UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL: CORRELACION ENDOSCOPICO - RADIOLOGICA DE LAS LESIONES AGUDAS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL SUPERIOR

(Hospital Roosevelt 1979)

T E S I S:

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

P O R:

CESAR AUGUSTO CASTELLANOS

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

1. Introducción
2. Antecedentes
3. Justificación
4. Objetivos
5. Hipótesis
6. Material, metodología y recursos
7. Resultados
   a. Presentación
   b. Análisis
8. Discusión
9. Conclusiones
10. Recomendaciones
11. Anexos
12. Bibliografía.

"Conocer y mejorar la materia humana es tarea del médico, conocer y profundizar el alma de esa materia, está destinado al Ser Humano: antes de ser Médico, es necesario ser Humano".

César Castellanos.

1. INTRODUCCION

Uno de los aspectos más interesantes en la práctica médica, está determinado por la investigación, por medio de ella podemos establecer parámetros que pueden ser en un momento dado de vital importancia en determinada rama de la medicina.

En este caso particular nuestro interés ha nacido a raíz de la elevada incidencia de pacientes con problemas de Hemorragia Gastrointestinal Superior, que ingresan constantemente a los servicios de Intensivo del Hospital Roosevelt y los cuales, anteriormente aparte del manejo de urgencia de cada caso particular, seguido por un período de estabilización en las distintas salas de medicina, egresaban la mayor parte de las veces sin un diagnóstico etiológico confirmado.

Aprovechando el reciente establecimiento en el hospital de técnicas de gastroscopia con endoscopio flexible, surgió la inquietud por conocer la etiología precisa de estos problemas, su incidencia y analizar comparativamente estos resultados con los obtenidos por técnicas radiológicas.

Esperamos con este trabajo brindar un estudio comparativo que pueda acercarnos a un mejor conocimiento de la etiología

de los problemas hemorrágicos gastrointestinales y lograr así un mejor tratamiento y lógicamente un mejor pronóstico.

Es de hacer notar que de acuerdo a la bibliografía revisada, en nuestro medio no existe ningún otro estudio comparativo similar que relacione técnicas radiológicas y endoscópicas, por lo tanto, siendo este el primero en realizarse, esperamos que sea de beneficio tanto para el estudiante de medicina en formación, como para el médico en entrenamiento.

2. ANTECEDENTES

La importancia de un diagnóstico adecuado en los problemas de Hemorragia Gastrointestinal Superior, se ha evidenciado en todo tiempo, como puede verse por numerosos estudios al respecto (1, 3, 7, 8, 11, 16, 21, 23).

En nuestro medio encontramos que se han realizado algunos trabajos que tratan por una parte los aspectos relacionados al manejo quirúrgico de estos pacientes (24), por otra parte se han hecho enfoques desde el punto de vista sociocultural (52, 36), además de que se ha tomado en cuenta también lo que se refiere a diagnóstico, ya sea clínico, radiológico o endoscópico (36); no llegándose en ningún momento a establecer una relación comparativa que expresada porcentualmente pueda determinar el grado de confiabilidad entre dos formas diagnósticas distintas.

J. V. Martins, por su parte en estudios realizados, propone la necesidad de promover una participación conjunta de internistas, cirujanos, patólogos y oncólogos para lograr un manejo más completo de estos pacientes (7).

Este mismo autor en trabajos conjuntos con otros investigadores, efectuaron estudios comparativos de técnicas radiológicas y endoscópicas para el diagnóstico etiológico de los problemas de Hemorragia Gastrointestinal Superior (7, 14, 23, 33).

Todos los estudios anteriores van encaminados a lograr un diagnóstico etiológico más adecuado con el fín de brindar una mejor atención a nuestros pacientes.

3. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

La incidencia de pacientes con problemas de Hemorragia Gastrointestinal Superior que consultan frecuentemente a los servicios de urgencias del Hospital Roosevelt es considerado como elevada, por lo tanto creemos conveniente y necesario brindar a estos pacientes un servicio eficaz a través de un diagnóstico adecuado y un tratamiento completo.

En un afán de alcanzar este logro, iniciamos la realización de este trabajo de investigación buscando como fin primordial llegar a determinar sobre bases estadísticas significativas entre dos métodos diagnósticos para Hemorragia Gastrointestinal Superior, el índice de superioridad en cuanto a certeza en diagnóstico etiológico de estos problemas se refiere.

Esperamos con esto contribuir en alguna forma al logro de mejores y más adecuados métodos diagnósticos, con el fin primordial de proporcionar una atención más eficaz a nuestros pacientes.

4. OBJETIVOS

1. Generales:

1.1. Contribuir al conocimiento real de los problemas de salud de Guatemala.

1.2. Contribuir por medio de la investigación al mejor manejo de los pacientes con problemas de Hemorragia Gastrointestinal Superior.

1.3. Lograr uniformidad de criterios en el manejo de estos pacientes a través del conocimiento de sus factores etiológicos.

1.4. Conocer las características fisiopatológicas involucradas en los problemas de Hemorragia Gastrointestinal Superior.

1.5. Estudiar las consecuencias hemodinámicas del problema.

1.6. Conocer los aspectos más relevantes en lo que se refiere a nivel socioeconómico de estos pacientes, como factor casual de importancia en la etiología del problema.

2. Específicos:

2.1. Cognoscitivos:

2.1.1. Adquirir conocimientos más completos a-

cerca de los problemas de Hemorragia Gastrointestinal Superior.

2.1.2. Conocer por medio de la investigación relaciones procentuales en lo que a diagnóstico se refiere entre rayos X y endoscopia.

2.1.3. Conocer ideas y creencias de los pacientes en torno a los problemas de Hemorragia Gastrointestinal Superior.

2.1.4. Incrementar a través del estudio el manejo adecuado de las técnicas endoscópicas.

2.2. Psicomotores:

2.2.1. Familiarizarse desde el punto de vista técnico con el uso de las técnicas de endoscopia.

2.2.2. Lograr un mejor manejo de los problemas de Hemorragia Gastrointestinal Superior a través de un estudio más completo del problema.

2.2.3. Aumentar habilidades en el procesamiento de datos estadísticos.

2.3. Afectivos:

2.3.1. Lograr una mayor identificación desde el

punto de vista médico a través del conocimiento de los factores socioculturales involucrados en la etiología de los problemas de Hemorragia Gastrointestinal Superior.

2.3.2. Tratar de lograr un conocimiento más real de los aspectos socioeconómicos y culturales como factores contribuyentes del problema.

2.3.3. Brindar a nuestra población personas más sanas y capaces de perpetuar la especie humana.

5. HIPOTESIS

1. El índice de morbilidad por hemorragia gastrointestinal - superior es mayor en pacientes del sexo masculino que en el sexo femenino.

2. El alcoholismo es el factor causal más importante en el desarrollo de Hemorragia Gastrointestinal Superior en nuestro medio.

3. No existe diferencia estadísticamente significativa entre los diferentes estratos socioeconómicos, como factores contribuyentes al problema de Hemorragia Gastrointestinal Superior.

4. La correlación entre Hemorragia Gastrointestinal Superior y grado de recurrencia de la misma, es el factor condicionante más importante de elevada mortalidad por esta causa.

5. La Hemorragia Gastrointestinal Superior es en su mayor parte secundaria a problemas hipertensivos a nivel portal, más que a lesiones ulcerativas del tracto gastrointestinal superior.

6. El porcentaje de certeza en diagnóstico es mayor para endoscopia que para técnicas de rayos X.

6. MATERIAL, METODOLOGIA Y RECURSOS

MATERIAL:

1. Libro de registros del servicio de Intensivo del Departamento de Medicina del Hospital Roosevelt del mes de diciembre de 1978 al mes de abril de 1979.

