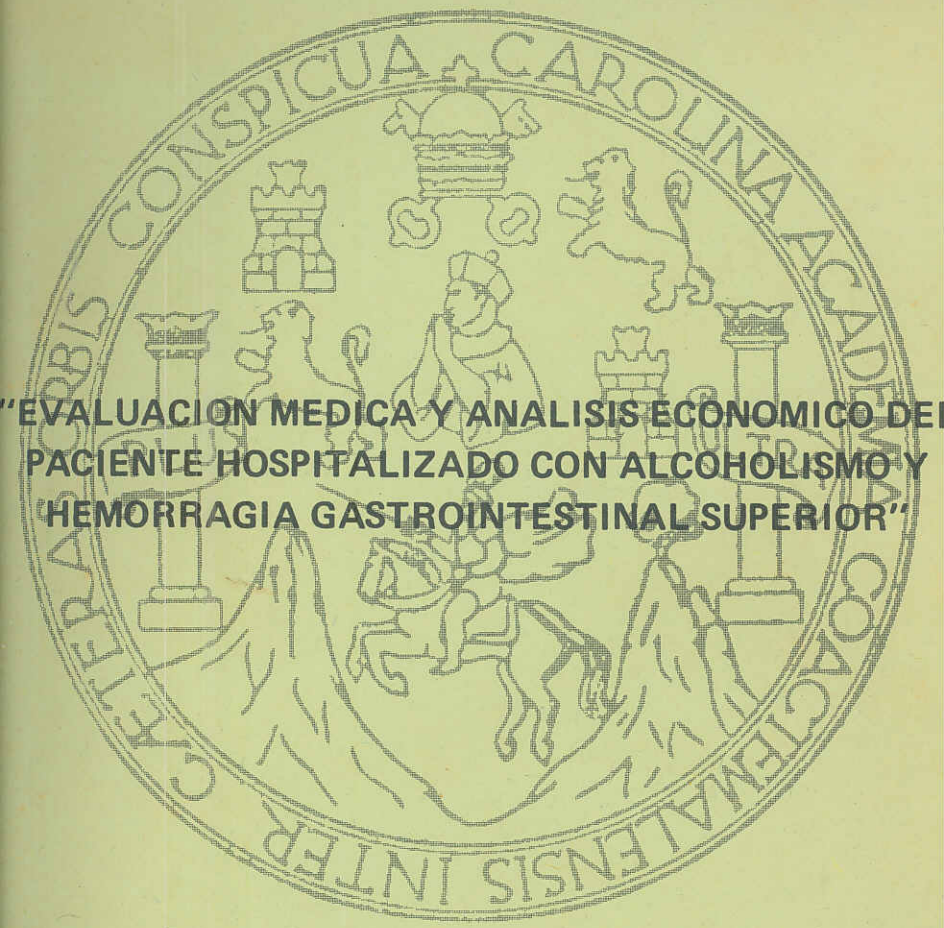
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"EVALUACION MEDICA Y ANALISIS ECONOMICO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO CON ALCOHOLISMO Y HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR"

MAINOR DANILO PALENCIA PINEDA

INDICE

1.	INTRODUCCION	1
2.	OBJETIVOS	3
3.	MATERIAL Y METODOS	5
4.	CONSIDERACIONES GENERALES	7
5.	RESULTADOS	33
6.	DISCUSION	36
7.	CONCLUSIONES	43
8.	RECOMENDACIONES	46
9.	BIBLIOGRAFIA	49

INTRODUCCION

El peor problema de drogas del País, por lo que se refiere a número de individuos afectados gravemente, pérdidas económicas anuales y otros índices similares, no está constituido por ninguna de las drogas que se han puesto de moda en los últimos tiempos. Por encima de ellas está el terrible, antiguo y seguro destruidor de vidas que llamamos "Alcohol".

Vemos que se siguen produciendo a escala mundial los daños de la gran pandemia alcohólica, con graves perjuicios en el bienestar individual y social: Aumento de gastos de la familia por la compra del tóxico, gastos considerables que determinan los tratamientos antialcohólicos y complicaciones a todos los niveles (Hospitales generales y psiquiátricos). Estando contenido en su etiopatogenia; los ragos personales de atracción del hombre por el alcohol por las más diversas motivaciones (Orgánicas y Psicógenas) potenciada por factores socioculturales más o menos específicos: Propaganda, imitación, frustraciones familiares y sociales, etc. Así como, los intereses económicos de la Industria y de los comerciantes de bebidas alcohólicas, y su organización publicitaria. Y es verdaderamente lamentable que vayamos sabiendo cada vez más sobre el metabolismo del alcohol en el organismo, del tratamiento y prevención de esta enfermedad, y sin embargo, la sociedad no quiere o no puede aprovechar estos mayores conocimientos en su beneficio. El alcoholismo, al que se asocian innumerables enfermedades, ha producido más miseria que otras drogas en la historia de la medicina.

En este estudio se analizará el paciente alcohólico en su expresión más dramática, como complicación: "La Hemorragia Gastrointestinal Superior". Haciendo una evaluación médica en cuanto a su diagnóstico, tratamiento y las limitaciones que se encuentran en el Hospital por falta de recursos para su realización. Conociendo a la vez el costo por paciente hospitalizado. Entendiendo que la mayoría de los pacientes que vienen con cuadro de

Hemorragia Gastrointestinal Superior tienen antecedentes de alcoholismo, que ingresan dos o tres veces por el mismo cuadro hemorrágico, y otras complicaciones dramáticas y patéticas antes de que se produzca la muerte, que una gran mayoría de los mismos se encuentran recluídos en los servicios de medicina por un tiempo prolongado, consumiento recursos hospitalarios, que pueden ser invertidos en otro tipo de servicio que no tienen necesariamente una base psicosocial. Pudiendo desde el ángulo de Salud Pública abordar seriamente el problema en sus determinaciones esenciales en medida de caracter general de prevención y, particulares que se deberían de poner en práctica para rescatar y evitar que el alcoholismo evolucione el proceso mórbido.

Con este objeto, hemos efectuado nuestro estudio bajo un enfoque médico-económico, buscando un conocimiento más objetivo, que en un futuro nos permita llevar adelante un nivel mejor de asistencia a los pacientes con alcoholismo y Hemorragia Gastrointestinal Superior.

OBJETIVOS

GENERALES:

1. Conocer la magnitud del problema desde el punto de vista médico como económico.

2. Tratar de dar al paciente una atención más adecuada, señalando los errores y las limitaciones en cuanto al manejo del paciente alcohólico y Hemorragia Gastrointestinal Superior.

3. Orientar al médico, que tiene a su cargo este tipo de pacientes, en base a las estadísticas expuestas, en el diagnóstico y conducta seguida en el tratamiento del paciente en el Hospital Roosevelt.

4. Que el Departamento de Medicina tome una mejor idea del costo de estos pacientes para la mejor utilización de los recursos con que se cuenta.

ESPECIFICOS:

1. Conocer el porcentaje de pacientes que ingresan a la Unidad de Intensivo del Hospital con Hemorragia Gastrointestinal Superior por causa de alcoholismo.

2. Conocer la lesión gastrointestinal más frecuente que acompaña al alcoholismo y produce la hemorragia.

3. Conocer el número de pacientes que egresan sin diagnóstico del Hospital por no haber medios de diagnóstico adecuados.

4. Determinar el costo per-capita que representa al Hospital la atención de este tipo de pacientes.

5. Determinar la morbilidad y la causa más frecuente de

mortalidad del paciente con Hemorragia Gastrointestinal Superior por alcoholismo.

MATERIAL Y METODOS

Para poder llegar a realizar el presente trabajo, se procedió previa autorización de la subdirección ejecutiva, a revisar el libro de egresos de medicina de la Unidad de Intensivo del Hospital Roosevelt correspondiente al año de 1977. Seleccionando luego las papeletas en el archivo que tuvieran como diagnóstico Etilismo agudo o crónico y Hemorragia Gastrointestinal Superior. Como resultado de lo anterior se encontraron 34 pacientes que llenaban los requisitos para poder ser incluídos en el análisis.

Se elaboraron cuadros especiales, para poder analizar y clasificar los 34 casos por edad, sexo, grupo étnico y ocupación. Además del diagnóstico clínico; con los antecedentes, síntomas, signos, datos de laboratorio, así como series gastroduodenales y endoscopías; y el manejo médico que se siguió en todos los pacientes. Se logró determinar error diagnóstico de ingreso, complicaciones más frecuentes, mortalidad por diagnóstico y por edad.

Se realizó investigación bibliográfica, para poder hacer una comparación con los resultados obtenidos en otros centros hospitalarios.

Para calcular el costo por paciente hospitalizado, se consultó al Departamento de Estadística, donde se obtuvieron datos sobre el presupuesto del Hospital en el año de 1977, así como pacientes atendidos en todo el Hospital y sus días-estancia, con lo que se determinó el costo diario por encamamiento en sala general. Para la Unidad de Intensivo, se aumentó el costo en forma aproximada, debido a que en este servicio se ocupa mayor número de personal, equipo, etc., por no haber datos para cada servicio, sino únicamente globales. Con respecto a exámenes de laboratorio y transfusiones se obtuvieron de los aranceles de servicio de privados, restándoles un 30o/o para el costo del paciente general. El valor por medicamento, fue dado por el Departamento de Contabilidad. En esta forma se

logró determinar el costo por paciente hospitalizado con alcoholismo y Hemorragia Gastrointestinal Superior.

