en el 28.9% de úlceras duodenal y en el 16.7% de várices esofágicas sangrantes, además de pocos casos de carcinoma gástrico, hernia diafragmática, cirrosis hepática con 11.1% cada uno y negativos en el 7.4%. El tipo de operación se relacionó con cada caso en especial, siendo interesante hacer notar que en el 20.9% de los casos, se refirió a tratar problemas pépticos, mientras que el 79.1% de los casos, fué para tratar sangramiento por várices esofágicas, ya fuera por medio de ligadura de las mismas, por vía transtorácica o bien con derivaciones mesentérico-cava o por ta.

Desde el punto de vista de error diagnóstico, se encontró un 21.4% comprobado con la intervención quirúrgica, cifra que nos parece interesante por lo baja, toda vez que según se discutió con los hallazgos de examen físico, así como con los exámenes de laboratorio tan escasos, el diagnóstico fue por lo tanto efectuado sobre bases clínicas.

La mortalidad en general fué del 18.6%, cifra que es alta si se compara con la reportada por otros autores (5, 19).

Esta mortalidad se observó principalmente entre las 24 a 48 horas (29.3%) y entre los, pacientes que tenían más de 4 días de evolución (39.0%) así

como en los grupos de edades comprendidas entre los 31 a 40 años (24.1%) y entre los 51 a 60 años (29.3%) que corresponde a lo descrito en la literatura revisada (5).

Por diagnóstico, la mayor mortalidad correspondió a los casos de vórices esofágicas sangrantes con 68.3%, cifra que en relación con las encontradas para diagnósticos es alta, pero que al compararla con cifras de autores extranjeros (6, 7, 30). -- que la refieren por encima del 75% podemos deducir que es moderadamente más baja, aunque sin ninguna significación estadística.

Seguidamente se encontró que según la incidencia, ocupaban el segundo lugar de mortalidad el carcinoma gástrico y los casos que fueron clasificados como de causa no determinada, aún después de los hallazgos anatómopatológicos a la autopsia, con 7.4% cada uno seguidos de la úlcera duodenal y la úlcera gástrica sangrante con 2.4% que también corresponde a lo descrito (12, 25), de que la mortalidad del sangramiento por úlcera es baja; llama la atención que a pesar de que se describe (3, 12, 28), que los procesos cirróticos son condicionantes a la etiopatogenia de la úlcera péptica, en este trabajo sólo se encontró un caso, en el cual coexistiera cirrosis, con vórices sangrantes y úlceras gástricas.

## V. CONCLUSIONES

1. - Se analizaron 220 casos de hemorragia gastro-intestinal superior, los cuales corresponden al 2.2 por ciento del total de casos atendidos en la Unidad de Tratamiento Intensivo del Hospital Roosevelt, desde la fecha de su fundación, hasta el 31 de Diciembre de 1968.
2. - La causa más frecuente de la hemorragia fue úlcera péptica sangrante, seguida en incidencia por cirrosis hepática, con vórices esofágicas sangrantes.
3. - Fué más frecuente en pacientes de sexo masculino, comprendidos entre los 31 a 50 años, de raza "Ladina", dedicados a labores de artesanía u oficina y que, ingresaron especialmente durante los meses de abril, junio y octubre.
4. - El motivo principal de consulta fue por hematemesis, seguido de hematemesis y melena. La mayoría consultó al hospital durante las primeras 24 horas de evolución y fué el primer ingreso por este motivo.
5. - Como antecedente de importancia se encontró ingesta alcohólica, síntomas pépticos, intervenciones quirúrgicas por actividad péptica e ingesta previa de medicamentos del tipo salicilato, pirazolónicos y esteroides.
6. - Una mayoría de los casos analizados presentó mal estado nutricional, ictericia y grados variables de desorientación; mientras el grupo mayor --

presentó taquicardia e hipotensión arterial.

7. - El mayor porcentaje presentó abdomen blando, no doloroso, sin signos de hipertensión portal, ni masas u organomegalia palpable.

8. - Las pruebas de laboratorio realizadas demostraron hemoglobina, hematocrito y protrombina bajos, nitrógeno de úrea, transaminasas pirúvicas y oxalacética elevadas y el resto normales.

9. - En los pocos casos que se efectuaron procedimientos endoscópicos, se demostró en la mayoría la lesión existente.

10- A la mayoría de los pacientes se les colocó sonda naso-gástrica, sin y con balones, empleándola en este último caso con tracción.

11- En la mayor parte de los casos, el tratamiento se efectuó para corregir la hipovolemia y el factor etiológico, así como para evitar la intoxicación amoniacal y la hipoprotrombinemia cuando se presentaron.

12- Al 25 por ciento de los pacientes analizados se les intervino quirúrgicamente, en su mayor parte, después de una semana de evolución del cuadro agudo, siendo confirmado el diagnóstico clínico durante el acto operatorio en el 75.9% de los pacientes, por lo que el error diagnóstico clínico-quirúrgico fué del 24.9% .