2. Registros clínicos de los pacientes en los casos problema.

METODOLOGIA:

El trabajo estuvo basado en el libro de registros que tiene el servicio de Intensivo de adultos del Departamento de Medicina del Hospital Roosevelt, para los pacientes ingresados en dicho servicio, durante el período de tiempo expresado anteriormente, de los cuales se seleccionaron los casos de interés para la realización del estudio.

Los resultados fueron nalizados luego en hojas especiales de tabulación en las cuales fueron recopilados los datos en forma global y presentados en forma estadística.

Se efectuó un análisis comparativo de los resultados obtenidos según nivel socioeconómico, incidencia de alcoholismo, factores psíquicos y culturales involucrados, recurrencia del problema en cada paciente, correlación radiológico-endoscópica, además de lugar de procedencia y sexo predominante.

Los datos incluídos en las fichas de tabulación fueron: Zona de la capital y lugar de procedencia

Edad del paciente
Sexo
Ocupación
Ingesta alcohólica y tipo de alcohol ingerido
Número de ingresos por el mismo problema
Ingestión de medicamentos

a. Endoscopia

Diagnóstico etiológico

b. Rayos X
c. Biopsia

Enfermedades asociadas
Antecedentes familiares
Egreso
Defunción
Autopsia

RECURSOS:

HUMANOS:

- Pacientes ingresados en el servicio de Intensivo de Medicina del Hospital Roosevelt con problema de Hemorragia Gastrointestinal Superior.
- Personal del Departamento de Registros del Hospital.
- Asesor y Revisor del presente trabajo.
- Mi persona.

Físicos:

- Libro de registros del servicio de Intensivo del Departamento de Medicina del Hospital Roosevelt del mes de diciembre 1978 al mes de abril de 1979.

- Registros clínicos de los pacientes.
- Literatura informativa
- Hojas de tabulación (anexos).

7. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Se efectuó una revisión de casos, abarcando desde el el mes de diciembre de 1978 al mes de abril de 1979. El estudio comprendió pacientes ingresados al servicio de Intensivo del Departamento de Medicina del Hospital Roosevelt con problemas de Hemorragia Gastrointestinal Superior, tomandose en cuenta varios aspectos, entre ellos: edad, sexo, raza, ocupación ingesta alcohólica y tipo de alcohol, No. de ingresos al hospital por el mismo problema, correlación endoscópica-radiológica, afectación psicológica etc.

Incidencia: En el período de cinco meses que ha comprendido esta revisión, se encontraron treinta casos de Hemorragia Gastrointestinal Superior sobre 275 ingresos totales al servicio de Intensivo, lo cual nos da una incidencia de10.90%.

Edad: Las edades de mayor incidencia puede verse que se encuentran alrededor de la séptima década, seguida en orden descendente por la tercera y cuarta décadas de la vida.

CUADRO No. 1

Morbilidad Según grupos de Edad

Años	Casos	%
20-30 años	2	6.66
31-40 "	7	23.33
41-50 "	6	20.03
51-60 "	5	16.66
61-70 "	2	6.66
71-80 "	8	26.66
Total	30	100.00

La menor edad encontrada fué de 24 años y la mayor edad fué 79 años, lo que da un promedio de edades de 51.5 años.

En nuestra serie de pacientes no se encontró predominancia de sexo a diferencia de varios estudios en otros países (11, 16,21) los cuales han reportado una mayor incidencia en el sexo masculino, como puede verse las cifras revelan 50% para cada grupo.

CUADRO No. 2

Morbilidad Según el Sexo

Sexo	Casos	%
Masculino	15	50.00
Femenino	15	50.00
Total	30	100.00

CUADRO No. 3

Morbilidad Según Grupo Etnico

Raza	Casos	%
Ladinos	27	90.00
Indígenas	3	10.00
Total	30	100.00

Del total de pacientes investigados encontramos que un 90.0% pertenecen a la raza ladina y el restante 10.0% fueron de raza indígena. Esto contrasta con los datos encontrados en relación a los lugares de origen, los cuales expresados porcentualmente nos demuestran una prevalencia marcada de pacientes departamentales en la siguiente forma:

CUADRO No. 4

Morbilidad Según lugar de Procedencia

Origen	Casos	%
Capital	9	30.00
Departamento	21	70.00
Total	30	100.00

Los porcentajes mostrados anteriormente se encuentran repartidos de acuerdo a su lugar de residencia en 17 (56.66%)

con residencias en alguna zona de la capital, representadas - generalmente por zonas populares y 13 (43.33%) residen en al- gún departamento.

CUADRO No. 5

Morbilidad Según lugar de Residencia

Residencia	Casos	%
Capital	17	56.66
Departamento	13	43.33
Total	30	100.00

Lo anterior viene a demostrarnos una mayor incidencia - como ya se indicó antes, para los pacientes departamentales, los cuales han migrado en gran número a esta capital, eviden ciando con esto la teoría de una mayor incidencia de los pro- blemas de Hemorragia Gastrointestinal Superior para personas de escasos resursos y una situación cultural y socioeconómica- de media a baja.

Cabe mencionar aqui las dificultades encontradas duran- te la realización del estudio en la etapa de visitas domicilia- rias. Un porcentaje significativo representado por 37.5% del total de pacientes investigados, consultaron al hospital propor- cionando algún dato falso, mayormente en lo que se refiere al lugar de residencia por zonas de la capital, debido a lo cual no fué posible localizarlos. Los porcentajes se expresan a continuación.

CUADRO No. 6

Veracidad de los Datos según Fichas de Registro

	Casos	%
Datos ciertos	10	62.50
Datos falsos	6	37.50
Total	16	100.00

* En el cuadro anterior se excluyen pacientes de- partamentales y defunciones.

En lo que a ocupación se refiere, encontramos que la ma- yor frecuencia corresponde al grupo obrero asalariado, encon- trandose en este grupo desde agricultores, albañiles, vendedo- res ambulantes mecánicos etc., con un 43.33% y 3.33% co- rresponde a empleados de oficina. En lo que corresponde al sexo femenino, la ocupación predominante estuvo representada por oficios domésticos 46.66%, se encontró además dos pacien- tes (6.66%) sin ninguna ocupación actualmente, estos eran de edad avanzada. No se encontró ningún profesional en la se- rie.

CUADRO No. 7

Morbilidad Según Ocupación

Ocupación	Casos	%
Oficios Domésticos	14	46.66
Obreros	13	43.33
Empleados Oficina	1	3.33
Ninguna	2	6.66
Total	30	100.00

Se encontró un porcentaje relativamente bajo de pacientes con antecedentes de ingestión de alcohol en forma significativa tal, que fuera factor causal importante en la génesis de la enfermedad. Refiriendose más frecuentemente como ingestión ocasional.

CUADRO No. 8

Relación Morbilidad - Ingesta Alcohólica

Ingesta Alcohólica	Casos	%
Ocasional	7	70.00
Frecuente	3	30.00
Total	10	100.00

* total de pacientes visitados.

En el grupo con ingestión frecuente de alcohol, la cantidad varió entre un octavo cada fin de semana, dos a tres veces por semana hasta diariamente, el tipo de alcohol ingerido siempre fué etílico: (Cerveza, vino, octavo, mixto).