CONSIDERACIONES GENERALES

TERMINOLOGIA:

El vómito de sangre se llama Hematemésis. La sangre puede ser roja o de color oscuro, si la acción del ácido clorhídrico la ha convertido en Hematina. El término Melena se aplica a las heces de color negro alquitran que contiene sangre digerida, ambas se pueden presentar en una hemorragia del esófago, del estomago, o de la porción superior del intestino delgado. La sola presencia de 60 cc. de sangre libre en las vías digestivas altas es suficiente para provocar una Melena.

La Hematemésis y la Melena no son si no manifestaciones de una enfermedad que requiere ser diagnosticada, valorada y tratada. Dichos síntomas presupone siempre un peligro potencial para la vida.

CAUSAS MAS FRECUENTES DE HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR POR ALCOHOLISMO:

Son muchas las causas que pueden producir Hemorragia Gastrointestinal Superior, pero desde el punto de vista de nuestro estudio nos interesa únicamente los que se relacionan con antecedentes de alcoholismo.

GASTRITIS AGUDA EXOGENA:

Palmer ha demostrado que la hemorragia de las supuestas Gastritis es producida por erosiones agudas de la mucosa y para demostrarlas en enfermos que están sangrando la Gastroscopía debe practicarse enseguida al ingreso al Hospital. Según varios estudios (Publicación de Dunphy) sobre 100 pacientes, la causa de la hemorragia gastrointestinal permanecía oscura sin que las exploraciones radiológicas dieran una luz sobre ellas. La pérdida de sangre se atribuyó a erosiones hemorrágicas en 66 de estos enfermos

y Gastritis Hipertrófica en 22. Sin embargo, estudios más recientes refuerzan también la convicción que el diagnóstico gastroscópico de Gastritis Superficial o crónica, es frecuentemente errónea, a menos que se compruebe histológicamente.

Ha quedado bien establecida la posibilidad de que la Gastritis superficial o crónica erosiva producida por el alcoholismo ocasione una hemorragia. Un estudio realizado por Palmer, exploró gastroscopicamente y mediante de biopsia a 34 jóvenes durante una crisis de alcoholismo agudo, en 30 de ellos apareció una Gastritis superficial, erosiones, con hipermia de la mucosa, petequias y exudado purulento. Formas semejantes de Gastritis aguda se comprueban después de un episodio alcohólico en los alcohólicos crónicos pudiendo estas alteraciones sobreañadirse a una inflamación crónica de la mucosa y acompañarse de la congestión de los capilares de la misma. Observándose en la gastroscopía una mucosa friable, congestionada y edematosa.

SINDROME DE MALLORY-WEISS:

Las náuseas violentas o los vómitos pueden romper la mucosa y la submucosa del cardias o del tramo inferior del esófago y provocar la hemorragia profusa de las arterias submucosas. Esta alteración primeramente descubierta por Mallory-Weiss en 1929 en 4 enfermos alcohólicos. Esta se debe al efecto de las elevadas presiones que se ven sometidas el esófago terminal y el cardias. Ocasionalmente en estas circunstancias ocurre la ruptura completa y espontánea del esófago, pudiendo fallecer el enfermo por Mediastinitis. La clave diagnóstica más importante la proporciona la historia de vómitos de contenido gástrico normal en una o más ocasiones, seguidos de vómitos hemáticos o Melena. De 101 caso de hemorragia digestiva mortal, 3 habían fallecido por hemorragias de este tipo. Las erosiones han podido ser observadas mediante de la esofagoscopía y gastroscopía. La exploración radiológica no es definitiva, por lo que los resultados negativos de la exploración radiopaca después de una Hematemésis muy abundante, deben hacer sospechar la posibilidad de que éstas sean debidas a uno de tales desgarros. La presión ejercida por la sonda de Sengstaken-Blakemore no controla la hemorragia, ya que esta es arterial, la mayoría han sido diagnosticados quirúrgicamente en enfermos con Hematemésis de causa desconocida

y el tratamiento conservador había fracasado. El tratamiento consiste en las transfixión de la zona sangrante, que pueden realizarse a través de la Gastrotomía. Se desconoce el porcentaje de estos enfermos que responden al procedimiento terapéutico no operatorio.

VARICES ESOFAGICAS Y GASTRICAS:

La hemorragia ocasionada por Varices Gástricas Esofágicas es una manifestación de Hipertensión Portal, que en la mayoría de los casos, es consecutiva a una Cirrosis Hepática. El análisis estadístico publicado sugiere que alrededor del 5 al 10o/o de las causas de Hemorragia Gastrointestinal Superior registradas en hospitales generales son consencuencias de Varices Esofágicas asociadas a Cirroris Hepática. La Hipertensión Portal ocasiona erosión de las raicillas de las Venas Acigos en la circulación del territorio de la Vena Cava al anastomosarse con las Venas coronarias del estomago, que desembocan en la Vena Porta. El mecanismo de la Hemorragia aún no es bien claro. Puede que dependa del aumento súbito de la presión venosa que a veces provoca el ejercicio físico, la tos molesta o el esfuerzo. La presencia de varices en el esófago predispone a la Esofágitis y a las erosiones, pudiendo estas últimas atravezar eventualmente la frágil pared de una vena varicosa. No todos los casos de hemorragia en enfermos cirroticos son debidas a variscosidades. La Gastritis crónica es un hallazgo frecuente entre los mismos, de forma que las erosiones pueden ser responsables de la hemorragia en algunos pacientes. La Gastritis era la causa de hemorragia en el 22o/o de los enfermos cirroticos estudiados por Merigan. La mortalidad es mucho más baja en las hemorragias por Gastritis que en las procedentes por varices.

Aproximadamente el 15o/o de cirróticos presentan una Ulcera Péptica concomitante que puede sangrar, según un estudio de 158 pacientes (Merigan). Atribuyendo la hemorragia a Ulcera Duodenal en el 14o/o y Ulcera Gástrica, en el 6o/o. La Hipoprotrombinemia es un factor coadyuvante de la hemorragia copiosa y, en las últimas fases de la enfermedad, puede incluso provocarla. La historia del alcoholismo, la palpación de un hígado agrandado, la disminución de matidez hepática o presencia de esplenomegalia, ascitis, ictericia, telangectacias hacen sospechar la existencia de esta enfermedad hepática. La hemorragia precipita frecuentemente el Coma Hepático,

que se caracteriza por asterixis (Temblor aletiante) y somnolencia.

La más valiosa prueba de función hepática es la Bromosulfonftaleima, si la hemorragia es debida a Cirrosis, se observa una acentuada retención del colorante. La Hipoprotrombinemia intensa, Hipoalbuminemia y la Hiperbilirrubinemia corroboran el diagnóstico de Cirrosis. Cuando presenta una hemorragia persistente, puede resultar necesario el uso de la sonda de Sengstaken-Blakemore o Nachlas. La Esofagoscopía es, con mucho, el método de diagnóstico más preciso y permite el exámen de la región cardioesofágica inferior con un mínimo de riesgo de muerte o precipitación de la hemorragia.

ULCERA PEPTICA:

Es una enfermedad crónica caracterizada por exacerbaciones y remisiones, generalmente en pacientes alcohólicos. La causa precipitante es el Alcohol. La aparición de dolor, seguido por el alivio de la molestia después de la ingestión de alimentos o alcalinos, es una secuencia característica. El dolor es constante, como sensación de mordedura, de quemadura o de hambre en la parte alta del Epigástrico, es localizado y no se irradia. El Alcohol estimula la secreción gástrica provocando irritación de la mucosa gástrica y duodenal con Hiperemia e inflamación. Pero cuando su período de ingestión es prolongado y crónico se establece la forma de hemorragia. Estudios realizados por Merigan, refiere que un 16o/o de pacientes alcohólicos que sangran, es debido a Ulcera Péptica, los cuales fueron diagnósticados gastrocopicamente.

HERNIA GASTRODIAFRAGMATICA:

Se define como el paso de una porción del estomago en el tórax a través del Hiato Esofágico del Difragma. Los síntomas principales se pueden atribuir por el reflujo del jugo gástrico en el Esófago. Siendo características la pirósis, la regurgitación y el dolor epigástrico por la Esofagitis debida a la exposición de la mucosa del Esófago al contenido ácido gástrico. La ingestión de agentes irritantes como el alcohol precipita a una esofagitis aguda que puede ser causa de sangramiento de las vías altas del tubo digestivo. Su diagnóstico definitivo descansa en la prueba radiográfica y en la esofagoscopía.

METABOLISMO DEL ALCOHOL:

El metabolismo del alcohol difiere de las mayoría de las substancias en que la rapidez de su oxidación es una función lineal del tiempo y en que solo aumenta ligeramente al elevarse la concentración sanguínea. La cantidad de alcohol oxidado en la unidad de tiempo es aproximadamente proporcional al peso del cuerpo y probablemente al peso del hígado. En el adulto, la cuantía en que puede metabolizarce el alcohol es de unos 10 ml. por hora. Así el alcohol contenido en 120 ml de wisky o en 1.2 litros de cerveza requeriría entre 5 y 6 horas para ser oxidado por una persona de talla media. Diversos factores dietéticos, hormonales y farmacológicos alteran el metabolismo del alcohol. Por ejemplo; en la innanición disminuye el índice de oxidación del alcohol, la insulina lo aumenta y la tiroxina y triyodotironina no lo alteran.

