

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

01201



"REVISION DE CUARENTA Y CUATRO CASOS DE
HEMORRAGIA DEL TRACTO GASTROINTESTI-
NAL SUPERIOR, HOSPITAL GENERAL SAN JUAN
DE DIOS"

MARIO ARTURO LEÓN GONZALEZ

Guatemala, Marzo de 1972.

1972

PLAN DE TESIS:

- I. INTRODUCCION
- II. ANTECEDENTES
- III. OBJETIVOS
- IV. MATERIAL Y METODOS
- V. RESULTADOS
- VI. CONCLUSIONES GENERALES
- VII. CONCLUSIONES PROPIAS
- VIII. BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

Someto a consideración del Honorable Tribunal Examinador, el presente trabajo de tesis titulado: "REVISION DE CUARENTA Y CUATRO CASOS DE HEMORRAGIA DEL TRACTO GASTROINTESTINAL SUPERIOR, HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS", esperando que llene su objetivo a cabalidad, pues este trabajo fue elaborado desde un principio con el afán de colaborar con la naciente bibliografía médica Guatimalteca proporcionando datos útiles para la práctica diaria del Médico y del estudiante de medicina.

El tema en sí fue escogido por su invariable interés y su perenne actualidad. Durante mi práctica hospitalaria pude constatar que el número de pacientes que presentan hemorragia gastrointestinal alta es elevado, es más, suponemos que va en aumento la incidencia del cuadro ya que en cualquier momento se encuentra un paciente con manifestaciones de esta entidad patológica en nuestros hospitales. El paciente que consulta por Hematemesis y Melena o por cualquiera de estos signos clínicos por separado, es, desde su ingreso, un problema apasionante y delicado para el médico, desde el punto de vista de Diagnóstico y quizás más aún de tratamiento, a la vez que angustia al paciente y a quienes lo rodean por lo grave de sus consecuencias y lo aparatoso del cuadro.

Mi respetuoso saludo al Tribunal Examinador.

ANTECEDENTES

Al revisar la bibliografía del tema, se encuentran un sin número de referencias en la literatura médica mundial, abordando el punto desde variados aspectos. Es tan numeroso y extenso el volumen de publicaciones que nos vimos obligados a seleccionar los más actuales y más íntimamente relacionados con nuestro trabajo, mencionando algunas (no pudimos conseguir el total del material solicitado) al final de este estudio. Tal volumen de publicaciones solo viene a confirmar el hecho de que la hemorragia de Tracto Gastro-intestinal superior es un problema de actualidad en cualquier punto donde se practique la medicina.

En cuanto a publicaciones (guatemaltecas, solo seleccionamos dos, ambos trabajos de tesis de egresados de nuestra Facultad, los cuales fueron - buena base para la orientación del presente estudio y sin duda alguna serán - reforzados o complementados por el nuestro.

Merecen especial atención por proporcionar datos de otro hospital (Hospital Roosevelt) y por lo ilustrado de sus conclusiones. Son ellos "Hemorragia Gastro-Intestinal Superior" del Dr. Francisco Rolando Vásquez --- Blanco (1965) y "Manejo e indicaciones quirúrgicas de la Hemorragia de -- Tracto Gastrointestinal Superior" del Dr. Julio Isaac Lemus Fernández (1967).

O B J E T I V O S .

Considerando que la hemorragia de Tracto Gastro-Intestinal Superior, sea cual sea su etiología, forma un frente de lucha que al presentarse es causa de alarma en el personal médico quirúrgico de cualquier servicio de urgencia de instituciones hospitalarias; que además es frecuente el error diagnóstico en este campo, lo cual conduce lógicamente a un mal tratamiento de pacientes - con un problema que pone en peligro la vida en caso de no ser tratados pronta y adecuadamente y por último y como principal aspecto, la ausencia de uniformidad o carencia de un método o tendencia más o menos general en el tratamiento de problemas ya diagnosticados dentro del bloque causal de hemorragia Gastro-Intestinal Superior, lo cual lleva a diversificar los procedimientos no solo entre diferentes hospitales, sino entre los distintos profesionales individualmente, según su criterio. En resumen, no existe aún una base sólida para actuar de tal o cual manera ante determinado problema, por la carencia de series uniformes que proporcionen datos a favor o en contra de tal o cual técnica quirúrgica o tratamiento conservado.

Ante esto, encaminamos nuestra información hacia la publicación - de la manera en que se abordó el problema en nuestro hospital en una serie - de casos significativa por su número y sus resultados, subrayando nuestros errores diagnósticos y los demás aspectos que obstaculizan la pronta resolución de estos casos.

MATERIAL Y METODOS

Se solicitó la colaboración al Departamento de Estadística y Archivo para localizar los expedientes clínicos de los pacientes ingresados durante el año de 1971 al Hospital General "San Juan de Dios" en Diagnóstico primario de Hemorragia Gastro-Intestinal alta; por haber manifestado en su consulta original signos clínicos como hematemesis, melena o ambos (1).

El resultado fue la obtención de 61 casos.

Se revisaron los expedientes desecharon 17 casos. Cuadros en los cuales se comprobó que la sintomatología era producida por ruptura de varices esofágicas producto de Hipertensión Portal, secundarias a su vez a Cirrosis Hepática en la mayoría de casos.

Por ser esto un aspecto muy amplio del campo médico que no queremos incluir en este trabajo, lo suprimimos, quedándonos únicamente con -- Hemorragia Gastro-Intestinal altas.

El grupo de casos restantes que fueron revisados e incluidos en el -- presente trabajo, quedó como sigue:

33 casos se resolvieron con tratamiento médico y 12 casos que fueron resueltos quirúrgicamente.