El tiempo de inicio de la enfermedad se clasificó para un mejor manejo de los datos en dos grupos. En el primer grupo se clasificaron los pacientes cuyo inicio de la enfermedad variaba entre uno a cuatro meses y en el segundo grupo se incluyeron los pacientes con más de cuatro meses de inicio del problema, aquí se encontró un paciente cuyo inicio de la enfermedad se remontaba quince meses atrás, siendo el mayor tiempo de 27 meses. Los resultados se presentan a continuación:

CUADRO No. 9

Morbilidad según tiempo de Inicio

Tiempo de Inicio	Casos	%
1 - 4 meses	21	70.00
4 - + meses	9	30.00
Total	30	100.00

Unicamente se encontró un 20.0% en el grupo estudiado con antecedentes de ingestión de algún tipo de medicamento previo al inicio de la enfermedad, siendo estos del tipo de tranquilizantes como meprobamato y medicamentos hipoglice-

miantes, solo en uno de los casos se encontró una paciente con ingestión prolongada de salicilatos y otros analgésicos de los cuales no pudo referir nombres, dicha paciente refería un promedio de dos a tres años de ingestión de dichos medicamentos debido a una cefalea persistente.

CUADRO No. 10

Relación Morbilidad - Ingesta medicamentosa

	Casos	%
Con Antecedentes	2	20.00
Sin Antecedentes	8	80.00
Total	10	100.00

* total de pacientes visitados.

En nuestra serie de estudio se encontró un porcentaje de 33.33% de pacientes con enfermedades asociadas al problema de Hemorragia Gastrointestinal, las cuales estuvieron referidas casi en su totalidad al sistema hepático y manifestadas como hepatitis, cirrosis nutricional, post-necrótica etc. Solo hubo tres casos que se salieron de este patrón, dos de pacientes con problemas diabéticos y otra paciente con artritis reumatoide.

CUADRO No. 11

Relación Hematemesis - Enfermedades Asociadas

Enfermedades	Casos	%
Sin enfermedad Asociada	20	66.66
Con enfermedad Asociada	10	33.33
		100.00
- Cirrosis	5	50.00
- Hepatitis	2	20.00
- Diabetes	2	20.00
- Artritis	1	10.00

En ninguno de los casos se reportó antecedentes familiares de algún trastorno hemorrágico gastrointestinal, por lo tanto su incidencia es cero.

CUADRO No. 12

Morbilidad - Antecedentes Familiares

	Casos	%
Sin antecedentes Familiares	10	100.00
Con antecedentes Familiares	0	00.00
Total	10	100.00

El número de crisis hemorrágicas de cada paciente mostró una variación entre una y cinco crisis, lo cual vino a determinar a la vez el número de ingresos por causa, de forma tal que encontramos un total de 70.0% de pacientes de nuestra serie con solamente una crisis de hemorragia y por consiguiente un solo ingreso al hospital.

Siete de los pacientes (23.33%) habían presentado dos crisis, encontrandose además un paciente (3.33%) con cuatro ingresos y otro paciente (3.33%) con cinco ingresos, que es el mayor número de ingresos de nuestra serie. El promedio de ingresos obtenido fué de tres ingresos por paciente.

CUADRO No. 13

Número de Ingresos por Causa

	Casos	%
Un ingreso	21	70.00
Dos ingresos	7	23.33
Cuatro ingresos	1	3.33
Cinco ingresos	1	3.33
Total	30	100.00

La forma de manifestación del cuadro gastrointestinal fué de la siguiente forma: en diez pacientes (33.33%) la forma de manifestación fué únicamente por hematemesis. En otros cuatro pacientes se encontró como forma de manifestación

melena sola (13.33%), y los restantes diez y seis pacientes se manifestaron con hematemesis y melena en forma conjunta. Esta última forma de manifestación fué la más alta de la serie estudiada con 53.33%.

CUADRO No. 14

Forma de Manifestación

Forma de Manifestación	Casos	%
Hematemesis	10	33.33
Melena	4	13.33
Hematemesis + melena	16	53.33
Total	30	100.00

Dependiendo del grado de hemorragia se administraron o no transfusiones de sangre, encontrandose que el tipo predominante es el 0 Rh positivo. La representación númerica de esta conducta es la siguiente:

CUADRO No. 15

Necesidad de Transfusión Sanguínea Según Grado de Hemorragia

	Casos	%
Con transfusión	24	80.00
Sin transfusión	6	20.00
Total	30	100.00

CUADRO No. 16

Número de Transfusiones Sanguíneas Según Grado de Hemorragia

Transfusiones	Casos	%
1 - 2	8	33.33
3 - 4	9	37.50
5 - 6	4	16.66
7 - 8	3	12.50
Total	24	100.00

CUADRO No. 17

Complicaciones Hemodinámicas

	Casos	%
Con Complicaciones	16	53.33
Sin Complicaciones	14	46.66
Total	30	100.00

Como puede observarse por los datos mostrados en los últimos tres cuadros, un porcentaje elevado de pacientes 80.0%, presentó un grado significativo de hemorragia al punto de necesitar transfusiones de sangre, el restante 20.0% no ameritó transfusiones, utilizandose solo soluciones endovenosas. El número promedio de transfusiones administradas fué de 4.5 transfusiones, el número más frecuentemente administrado fué entre 3 y 4 transfusiones por paciente. El mayor número transfusiones por paciente fué de 8 transfusiones.

Complicaciones hemodinámicas manifestadas por shock, alteraciones de la hemoglobina y hematocrito fueron observadas en 53.33% de los pacientes, no observandose ninguna manifestación aparente de estas en el restante 46.66%.

Durante el período de hospitalización se efectuó pruebas de funcionamiento hepático en un 90.0% pacientes de la serie, expresadas como bilirrubinas, transaminasas, tiempo de protrombina etc. con el objeto de determinar la posibilidad de pa

tología a ese nivel que pudiera ser factor causal o contribuyente del problema hemorrágico. En el restante 10.0% no se efectuó ninguna de estas pruebas.

En el grupo en quienes se efectuó las mediciones se encontró anormalidad en alguna o todas las pruebas en un 81.48% y fueron normales en 18.51%. Estos resultados contrastan con los diagnósticos obtenidos por endoscopias y rayos X, los cuales sugieren otro origen para el sangrado en la casi totalidad de los casos.

CUADRO No. 18

Relación Hemorragia - Pruebas Hepáticas

	Casos	%
Con pruebas Hepáticas	27	90.00
Sin pruebas Hepáticas	3	10.00
Total	30	100.00

CUADRO No. 19

Relación Hemorragia - Pruebas Hepáticas Alteradas

	Casos	%
Pruebas hepáticas normales	5	18.51
Pruebas hepáticas alteradas	22	81.48
Total	27	100.00

Se estableció una correlación diagnóstica entre endoscopía, rayos X y biopsias, los resultados se exponen a continuación: en primer lugar se determinó el porcentaje de pacientes a quienes se efectuó endoscopía sin tomar en cuenta ningún otro procedimiento, encontrando que está fué efectuada en 66.66% de pacientes. Se procedió en igual forma para rayos X y biopsia, encontrando que se efectuaron estos en 60.0% y 20.0% de los pacientes respectivamente.

GRAFICA No. 1

Endoscopías

GRAFICA No. 2

Rayos X

GRAFICA No. 3

Biopsias

Como puede observarse aún para el más alto porcentaje logrado, el número de pacientes investigados aún es muy bajo, si tomamos en cuenta los principios de que a todo paciente con Hemorragia Gastrointestinal Superior debe efectuarse cuando menos un análisis endoscópico y/o de rayos X y biopsia.