La oxidación inicial del alcohol se efectúa principalmente en el hígado, y la rapidez de su metabolismo está considerablemente reducida en los animales hepatectomizados. El primer paso es la oxidación del alcohol a acetaldheido por la deshidrogenasa alcohólica. Esta enzima que contiene Zinc, utiliza NAD como aceptor de hidrógeno y depende de grupos SH libres en la proteina para su actividad. El acetaldheido es convertido en Acetil-CoA, pero no se sabe si la conversión es directa o se hace por intermedio del ácido acético. La Acetil-CoA resultante comparte la suerte del Acetil-CoA producida en otras fuentes, que son la oxidación en el ciclo del ácido cítrico y la utilización en las diversas reacciones anabólicas comprendidas en la síntesis del colesterol, ácidos grasos y otros componentes de los tejidos. Muchos cambios metábolicos acompañan o siguen al metabolismo del alcohol. Algunos como el aumento en la producción de ácidos grasos y lactato, la Hiperurisemia y, posiblemente, la disminución en la actividad del hígado en el ciclo del ácido cítrico y en la oxidación de los ácidos grasos, parecen ser consecuencias directas del aumento en la relación $NADH_2$; NAD producido por la oxidación del alcohol. Son aún oscuras varias otras alteraciones metabólicas, entre ellas la disminución en la excresión urinaria de ácido urico y el aumento en la pérdida de magnesio con la orina.

El alcohol es convertido en acetaldheido por otros sistemas de enzimas. Este sistema se encuentra en el retículo endoplasmático liso del hígado y contiene otras enzimas destoxicantes, entre ellas la que metaboliza los barbituricos. El Etanol empieza deprimiento y luego aumenta la actividad de las enzimas del retículo endoplasmático hepático. Este efecto dual podría explicar el hecho de que los alcohólicos crónicos en estado de ebriedad son menos resistentes a los barbituricos que los individuos normales, pero son más resistentes que éstos cuando no han ingerido alcohol.

RESULTADOS

Resultados obtenidos en la revisión de 34 papeletas de pacientes que ingresaron a la Unidad de tratamiento Intensivo. La clasificación por edades según el cuadro a continuación, se realizó en base al paciente que tenía menor edad hasta el de mayor edad según las papeletas revisadas, mostrando que es más frecuente esta enfermedad entre los 31 y 40 años de edad correspondiendo al 32.4o/o. En segundo lugar están los pacientes 41 a 50 años que hacen un porcentaje de 29.5o/o.

CUADRO I

EDAD

Años	No. de Casos	o/o
20-30	3	8.8
31-40	11	32.4
41-50	10	29.5
51-60	7	20.5
+ de 60	3	8.8
Total:	34	100.0

CUADRO II

SEXO

Sexo	No. de Casos	o/o
Masculino	32	94.1
Femenino	2	5.9
Total:	34	100.0

El sexo masculino es el que predomina en el 94.1o/o y el sexo femenino 5.9o/o.

CUADRO III

GRUPO ETNICO

Grupo Etnico	No. de Casos	o/o
Ladinos	31	91.1
Indígenas	3	8.9
Total:	34	100.0

El grupo étnico al que pertenecía el paciente se obtuvo de la hoja de sumario, correspondiendo al 91.1o/o al grupo ladino.

CUADRO IV

OCUPACION

Ocupación	No. de Casos	o/o
Comerciante	10	29.4
Jornalero	7	20.5
Artesanos	7	20.5
Oficinista	3	8.8
Profesional	3	8.8
Piloto automovilista	2	5.8
Oficios domésticos	2	5.8
Total:	34	100.0

La ocupación más frecuentemente afectada fue para el comerciante, jornalero y artesano en un 70.4o/o.

CUADRO V

INGRESOS ANTERIORES POR LA MISMA CAUSA

Ingresos	No. de Casos	o/o
Primer ingreso	18	52.9
Segundo ingreso	10	29.4
Tercer ingreso	4	11.9
Cuarto ingreso y más	2	5.8
Total:	34	100.0

La mayoría de pacientes tenían su primer ingreso en el 52.9o/o de los casos, y el 47.1o/o era reingresado.

CUADRO VI

TIEMPO DE ESTANCIA TOTAL HOSPITALARIA

Tiempo Estancia	No. de Casos	o/o
1-3 días	11	32.3
4-7 días	13	38.4
2 semanas	8	23.5
3 semanas y más	2	5.8
Total:	34	100.0

La mayoría de pacientes ingresados con dicha enfermedad permanecen hospitalizados una semana correspondiendo al 70.7o/o de los casos y en segundo lugar 29.3o/o que permanecen dos semanas o más.

CUADRO VII

TIEMPO ESTANCIA POR SERVICIO

Intensivo	No. de Casos	o/o	Sala General	No. de Casos	o/o
1-24 horas	7	20.6	1-3 días	8	23.5
25-48 horas	17	50.0	4-7 días	8	23.5
49-72 horas	5	14.7	8-15 días	7	20.5
+ 72 horas	5	14.7	16-23 días	9	26.4
Total:	34	100.0		34	100.0

En el servicio de Unidad de Intensivo el paciente permanece en la mayoría de los casos 48 horas que corresponde al 70.6o/o de ellos, en sala general su permanencia es de 1 a 15 días en el 67.5o/o de los casos.

CUADRO VIII

MOTIVO DE CONSULTA

Motivo de Consulta	No. de Casos	o/o
Hematemésis	13	38.4
Hematemésis y Melena	17	50.0
Melena	2	5.8
Otros	2	5.8
Total:	34	100.0

El motivo por el cual consultaron la mayoría de pacientes fue por Hematemésis y Melena en el 88.4o/o de los casos.

CUADRO IX

TIEMPO DE EVOLUCION

Tiempo de Evolución	No. de Casos	o/o
0 - 6 horas	18	52.9
7 - 12 horas	3	8.8
13 - 24 horas	8	23.7
Más de 24 horas	3	8.8
Sin Hematemésis	2	5.8
Total:	34	100.0

El mayor número de casos consultaron en las primeras 24 horas de iniciar el cuadro hemorrágico y fue del 84.5o/o de ellos.

CUADRO X

PERDIDA DE SANGRE APROXIMADA

Cantidad en cc.	No. de Casos	o/o
Sin Hematemésis	2	5.8
No se refería en la historia	9	26.4
50 - 100 cc	2	5.8
100 - 250 cc	11	32.7
250 - 500 cc	6	17.6
500 - 1000 cc	4	11.7
Total:	34	100.0

Los pacientes expresaron una forma subjetiva en la mayoría de los casos haber vomitado entre 100 y 500 cc de sangre en el 50o/o de ellos.

CUADRO XI

LICOR

Tipo de Licor	No. de Casos	o/o
Aguardiente	25	73.5
Ron	6	17.7
Cerveza	3	8.8
Total:	34	100.0

El tipo de licor más frecuentemente consumido por estos pacientes fue el aguardiente en un 73.5o/o de los casos y un 26.5o/o entre ron y cerveza.

CUADRO XII

TIEMPO DE ESTAR INGERIENDO LICOR

Días	No. de Casos	o/o
No refiere	2	5.8
1 - 7 días	11	32.3
8 - 15 días	15	44.3
16 - 30 días	3	8.8
Más de 30 días	3	8.8
Total:	34	100.0

Según las historias clínicas revisadas el 76.6o/o tenían 15 días de estar ingeriendo licor antes de presentarse el cuadro hemorrágico.

CUADRO XIII

CANTIDAD DE INGESTION

Cantidad Diaria	No. de Casos	o/o
0 - 4 octavos	10	29.4
5 - 8 octavos	14	41.5
9 - 12 octavos o más	3	8.8
0 - 10 litros cerveza	3	8.8
No referida	4	11.6
Total:	34	100.0

El 70.9o/o de los pacientes daban historia de haber ingerido aguardiente de 16 a 32 onzas diarias (de 4 a 8 octavos).

CUADRO XIV

TIEMPO DE SER ALCOHOLICO

Tiempo	No. de Casos	o/o
5 - 10 años	13	38.4
11 - 20 años	11	32.3
21 - 30 años	3	8.8
31 - 40 años	3	8.8
No referido	4	11.7
Total:	34	100.0

Se encontraron, 70.7o/o de los pacientes con alcoholismo crónico, de estar ingeriendo licor por un tiempo de 5 a 20 años.

CUADRO XV

SINTOMAS PRINCIPALES ANTES DE SANGRAR

Síntomas	No. de Casos	o/o
Ninguma sintomatología	6	17.6
Nausea, vómitos	5	14.7
Dolor Epigástrico urente	21	61.9
Dolor abdominal difuso	2	5.8
Total:	34	100.0

La sintomatología que refirió la mayoría de pacientes, 76.6o/o fue nausea y vómitos y dolor epigástrico urente. En 6 de ellos el vómito fue expontáneo correspondiendo al 16.6o/o (Tenían diagnóstico de varices esofágicas).

CUADRO XVI

EXAMEN FISICO

Al exámen físico fueron considerados en mal estado general el 58.8o/o de los pacientes, y 14 de ellos en buenas condiciones (41.1o/o), así como su estado de conciencia y de orientación era aceptable en el 52.9o/o, estando en estado de estupor y desorientación el 41.2o/o de los casos.