Encaminamos nuestro estudio de la siguiente manera:

a) Determinar la causa de Hemorragia Gastro-Intestinal Superior.

b) Características de los pacientes tratados.

aspectos comunes a cada grupo

peculiaridad de los casos individuales.

Todo esto se realizó tratando de conocer ciertos patrones útiles para el manejo futuro de casos similares:

a) Método de Diagnóstico

b) Tratamiento específico de afección diagnósticada

c) Evolución y pronóstico de estos casos.

Se complementó el estudio con bibliografía ya mencionada, la cual se obtuvo en las bibliotecas de la Facultad de Ciencias Médicas, Hospital General "San Juan de Dios", Hospital Roosevelt e Incap.

R E S U L T A D O

Los resultados obtenidos en el presente trabajo fueron:

a) SEXO:

Del total de los 44 pacientes cuyos expedientes fueron revisados, 31 corresponde al Sexo Masculino (70%) y 13 al Sexo Femenino (30%). Similares resultados arrojan estadísticas realizadas con anterioridad en otros Centros Hospitalarios (8-9), por ser más florida la patología gástrica en este aspecto en el hombre por tener mayor propensión a ingesta alcohólica, trastornos digestivos por alteración de hábitos, ingesta de otros productos tóxicos (7-10) - etc. (Ver Gráfica No. 1-A).

b) RAZA:

Nuestro estudio no registró pacientes que fueran de otra raza más -- que blanca; descomponiendo el total en Indígenas y Ladinos, el resultado fue que la incidencia de Hemorragia del tracto Gastrointestinal superior es mucho más frecuente en los ladinos que en los indígenas, probablemente debido en parte a las razones mencionadas en el párrafo anterior, con respecto a los sexos, ya que es más común que el estímulo exógeno que daña las partes gástricas, es más prolongado y variado en individuos que habitan en áreas urbanas que en la rural, según se desprende de los interrogatorios efectuados, des- conocemos así mismo que porcentaje de habitantes indígenas de área rural -

son tratados en hospitales regionales sin ser remitidos a centros asistenciales de la capital. El número de pacientes ladinos fue de 40 en total (89%) e indígenas 4 (11%). (Ver Gráfica No. 1-B).

c) EDAD:

De nuestra serie el paciente más viejo fue una mujer de 72 años de edad y el paciente más joven un hombre de 19 años. El promedio de edad encontrado fue de 42 años 3 meses, que corresponde también a la década de mayor incidencia encontrada en estudios anteriores, le siguen en frecuencia la década entre treinta y cuarenta años y luego vuelve a haber un alza en la incidencia entre los 60 y 70 años, compatible con la época de aparecimiento de enfermedades de tipo degenerativo (5-9-10) Ver Gráfica No. 2.).

d) FECHA DE INGRESO:

La incidencia de manifestaciones hemorrágicas por patología gastrointestinal alta, nos pareció significativa, ya que es más o menos constante durante todo el año, si se puede apreciar un número mayor de casos en los dos primeros meses del año lo cual nos hace pensar que pudiera tratarse de secuelas de las alteraciones del hábito que cada individuo que se registra durante el período del fin de año (Ver Gráfica No. 3).

e) AREA DE RESIDENCIA:

Se encontró que un total de veinte pacientes manifestaron a su ingre-

so residir en el área rural (45%) y veinticuatro en área urbana (55%) lo cual - coincide de manera manifiesta con los datos encontrados en el punto B de este trabajo (Ver Gráfica No. 4-A).

f) OCUPACION:

Declararon a su ingreso los pacientes interrogados desempeñar las más diversas labores y ocupaciones de manera que por ser una gama amplia que varia enormemente se hace difícil clasificarlos en grupos significativos y preferimos presentarlo como una miscelánea en donde quizás solo se puedan notar una relativa mayor incidencia en el grupo obrero lo cual está de acuerdo con el tipo de pacientes que se atienden en un centro asistencial (No. 16 y 17) Ver Gráfica No. 4-B).

g) ANTECEDENTES:

En la historia clínica de los pacientes estudiados encontramos una gran variedad de antecedentes de índole variada obviamente su mención por ser inútil ya que la mayoría no son relacionados a nuestro objetivo hacemos relación exclusivamente de aquellos que nos parecieron inherentes a este tipo de patología como son los signos de pirosis, alcoholismo enfermedad péptica comprobada. Los grupos más grandes están compuestos por 26 pacientes (59.02%), refirieron pirosis y 18 con antecedentes de alcoholismo (40.86%). Los grupos menores incluyen antecedentes quirúrgicos de índole varia-

da no directamente relacionados con este trabajo (Ver Gráfica No. 5).

h) MANIFESTACION CLINICA DE HEMORRAGIA:

La hemorragia se manifestó lógicamente con los alarmantes signos de hematemesis y melena. El 59.09% de los pacientes presentaron hematemesis y el 2.27% presentaron melena exclusivamente el 38.65% restante presentó --- combinadamente hematemesis y melena como signo de alarma. Creemos -- que el reducido número de pacientes que presentó melena únicamente, puede relacionarse a una hemorragia de índole moderada o a la consulta precoz por hematemesis antes de evacuar sangre digerida (Ver Gráfica No. 6-A).