Reforzando lo anterior tenemos que no se efectuó ninguno de los estudios a 20.0% de los pacientes, esto sin ninguna razón justificable. Relacionando los pacientes en quienes se efectuó una o varias técnicas tenemos: pacientes sin ningún estudio 20.0%; pacientes a quienes se efectuó endoscopía solamente 16.66%; solo técnicas de rayos X 13.33%. Se efectuó endoscopía y rayos X en 30.0% de pacientes; encoscopía y biopsia en 3.33% y se practicó endoscopía-rayos X y biopsia en 16.66% del total de pacientes de la serie.

Como mencionamos antes, estos datos vienen a reforzar la observación hecha de que no se utilizan todos los medios disponibles para lograr un buen enfoque diagnóstico de nuestros pacientes.

La atención brindada a los pacientes es mala, muchos factores influyen en ello y sus raíces son profundas, pero cabría preguntarnos aquí, si los medios de que disponemos para diagnóstico son muy escasos como se ha evidenciado desde hace mucho tiempo y esto redunda en una mala atención para los pacientes; ¿Qué será de estos si los pocos medios con que contamos no los utilizamos en una forma racional?

CUADRO No. 20

Relación Endoscopía - Rx - Biopsia

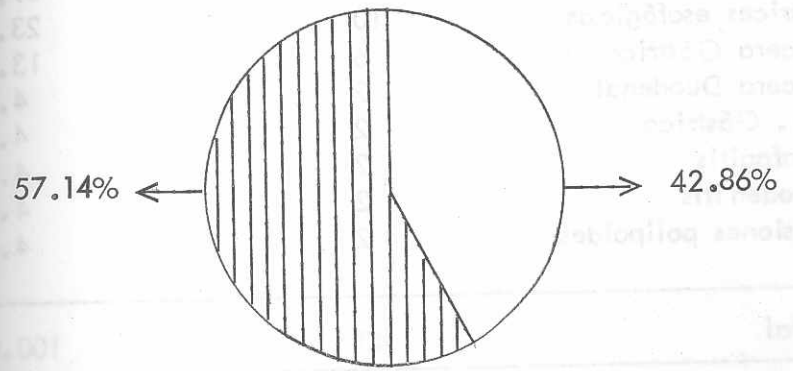
	Casos	%
Ningún estudio	6	20.00
Endoscopía sola	5	16.66
Rayos X solo	4	13.33
Endoscopía-Rx	9	30.00
Endoscopía-biopsia	1	3.33
Endoscopía-Rx-Biopsia	5	16.66
Total	30	100.00

Finalmente se procedió a establecer o correlacionar el porcentaje de certeza diagnóstica entre endoscopía, rayos X y biopsia. Encontramos acuerdo en el diagnóstico en 57.14% de pacientes y se encontró alguna discordancia en este en 42.85% de los casos. Estos resultados se obtuvieron luego del análisis comparativo de los porcentajes diagnósticos obtenidos para endoscopías y rayos X.

Cabe mencionar aquí el valor de las técnicas de biopsia y citología gástrica, cuya utilidad y certeza diagnóstica las coloca en un lugar privilegiado entre otras formas de diagnóstico en la patología gastrointestinal y general. A continuación se expone la representación gráfica de los últimos resultados que se mencionan anteriormente.

GRAFICA No. 4

Correlación Diagnóstica Endoscopía - Rayos X



Correlación Positiva Correlación Negativa

Diagnóstico Etiológico: Al analizar estos resultados hemos tomado en cuenta todos los diagnósticos hechos, ya sea por endoscopía sola o en forma conjunta con técnicas de rayos X y biopsia. Los datos que se exponen a continuación nos demuestran la patología más frecuentemente encontrada a nivel del tracto gastrointestinal superior descrita en orden descendente de frecuencia.

CUADRO No. 21

Diagnóstico Endoscópico-Radiológico y de Biopsia
Del Tracto Gastrointestinal Superior

Patología	Casos	%
Gastritis erosiva	17	39.53
Varices esofágicas	10	23.25
Ulcera Gástrica	6	13.95
Ulcera Duodenal	2	4.65
Ca. Gástrico	2	4.65
Esofagitis	2	4.65
Duodenitis	2	4.65
Lesiones polipoides	2	4.65
Total	43	100.00

* Los resultados no cuadran por existir algunos pacientes con más de una patología.

Como puede apreciarse la patología más frecuentemente encontrada fué gastritis en alguna de las formas con un porcentaje de 39.53%, seguido en orden de frecuencia por varices esofágicas y úlcera gástrica con 23.25% y 13.95% respectivamente.

Llama la atención lo poco frecuente de las patologías ulcerosas duodenales 4.65% en nuestra serie al compararla con la incidencia reportada por varios investigadores en otros países, ello podría estar en relación con distintos hábitos por parte de esas poblaciones (1,11,16,21,39).

Mortalidad: del total de pacientes ingresados por problemas de Hemorragia Gastrointestinal Superior, 76.66% egresaron luego del período de hospitalización en condiciones aceptables. Un total de siete pacientes fallecieron durante el período de hospitalización; lo anterior da un índice de mortalidad de 23.33%. Todas las muertes fueron consecuencia aparente de las complicaciones del cuadro hemorrágico.

CUADRO No. 22

Egresos y Mortalidad por Causa

	Casos	%
Egresos	23	76.66
Defunciones	7	23.33
Total	30	100.00

La mortalidad según grupos de edad se presentó de la siguiente forma:

CUADRO No. 23

Mortalidad según grupos de Edad

Edades	Casos	%
20 - 30 años	1	14.30
31 - 40	1	14.30
41 - 50	1	14.30
51 - 60	2	28.50
61 - +	2	28.50
Total	7	100.00

Es de hacer notar que en ninguno de los pacientes fallecidos, se practicó autopsia, la cual pudo ser de utilidad en los casos en que existió alguna duda y no se dió un diagnóstico definitivo.

Aspectos Psicológicos involucrados: El análisis cuidadoso de las respuestas logradas en las últimas cuatro preguntas de la ficha de recolección de datos número dos, nos permitió establecer los siguientes aspectos y expresarlos en plan hipotético hasta no contar con estudios más profundos en los cuales participe personal experimentado en estos aspectos psíquicos.

a. Un porcentaje de 60.0% de pacientes con problema de Hemorragia Gastrointestinal Superior, no muestran ningun signo aparente de daño psíquico secundario a su problema hemorrágico.

b. Un porcentaje significativo expresado por 40.0% demostraron algun signo de daño psíquico manifestado en diversas formas entre las cuales sobresalieron: temor ante la idea de nueva crisis hemorrágica, incapacidad relativa de desempeñar sus labores diarias, inseguridad en cuanto al pronóstico inmediato y a largo plazo de su problema, más que todo este último debido al escaso conocimiento de su problema; como se pudo apreciar por las respuestas obtenidas, este debido a una escasa, mala y/o falta total de información y educación por parte del médico - acerca del problema en cuestión.

En el cuadro siguiente se exponen dichos datos, aclarando que se razona los casos como sospechosos y no sospechosos por la razón señalada antes de que dicha exposición es en plan hipotético.

CUADRO No. 24

Aspectos Psicológicos Involucrados

	Casos	%
No sospechosos	6	60.00
Sospechosos	4	40.00
Total	10	100.00

* total de casos = total de visitas domiciliares

Creemos conveniente que todos estos aspectos deben ser objeto de un estudio más detenido por parte de personal con más experiencia en estos aspectos para así poder escoger un mejor destino para el paciente enfermo digestivo.

8. DISCUSION

No es nuestro interés describir en este trabajo aspectos relacionados al manejo terapéutico de los pacientes con hemorragia gastrointestinal superior, por considerar que estos deben ser del dominio de todo médico y en lo que se refiere a los adelantos en la terapéutica hay un sin fin de estudios al respecto. (9,18,24,26,34,35,44,53).

