

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE HEMORRAGIA GASTRO-
INTESTINAL SUPERIOR EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE OCCIDENTE 1973-1977

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA FA-
CULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSI-
DAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

POR

CARLOS ROBERTO PAZOS RUIZ

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, marzo de 1979

CONTENIDO

- I. INTRODUCCION
- II. ANTECEDENTES
 - A. Generalidades
 - B. Etiología
 - 1. Hemorragia por várices
 - 2. Ulcera Péptica
 - 3. Gastritis
 - 4. Otras lesiones de la parte alta del tubo digestivo.
 - C. Sistematología
 - D. Tratamiento
- III. OBJETIVOS
 - A. Generales
 - B. Específicos
- IV. JUSTIFICACIONES
- V. MATERIAL Y METODOS
- VI. RESULTADOS
- VII. COMENTARIOS
- VIII. CONCLUSIONES
- IX. RECOMENDACIONES
- X. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION:

La civilización y sus avances han traído a nuestros pueblos grandes beneficios con - sus inventos, los que se traducen en indus- trias, modernización, etc., persiguiendo un mejoramiento en los sistemas de vida, pero - al mismo tiempo que nos brindan todas estas ventajas, conllevan el aparecimiento e incre- mento de males sobre la humanidad tal como sucede con el tipo de patología que presento en este trabajo.

La Hemorragia Gastrointestinal Superior, ha sufrido un notable incremento en los ha- bitantes de las grandes ciudades, además de presentarse en la población que día a día se ve agravada con stress, alcoholismo, etc.

En la ciudad de Quetzaltenango se ha em- pezado a notar un incremento de pacientes - con hemorragia gastrointestinal superior que acuden a los servicios de emergencia del Hos- pital General de Occidente, pudiéndose deber a circunstancias antes mencionadas (más po- blación, industria, alcoholismo, tabaquismo, stress, etc.), y que han llegado a diagnosti- carse a través de recursos físicos y humanos con que cuenta dicho Hospital,

Es pues, motivo de mucha preocupación su in- cremento dentro de la población de Quetzalte- nango, y es por ello que he querido que este trabajo sirva como una referencia sobre la

honda cicatriz que deja a su paso sobre la población, la tecnificación de la misma.

ANTECEDENTES:

En Quetzaltenango ninguno; en Guatemala se han realizado tres estudios anteriores, los cuales tratan sobre la etiología y manejo de la Hemorragia Gastrointestinal Superior, no así sobre su incidencia, en el extranjero se encuentran numerosos estudios, que si entráramos a conocer cada uno de ellos ocuparíamos mucho espacio en el trabajo presente.

GENERALIDADES SOBRE HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR, ENCONTRADO EN LITERATURA Y TEXTOS DE MEDICINA:

La hematemesis es el vómito de sangre, y melena el paso de heces de color negruzco. Estos impresionantes síntomas de la hemorragia gastrointestinal superior llevan al paciente a buscar atención médica inmediata y ayudan a definir, dentro de ciertos límites, el sitio anatómico que sangra. Sólo en raras ocasiones la hemorragia es muy acentuada, sin que aparezcan datos de hemorragia por la boca o el recto. El color de la sangre varía del rojo al negro, según la duración del contacto de la sangre con el ácido del estómago. Si el vómito ocurre poco después del comienzo de la hemorragia, es de color rojo, si hay dilación en el vómito, el aspecto será oscuro, negro o como asiento de café.

Como la sangre que entre en el tubo digestivo, por abajo del duodeno rara vez vuelve a pasar por el estómago, se considera que la hematemesis indica que el sitio sangrante está próximo al yeyuno.

La melena ocurre por separado o acompañando a la hematemesis.

El sangrado, de volumen suficiente para producir hematemesis por lo general reduce la melena.

La alteración del color de la sangre resulta del contacto prolongado con el jugo gástrico que produce hematina. En contraste con la hematemesis la melena resulta de la hemorragia en el yeyuno e íleon, suponiendo que el tránsito por el intestino sea lento al menos 50 a 100 ml. de sangre deben pasar rápidamente a la porción superior del tubo digestivo para producir el color negruzco de las heces.