El período transcurrido entre la manifestación de la hemorragia y la consulta varió entre media hora y diez días siendo el promedio de veintidós horas (Ver Gráfica No. 6-B).

i) ANTECEDENTES DE HEMATEMESIS:

Siete pacientes manifestaron haber presentado hematemesis previa a la actual que motivó el ingreso. Cinco pacientes habían presentado el cuadro en una sola oportunidad y otros dos refirieron este signo previamente dos y tres veces respectivamente. Uno de los pacientes había presentado el cuadro 6 años atrás y los demás en períodos que variaban en períodos de 1 a 4 años (Ver Gráfica No. 7-A).

j) COMPLICACIONES SECUNDARIAS A LA HEMORRAGIA:

A su ingreso 6 pacientes del total sangraron lo suficiente para que

manifestaran una severa anemia diagnosticada clinicamente y confirmada con exámenes de laboratorio (13.62%), 5 pacientes más (11.35%) a consecuencia de la pérdida masiva de sangre llegaron al shock hipovolémico en los primeros 6 pacientes se atribuyó la anemia a la pérdida crónica de sangre en pequeñas cantidades lo cual unido a consulta tardía fue causa de esta complicación, los cinco pacientes ingresados en estado de shock hipovolémico, manifestaron no tener antecedentes de hemorragia previa por lo cual concluimos que la complicación fue por lo agudo del cuadro (Ver Gráfica No. 7-B).

k) METODOS DIAGNOSTICOS:

Revisando literatura extranjera al respecto (3-7-12-14), encontramos que los métodos corrientes de diagnóstico utilizados para determinar la causa de hemorragia gastrointestinal alta son comunes con los nuestros y además los mejores para la pronta clasificación de este tipo de manifestaciones patológicas excluyendo ciertas técnicas diagnósticas que no podemos realizar en nuestro hospital ni por rutina ni en casos particulares por nuestra notoria restricción de recursos. La historia clínica debe ser producto de un esmerado interrogatorio (2) ya que es insustituible para ser un diagnóstico correcto ante la pobreza de signos clínicos que se encuentran al examen físico. Luego los exámenes complementarios de más valor son los del laboratorio encaminados a determinar los valores de hemoglobina y hematocrito, pruebas de funcionamiento hepático y renal (no tanto como recurso diagnóstico, sino como

parámetros para su evolución). Otros exámenes de laboratorio fueron realizados no con la tendencia de rutina de los arriba mencionados sino más bien en pacientes cuyas complicaciones o patología asociada a la que nos ocupa necesitó otro tipo de control; tal es el caso de pacientes diabéticos, desnutridos, parásitados, etc. etc..

En la mayoría de los casos según los resultados obtenidos en nuestro estudio, estos procedimientos diagnósticos fueron suficientes para efectuar un diagnóstico correcto ya que en la mayoría de los casos exámenes de gabinete como rayos X solo sirvieron para confirmar la impresión anterior.

Por el estado físico deplorable que presentaron algunos pacientes y lo agudo de la manifestación hemorrágica solo a 39 de los 44 pacientes se les pudo efectuar serie gastroduodenal confirmando el diagnóstico correcto en 28 de ellos.

En un único caso en que se sospechaba de la presencia de várices esofágicas asociada a úlcera péptica sangrante, se efectuó una esofagoscopía, lo cual sirvió para descartar esta manifestación de hipertensión portal (Ver Gráfica No. 8).

1) TIEMPO DE TRATAMIENTO MEDICO EN PACIENTES NO OPERADOS:

El promedio de resolución de los casos tratados medicamente, osciló en un período aproximado de 12 días, siendo el mayor tiempo de hospitalización de 35 días y el menor de dos días, haciendo la salvedad de que éste extre-

mo inferior corresponde a un paciente que pidió se le diera de alta, caso -- anómalo, ya que aunque haya habido remisión de los síntomas de ingreso y los signos vitales y parámetros clínicos de un paciente se encuentren estabilizados, se les ha tomado como norma prolongar la hospitalización algunos días, por la experiencia obtenida en el manejo anterior de casos similares -- que han dejado la enseñanza de lo frecuente y desagradable que es la recidiva en este tipo de casos. (Ver Gráfica No. 9-A).

m) TIEMPO QUE SE ESPERO PARA OPERAR:

Doce de los 44 pacientes estudiados fueron operados en un período de tiempo comprendido entre dos y cinco días después de su ingreso, lo cual nos da un promedio de 3 días, como compás de espera previo a decidir tratamiento quirúrgico. Entre las conclusiones de este estudio, hacemos mención de que nos parece bastante prolongado este período de observación en el manejo de casos tan delicados, ya que la conducta conservadora cuando se tiene diagnóstico y evidencia de que el caso difícilmente mejorará en tratamiento médico, solo conduce a un deterioro marcado del estado general del paciente, lo cual comprometerá el buen éxito de las intervenciones quirúrgicas y hará más complicado y tormentoso su post-operatorio. (Gráfica A-B).

n) REPOSICION DE SANGRE:

Veinticinco de nuestros pacientes, lo cual arroja un porcentaje de - 66.75%, necesitaron ser transfundidos ante su déficit de hemoglobina y demás

componentes sanguíneos ocasionados por la pérdida aguda o crónica de sangre, - es difícil representar gráficamente o deducir promedios en este procedimiento - de reposición sanguínea, ya que se obra en particular según cada caso evolutiva, generalmente utilizándose para el efecto controles seriados de exámenes hematológicos que indican la parte a seguir según la respuesta del paciente al tratamiento. La cantidad mayor de sangre repuesta a un paciente fue de 18,000 cc. en quince días y la menor fue de 500 cc. El promedio cuantitativo de transfusión en nuestra serie fue de 2,400 cc., lo cual nos parece aceptable por ser varios los pacientes que necesitaron gran cantidad. Creemos que en pacientes cuyo tratamiento será conservador, como en pacientes estrictamente quirúrgicos, - mientras no se comprometa la vida del paciente, debe de ser moderada y únicamente lo estrictamente necesario para mantener condiciones aceptables, pues de esta manera se evitan problemas tan desagradables e indeseables para el médico como son disfunciones renales, hipofibrinogenemias, problemas de coagulación y otras manifestaciones alérgicas comunes a este tipo de terapéutica. (Ver Gráfica No. 10).