Más que todo nos interesa ampliar conocimientos en campo diagnóstico sobre la enfermedad funcional digestiva en nuestro medio. Hablar de ella es tan complejo porque implica un cuestionamiento de la medicina de nuestros días, el cual revela su crisis actual hábilmente camuflada por adelantos técnicos que por otra parte no pueden ser desconocidos. Además de las dificultades para su diagnóstico directo, la inseguridad de su ubicación nosográfica al no ser ella "una entidad mórbida", existe como problema fundamental su terapeútica. Las dificultades mencionadas anteriormente se hacen cada vez más evidentes, sobre todo en medicina socializada.

En la gran mayoría de los casos, la aproximación al enfermo funcional se hace posible o se logra en parte, no solo con la metodología de las ciencias naturales, único instrumento al alcance del médico moderno, sino también utilizando el conocimiento cabal de las ciencias de la conducta, además de una formación psicológica adecuada. Estos últimos en general no los posee el gastroenterologo. Por otro lado la sociedad actual con la deformación que ha venido creando en la concepción de los valores, tiende a que veamos al enfermo como unidad de consumo, desvirtuando en esta forma la esencia de la relación médico-paciente. (39).

Por todo lo anterior quizimos enfocar aquí los adelantos realizados en el manejo diagnóstico de estos pacientes tanto desde el punto de vista técnico como psicológico por considerar este de importancia suma en la mejor compresión e interpretación de estos problemas (26,30,39,45,46).

De tal manera que revisando la literatura, se encuentra que en los últimos años se ha asistido a un desarrollo notable en el mejor conocimiento de la patología gástrica, el que ha encontrado un apoyo decisivo en la posibilidad de obtener biopsias dirigidas bajo visión directa mediante la endoscopía, cualquiera que sea la ubicación de la lesión dentro del estómago. Junto con la citología gástrica se ha constituido como un elemento indispensable que complementa las técnicas radiológicas y endoscópicas de diagnóstico (3,7,10,33).

Otro aspecto sumamente interesante lo constituye el estudio del paciente ulceroso. Existe un grupo de úlceras que pueden ser denominadas hormonales, sugiriendo en esto implicaría reconocer estas lesiones provocadas directa o indirectamente por sustancias secretadas por órganos endocrinos en casos de hiperplasias o neoplasias malignas o benignas, como los insulinomas o algunas adenomatosis de pancreas, paratiroides e hipófisis y el síndrome de Zollinger Ellison (gastrinoma), (4).

Se ha estudiado además el aspecto psicológico de los pacientes ulcerosos y se ha enunciado una personalidad psicológica para estos pacientes o un temperamento que caracteriza al paciente ulceroso duodenal.

La secreción de ácido clorhidrico y gastrina es regulada por varios mecanismos a nivel de vago, antro gástrico y el duodeno. Recientes resportes, dicen que la gastrina secretada es debido a influencia gástrica y la secretina por influencia duodenal. El sistema nervioso central por medio de estímulos sociales, ambientales y psicológicos, contribuye grandemente a esta regulación, (26,45,46).

Por otro lado se ha encontrado una correlación positiva entre secreción ácida gástrica y gastrinemia basales en los sujetos sanos y negativa en enfermos con úlcera gástrica o duodenal (6).

La secreción gástrica basal, no desempeña un papel importante en la gastrinemia basal en los sujetos sanos y con úlcera gástrica hay correlación significativa y negativa entre secreción ácida gástrica y gastrinemia en la úlcera duodenal, lo que podría expresar diferencias en la autoregulación de la gastrinemia relacionada con el pH antral.

La evidencia que el ácido y la pepsina son importantes en la génesis de la úlcera duodenal es circunstancial, muchos pacientes con úlcera duodenal tienen niveles elevados de ácido, las medidas encaminadas a reducir el ácido se acompañan de mejoría aparente, los antiácidos y otras drogas que reducen el ácido clorhidrico, pueden ser usados para aliviar el dolor y proporcionar mejoría a los pacientes.

Es generalmente aceptado que los antiácidos alivian el dolor ulceroso, pero el efecto de los placebos no ha sido bien evaluado por ejemplo: el gel de hidroxido de aluminio, alivia el dolor en cerca de la mitad de los pacientes tratados y es inefectivo en la otra mitad, debido a esto se ha intentado varias medidas de tratamiento con este, con bicarbonato de sodio, leche y otros como placebos, y los resultados no muestran una diferencia significativa en las respuesta en las distintas medidas de tratamiento (17,26,30,34,47).

De acuerdo a estos resultados puede concluirse que otros factores aparte de la neutralización del ácido gástrico son importantes en el alivio del dolor.

En base a estos postulados se ha intentado diversas medidas encaminadas al alivio del dolor ulceroso, se ha encontrado por ejemplo que la antihistamina inhibe la secreción gástrica por inhibición de la histamina y la pentagstrina, esto puede tener valor en la terapeútica de la úlcera péptica (30).

En plano terapeútico se han utilizado perfusiones de bicarbonato de sodio intragástrico para el tratamiento de la gastritis hemorrágica aguda, los resultados obtenidos según los distintos reportes son aceptables (34).

En países escandinavos é Inglaterra, se está experimentando drogas del tipo de Carbenoxolana sódica y Metiamida, las cuales actuan directamente sobre la secreción ácida para lograr una inhibición en forma permanente de la secreción, hasta el momento dichas medidas han resultado de mucha utilidad en el tratamiento del enfermo ulceroso (47).

Se ha investigado por otro lado los efectos de la dieta en estos pacientes, utilizando para esto comparativamente, - dieta libre y dieta neutralizante en dos grupos de pacientes, no encontrandose diferencia en lo que a respuesta terapeútica se refiere (9).

Estudios comparativos realizados con técnicas radiológicas y endoscópicas han demostrado la utilidad potencial de efectuar estas dos técnicas en forma conjunta (7,13,14,23,36,52).

Estos dos métodos diagnósticos se han ido haciendo cada vez más sofisticados de tal forma que se han venido utilizando las radiografias de doble contraste del estómago, las cuales emplean simultaneamente aire y bario como contraste positivo y negativo dentro del estómago para una mejor visualización de áreas opacas y no opacas (3).

En lo que a estudios endoscópicos se refiere, también han mostrado variaciones en las técnicas acostumbradas como lo es el uso de azul de toluidina, el cual se fija en tejidos neoplásicos para lograr una mejor visualización endoscópica. Se ha experimentado además esta misma técnica usando también el colorante lugol como método de tinción (22,50).

El pronóstico de un paciente con sangramiento digestivo alto está condicionado en gran parte a la rapidez con que se establezca la causa del mismo, de acuerdo a esto, se ha sugerido que la endoscopía realizada lo más cercanamente posible al comienzo del sangramiento puede constituir el mejor de los procederes para el diagnóstico causal. Para esto algunos autores proponen realizar el estudio endoscópico en las siguientes condiciones:

a- pacientes con sangramientos digestivos altos de menos de 24 horas de evolución.

b- pacientes no investigados con radiología contrastada previamente.

c- pacientes sin complicaciones hemodinámicas.

En la experiencia de estos investigadores, los resultados obtenidos superan el 97.5% de utilidad práctica de esta conducta (21). De esto puede deducirse que el pronóstico de un paciente con sangramiento digestivo alto, está condicionado en

gran parte por la precocidad del diagnóstico etiológico, tomando en cuenta que la endoscopía es uno de los más útiles métodos de diagnóstico (11,15,16,21).