CUADRO XVII

SIGNOS VITALES

	Pulso		Presión Arterial		PVP	
Nivel	No. de Casos	o/o	No. de Casos	o/o	No. Casos	o/o
Normal	9	26.4	14	44.2	22	64.7
Disminuída	0	0	19	55.8	7	20.7
Aumentada	24	70.7	1	2.9	0	0
No determinada	1	2.9	0	0	5	14.6
Total:	34	100.0	34	100.0	34	100.0

Se consideró como pulso normal, la que estaba comprendida entre 60 y 90 por minuto. Por lo tanto, aumentaba la que se encontraba sobre 90 pulsaciones por minuto y disminuída la que estaba por bajo 60 por minuto. Encontrándose el 70.7o/o el pulso aumentado y los restantes fue normal.

Se tomó como presión normal, presión sistólica de 100 mms Hg mas la edad del paciente y, la presión diastólica de 85 mms de Hg hasta los 45 años de edad, y hasta 90 mms Hg por arriba de esta edad. El 55.8o/o presentó una presión arterial baja y el 41.2o/o normal.

La presión venosa periférica se tomó como normal de 12 a 14 cm de agua, encontrándose en la mayoría de los casos una presión normal.

CUADRO XVIII

ALIENTO ALCOHOLICO

Aliento Alcohólico	No. de Casos	o/o
Aliento alcohólico	21	61.7
Sin alitósis	10	29.5
No determinado en la historia	3	8.8
Total:	34	100.0

En las papeletas revisadas se encontró al 61.7o/o con aliento alcohólico al ingresar por la emergencia.

En la piel se encontró con ictericia al 32o/o, telangectacias en 17.6o/o petequias y equimosis en el 11.4o/o, y en el 41o/o la piel estaba pálida , fría y sudorosa.

Al exámen del corazón, dos se consideraron patológicos considerando un taponamiento cardíaco, secundario a una cardiomiopatía alcohólica, en el otro caso se encontró signos de insuficiencia cardíaca, correspondiendo al 5o/o del total de casos.

Al exámen pulmonar tres casos se consideraron patológicos

correspondiendo al 8.8o/o encontrando en uno signos de congestión pulmonar, y dos presentaron estertores subcrepitantes basales.

Abomen: Presentaron ascitis 20o/o de los casos, así mismo circulación colateral. Los ruidos intestinales estaban aumentados en intensidad y frecuencia en la mitad de los casos; hepatomegalia en 29.5o/o de los casos, y a la palpación profunda había dolor difuso y epigástrico en la mayor parte de los casos. El tacto rectal se encontró positivo para Melena en la mayoría de los pacientes estudiados y enterorragia en el 8.8o/o.

El lavado gástrico realizado en la emergencia en 26 casos que son el 7.6 o/o del total, fue positivo para sangre roja, en 6 casos se encontró sangre digerida y material claro en el 5.8o/o.

CUADRO XIX

LABORATORIO

Nivel	Hemoglobina		Hematocrito	
	Casos	o/o	Casos	o/o
Normal	5	14.7	5	14.7
Bajo	16	47.0	22	64.8
Elevado	0	0	1	2.9
No efectuados	13	38.3	6	17.6
Total:	34	100.0	34	100.0

En el cuadro anterior se muestra que en el 47o/o de los casos se encontró una hemoglobina baja, y un hematocrito también bajo en el 64.8o/o, no fueron efectuados 38.3o/o de hemoglobinas y un 17.6o/o de hematocritos.

Nivel	N. de Urea		Creatinina		Glicemia	
	Casos	o/o	Casos	o/o	Casos	o/o
Normal	19	55.8	5	14.7	3	8.8
Bajo	0	0	0	0	0	0
Elevado	10	19.5	8	23.5	19	55.8
No efectuado	5	14.7	21	61.8	12	35.4
Total:	34	100.0	34	100.0	34	100.0

El Nitrogeno de Urea fue normal en 55.8o/o y elevado en el 29.5o/o. La Creatinina en sangre no se efectuó en 61.8o/o de los pacientes y el 23.5o/o se encontró elevado. La Glicemia en la mayoría de los casos estaba elevada.

Nivel	Bilirrubinas		Transaminasas O		Transaminasas P	
	Casos	o/o	Casos	o/o	Casos	o/o
Normal	2	5.8	7	20.5	7	20.5
Bajo	0	0	0	0	0	0
Elevado	22	64.7	7	20.5	7	20.5
No efectuado	10	29.5	20	59.0	20	59.0
Total:	34	100.0	34	100.0	34	100.0

Las bilirrubinas en el 64.7o/o de los pacientes se encontraron dentro de límites elevados. Las transaminasas tanto oxalacética como pirúbica no efectuado en el 59.0o/o de los casos y sólo en el 20.5o/o se encontró elevado.

Nivel	T. de Protrombina		Fibrinogeno		T.P. tromboplastina	
	Casos	o/o	Casos	o/o	Casos	o/o
Normal	20	59.0	3	8.8	2	5.8
Bajo	0	0	3	8.8	0	0
Elevado	10	29.5	3	8.8	0	0
No efectuado	4	11.5	25	73.6	32	94.2
Total:	34	100.0	34	100.0	34	100.0

Se realizaron en el 59.0o/o de los pacientes, tiempo de protombina, los cuales fueron normales, resultando elevados en un 29.5o/o de los casos; fibrinógeno no se realizaron en el 73.6o/o de los pacientes y en los restantes fue variable. El tiempo parcial de tromboplastina sólo se efectuó en el 5.8o/o encontrándose normal.

La fosfatasa como el amonio en sangre no fue realizado en la mayoría de los pacientes por lo que no tiene importancia estadística en este estudio.

Grupo Sanguíneo	No. de Casos	o/o
O +	14	41.1
A +	5	14.7
A B	2	5.8
No encontrado en la ficha	13	38.4
Total:	34	100.0

En el 41.1o/o de los pacientes su grupo sanguíneo correspondió al grupo O y Factor R h Positivo. En 13 pacientes no se pudo determinar por no estar en la ficha clínica el grupo sanguíneo.

En algunos pacientes fueron efectuados otros laboratorios que no tienen importancia estadística, ya que sólo en dos o tres de ellos se realizaron, pero sin embargo, si se tomaron en cuenta para sacar el costo del paciente diario hospitalizado.

CUADRO XX

SERIE GASTRODUODENAL

Hallazgos	No. de Casos	o/o
Normales	7	20.5
Varices ingurgitadas y dilatadas 1/3 inferior del esófago.	5	14.7
Aumento de secreción gástrica, edema y engrosamiento de la mucosa.	4	11.9
Ernia gastrodifragmática con esofagitis.	3	8.8
No realizadas	15	44.1
Total:	34	100.0

Se efectuaron en el 55.8o/o series gastroduodenales, encontrando patológicas 35.4o/o que referían varices esofágicas, gastritis hipertrofia y Hernia gastrodiafragmática en un porcentaje similar.

CUADRO XXII

ENDOSCOPIAS

Hallazgos	No. de Casos	o/o
Normales	0	0
Erosiones en cuerpo y fondo gástrico	1	2.9
Varices esofágicas 1/3 inferior. y Gastritis erosiva.	2	5.8
No realizados	31	91.3
Total:	34	100.0

Una endoscopía fue realizada 24 horas después de sangrar y dos en los primeros días de estancia en el hospital, así mismo, las series gastroduodenales fueron tomadas en la primera semana de cedida la hemorragia.

TRATAMIENTO

CUADRO XXII

TRANSFUSION SANGUINEA

CC. Transfundidos	No. de Casos	o/o
500 - 1000 cc.	10	29.4
1001 - 2000 cc.	8	23.5
2001 - 3000 cc.	2	5.8
3001 - 4000 cc.	4	11.9
No se refería en la historia	10	29.4
Total:	34	100.0

En la mayoría de los pacientes se transfundió entre una y cuatro unidades de sangre completa que correspondieron al 52.9o/o de los pacientes. En 10 casos que son el 29.4o/o del total no se refería en la historia si habían sido transfundidos.

LAVADO GASTRICO: En los 34 casos se realizó lavado gástrico, utilizando sonda Levin, solución salina y hielo, cediendo la hemorragia totalmente después de varios recambios en el 52.9o/o de los pacientes. En el 47.1o/o la hemorragia gastrointestinal continuó.

SONDA SENGSTAKENBLAKEMORE: No fue posible utilizarla en ninguno de los pacientes, debido a que se encontraban en malas condiciones estas sondas, por lo que fueron omitidas.

LEVOFED INTRAGASTRICO: No hay un patrón a seguir sobre la dósis; sino es criterio del médico, según el caso. Ya que en unos se utilizaron 4 mgs. en otros, 8 mgs. y se repitieron las dósis en algunos pacientes dos o tres veces más. Estas dósis son diluídas en 200 cc de solución salina dejando gotear por la sonda nasogástrica

para 20 minutos. De los 16 pacientes (47.1o/o) que no cedieron con el lavado gástrico, en 11 (32.3o/o) se utilizó Levofed, cediendo la Hematemésis en 17.6o/o y continuaron sangrando el 14.7o/o.

ENEMA EVACUADOR: El Enema evacuador fue utilizado en 18 pacientes únicamente, que representaron al 52.9o/o del total de casos.

CUADRO XXIII

SOLUCIONES

Cantidad	No. de Casos	o/o
1000 - 3000 cc.	7	20.5
3001 - 6000 cc.	5	14.7
6001 - 9000 cc.	12	35.2
9001 - 12000 cc.	10	29.6
Total:	34	100.0

En la mayoría de los pacientes fue necesario la utilización de 6000 cc. a 12,000 cc. de soluciones en el 64.8o/o. Y en todos ellos el Hartman fue el que se utilizó de inicio continuando con Dextrosa al 5o/o y luego soluciones mixtas.