o) PACIENTES OPERADOS:

Doce de los cuarenta y cuatro casos revisados 27.27%, fueron resueltos quirúrgicamente. De los pacientes operados dos fallecieron siendo la causa indeseable de uno de ellos (hemobilia) la cual no fue diagnosticada en ninguno de -

los estudios hospitalarios del paciente, diagnosticándose en sala de operaciones habiéndose cerrado el caso sin una explicación lógica o satisfactoria de su etiología; el otro caso se trató de un carcinoma gástrico que no fue diagnosticado clínicamente aunque operatoriamente se constató su estado avanzado al grado de ulcerarse y sangrar dando metastasis a pancreas y duodeno. La mortalidad de esta serie arroja un promedio de 16.67%, que es baja con relación a otras consultadas (11-12-4-5). Los diez pacientes restantes están vivos (83.33%) lo cual es un resultado bastante satisfactorio. (Ver Gráfica No. 11).

p) HALLAZOS OPERATORIOS EN LAS LAPAROTOMIAS EFECTUADAS:

En el 58.33% de nuestros pacientes (7 de los operados) el hallazgo operatorio fue una úlcera gástrica sangrante (16.67%) y el resto corresponde a los pacientes mencionados en el comentario sobre mortalidad y un tercero que presentó la rara afección denominada úlcera de Dielafouey la cual fue diagnosticada histopatológicamente pues se pensó que era una simple ulceración de la mucosa gástrica durante el procedimiento quirúrgico (Ver Gráfica No. 12).

q) OPERACIONES PRACTICADAS:

En el grupo más significativo representado por úlceras duodenales sangrantes, todos los cirujanos resolvieron el caso haciendo hemostasis de la úlcera con diversas técnicas de sutura (2). Pero realizando en todos los casos vagotomía y piloroplastia en un caso excluido se realizó únicamente la piloroplastia ya

que dificultades técnicas de tipo anatómico en la conformación toracoabdominal del paciente imposibilitaron la realización de la técnica. En un paciente se practicó una gastrectomía subtotal Billroth II por haberse encontrado durante el acto quirúrgico multiples úlceras gástricas crónicas sangrantes. En otro caso al encontrar una úlcera del antro gástrico, se decidió hacer un cierre primario de la úlcera y piloroplastia. Los dos pacientes restantes mencionados únicamente fueron sometidos a intervención de tipo derivativo y paliativo con las características de los hallazgos operatorios (hemobilia y Carcinoma gástrico). (Ver Gráfica No. 13).

r) DOSIFICACION DE HEMOGLOBINA:

Por ser tan variados los niveles de hemoglobina y hematocrito hallados en el grupo estudiado y tan fluctuantes durante el período de tratamiento según la evolución favorable o desfavorable de los casos es muy difícil dar una idea ilustrativa de los valores encontrados habiéndose obtenido únicamente los extremos y el promedio de valores de hemoglobina en series de exámenes practicados a este respecto al ingreso de todos los pacientes en conjunto del postoperatorio de los pacientes intervenidos quirúrgicamente, y los niveles encontrados en los exámenes practicados a todos los pacientes en general antes de autorizar su egreso (Ver Gráfica No. 14).

s) ERRORES DIAGNOSTICOS:

Se cometió un 27.27% de error diagnóstico (12 casos) en la serie de 44 pacientes estudiados, siendo un margen de error aceptable, si se toma en cuenta las limitaciones del equipo con que contamos y lo complicado de algunos casos tratados. Además de algunos de los diagnósticos correctos en los cuales se falló clínicamente corresponden a cuadros poco comunes y de difícil diagnóstico en cualquier serie. Sin embargo vale la pena hacer notar que la gastritis exógena simple es a veces por su atípica forma clínica de manifestarse, causa de error diagnóstico al pensar el médico tratante que las manifestaciones observadas corresponde a cuadros más complicados (Ver Gráfica No. 15).

t) DIAGNOSTICO FINAL:

El diagnóstico final del egreso de los pacientes de la serie en general, nos indica que el 47.72% de los pacientes padecían de gastritis exógena aguda hemorrágica, otros 10 padecían úlcera duodenal sanguínea 22.73%, y el resto presentaban diversas afecciones en número menor las cuales están enumeradas detalladamente en la gráfica No. 6.

u) CLASIFICACION FINAL:

A su egreso 26 pacientes fueron considerados como mejorados (49.02%) en trece casos se calificó como curado (24.51%), haciendo la salve-

dad que el término curado, es relativo en estos casos principalmente por ser frecuentes como ya mencionamos las recidivas, algunas de ellas tardías y la concomitante de otras afecciones o problemas que dejan en tela de duda la resolución completa del caso. Ya mencionamos 2 fallecidos en el post-operatorio, a los cuales hay que agregar un tercero diabético que falleció por un bloqueo renal agudo. Los dos pacientes restantes de la serie rechazaron la intervención quirúrgica y solicitaron su egreso estando aún la condición de mejoría precaria (Ver Gráfica No. 17).

(Ver Gráficas en la página siguiente)...