Sería adecuado por lo tanto, establecer una guardia permanente de manera que toda hematemesis o melena que se presentase en el hospital, se le pudiera realizar inmediatamente una endoscopía del tracto digestivo superior.

Además de la utilidad diagnóstica que representa, la endoscopía ha sido utilizada en ocasiones para detección y remoción de cuerpos extraños del tracto gastrointestinal, constituyendose así en un efectivo e inocuo procedimiento. El incremento de las exploraciones endoscópicas con la aplicación de nuevos equipos, junto con nuevas técnicas e instrumental adicional, han permitido que hoy en día puedan tratarse adecuadamente afecciones del tracto gastrointestinal en áreas solamente abordables hasta hace poco con la cirugía convencional (32,44).

Se ha sugerido además otras aplicaciones para la endoscopía, tal es el caso de dilatación es pilóricas en caso de estenosis del esfinter de Oddi, en el diagnóstico y manejo de los trastornos de esófago y gastrointestinales en el caso de cirugía, este valor ha sido demostrado en el caso del síndrome de Mallory Weiss, por medio de la visualización directa durante la laparotomía y así obtener una visión completa de la extensión total de la lesión y lograr un mejor control de la hemorragia (37,43,53).

Se ha empleado también estas técnicas para proveer analgesia por acupuntura, según datos publicados por el departamento de endoscopía digestiva del Hospital Saint Jacques, Besancon, Francia (18).

Además de las muchas utilidades mencionadas, se ha logrado detectar también por medio de biopsias con ayuda de técnicas endoscópicas casos poco usuales en patología gastrointestinal como son un caso reportado de moniliasis gástrica manifestada por Hemorragia Gastrointestinal Superior y otros como neurofibromatosis y/o de enfermedad de Von Recklinhausen's (12, 20). Empleándose además con algunas variantes como la colonofibroscopía apoyadas con técnicas de arteriografía selectiva, lo cual representa la apertura de nuevos campos para el gastroenterólogo más allá del límite tradicional (2, 14, 42).

Se han sugerido algunas reglas de selección de pacientes para investigación endoscópica:

1. patología esofágica-gástrica o duodenal detectada o sospechada por rayos X.

2. sintomatología digestiva alta de causa no precisada de más de seis semanas de evolución.

3. síndromes anémicos de causa no precisada a pesar de las investigaciones.

4. sangramientos digestivos altos. (8, 12, 25, 40, 41).

Existen por otro lado pocos reportes relacionados a las complicaciones de la endoscopía. Revisando literatura se encuentra reporte de cuatro casos de estrechez esofágica luego de la endoscopía los cuales fueron detectados entre un período de dos a tres meses en que aparecieron los síntomas, de acuerdo a los análisis realizados se concluyó que durante y después de la endoscopía puede ocurrir incompetencia del esfinter cardias que provocaría reflujo ácido, esofagitis y estrechez. Esto sugiere por lo tanto que la estrechez esofágica es una po-

sible complicación tardía de la endoscopía particularmente en pacientes de edad. Se ha encontrado además dilatación con aire de asas yeyunales, la cual cedió espontáneamente (1, 11, 16, 21, 28, 41).

La importancia de la endoscopía en el diagnóstico de las enfermedades del aparato digestivo alto, está ampliamente reconocida lo demuestra el aumento creciente de su utilización que con más habilidad se realiza en los centros hospitalarios.

El mejoramiento técnico de los equipos y la capacitación de profesionales que practican esta especialidad, han hecho que el procedimiento sea aceptado más fácilmente por médicos y pacientes que haya un mínimo de molestias en su ejecución y un máximo de seguridad en el diagnóstico y en la disminución de riesgos endoscópicos.

Como consecuencia de estos avances, con la fibroendoscopía hay una contribución más positiva y revolucionaria en el estudio y tratamiento de las enfermedades digestivas. Sin embargo si consideramos, que un cuidadoso estudio radiológico se debe complementar con la endoscopía y biopsia y no competir con estos procedimientos. Se ha insistido sobre la necesidad de participación del médico, cirujano, patólogo y oncólogo, para que medidas más racionales y precoces contribuyan efectivamente para aumentar la sobrevida de los pacientes (7).

Correlacionando nuestros resultados con los obtenidos en otras series de estudio podemos apreciar lo siguiente:

- en lo que a edades se refiere, no se encontró una mayor diferencia en relación a los datos reportados en otras investigaciones. (Cuadro No. 1).

A diferencia de varios estudios en otros países, en nuestra serie no se encontró predominancia de sexo. La mayor incidencia de pacientes ladinos departamentales, nos dió la pauta para establecer una mayor incidencia en grupos de una capacidad cultural y socioeconómica de media a baja (11,16,21) tal es el caso que en lo que se refiere a ocupación nos muestra una mayor incidencia en el grupo obrero asalariado, revelando además una mayor incidencia de ingesta alcohólica para este grupo (cuadros 2,3,4,5,8).

Contrariamente a lo revelado en otros estudios, se encontró únicamente un 20.0% en el grupo estudiado con antecedentes de ingestión de algún tipo de medicamento, lo cual indicaría que en nuestro medio la ingestión de medicamentos no ocupa un lugar principal como factor causal en la etiología del problema. Llama la atención la alta incidencia de enfermedades hepáticas asociadas al problema hemorrágico (hepatitis, cirrosis), si los relacionamos con el porcentaje de pruebas hepáticas alteradas en estos pacientes a pesar de que el diagnóstico etiológico en todos estos casos sugería otro origen para el sangrado, (cuadros 10,11).

No se encontró ningun paciente en la serie con antecedentes familiares de problemas hemorrágicos gastrointestinales (cuadro No. 12).

En lo que a diagnóstico etiológico se refiere, encontramos que nuestros resultados concuerdan con otras investigaciones, reportando una mayor incidencia para los procesos inflamatorios gastrointestinales. El índice de mortalidad obtenido en nuestro estudio, nos revela únicamente los problemas en el manejo de los pacientes a nivel hospitalario, los cuales se han evidenciado desde hace mucho tiempo, para citar unos ejemplos retrocedamos a la sección de presentación y análisis en los cuadros 18 y 20 y las gráficas 1,2 y 3. Como puede

apreciarse no podemos lograr un buen enfoque diagnóstico de los pacientes si no utilizamos todas las técnicas necesarias para ello.

En nuestro medio la escacez y/o mala utilización de recursos se ha venido convirtiendo en una crisis cada vez mayor. En ello influyen desde factores culturales, sociales y económicos que sumados a forma y sistema de gobierno poco capaces o interesados en una redistribución adecuada y racional de los recursos disponibles, van a dar por resultado una mala atención para nuestros pacientes y en consecuencia un mayor índice de mortalidad.

Toda la discusión anterior va encaminada a un solo fin, brindar una atención más eficaz y consciente a nuestros pacientes, tomando en cuenta todos estos adelantos en técnicas diagnóstico de que disponemos y por otra parte no olvidar el aspecto psíquico que pueda involucrar un problema de este tipo en sus alcances y repercusiones para el paciente, adoptando actitudes más humanas y comprensivas, como dijo Eric Fromm:

"Que aún cuando sumergidos como cualquier otra persona en la defectuosa y problemática situación socio-cultural de nuestros tiempo, nuestra forma de trabajo aun artesanal y por ende no tan despersonalizada, nos da la posibilidad de escoger el camino de un nuevo humanismo, con una actitud más comprensiva hacia el enfermo".

9. CONCLUSIONES

1. La endoscopía es un estudio invaluable para la investigación de las enfermedades del aparato digestivo alto. Especialmente en aquellos casos en los que se necesita precisar un diagnóstico que se ha hecho vagamente por los rayos X.