13- La mortalidad fué del 18.6 por ciento, especialmente durante las primeras 48 horas de hospitalización, en pacientes comprendidos entre los 31

y 50 años de edad, del sexo masculino, siendo la causa principal de dicha mortalidad, várices esofágicas sangrantes, secundarias a hipertensión portal por cirrosis hepática; habiéndose efectuado el 75.8% de autopsias.

VI. RECOMENDACIONES.

1. - A todos los pacientes con cuadro de hemorragia gastro-intestinal superior, se les debe ingresar a la Unidad de Tratamiento Intensivo de Adultos, no importando su magnitud, para poder llegar a un diagnóstico más temprano, instituir rápidamente el tratamiento adecuado, evitar las complicaciones y lograr una observación más completa de la evolución.
2. - El tratamiento de estos casos, debe efectuarse conjuntamente entre el personal médico y quirúrgico, por la alta incidencia de pacientes que se hace necesario intervenir quirúrgicamente.
3. - En vista de que la presente revisión de casos demostró, que hay gran número de pacientes a los que no se les efectuaron los exámenes complementarios, tanto de laboratorio como de gabinete, se recomienda que los exámenes necesarios sean efectuados cuantas veces se requiera, para lograr un mejor diagnóstico y tratamiento del paciente.
4. - Por su gran valor como ayuda diagnóstica, se recomienda efectuar con más frecuencia procedimientos endoscópicos, por personal especializado.
5. - Se recomienda que el laboratorio clínico y el departamento de radiología, trabajen en más estrecha colaboración con La Unidad de Tratamiento Intensivo, a efecto de que los exámenes de laboratorio o radiológicos se efectúen con la celeridad necesaria y con la frecuencia que cada caso amerite.

6. - No se recomienda ninguna pauta general de tratamiento; ya que se considera que cada caso, debe tratarse individualmente.

## VII. BIBLIOGRAFIA.

1. - Baker, Joel W. y Harrison, R. Cameron. Estómago. IN:Christopher, -- Tratado de Patología Quirúrgica, ed. por Loyal Davis. 8a. ed. México, Ed. Interamericana, 1965. pp. 538-573.
2. - Banning, A. et. al. Bleeding peptic ulcer. *British Med. J.* 2: 781-784 October 1965.
3. - Beeson, Paul y Mcdermott, Walsh. Eds. Tratado de Medicina Interna, - Cecil-Loeb. Versión española de A. Folch y Pi. 11a. ed. México, Ed. Interamericana, 1964. pp. 872-878, 1021.
4. - Blasingame, F.J. Medicamentos Nuevos. México, Prensa Médica Mexicana. 1969. pp. 469-481.
5. - Bockus, H.L., Gastroenterology 2nd. ed. Piladelphia, W.B. Saunders - Co. 1963. pp. 614-664.
6. - Conn, Harold and Simpson, Hohn. Un programa racional para diagnóstico y tratamiento de várices esofágicas sangrantes. *Clínicas Médicas de Norte América*, Noviembre de 1968. pp. 1457-1474.
7. - Conn, Harold., et al. Excessive mortality associated with balloon tamponade of bleeding varices, *JAMA* 202 (7): 587-591, November 13, 1967.
8. - Conn, H. O.: Hazards attending the use of Esophageal Tamponade, *New Eng. J. Med.* 259: 701-707. October 9. 1958.
9. - Conn, Howard. Terapéutica. 1969. Barcelona, Ed. Salvat, 1969. pp. 357-358, 423-426.
- 10- Guerrero Rojas, Marinao Alfredo. Intoxicaciones inorgánicas y por animales venenosos, (Revisión y análisis de 98 casos presentados en la Unidad de Tratamiento Intensivo del Hospital Roosevelt de Guatemala) Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Marzo 1969. pp. 1-137.

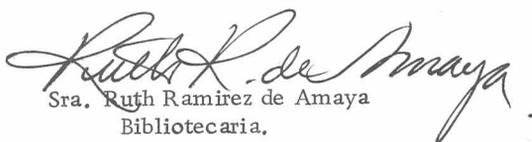
Bibliografía...