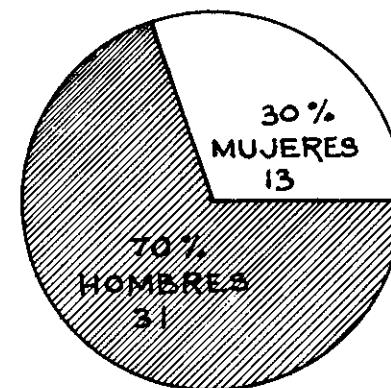
CONCLUSIONES GENERALES

- 1.- La hemorragia del tracto Gastro-intestinal superior es frecuente y por lo tanto personal médico y para médico debe de familiarizarse con la entidad, para proporcionar tratamiento adecuado.
- 2.- Este tipo de Patología debe ser vista desde su ingreso, con carácter de urgencia inmediata y debe ser manejado con prontitud e interés, integrando al paciente dentro del grupo de hospitalizados más delicados de un Centro Asistencial.
- 3.- Se debe tener presente que las omisiones, diagnóstico defectuoso o tardanzas en este tipo de tratamiento compromete vida del paciente.
- 4.- No se debe escatimar recursos diagnósticos o terapéuticos, al atender una urgencia de este tipo, siendo conveniente agotar todos los procedimientos al alcance para obtener buenos resultados en la terapéutica del paciente.

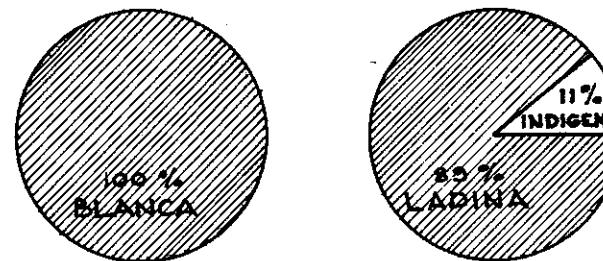
PACIENTES ESTUDIADOS CLASIFICADOS

POR :

SEXO

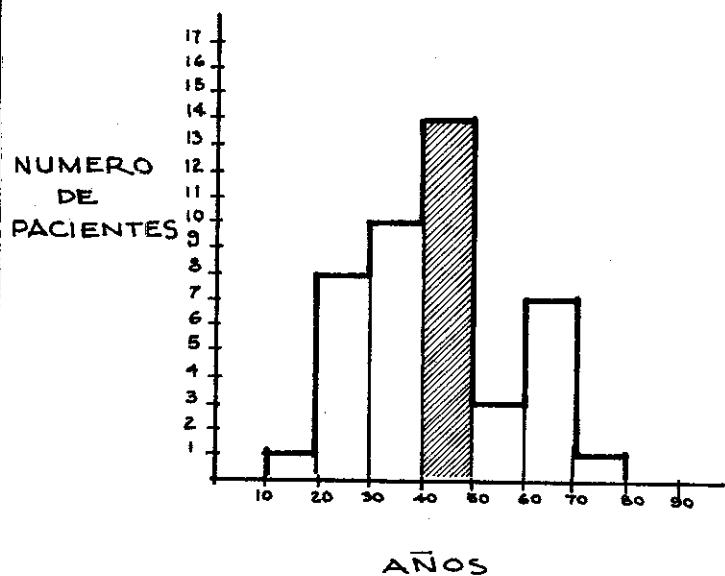


RAZA



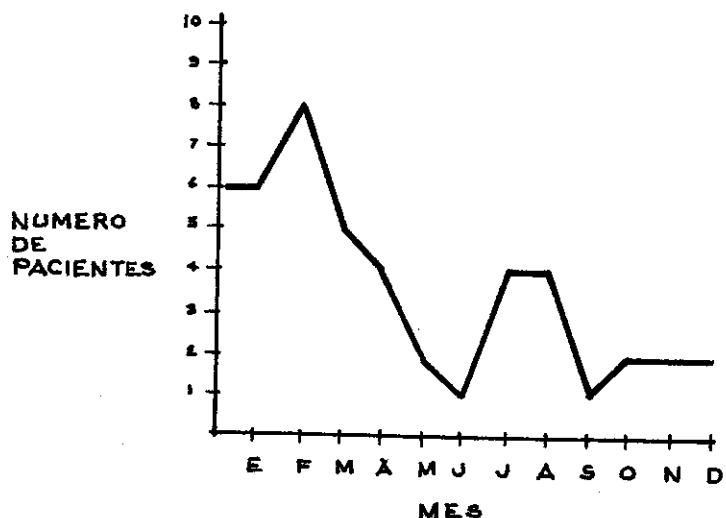
ESTUDIO POR EDAD:

NUMERO TOTAL DE PACIENTES 44
PACIENTE DE MAYOR EDAD 72 AÑOS
PACIENTE DE MENOR EDAD 19 AÑOS
PROMEDIO DE EDAD 42.25 AÑOS



GRAFICA No. 2

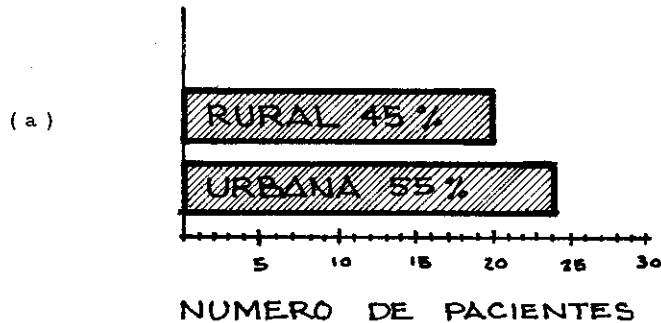
NUMERO DE PACIENTES POR FECHA DE INGRESO



TRIMESTRE	No DE PTES	%
1 ^{er} TRIM.	19	43.2
2 ^o TRIM.	7	16.0
3 ^{er} TRIM.	9	20.4
4 ^o TRIM.	9	20.4

GRAFICA No. 3

AREA DE RESIDENCIA



(b) OCUPACION DECLARADA

TIPO	No PTES.	%
COMERCIANTE	9	22.00
OFICIOS DOMESTICOS	7	15.91
JORNALEROS	7	15.91
MECANICOS	3	6.82
SIN OCUPACION	3	6.82
ESTUDIANTES	2	4.54
PILOTOS AUTOMOV.	2	4.54
ALBAÑILES	2	4.54
CARPINTERO	1	2.27
TAPICERO	1	2.27
OBRERO DE FABRICA	1	2.27
COSTURERA	1	2.27
ZAPATERO	1	2.27
CONTADOR	1	2.27
MARRANERO	1	2.27
PLOMERO	1	2.27
SASTRE	1	2.27