2. Comparativamente hemos tenido más ventajas con la endoscopía como procedimiento diagnóstico que con los rayos X. Nuestro estudio nos muestra una diferencia en diagnóstico de + 6.66%. Sin embargo, creemos que estos dos métodos se complementan para tener mayor certeza en el estudio de las enfermedades digestivas.

3. Es un procedimiento que en manos especializadas es inocuo y está libre de complicaciones.

4. A pesar de que los equipos fibroscópicos son costosos, - los invaluables servicios que prestan a la gastroenterología producen alto rendimiento compensador.

5. Aun cuando la radiología y la endoscopía han logrado - un desarrollo notable en los últimos años, la biopsia y la citología gástrica constituyen una complementación necesaria y en algunos casos imprescindible para lograr el manejo adecuado de numerosos pacientes.

6. Los procesos inflamatorios agudos y crónicos del tracto digestivo han sido la patología más frecuentemente encontrada a través de nuestra investigación como puede evidenciarse por los porcentajes obtenidos los cuales nos revelan 39.53%.

7. La incidencia de las patología inflamatorias agudas del tracto digestivo superior, está en relación con la ingestión de bebidas alcohólicas en forma crónica. Su relación porcentual es de 30.0% en nuestra serie.

8. La incidencia de hemorragia digestiva alta en el Hospital Roosevelt, es mayor por encima de la 3a. década de la vida y no muestran un predominio de sexo.

9. Los problemas de hemorragia Gastrointestinal Superior se encontraron más frecuentemente asociados a determinados aspectos como una situación socioeconómica y cultural de media a baja.

10. La recurrencia de los problemas de Hemorragia Gastrointestinal Superior no está en relación directa con el índice de mortalidad por esta causa.

11. El mayor índice de pacientes con Hemorragia Gastrointestinal Superior está constituído por ladinos departamental, con una incidencia de 70.0% lo cual confirma la hipótesis de una mayor incidencia en grupos de mediana capacidad Socioeconómica y cultural.

12. Se encontró un porcentaje significativo de pacientes atendidos en el Hospital Roosevelt los cuales no pertenecen al área de salud correspondiente al hospital. El porcentaje de datos falsos obtenidos alcanzan un 37.50%.

13. Síndromes depresivos de angustia e hiperemotividad se han hallado asociados en forma significativa a los problemas de Hemorragia Gastrointestinal Superior. Y se representan por un 40.0% del total de pacientes estudiados.

14. El destino del paciente enfermo digestivo, está condicionado de gran manera por el diagnóstico del problema emocional asociado o expresado como una relación de causa-efecto.

15. La escacez de material y equipo que predomina en nuestros hospitales, se ve agravada por la mala o no utilización de los recursos disponibles.

10. RECOMENDACIONES

1. Conscientes de que la endoscopía es un método más para el diagnóstico y que la misma debe conjugarse íntimamente con la radiología, debe implantarse y mantenerse el principio de exigir el estudio radiológico contrastado previo, a excepción de los casos de urgencia.

2. Las técnicas de biopsia y citología gástrica han llegado a constituirse en imprescindibles para el diagnóstico y tratamiento de la patología gástrica por lo cual su utilización debe hacerse en forma general entodos los pacientes con Hemorragia Gastrointestinal Superior.

3. Técnicas de autopsia debieran efectuarse en todo paciente fallecido, para hacer un diagnóstico definitivo como causa de muerte.

4. Llevar un mejor control en cuanto a la distribución por zonas en hospitales del estado para evitar una afluencia excesiva de pacientes que impida prestar una atención más segura y eficaz.

5. Utilizar en una forma más racional los recursos disponibles en nuestros centros asistenciales.

6. Lograr una mejor aproximación al paciente enfermo digestivo a través de una actitud más conciente y comprensiva.

ESTUDIO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS (No. 1)

Paciente: _____ Edad _____ años

Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Raza: Ladina _____ Indígena _____

Número de ingresos al hospital por el mismo problema: _____

_____

Transfusiones: Si _____ No _____ # _____

Complicaciones Hemodinámicas: _____

Diagnóstico Etiológico:

a- Gastroscopía: _____

b- Rayos X: _____

c- Pruebas Hepáticas: _____

d- Biopsia: _____

Egreso: _____

Defunción: _____

Autopsia: _____

ESTUDIO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS (No. 2)

Nombre _____ Edad _____ años

Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Origen _____ Residencia _____

Ocupación _____ Salario _____

Ingesta alcohólica Si _____ No _____

Tipo de alcohol _____

Cantidad y tiempo de ingesta _____

Tiempo de inicio de la enfermedad _____

Número de crisis _____

Ingestión de medicamentos _____

Enfermedades asociadas _____

Antecedentes familiares _____

1.- Cree Ud. que su enfermedad pueda tener alguna influencia en su relación con su familia? _____

_____

2.- Cree Ud. que esta pueda limitarlo en alguna forma en el desempeño de su trabajo? _____

_____

3.- En qué cree Ud. que consiste su enfermedad? _____

_____

4.- Piensa Ud. que esta es susceptible de curarse? _____

_____

12. BIBLIOGRAFIA

Albán Muñoz, Vicente. Experiencia con 3,000 endoscopías del tracto digestivo superior. GEN vol. 30 (3-4); 189-200, 1976.

Badell Urdaneta, Alvaro. Colonofibroscopia. Modalidad diagnóstica y aplicación terapéutica. GEN vol. 30 (3-4); 235-242, 1976.

Barreto Romero, A. Estudio comparativo de radiología del estómago utilizando técnicas de doble contraste. GEN vol. 31 (4); 269-282, 1977.

Bettarello, Agostinho et al. Ulceras pépticas Hormonais. Arquivos de Gastroenterología, vol. 11 (3); 121-127, 1974.

Boedeker, Edgar C. et al. Manual of medical Terapeutics. Department of medicine. Washington University School of Medicine. 21 edition, Little, Brown and Company Boston, pp. 245-258.

Cabano, Gutierrez et al. Gastrinemia y Secreción ácida gástrica Basales. GEN vol. 32 (2); 173-177, 1977.

Campos J. V. Martins. Diagnóstico E plano Terapéutico naslesoes gástricas ulceradas de carácter maligno. Arquivos de Gastroenterología, vol. 12 (1); 63-68, 1974.

Cameron A. J. et al. The value of Gastroscopy in clinical diagnosis: A computer-assisted study. Mayo Clinic proc. 52 (12); 806-808, 1977.

9. Castro de Paula Luiz. Efeitos de una dieta livre e de una dieta "Tipo úlcera" sobre o pH do conteudo gástrico e suas implicacoes na terapeutica da úlcera péptica. Arquivos de Gastroenterologia, vol. 11(3); 151-155, 1974.

10. Castillo, R. T. S. et al. Lesiones elevadas de Estómago. GEN. vol. 30(3-4); 183-188, 1976.

11. Carrillo Penso, Nelson et al. Diagnóstico endoscópico inmediato en hemorragia digestiva superior. GEN. vol. 30(3-4); 172-182, 1976.

12. Carrillo Penso, Nelson et al. Candidiasis Gástrica. Reporte de un caso. GEN. vol. 32(2); 221-226, 1977.

13. Cecil-Loeb. Tratado de Medicina Interna de Beeson y Mc Dermott 13 edición, Editorial Interamericana. pp. 1317-1334.

14. Celestino Fernandez, J. A. et al. Correlación radiológica y Endoscópica de las lesiones del colon. GEN. vol. 30(3-4); 217-222, 1976.