CUADRO XXIV

MEDICAMENTOS

Medicamento	No. de Casos	o/o
Gel de Hidróxido de Aluminio	24	70.5
Vitamina K	21	61.7
Leche de Magnesia	19	55.8
Complejo B	15	44.1
Diazepan	12	35.2
Ampicilina	12	35.2
Alcohol Absoluto	7	20.5
Gluconato de Calcio	6	17.6
Clorpromazina	5	14.7
Cloruro de Potasio	5	14.7
Neomicina	3	8.8
Furosemide	3	8.8
Levadura de Cerveza	3	8.8
Sulfametoxasole	2	5.8
Meprobamato	2	5.8
Hidrato de Cloral	2	5.8
Penicilina Procaina	1	2.9
Fenobarbital	1	2.9
Bicarbonato de Sodio	1	2.9
Aminofilina	1	2.9
Lanatocido C	1	2.9
Espironolactona	1	2.9
Dimenhidrinato	1	2.9

Los medicamentos mayor utilizados en estos pacientes fue el Gel de Hidroxido de Aluminio, Vitamina K, Leche de Magnesia, Complejo B, Diazepam y Ampicilina.

CUADRO XXV

DIETA

Tiempo de Inicio	No. de Casos	o/o
0 - 24 horas	12	50.0
24 - 48 horas	6	25.0
48 - 72 horas	4	16.6
Más de 72 horas	2	8.4
Total:	34	100.0

En el 75o/o de los pacientes que se les inició dieta fue dentro de las primeras 48 horas. El 16.6o/o hasta las 72 horas. En 10 casos no hubo oportunidad, por fallecer, o egresar en contraindicación médica.

Otro Procedimiento: Se efectuó una pericardiocentesis por taponamiento cardíaco, secundaria a cardiomiopatía alcohólica. Dicho paciente falleció.

CUADRO XXVI

COMPLICACIONES

Complicaciones	No. de Casos	o/o
Síndrome de Abstinencia	7	20.5
Shock Hipovolémico	6	17.6
Insuficiencia Renal Aguda	6	17.6
Precoma Hepático	5	14.7
Hipoprotrombinemia	4	11.7
Anemia Severa	4	11.7
Infección Urinaria	3	8.8
Bronconeumonía	2	5.8
Delirium Tremens	2	5.8
Insuficiencia Cardíaca y Taponamiento	1	2.9
Faringoamigdalitis	1	2.9

La complicación más frecuente fue Síndrome de Abstinencia en 7 casos (20.5o/o) siguiéndole en frecuencia el Shock Hipovolémico en 6 casos (17.6o/o). Varias de estas complicaciones se dieron en un mismo paciente.

CUADRO XXVI

DIAGNOSTICO
(Según Lesión Sangrante)

Diagnóstico	Al Ingreso Casos	o/o	Final Casos	o/o
Gastritis Exogena Aguda	10	29.4	15	44.1
Várices Esófagicas Sangrantes	5	14.7	10	29.4
Gastritis E. + Várices Esófagicas	7	20.5	3	8.8
Ulcera Duodenal Sang.	8	23.5	2	5.8
Síndrome Mallory Weiss	3	8.8	1	2.9
Otros	1	2.9	0	0.0
Sin Diagnóstico	0	0.0	3	8.8
Total:	34	100.0	34	100.0

El diagnóstico de ingreso varió para cada uno, en cuanto al diagnóstico final, observando un 49.7o/o de error. Sin embargo, la comprobación sólo fue posible en los que se realizó Endoscopía y Serie Gastroduodenal.

CUADRO XXVIII

DIAGNOSTICO FINAL

Diagnóstico Final	No. de Casos	o/o
Etilismo Agudo + Gastritis Aguda Exógena.	15	44.1
Etilismo Agudo Crónico + Várices Esófagicas, Cirrosis Hepática.	10	29.4
Etilismo A. Crónico + Gastritis Exógena + Várices Esófagicas + Cirrosis Hepática.	3	8.8
Etilismo Agudo + Ulcera Duodenal	1	2.9
Etilismo Agudo + Malbury-Weiss	3	8.8
Sin Diagnóstico Final		
Total:	34	100.0

En todos los pacientes se encontró Etilismo ya sea agudo o crónico en el momento de ingresar al hospital, así mismo trece pacientes se consideraron cirróticos que corresponden al 38.2o/o.

CUADRO XXIX

MORTALIDAD

Fallecidos	No. de Casos	o/o
A las 24 horas	2	22.2
A las 48 horas	1	11.2
A las 72 horas	3	33.3
Más de 4 días	3	33.3
Total:	34	100.0

La mayoría de pacientes murieron entre las 72 y 96 horas de haber ingresado al hospital, que corresponden al 66.6o/o de los fallecidos.

CUADRO XXX

MORTALIDAD POR EDAD

Edades	No. de Casos	o/o
20 - 30 años	0	0.0
31 - 40 años	3	8.8
41 - 50 años	3	8.8
51 - 60 años	3	8.8
Más de 60 años	0	0.0
Total:	9	26.4

La mortalidad por edad fue igual para los tres grupos señalados en el cuadro, siendo de tres pacientes para cada grupo, o sea el 8.8o/o que hacen un total de 26.4o/o sobre los 34 pacientes.

CUADRO XXXI

MORTALIDAD POR DIAGNOSTICO

Diagnóstico	No. de Casos	o/o
Shock Hipovolémico + Várices Esófagicas, Precoma Hepático + Hipoprotrombinemia.	4	11.7
Shock Hipovolémico + Varices Esófagicas.	4	11.7
Insuficiencia Cardíaca + Taponamiento Cardíaco.	1	2.9
Total:	9	26.3

La causa de muerte en 8 de los 9 pacientes fallecidos fue por Shock Hipovolémico, y Varices sangrantes. Habiendo en cuatro de ellos otras complicaciones como la Hipoprotrombinemia y Coma Hepático que pudieron colaborar al desencadenamiento de la muerte.

RESULTADOS

COSTO POR HOSPITALIZACION

El Hospital Roosevelt tiene un presupuesto anual (1977) de 4,227,730 Quetzales, siendo un porcentaje de este (62o/o) en sueldos del personal. Y un porcentaje (38o/o) en gastos de equipo y medicamentos, utilizados en atender a 38,894 pacientes de los distintos servicios del Hospital, quienes permanecieron un promedio días/estancia de 248,010. Siendo el promedio día/estancia por paciente en general de 6.3 días, correspondiendo por día/estancia de Q. 17.00 para la Sala General. El costo de pacientes por día en el servicio Intensivo no se pudo determinar con aproximación, por lo inadecuado de las estadísticas que son llevadas en el Hospital, al no tener presupuesto por servicios, sino únicamente en forma general. Pero basándonos en que en dicho servicio se ocupa mayor número de personal, equipo, etc. se llegó a determinar un valor de Q.22.00 diarios (Esto incluye únicamente, como en sala general, lo que es encamamiento). El costo por laboratorio, endoscopías, transfusiones, sobre la base del 30o/o menos, del valor que se tiene para los servicios privados. El valor de los medicamentos, se obtuvo el precio de compra por unidad, a las Compañías Farmacéuticas.

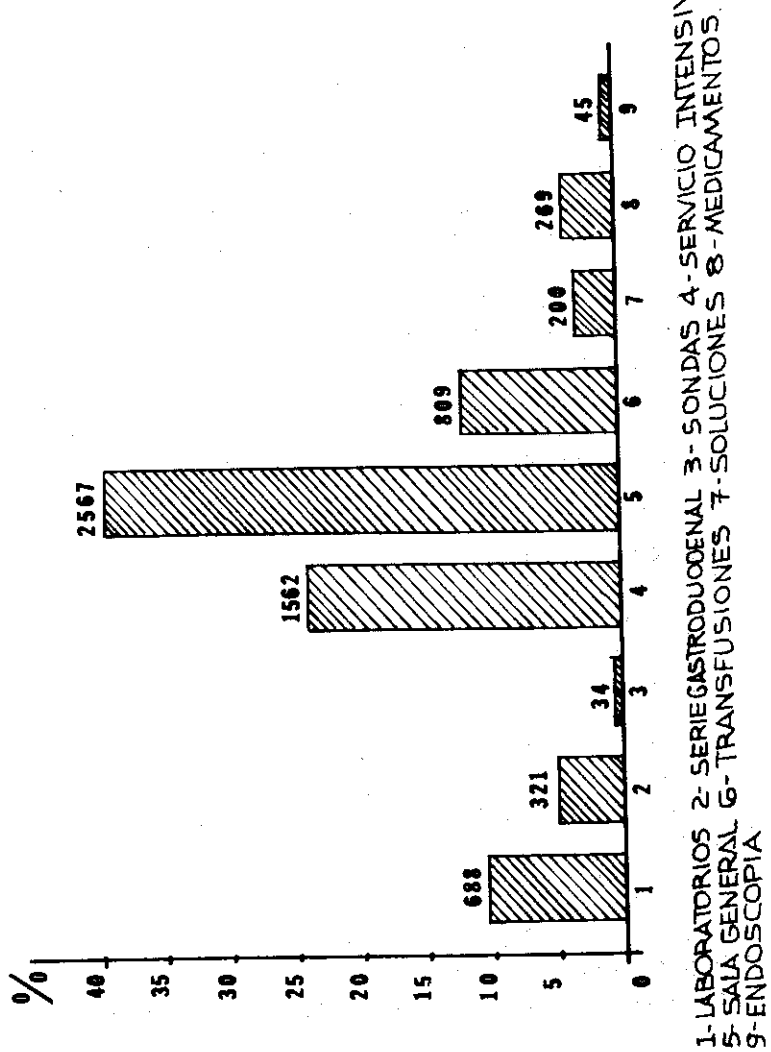
COSTOS TOTALES

Gastos por Servicio	Totales	o/o
Intensivo	Q. 1,562	24.0
Sala General	Q. 2,567	39.4
Transfusiones	Q. 809	12.4
Soluciones	Q. 200	3.7
Laboratorios	Q. 688	10.5
Medicamentos	Q. 269	4.1
Serie Gastroduodenal	Q. 321	4.9
Sondas	Q. 34	0.5
Endoscopías	Q. 45	0.9
Total:	Q. 6,495	100.0

En el cuadro anterior, el gasto mayor fue por encamamiento en sala general que corresponde al 39o/o del gasto general. En segundo lugar por encamamiento en sala de intensivo, que hacen un total del 24o/o. El tercer lugar lo ocupan los gastos efectuados por transfusiones que fueron de Q. 809.00 que es el 12.4o/o del total.