GRAFICA No. 4

ANTECEDENTES REFERIDOS

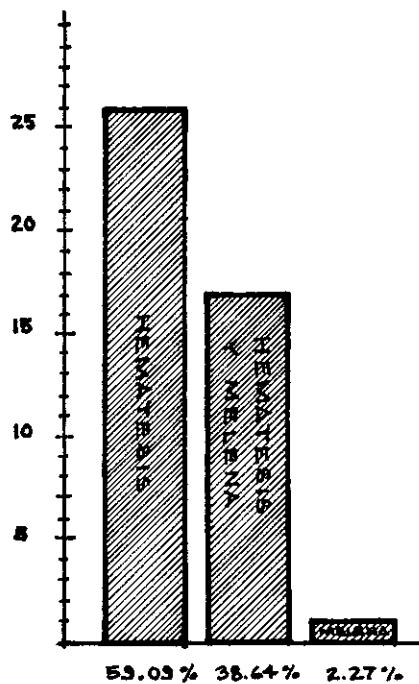
26	PACIENTES CON ANTECEDENTES DE PIROSIS	59.02%
18	PACIENTES CON ANTECEDENTES DE ALCOHOLISMO	40.86%
1	PACIENTE CON ANTECEDENTE DE PANCREATITIS COMPROBADA DIAGNOSTICO PREVIO	2.27%
2	PACIENTES CON ANTECEDENTES DE ULCERA DUODENAL PERFORADA (OPERACION PREVIA)	4.54%
1	PACIENTE CON ANTECEDENTES DE ARTRITIS REUMATOIDEA	2.27%
5	PACIENTES CON ANTECEDENTES DE CIRUGIA	11.35%
	3 COLECISTECTOMIA	
	1 APENDICECTOMIA	
	1 LEGRADO UTERINO	

GRAFICA No. 5

MANIFESTACION DE HEMORRAGIA

(a)

NUMERO
DE
PACIENTES



(b)

TIEMPO DE HEMATESIS PREVIO A INGRESO

MAIOR TIEMPO

10 DIAS

MENOR TIEMPO

1/2 HORA

MEDIANA

20 - 24 HORAS

GRAFICA No. 6

HEMATEMESIS ANTERIORES

<u>No. de Hematemesis Previas</u>	<u>No. de Ptes.</u>	<u>Tiempo:</u>	<u>Porcentaje:</u>
UNA	5		11.35
(a) DOS	1		2.27
TRES	1		2.27

(b) COMPLICACION DE HEMORAGIA

<u>TIPO</u>	<u>No. de Ptes.</u>	<u>Porcentaje:</u>
ANEMIA SEVERA	6	13.62
SHOCK		
HIPOVOLEMICO	5	11.35

G R A F I C A No. 7.

ESTUDIO RADIOLOGICO

<u>No. de Pacientes:</u>	<u>Porcentaje:</u>	<u>Clase de Estudio Practicado:</u>
39	87.53	Serie Gastroduodenal.
1	2.27	Colangiograma

ESTUDIOS ESPECIALES:

1	2.27	Esofagoscopía
---	------	---------------

DE 39 PACIENTES CON SERIE GASTRODUODENAL SE CONFIRMO DIAG---

NOSTICO EN 28 PACIENTES.

G R A F I C A No. 8

TIEMPO DE TRATAMIENTO MEDICO
PACIENTES NO OPERADOS.

	MAYOR TIEMPO	35 DIAS
(a)	MENOR TIEMPO	2 DIAS
	PRO MEDIO	11.64 DIAS

TIEMPO QUE SE ESPERO PARA OPERAR

<u>No. de Pacientes:</u>	<u>Tiempo:</u>
7	2 DIAS
(b) 3	4 DIAS
2	5 DIAS
PROMEDIO	3 DIAS

G R A F I C A No. 9

TRANSFUSION SANGUINEA

PACIENTES QUE RECIBIERON TRANSFUSION SANGUINEA	25	66.75%
MAYOR CANTIDAD DE SANGRE TRANSFUNDIDA POR PACIENTE	18,000 cc. en 15 días	
MENOR CANTIDAD DE SANGRE TRANSFUNDIDA POR PACIENTE	500 cc.	
PROMEDIO DE SANGRE TRANS- FUNDIDA POR PACIENTE	2,422 cc.	

EN LOS PACIENTES OPERADOS, SE DECIDIO INTERVENCION QUIRUR-
GICA CUANDO HUBO DE TRANSFUNDIRLOS CON MAS DE 1,500 cc. --
DIARIOS.

G R A F I C A No. 10.

O P E R A D O S :

FUERON INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE 12 DE 44 PACIENTES O SEA
27.27%.

R E S U L T A D O F I N A L T R A T A M I E N T O Q U I R U R G I C O

MUERTOS:	2	16.67% (DE 12)
----------	---	------------------

VIVOS:	10	83.33% (DE 12)
--------	----	------------------

M O R T A L I D A D: P A C I E N T E S O P E R A D O S :

HEMOBILIA	1
-----------	---

CARCINOMA GASTRICO	1
--------------------	---

G R A F I C A No. 11.