15. Celestino Fernandez, J. A. et al. Contribución al estudio de las lesiones agudas de la mucosa gástrica. GEN. vol. 30(3-4); 223-230, 1976.

16. Celestino Fernandez, J. A. et al. Endoscopia de emergencia en hemorragia digestiva alta. GEN. vol. 30 (3-4); 231-234, 1976.

17. Cheli, R. et al. Congestive and Hemorragic lesiones of duodenal mucosa. Evaluation critical. GEN. vol. 30(3-4); 201-204, 1976.

18. Cohn, A. M. et al. Acupuncture in Gastroscopy Lancet 1 (8057); 182-183, Jan. 78.

19. Cryer, Phillip E. Infiltrative Gastrointestinal Disease; Clinicopathologic conference. by Cryer, Phillip E. and John Kissane. The American J. of Medicine. vol. 57 (1); 127-134, 1974.

20. Devercux, Lawrence W. et al. Gastrointestinal Hemorrhage - an unusual manifestation of Neurofibromatosis. The American Journal of Medicine 58(1); 135-138, 1975.

21. E. Manzo O. et al. La fibroendoscopia de Urgencia. Exploración fundamental en el diagnóstico de los sangramientos digestivos altos. GEN. 30(3-4); 155-158, 1976.

22. Eichelbaum, Eric et al. Azul de toluidina y Cáncer Gástrico. GEN. 31(4); 283-290, 1977.

23. Estima-Martins, A. M. et al. Analise dos dados radiologicos, endoscopicos, de biopsia e citológicos em 80 carcinomas do esofago. Arquivos de Gastroenterologia. 12(4); 227-232, 1975.

24. Fernández Lemus, Julio Isaac. Manejo e indicaciones quirúrgicas de la Hemorragia gastrointestinal Superior. Guatemala, 1967; 32p. Tesis (Médico y Cirujano) U.S. A.C.

25. Fisher, J. A. et al. Upper gastrointestinal Endoscopy-A Gp Service. Br. Med. J. 2(6096); 1199-1201, nov. 1977.

26. Gudjusson, Birgir et al. Response to placebos in ulcer Disease. The American Journal of Medicine. 65(3); 399-402, 1978.

27. Harrison. Medicina Interna de Wintrobe y cols. 4 edición. La Prensa Médica Mexicana, pp. 1611-1644.

28. Holdstock, G. E. et al. Oesophageal stricture: a late complication of endoscopy ? Br. Med. J. 1(6121); 1183-1184, may 1978.

29. J. Ellis, R. D. et al. Gastric carcinoma and previous peptic ulceration. Br. J. Surg. 66(2); 117-119, feb. 1979.

30. Kevin J. Ivey. Current concepts on physiological control of Gastric acid secretion. Clinical applications. The American Journal of Medicine. 58(3); 389-397, - 1975.

31. La Cerda Machado, Antonio et al. Abdominal pregnancy as a cause of frank melena. Arquivos de Gastroenterologia 11(4); 237-240, 1974.

32. Leibman, Wer. Fiberoptic endoscopy andorsed (letter). Pediatrics 60(5); 784, nov. 77.

33. Llorens, Pedro et al. Utilidad de la biopsia en el cancer Gástrico. GEN. 30(3-4); 133-140, 1976.

34. Madureri, Victor et al. Gastritis hemorrágica. Análisis de tres casos tratados con perfusión de bicarbonato - de sodio. GEN. 1(2-3-4); 91-97, 1974.

35. Mainetti, José María et al. Tratamiento quirúrgico de las Esofagopatías no malignas. Arquivos de Gastroenterología. 11(1); 11-15, 1974.

36. Mazariegos Guerra, Vicente Antonio. Hemorragia gastrointestinal superior; análisis de los 220 casos atendidos en la unidad de tratamiento Intensivo de Adultos en el Hospital Roosevelt de Guatemala, del 13 de junio de 1964 al 31 de diciembre de 1968. Guatemala 1970; 57p.. Tesis (Médico y Cirujano), U.S.A.C.

37. Metcalfe-Gibson C. et al. The use of endoscopy in the surgical treatment of the mallory-Weiss Syndrome. Br. J. Surg. 65(4); 254-255, apr. 1978.

38. Miranda Cordeiro, Fernando Tacisio. Hemorragia digestiva en pacientes esquistossomóticos com varizes do esófago e hernia Hiatal. Arquivos de Gastroenterología. 11(1); - 11-15, 1974.

39. Nazareno Pifano, Félix. El papel del gastroenterólogo en el destino del enfermo funcional digestivo. (Evaluación comparativa de dos series de pacientes en una consulta externa de Gastroenterología del Seguro Social de Barquisimeto). GEN. 32(2); 191-198, 1977.

40. Niwa, Hirohomi. et al. Evaluation of an optical sistem in the Fibercolonoscope: trial manufacture of an instrument with 30° deviation optical system. GEN. 30(3-4); 141-148, 1976.

41. Nodarse, O. et al. La Fibroesofagogastroduodenoscopia - en el Instituto de Gastroenterología. (Experiencia en 8,000 casos) GEN. 30(3-4); 149-154, 1976.

42. Nuñez, Diego. Angiodiagnóstico y Angioterapia de la Hemorragia gastrointestinal. GEN. 32(2); 125-134, - 1977.

43. Ortega Borjas, J. A. et al. Diagnóstico endoscopico de Estenosis del esfinter de Oddi. GEN. 30(3-4); - 167-172, 1976.

44. Ortega, José A. et al. Aplicaciones terapéuticas de la Endoscopía Digestiva. GEN. 30(3-4): 205-210, - 1976.

45. Pontes, J. F. et al. Etiología Psicossomática na Gastrite aguda Hemorrágica erosiva. Arquivos de Gastroenterología. 13(4); 223-228, 1976.

46. Pontes, J. F. et al. Ulcera duodenal. Conducta Psicossomática (1). Arquivos de Gastroenterología. 12(3); 205-210, 1975.

47. Prado P. de Moraes-Filho Joaquim et al. Novas drogas de tratamento da úlcera Péptica: Carbenoxolona sódica e Metiamida. Arquivos de Gastroenterología. 12(3); 151-153, 1975.

48. Robbins, Stanley L. Tratado de Patología 3a. Ed. México, Editorial Interamericana, 1968 pp. 741-775.

49. Sabiston. Tratado de Patología Quirúrgica de - Davis-Christopher 10 edición. Editorial Interamericana, 1974, pp. 691-706.

50. Toriie, S. et al. New trial for Endoscopical observation of Esophagus by dye Spraying method. GEN. 30 (3-4); 159-166, 1976.

51. Urakami, Y. et al. Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography after Billroth II operatión and Endoscopic Sphincterotomy. GEN. 30(3-4); 251-254, 1976.

52. Vasquez Blanco, Francisco Rolando. Hemorragia Gastrointestinal Superior; revisión de casos en el Hospital Roosevelt. Guatemala, 1965; 50p. Tesis (Médico y Cirujano) U.S.A.C.

53. Watson, W. C. Endoscopic dilatation of Pyloric Sphincter (letter) Lancet. 2(8087); 478, 1978.

Br. _____

Br. César Augusto Castellanos.

_____

Asesor.

. Jorge Mario González Zamora.

Dr. _____

Revisor.

Dr. Edgar Ernesto Ponce Bedoya

Dr. _____

Director de Fase III

Dr. Julio de León M.

Dr. _____

Secretario

Vo. Bo.

Dr. Raúl A. Castillo R.

Dr. _____

Decano.

Dr. Rolando Castillo Montalvo.