- 11- Harkins H.N. and Nyhus L.M., Surgery of the Stomach and duodenum. Boston Mass., Little Brown and Co. Ltd. 1962. pp. 613-632.
- 12- Harrison, T.R., et al. Medicina Interna. versión española de la cuarta edición en inglés por C. Amor de Fournier, J. Avendaño - Inestrillas, et. al. 3a. ed. México, La Prensa Médica Mexicana, 1965. pp. 1583-84, 1588-1603.
- 13- Harvey, Stewart G. Gastric Antacids and Digestants. IN: Goodman L. S. & Gilman A. eds. The Pharmacological Basis of Therapeutics. 3d. ed. N.Y. Collier-Macmillan, 1965. pp. 990-1007.
- 14- Heffernon, Elmer and Lippincott, Richard. The gastrointestinal response to stress, Med. Clin. of N. A. 50 (2): 591-595, March 1966.
- 15- Heffernon, Elmer and Reaves, Leonard. Considerations in the diagnosis of abdominal pain. Med. Clin. of N. A. 50 (2): 439-47, --- March 1966.
- 16- Innes, Ian and Nickerson, Mark. Drugs Inhibiting the Action of Acetylcholine in Structures Inervated by Postganglionic Parasympathetic Nerves (Antimuscarinic or Atropinic Drugs). IN: Goodman L. S. & Gilman A. eds. The Pharmacological Basis of Therapeutics. 3 d. ed. N.Y. Collier-Macmillan, 1965, pp. 521-545.
- 17- Leevy, A. M., Cirrosis en alcohólicos, Clínicas Médicas de N. A. Noviembre 1968. pp. 1445-54.
- 18- Lemues, Julio. Manejo e indicaciones quirurgicas de la hemorragia gastrointestinal superior, Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas, Abril 1967. pp. 22-32.

- 19- Mackby, Judson, et al. The surgical treatment of portal-hypertension, bleeding esophageal, várices and ascitis, N. Y. Charles C. Thomas, 1960. pp. 16-36.
- 20- Mage, S. and Payson, B. A. Experiences in management of 150 consecutive cases of massive upper gastro-intestinal bleeding S. G. - O. 111:12 July 1960.
- 21- Mazariegos Guerra, América Libertad. Hallazgos Anatómo-patológicos en 3837 autopsias clínicas del Hospital Roosevelt de Guatemala Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de --- Ciencias Médicas, Julio 1968. pp. 8-27.
- 22- McDermott, William V., Jr. A. Simple discriminatory test for upper - gastrointestinal hemorrhage, New England J. M., 257: 1161-64, 1967.
- 23- Nyhus, Llord M. Massive upper gastrointestinal hemorrhage IN: Harkins Henry N. et al. Eds. Surgery, Principles and Practice. Boston Mass, Little, Brown, 1965, pp. 613-625.
- 24- Rieszek, C. W., Greenbaum, D. S., Upper gastrointestinal hemorrhage. Med. Clin. of N. A. 48(6): 1493-1501. November 1964.
- 25- Robbins, Stanley L. Tratado de Patología con aplicación clínica. traducida al español por Alberto Folch y Pi y, Homero Vela Treviño. 2a. Ed. México, Ed. Interamericana. 1963. pp. 652-750.
- 26- Ross, Hhon and Reaves, Leonard. Syndrome of posterior penetrating peptic ulcer. Med. Clin. of N. A. 50 (2): 461-468, March 1966.
- 27- Ritchie, Wallace P., et al. Experimental and clinical experience with gastric freezing. JAMA 198 (3): 237-240. October 17, 1966.
- 28- Samayoa, Eduardo. Manifestaciones de la hipertensión porta; experiencia con su tratamiento en el Hospital Roosevelt de Guatemala. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1965. pp. 14-24.

- 29- Saravia Morales, Jorge Alberto. Tratamiento quirúrgico de ulcera duodenal crónica y sus complicaciones. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1966. pp. 24-45.
- 30- Sengstaken, R. W. and Blakemore, A.H. : Ballon tamponage for the control of hemorrhage from esophageal várices. Ann Surg., 131-781, 1950.
- 31- Tanner, N. Diagnosis and management of masive hematemesis, Brit. J. -- Sur. 51(10): 754-756. 1964.
- 32- Vásquez, Francisco Rolando. Hemorragia gastro-intestinal superior. Tesis Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1965. 34 p.
- 33- Wangesteen, S. Intra gastric cooling for upper gastro-intestinal hemorrhage Surg. Clin. N. A. 42 (5): 1171-1179. 1962.
- 34- William. Beaumont. Seasonl Incidence of upper gastrointestinal trac bleeding. JAMA 158 (2): 184-187. October 10, 1966.
- 35- Wilson, D.E., and Chalmera, T.C. : Management of Emergencies acutè - upper gastrointestinal hemorrhage, New. Eng. Med. 274-: 1368----1371, June 16, 1966.
- 36- Wyl Berg, Guillermo Antonio. Accidente: Cerebrovascular; revisión de 154 casos en la Unidad de Tratamiento Intensivo de Adultos del Hospital Roosevelt de Guatemala 1964-1968. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Junio 1970. pp. 1-69.

Vo. Bo.

  
Sra. Ruth Ramirez de Amaya  
Bibliotecaria.

BR. VICENTE ANTONIO MAZARIEGOS GUERRA

DR. J. ERNESTO GRAJEDA B.

Aesor.

DR. JULIO C. DIAZ CACEROS

Revisor.

DR. JULIO DE LEON MENDEZ

Director de Fase III.

DR. CARLOS ALBERTO BERNHARD

Secretario.

Vo. Bo.

DR. CESAR AUGUSTO VARGAS M.

Decano.