HALLAZOS OPERATORIOS EN 12
LAPAROTOMIAS EFECTUADAS

<u>TIPO DE PATOLOGIA</u>	<u>No. de Pates.</u>	<u>Porcentaje de 12</u>
ULCERA SANGRANTE DUODENAL	7	58.33%
ULCERA GASTRICA SANGRANTE DE DILAFOUET	1	8.33%
ULCERA GASTRICA	2	16.67%
CARCINOMA GASTRICO CON INVASION A PANCREAS Y -- DUODENO.	1	8.33%
HEMOBILIA	1	8.33%

G R A F I C A No. 12

OPERACIONES PRACTICADAS

<u>TECNICA OPERATORIA REALIZADA</u>	<u>No. de Pacientes:</u>	<u>(Hallazgo Operatorio)</u>
GASTRECTOMIA SUBTO- TAL BILLROTH 2	1	ULCERAS GASTRICAS CRONICAS SANGRAN- TES.
CIERRE PRIMARIO DE UL- CERA, VAGOTOMIA Y PI- LOROPLASTIA TIPO ----- HEINECKE MIKULICKZ	8	ULCERAS SANGRAN- TES EN DUODENO.
CIERRE PRIMARIO DE UL- CERA Y PILOROPLASTIA	1	ULCERA DEL ANTRO GASTRICO.
GASTROTOMIA, PILORO- PLASTIA, VAGOTOMIA, - LIGADURA DE ARTERIA HEPATICA ANTES DE LA GASTRODUODENAL Y CO- LEDOSTOMIA.	1	HEMOBILIA.
GASTROENTEROANASTOMO- SIS LATEROLATERAL CON EXCLUSION GASTRICA DE -- DEVINE	1	CARCINOMA GASTRI- CO CON INVASION A DUODENO Y PANCREAS

G R A F I C A No. 13

DOSIFICACION DE HEMOGLOBINAHEMOGLOBINAS DE INGRESO

MENOR: 4.5 Gramos

MAYOR: 16.0 Gramos

PROMEDIO: 10.12 Gramos

HEMOGLOBINA POSTOPERATORIO

MENOR: 7.5 Gramos

MAYOR: 13.5 Gramos

PROMEDIO: 10.5 Gramos

HEMOGLOBINAS DE EGRESO

MENOR: 6.5 Gramos

MAYOR: 16.0 Gramos

PROMEDIO: 12.5 Gramos

ERRORES DIAGNOSTICOS

	<u>No. De Casos:</u>	<u>D. E. Efectuado:</u>	<u>D. Final:</u>
a)	3	Ulcera Duodenal Sangrante.	2 Mallory Weiss 1 Hernia diafragmática.
b)	7	Várices Esofágicas	Gastritis Exogena Hemorragia
c)	1	Divertículo por Tracción del Esófago	Gastritis Exógena Hemorragia.
d)	1	Colecistitis Aguda y Coledocolitis	Hemobilia

G R A F I C A No. 15.G R A F I C A No. 14.

DIAGNOSTICO FINAL

<u>PATOLOGIA:</u>	<u>No. PTES:</u>	<u>PORCENTAJE:</u>
1. - Ulcera Doudenal Sangrantes	10	22.73
2. - Ulcera Gástrica Sangrante	3	6.81
3. - Carcinoma Gástrico	1	2.27
4. - Gastritis Aguda Hemorrágica (Exógena)	21	47.22
5. - Hemobilia	1	2.27
6. - Hernia Diafragmática Sangrante.	2	4.54
7. - Mallory Weiss (Síndrome)	3	6.81
8. - Hemorragia Gastro Intestinal Alta sin haber encontrado -- causa	1	2.27
9. - Intoxicación por ácido muriático con Esofagitis y Gástritis Hemorrágica secundaria.	1	2.27
10- Ulcera Gástrica de Diela Fouey	1	2.27

G R A F I C A No. 16CLASIFICACION FINAL

<u>CONDICION DE EGRESO:</u>	<u>No. de PTES.</u>	<u>PORCENTAJE:</u>
MEJORADOS:	26	49.02
NO MEJORADOS POR SOLICITAR EGRESO Y RECHAZAR OPERACION:	2	4.54
CURADOS:	13	24.51
MUERTOS:	2	6.81

G R A F I C A No. 17

CONCLUSIONES PROPIAS

1. - Los resultados encontrados en nuestro trabajo, con respecto a sexo, raza, -
edad, época de ingreso y ocupación del grupo de pacientes revisados, es
similar al de estadísticas previas nacionales y extranjeras.
2. - El paciente con hemorragia del tracto Gastro-Intestinal alto, consulta --
más frecuentemente por hematemesis que por melena, o por la asocia--
ción de ambos signos.
3. - La causa más frecuente de error diagnóstico es series de pacientes que pre
sentaban hemorragia del tracto Gastro-Intestinal Superior, son las afeccio
nes que producen Hipertensión Portal, las cuales deben ser descatadas clí
nicamente.
4. - El paciente con antecedentes de Hemorragia previa debe de ser considera
do como caso de resolución potencialmente quirúrgica y merecen espe--
cial atención.
5. - Es muy frecuente la incidencia de Gastritis Exógena hemorrágica, y aun
que estos casos se consideran relativamente benignos, en los hospitales - -
nacionales, deben ser estudiados exhaustivamente para evitar errores --
diagnósticos pasándose por alto lesiones que puedan tardíamente ocasio
nar grave daño al paciente, debiendo completar estudios y observarlos
antes de dar egreso.

6.- A pesar de que se ha insistido en que la mejor base para hacer un diagnóstico certero de la afección de un paciente que consulta por hematemesis o melena es la historia clínica; comprobamos que la anamnesis sigue siendo defectuosa, principalmente en cuanto a antecedentes se refiere.