De lo anterior se deduce que el promedio/costo por paciente alcohólico con Hemorragia Gastrointestinal Superior es de Q. 191.00.

PORCENTAJES DE Q 6495.00 INVERTIDOS EN 34 PACIENTES
HOSPITALIZADOS CON ALCOHOLISMO Y HEMORRAGIA GASTRO INTESTINAL
SUPERIOR EN 1977



1- LABORATORIOS 2- SERIE GASTRODUODENAL 3- SONDAS 4- SERVICIO INTENSIVO
5- SALA GENERAL 6- TRANSFUSIONES 7- SOLUCIONES 8- MEDICAMENTOS
9- ENDOSCOPIA

DISCUSION

Como se describió en el capítulo correspondiente, para poder llegar a este trabajo; se revisaron las papeletas correspondientes a los pacientes que consultaron por Etilismo Agudo-Crónico y Hemorragia Gastrointestinal Superior. A pesar que el objetivo principal del estudio es determinar el costo de cada uno de estos pacientes, es indudable, que algunos resultados también son interesantes de analizar y entre ellos podemos mencionar; que la edad más frecuente es entre 31 y 40 años, que corresponde al adulto maduro en la época que ya está definiendo su éxito o su fracaso socio-económico, y si a ésto agrupamos que la mayor parte de pacientes (94o/o) son masculinos podemos deducir y señalar como una situación general e imperante de los Países.

Llamó la atención que a pesar que Guatemala tiene un mayor porcentaje de habitantes de raza indígena, éstos sólo representan el 8.9o/o de los casos estudiados, lo cual creemos es debido a que el Hospital Roosevelt atiende primordialmente a la ciudad capital y no a los Departamentos del altiplano donde reside la mayor parte de índigenas.

En relación al oficio y ocupación, notamos que los comerciantes, artesanos y jornaleros comprenden el 70o/o de los casos, lo cual creemos es debido al tipo de paciente (de bajos ingresos económicos) que atiende el Hospital.

Hay que hacer notar que la mayor parte, tienen más de un ingreso al Hospital por la misma causa, lo cual es hasta cierto punto lógico, conociendo la idiosincrasia del paciente alcohólico crónico, que a pesar de verse en malas condiciones persiste en su vicio.

Analizando los cuadros tiempo/estancia en el Hospital, observamos que la mayor parte, el 70o/o de los pacientes tuvieron alrededor de una semana de hospitalización. En la Unidad de Servicio

de Intensivo un 70o/o tuvo alrededor de 48 horas, pasando luego a un servicio general. Este detalle que consideramos de importancia, influye en el costo de los pacientes que para que éste sea mayor, y como se mencionó, el servicio de Unidad de Intensivo ocupa mayor número de personal, equipo, etc. teniendo un costo más elevado. Pero la eficaz atención prestada a estos pacientes hicieron posible su traslado a un servicio general con costos más reducidos.

El alcohol además de ser considerado un tóxico general, es sumamente irritante desde el punto de vista local, y entre menos purificado esté se considera que afectará más al individuo que lo ingiere. Comprobando lo anterior, que el tipo de licor ingerido, en el 73.5o/o de los pacientes fue el aguardiente, que ingirieron durante 1 a 15 días una cantidad aproximada de 16 a 32 onzas (de 4 a 8 octavos), lo que se analizará posteriormente, determina que la causa más frecuente de sangramiento fue Gastritis Exógena Aguda. Según Palmer en un estudio de 34 pacientes con alcoholismo agudo, gastroscópicamente encontró: En 30 de ellos apareció una Gastritis Aguda acompañándose además de otros hallazgos, una inflamación crónica de la mucosa y congestión capilar.

Es de hacer notar que el mayor porcentaje de pacientes, tienen ingesta alcohólica de 5 a 20 años, lo cual corrobora la teoría de que a mayor cronicidad más problemas proporciona el alcohol; no solo desde el punto de vista psicosocial sino desde el punto de vista físico, ya que una mucosa gástrica expuesta crónicamente al tóxico es más susceptible a sangrar. A pesar que la mayor parte (80o/o) tuvieron como síntoma principal dolor epigástrico, nausea, vómitos, un pequeño porcentaje 17o/o no tuvieron ninguna sintomatología previa. (Los cuales presentaban várices esofágicas sangrantes).

Como era de esperarse en el exámen físico, la mayor parte presentaron Hipotensión moderada y Taquicardia, igual porcentaje encontraron en estudios realizados en 1970 sobre Hemorragia Gastrointestinal Superior, mientras que la cifra de la presión venosa fue variable, y llama la atención que cuando se investigó el aliento alcohólico al ingreso, la mayor parte lo tenían, sin embargo, el 29.5o/o no lo presentaban, lo cual es debido a que habían dejado de ingerir uno o dos días antes. A pesar de lo cual siempre se consideraron en fase aguda ya que venían sangrando.

Según estudios de Beaumont; cuando se ha ingerido cualquier licor intoxicante por algunos días, los cambios inflamatorios desaparecen y la mucosa vuelve a su estado normal después de 4 ó 5 días de abstinencia de bebidas alcohólicas y la aplicación de una dieta ligera. (Algunos autores mencionan que la mucosa gástrica se regenera en 24 a 48 horas).

Como procedimiento de rutina en el servicio de emergencia se practica lavado gástrico no sólo para confirmar en caso de duda, sino como método de evacuar la sangre contenida en la *cámara gástrica*, encontrándose en este estudio, lavado gástrico positivo en el 94o/o.

Los exámenes de laboratorio como se puede ver en los cuadros expuestos, encontramos los hallazgos esperados en casos de pacientes alcohólicos con Hemorragia Gastrointestinal Superior, tales como: Hemoglobina y hematocrito bajos, Nitrógeno de Urea y creatinina elevados, bilirrubinas elevadas.

La serie Gastroduodenal y Endoscopía que en otros lugares se realizan rutinariamente, fueron efectuados en muy pocos pacientes, debido a múltiples causas ya conocidas de nuestros Hospitales; tales como falta de equipos, placas, aparato de Endoscopía, por lo que no podemos comparar nuestros resultados con los de otros Países, ni tampoco como significancia estadística.

El tratamiento de estos pacientes no varió en cuanto a lo que está ya establecido, y es digno de mencionar el Levarterrenol (Levofed) por vía intragástrica el cual se utilizó en el 32o/o de los pacientes que previamente habían tenido lavado gástrico, pero continuaban sangrando. Dado el escaso número de pacientes en que se empleó y que el resultado se obtuvo en la mitad de ellos en forma satisfactoria, consideramos que no podemos sacar ninguna conclusión. Sin embargo, consideramos inocuo y económico, ya que no se tuvo ninguna complicación y el costo es barato.

En casos de várices esofágicas sangrantes se recomienda según Bockus, la Vasopresina disminuyendo la circulación esplénica y reducción de la presión en la Vena Porta, a una dósis de 20 a 40 minutos.

Siguiendo las teorías vanguardistas de administrar dieta lo antes posible, el 75o/o de los pacientes de este estudio, la dieta se administró en las primeras 48 horas, lo cual consideramos que es de mucha importancia, ya que estos pacientes presentan problema nutricional y mal estado de la mucosa gástrica, por no ingerior alimentos.

Y llama la atención que la mayor parte de pacientes que presentan Síndrome de Etilismo Agudo, posteriormente Síndrome de Abstinencia, sólo se presentó en 7 de ellos en 20.5o/o, lo cual no es lógico tomando en cuenta el número de días y la cantidad de licor ingerido. La incongruencia anterior la consideramos; razón que podría mencionarse por la administración de sedantes que encubrían los síntomas y signos de estos pacientes.

Cuando analizamos el diagnóstico final consignado en las papeletas consideramos que la Gastritis Exógena Aguda (Según Bockus, en pacientes alcohólicos las causas de Hemorragia Gastrointestinal Superior dan un 50o/o para Gastritis Exógena Aguda, 29o/o por várices esofágicas 16o/o para ulcera Péptica y un 5o/o para el Síndrome de Mallory-Weiss). Se presenta la mitad de los pacientes, lo cual está de acuerdo con lo discutido anteriormente , que estos pacientes en malas condiciones nutricionales más la ingesta prolongada de aguardiente, produce la erosión y ulceración de los capilares de la mucosa gástrica, determinando así la Hematemésis.