7.- Desde su ingreso a la sala de urgencias, el paciente debe de ser visto y manejado conjuntamente por internista y cirujano, hasta determinar entre ambos si la conducta terapéutica va a ser quirúrgica o conservadora.

8.- Por lo general este tipo de pacientes ingresa en pésimas condiciones y desde un principio debe tratarse de mejorar su estado general, con miras a un tratamiento quirúrgico; sin embargo al concluirse que el caso necesita ser intervenido, se debe operar inmediatamente no esperando llegar a condiciones óptimas, pues por lo general es un mayor deterioro de las condiciones del paciente, abriendose las puertas a una gran variedad de complicaciones.

9.- Mientras no haya una contra indicación absoluta para efectuar el procedimiento, la serie Gastro-duodenal debe ser un método diagnóstico rutinario. Lamentablemente en nuestro medio se sigue omitiendo en un gran número de pacientes.

10.- La Endoscopía es un procedimiento virtualmente desconocido en nues-

tro medio, debiéndosele tomar en cuenta en el futuro como un buen método diagnóstico.

11.- La mejor manera de decidir la conducta terapéutica en este tipo de pacientes es la reposición de sangre, con exámenes seriados en cortos períodos de Hemoglobina y Hematócrito, y aunque no se han establecido normas para el efecto, encontramos que si un paciente necesita para mantener estables sus niveles de Hemoglobina y Hematócrito, la reposición de más de 1500 cc. de sangre en 24 horas debe ser prohibida la hemorragia quirúrgicamente entre 24 y 48 horas después de su ingreso. En nuestro hospital se ha retardado la pronta intervención de algunos casos con resultados contra productores, siendo la tendencia actual, ser mucho menos conservadores que antes, indicándose este con las estadísticas quirúrgicas actuales en comparación con las de estudios nacionales anteriores.

12.- La patología más frecuente es la ulceración de etiología péptica. Sin embargo, su comprobación clínica no descarta la posibilidad de otro tipo de enfermedad asociada, de lo cual se concluye que el paciente debe ser estudiado integralmente. Debe tenerse en cuenta que la intervención quirúrgica es en estos casos un recurso terapéutico, nunca un método diagnóstico. Los hallazgos operatorios no esperados se salen de un plan técnico preestablecido que debe llevar en mente el cirujano para actuar en forma rápida

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

1. - Balasegaran, M. Haematemesis and melaena, a review of 325 cases, Med. J. Aus. 1:485-8, 1968.
2. - Bruno, M. S. et al. Haematemesis and melaena clinicopathologic conference. New York J. Med. 25:2466-72, 1970.
3. - Guatemala, Hospital General, San Juan de Dios; Archivos del Hospital. -- 1971.
4. - Harking, H. W. and Nyhus, L. M. Surgery of the stomach and duodenum. Little, Brown and Co. pp. 613-632. 1962.
5. - Kravis, L. P. et al. Uper and lower gastrointestinal tract bleeding induced by whole cow's milk in atopic infant. Pediatrics. 40:661-5 Oct., --- 1967.
6. - Lemues Fernández, J. Manejo e indicaciones quirúrgicas de la hemorragia gastrointestinal superior. Tesis, Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Abril, 1967.
7. - Leurat, M. et al. Treatment of severe hematemesis by esogastric cooling. Arch. Franc. Mal. Appar. Dig. 56:1257-64. 1967.
8. - Manran, Y. et al. Serum amino-acids in haematemesis due to schistosomal liver fibrosis. J. Trop. Med. Hyg. 18:197-8. 1972.
9. - Martín, A. et al. Hematemesis induced by aspirin, electrosplanchnographic study. Ann Gastroenterol Hepatol (Paris). 6:497-505. 1970.
10. - Mathur, S. N. Aspirin haematemesis. J. Indian Med. Ass. 52:430-1. 1969.
11. - Mehra, D. S. Haematemesis and haemoptosis. J. Indian Med. Ass. 50:355 -8, 1968.
12. - Moullé, P. Mallory weiss, syndrome hematemesis caused by fisures of the - cardiac mucosa due to vomiting strain. Presse Med. 76:2165. 23 nov., 1968.

Bibliografía...

- 13- Piper, D. U. Milk in treatment of gastric disease. Amer. J. Clin. Nutr. 23:191-5. Feb., 1969.
- 14- Rettori, R., Upper digestive hemorrhage in emergency pathology, clinical aspects, etiology an classical. Ann Gastroenterol Hepatol (Paris). 6:43-55, 1970.
- 15- Reynovard. Haematemesis through sensibilization with house dust. Rev. Franc. Allerg. 8:106-9. 1968.
- 16- Robinson, Q. L. Haematemesis. Brit. Med. J. 1:253. 27 Jan., 1968.
- 17- Schiller, K. F. et al. Haematemesis and melaena with special reference to factors influencing the outcome. Brit. Med. J. 2:7-14. -- Apr., 1970.
- 18- Vásquez Blanco, R. Hemorragia gastrointestinal superior (revisión de casos en el Hospital Roosevelt). Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Junio, 1965.
- 19- Weill, F. et al. Argument for the first angiography during massive hematemesis. Ann Radiol (Paris). 13:353-61. 1970.

Vo. Bo.


Sra. Ruth Ramirez de Amaya
Bibliotecaria.

BR. MARIO ARTURO LEON GONZALEZ

DR. CARLOS ESCOBEDO PACHECO
Asesor.

DR. GUSTAVO A. SANTIZO LEPE
Revisor.

DR. JOSE QUIÑONEZ AMADO
Director de Fase III.

DR. CARLOS ALBERTO BERNHARD
Secretario

Vo. Bo.

DR. CESAR AUGUSTO VARGAS M.
Decano.