La mortalidad significativamente más baja que otros reportes creemos que es debida a que hubo menor número de casos con várices esofágicas que en otras latitudes (La mortalidad por várices en estudios realizados en 1970 indicaban un 68.3o/o, mientras que en nuestro estudio fue 88.8o/o). Mientras que en nuestra localidad fue de 26.4o/o, de los casos estudiados.

ANALISIS ECONOMICO

DISCUSION:

Conocida la información al uso y al abuso del alcohol en nuestro País, sus consecuencias en las morbilidad y mortalidad, y los resultados obtenidos en cuanto al manejo de índole económica de estos pacientes, puede deducirse que el pronóstico es grave. No hay, en concreto un aumento de recursos previstos para responder a la atención integral del alcohólico con Hemorragia Gastrointestinal Superior. Mientras por un lado se llena la propaganda al público para que ingiera más licor, por otro se niegan los recursos para la atención de los ciudadanos dependientes de esta droga.

Su costo anual de sostenimiento equivale a muchos Países, a varias veces el promedio anual de ingresos per—capita de un individuo. Por consiguiente los Hospitales pueden absorver fácilmente una proporción excesiva del presupuesto de salud de la Nación, dejando muy poco disponible para los servicios preventivos más importantes que pueden reducir considerablemente las necesidades de asistencia hospitalaria en el futuro.

Hay que hacer notar que el Hospital Roosevelt en el año 1977 tuvo un presupuesto de Q. 4,227,730 destinado a un porcentaje del 62o/o en sueldos de personal y 38o/o en gastos de medicamentos y equipo. Así mismo, fue considerado en estudios realizados por la OMS en otros pacientes que permanecieron recluídos 248,010 días/estancia total. Esto indica el período promedio de hospitalización (en días) por paciente hospitalizado. Las fórmulas de uso corriente que recomienda la OMS son: A) Número total de días de hospitalización en el año dividido entre el número de ingresos en el mismo año, B) Número total de días de hospitalización en el año, dividido entre el número de altas y defunciones durante el año, C) Número total de días de hospitalización en el año, dividido entre la mitad de la suma de ingresos, altas y defunciones en el mismo año.

En el Hospital Roosevelt es utilizada la forma B). Con estos datos, el promedio día/estancia por paciente es de 6.3 días a un costo diario de Q. 17.00 para Sala General y Q.22.00 para el Servicio de Unidad de Tratamiento Intensivo.

Diversos estudios han demostrado que el costo de los servicios por día o por semana de hospitalización varía considerablemente de un País a otro y aún dentro del mismo País.

En la Unidad de Tratamiento Intensivo ingresaron durante este mismo período 275 pacientes en Medicina de Hombres y 318 en Medicina de Mujeres, de los cuales el 11.6o/o y 0.63 respectivamente correspondió a pacientes con la enfermedad estudiada. Permaneciendo recluídos en un promedio de 48 horas; haciendo un costo de Q. 1 562.00 por encamamiento. Así mismo, se puede notar los gastos en otro tipo de servicios con costos más reducidos. Que dependiendo de la capacidad y el interés médico para poder realizar en el menor tiempo posible las técnicas y tratamientos adecuados, se podrían reducir en gran parte los costos. Sin embargo, al observar los cuadros expuestos, no se contaba con medios adecuados para el tratamiento inmediato, que hacían ineficaz los conocimientos y esfuerzos del médico para controlar el cuadro agudo. Así mismo, después de haber cedido su cuadro hemorrágico, permanecieron encamados siete días o más con la esperanza de obtener un turno para la realización de una serie gastroduodenal o una Endoscopía, que en la mayoría de los casos nunca se presentó. En otras palabras, el tratamiento más activo y completo, aunque cueste más por día, puede dar lugar a una reducción proporcionalmente mayor de la duración de la estancia. De este modo, un Hospital aparentemente costoso puede ser en realidad más eficaz y más económico que otros.

Es interesante hacer notar que en algunos Países tales como Ceilán, el costo de estancia de cama diaria por un paciente es de 1.50 Dólares, en Chile cuesta alrededor de cinco Dólares, sin embargo consideramos que este caso puede ser debido al cambio de moneda ya que constantemente hay depreciación del Peso chileno, y consideramos que Chile tiene condiciones sino similares, bastante parecidas a las de Guatemala. En los Países tales como Checoslovaquia, Israel y Suecia el costo por estancia diaria es de 10.00 Dólares y en Estados Unidos es de 35.00 Dólares. Lo

importante de los datos es que comparado con el costo diario de un paciente común y corriente del Hospital Roosevelt que es alrededor de Q. 17.00 diarios, y si ésto a la vez lo comparamos con el costo de pacientes alcohólicos con Hemorragia Gastrointestinal Superior que le cuesta Q. 31.80 diarios, podemos sacar varias conclusiones. En primer lugar con esta cantidad diaria en este tipo de pacientes que prácticamente no tienen ningun valor social, que son parias del destino, y que una vez curados o mejorados, vuelven nuevamente y persisten en el vicio del alcohol y con el problema de índole Gastrointestinal, vemos que le cuesta al Hospital Roosevelt alrededor de Q.31.80 diarios, y con esta cantidad de dinero, por ejemplo en Ceilán donde el promedio diario es de $ 1.50, podría atenderse alrededor de 22 a 23 pacientes, siete más o menos en Chile y unos 3 o 4 en Checoslovaquia, y causa sorpresa si se compara al costo diario invertido en un paciente común y corriente en los Hospitales Norteamericanos, donde las condiciones de atención son esencialmente superiores a nuestro medio, donde existen aparatos y métodos de diagnóstico superiores a nuestro medio, donde existen aparatos y métodos de diagnóstico más sofisticados y los salarios del personal médico y para-médico son mucho más elevados que en Guatemala.

Y sin embargo, los costos son prácticamente similares $ 35.00 en Estados Unidos y Q. 31.80 en este tipo de pacientes en Guatemala. Para no hacer comparaciones con Países del Extranjero, comparemos el costo con un paciente con enfermedad común que se atiende diariamente en el Hospital que cuesta Q. 17.00 diarios, mientras que estos pacientes nos cuestan Q. 31.80, hacemos relación de dos a uno. En otras palabras los pacientes que más ameritan atención la atención hospitalaria y la atención del Estado gastan menos diariamente, mientras que los pacientes alcohólicos incluídos en nuestro estudio, no sólo no aportan nada a la Sociedad, tanto desde el punto de vista de productividad como de contribuciones sino que cada vez que son ingresados su hospitalización es más cara - que un paciente común y corriente.

CONCLUSIONES

1. Se analizaron 34 casos de Alcoholismo y Hemorragia Gastrointestinal Superior, los cuales corresponden al 11.6o/o de 275 pacientes masculinos y al 0.63o/o de 318 pacientes del sexo femenino, de la Sección de Medicina de la Unidad de Tratamiento Intensivo del Hospital Roosevelt en el año de 1977.

2. Las edades más frecuentes afectadas fueron de los 31 a 40 años en pacientes de sexo masculino en el 94o/o de los casos, que corresponde a la raza ladina, cuya ocupación era comerciante, artesano y jornalero en un 70o/o.

3. El motivo por el cual consultaron en la mayoría de los casos fue Hematemésis y Melena en el 88.4o/o, consultando a la Emergencia dentro de las primeras 24 horas de iniciado el cuadro, y de los cuales el 47.1o/o eran reingresados por la misma causa. Presentando como antecedentes de importancia que eran alcohólicos crónicos en el 70.7o/o con ingesta tipo agua-ardiente de 16 a 32 onzas diarias, dentro de un período de 15 días previo a su ingreso en el 76.6o/o de los casos.

4. La sintomatología antes de iniciar el Cuadro Hemorrágico fue nausea, vómitos y dolor urente en la región epigástrica en el 76.6o/o, y en un menor porcentaje la Hematemésis fue expontánea, que eran pacientes con diagnóstico de várices esofágicas sangrantes. Encontrándose al exámen de ingreso al 61.7o/o con aliento alcohólico. El diagnóstico clínico en el 44.1o/o fue una Gastritis Exógena Aguda y en segundo lugar Várices Esófagicas acompañada de Gastritis Erosiva en el 37.2o/o, observando un error de diagnóstico de ingreso del 49.7o/o de los casos.

5. Como métodos de diagnóstico se utilizó Serie Gastroduodenal

únicamente en el 55.9o/o, realizadas tardíamente en la mayoría de los casos; encontrando en el 20.5o/o normales, 14.7o/o Várices Esofágicas en 1/3 inferior, 11.9o/o Gastritis Hipertrófica y en el 8.8o/o Hernia Gastro-Diafragmática. La Técnica de Endoscopía se practicó en el 8.8o/o (3 casos), observándose en 2 de ellos Várices Esofágicas y Gastritis Erosiva y una con erosiones en cuerpo y fondo gástrico. Que no fueron concluyentes estadísticamente, por el poco número de casos en que se efectuó.

6. En cuanto al tratamiento el 47.1o/o no respondió al lavado gástrico, utilizándose por lo consiguiente en el 32.3o/o Levarterrenol, obteniéndose resultados satisfactorios únicamente en el 17.6o/o que eran pacientes con diagnóstico de Gastritis Erosiva, y en el 14.7o/o que eran pacientes con diagnóstico de Gastritis Erosiva, y en el 14.7o/o fue fallida, que pertenecían a pacientes con Várices Esofágicas sangrantes. La dieta fue iniciada en el 75o/o de los casos dentro de las primeras 48 horas de cedida la hemorragia. Se utilizó en el 49.9o/o tranquilizantes tipo Diazepam y Clorpromazina, que pudieron ser precipitantes de Colestásis Hepática en pacientes con problema cirrótico. La posibilidad de proporcionar cirugía en los casos no se llegó a determinar en ninguno de ellos.

7. Las complicaciones más frecuentes que se presentaron en estos pacientes fue el Síndrome de Abstinencia, Precoma Hepático e Hipoprotrombinemia en el 15.6o/o de los casos.

8. El porcentaje de mortalidad fue del 26.4o/o en las primeras 72 a 96 horas de hospitalización, comprendidos entre las edades de 31 a 40 años, siendo la causa principal Hemorragia por Várices Esofágicas acompañando con cuadro de Hipoprotrombinemia y Precoma Hepático.

9. La estancia/promedio de este tipo de paciente en el Hospital Rooseveltes es de una semana (no total de días-estancia) a un costo diario de Q. 31.80, permaneciendo en la mayoría de los casos 48 horas encamados en el Servicio de Unidad de Tratamiento Intensivo y es dos veces más elevado el costo que con enfermedad común.

10. Permanecen más días encamados en los servicios de Sala General, y por lo tanto su costo aumenta en estos servicios, debido al poco aprovechamiento del día/estancia para efectuar las Técnicas Diagnósticas necesarias, que según este estudio son realizadas tardíamente, dando lugar a un incremento proporcionalmente mayor de la ocupación de camas y costo de hospitalización.

11. A pesar que en Guatemala sus condiciones económicas son bajas como País subdesarrollado, el costo de hospitalización de un paciente es mucho más alto que en otros Países con las mismas condiciones e incluso comparado con un País desarrollado.

12. El ingreso al Hospital de un paciente con la enfermedad estudiada, es un desastre financiero, tanto por el número de ingresos que tiene, por la constancia de su dependencia psicobiológica al alcohol como por su muerte segura en uno de sus reingresos.

13. Debido a que no existen datos recientes sobre el costo y forma de utilización del Hospital, para evaluar su capacidad como centro de asistencia pública, sirvió como parámetro, la enfermedad que aquí estudiamos, para tener una noción aunque no exacta de sus efectividad en el servicio que presta.

RECOMENDACIONES

1. Desde su ingreso, independientemente de la causa de la hemorragia, el tratamiento inmediato es evitar el choque y la aplicación de sonda nasogástrica para comprobar el cuadro hemorrágico y poder efectuar recambios con solución salina fría, para tratar de controlar el sangramiento. En tanto se emprenden las exploraciones pertinentes para determinar la causa, y que según Bockus solamente en el 60o/o de los casos se consigue un diagnóstico clínico precoz. Es recomendable la utilización de Levarterrenol en los casos en que la hemorragia no ceda con los recambios de solución salina fría, por lo inócuo, barato y eficaz que es, en más de la mitad de los casos. Cuando la hemorragia recidiva o se prolonga, es necesario decidir la intervención quirúrgica precoz, en el transcurso de uno o dos días. Debe pensarse en pacientes con Etilismo Agudo-Crónico la posibilidad de una gastritis erosiva o várices esofágicas como primeras posibilidades. Las pruebas de laboratorio adecuadas, deben de efectuarse en este de pacientes sangrantes y con problema posiblemente hepático. Las medidas de diagnóstico deben utilizarse precozmente para descubrir el origen de la hemorragia (Endoscopía y Serie Gastroduodenal), al realizarlas según Bockus, donde no se han encontrado ningún efecto perjudicial. Después de las infusiones de sangre es conveniente administrar Gluconato de Calcio para contrarestar el peligro de intoxicación por el Citrato, principalmente en el cirrótico. La sedación es parte importante en el tratamiento de estos pacientes para combatir la ansiedad e inquietud, así mismo el Síndorme de Abstinencia, recomendando la utilización de medicamentos que no comprometan el funcionamiento hepático tales como Hidrato de Cloral, Paraldehido. La dieta debe iniciarse de inmediato de cedida la hemorragia, de elevado valor calórico, líquida y neutralizante, para estimular el peristaltismo, contrarestar la acidez gástrica lo cual debe lograrse con la administración de antiácidos cada dos o tres

horas. La evacuación intestinal hay que realizarla por medio de enemas evacuadores para disminuir la concentración de compuestos proteínicos en la sangre por su acción tóxica.

2. Combatido o mejorado el cuadro hemorrágico, u otras complicaciones estos pacientes deben ser tratados con psicoterapia individual y de grupo en el Hospital, o referidos a centros de rehabilitación como Patronato Antialcohólico, Grupo de Alcohólicos Anónimos, para su curación psicobiológica de dependencia alcohólica. Y evitando en esta forma sus reingresos a Hospitales Generales con el mismo cuadro.

3. La mayor parte de estas personas experimentan deprivación sociológica precoz y un proceso de regresión que comprende la descompensación socio-psicobiológica. Sugiriendo para el tratamiento de ellos la terapia de familirización, en donde se les proporciona la ayuda física y psicosocial en una atmósfera de tipo familiar. En ellas resulta más fácil restaurar o crear una capacidad de compartir, que no haya existido nunca o se haya perdido en el proceso de regresión, sintiéndose que son parte de una familia nueva y que venía buscando desde hacía tiempo. Esto ha de ser organizado y facilitado por profesionales que pueden prestar servicios biosicosociales. Una organización terapéutica así, está en condiciones de ofrecer el tratamiento total, dentro de la cual quizá sea la terapia familiar el sistema más eficaz conque se cuente hasta la fecha.

4. Reglamentación de la propaganda publicitaria por los diferentes medios de comunicación social existentes. Principalmente la televisión como medio de alientación más directa en la juventud, que inconcientemente impactan más sobre la niñez y los adolecentes. Debiéndose promover y señalar, por otro lado, el infeliz panorama y sus contradicciones sociales en su futuro bienestar de infelicidad y desdicha.

5. Crear un impuesto adicional en el licor, aprobado por el Organismo Legislativo y Ejecutivo, y que sea exclusivamente administrado por las Organizaciones e Instituciones encargadas de la lucha contra el flagelo del alcoholismo, para la formación

de centros asistenciales con recursos y medios más especializados en la prevención y tratamiento de estos pacientes. Convirtiéndose en centro de investigación científica y docente que pueda ofrecer en el futuro nuevas pautas y conductas en la curación definitiva (individual) del paciente tratado.

BIBLIOGRAFIA

1. William Beaumont, Seasonal Incidence of Upper Gastrointestinal Trac-Bleeding, Jama. 158 (2): 184187, October 10, 1966.

2. Wangesteen, S., Intragastric Cooling for Upper Gastrointestinal Hemorrage Surg. Clin. N. A. 42 (5): 1171-1179 1962.

3. Henry Bockus, Hemorrage from Esophageal Varix, 348-353 T. (1).

4. Leon Sheafear, Etiology and Pathogenesis Varix, 348-353 T. (1).

5. Goodman Hillman, Farmacología, Metabolismo del Alcohol.

6. Tanner, N., Diagnosis and Management of Massive Hematemesis, Brit. J. Surg. 51 (10): 754-756, 1954.

7. Vicente Mazariegos Guerra, Hemorragia Gastrointestinal Superior, Análisis de los 220 casos atendidos en la Unidad de Tratamiento Intensivo de Adultos en el Hospital Roosevelt, Guatemala, 13 de Junio de 1954 al 31 de Diciembre de 1968. Tésis, 1970.

8. Harrinson, T. R., Et Al. Medicina Interna. Versión Española de la cuarta edición en Inglés por C. Amor de Fournier, J. Avendaño. La Prensa Médica Mexicana, 1965, PP. 1583-84, 1588-1603.

9. Leevy, A. M., Cirrosis en Alcohólicos, Clínicas Médicas de Norte América, Noviembre de 1968, PP. 1445-54.

10. Riessek, C. W., Greenbaum, D. S., Upper Gastrointestinal Hemo–rrage. Med. Clínica, Of NN. A. 48 (6); 1493-1501, Noviembre de 1964.

11. Marconi J. y Adis Castro G., Aspectos Metodológicos y Técnicas de Investigación muestracionales acerca de Epidemiología y Socioantropología Latinoamericanas. Buenos Aires 1964, 5. 151-179.

12. Casavedo, B. y Alameda, M., El Alcoholismo, Problema de Salud Pública, Mimeo. Ministerio de Salud Pública, Perú 1956.

13. Planificación y Administración de Hospitales, Costos y Utilización (1969) del Hospital. PP. 20-23, OMS. OPS.

14. XVIII Congreso Internacional de Alcoholismo y Toxicomanías, Depto. de Psiquiatría y Psicología, Facultad de Medicina de Sevilla. (Dir. Prof. Dr. D. F. Alonso Fernández), Sevilla Junio de 1972.

Br. MAINOR DANILO PALENCIA PINEDA

Asesor
DR. JULIO DIAZ CACEROS

Revisor
DR. CATALINO MEJICANOS

Director de Fase III
DR. JULIO DE LEON
Dr. Mario René Moreno Cámbora

Secretario General
DR. RAUL CASTILLO R.

Vo.Bo.

Decano
DR. ROLANDO CASTILLO MONTALVO