Después de una hemorragia de un litro el color de éstas persiste durante uno a tres días. Después regresan a su color normal, pero las pruebas buscando sangre oculta son positivas de tres a ocho días.

La expulsión de sangre roja por el recto por lo común denota hemorragia de la porción inferior del intestino, o sea que la sangre se origina por abajo del duodeno. Sin embargo, si la hemorragia es profusa y bastante rápida, aparece sangre roja por el recto proveniente de la porción superior del intestino o de una lesión gástrica. No todas las heces de color negro o rojo se deben a la presencia de sangre. Las heces negras pueden ser el resultado de la ingestión de vegetales o después de la inyección intravenosa de bromosulfontaleína. La hemorragia gastrointestinal, aún si ha sido descubierta con la prueba de la sangre oculta, o en el aspirado del contenido gástrico, indica enfermedad potencialmente grave que amerita cuidadosa investigación.

La manifestaciones clínicas de la hemorragia gastrointestinal superior, dependen de la cuantía de ésta, su velocidad y la presencia de una enfermedad coincidente o acompañante, a menos que haya anemia antes de la hemorragia, la pérdida de 500 ml. de sangre por lo común no se acompaña de síntomas generales. La hemorragia rápida, de gran volumen disminuye el retorno venoso al corazón, el gasto cardíaco causa vasoconstricción refleja y aumenta la resistencia periférica. El paciente experimenta un síncope, mareo, náusea, sudoración y sed; puede aparecer ansioso e inquieto. Cuando la pérdida de sangre es el 40% del volumen sanguíneo aparece choque con taquicardia y pulso periférico sumamente débil.

La piel está fría y sudorosa y la palidez es un dato prominente.

El hematocrito inicial no refleja la pérdida sanguínea sino hasta varias horas después, cuando viene la hemodilución.

Las plaquetas se elevan y se encuentran leucocitos de 2 a 5 horas después que comienza la hemorragia. En ocasiones la presencia de sangre en el intestino se acompaña con fiebre (37.8 a 40°C); y el nitrógeno de urea en sangre se eleva de 24 a 48 horas después de la hemorragia debido a la transformación de las proteínas de la sangre en urea, verificada por las bacterias intestinales.

ETIOLOGIA:

La sangre deglutida, proveniente de epistaxis, hemoptisis, extracciones dentales y amigdalectomía puede ser vomitada o producir melena. Una historia clínica cuidadosa y el examen físico excluirán estas fuentes de melena. Las tres causas más comunes de hemorragia en la parte alta del tubo digestivo son:

1. Várices esofágicas o gástricas.
2. Úlcera péptica.
3. Gastritis erosiva.

Estas tres entidades constituyen el 90 al 95% en todos los casos de hemorragia gastrointestinal superior en los que se puede encontrar una lesión definida.

HEMORRAGIA POR VARICES:

La hemorragia por várices esofágicas o gástricas ocurre con mucha frecuencia en la hipertensión porta, por cirrosis del hígado. Aunque en los Estados Unidos la forma prevalente y más frecuente de las hemorragias por várices está representada por cirrosis post-necróticas. La trombosis de la vena también produce hemorragia por várices tendiendo a ser abrupta y a menudo profusa, sin embargo, a veces ocurren hemorragias pequeñas durante días antes de que sean descubiertas.

tas las várices. El sangrado de la parte alta del intestino de un paciente cirrótico sugiere que tiene várices, pero como los enfermos con cirrosis tienen úlcera péptica con mucha frecuencia debe excluirse su existencia. Además en el paciente alcohólico con cirrosis que continúa bebiendo, antes de la hemorragia, es común el sangrado por gastritis.

ULCERA PEPTICA:

Probablemente es la causa más común de la hemorragia de la porción alta del conducto digestivo.

La mayoría de estas úlceras están situadas en el duodeno.

Alrededor del 20% de los pacientes con úlcera péptica tendrán cuando menos un episodio de hemorragia gastrointestinal importante.

Cuando un enfermo con úlcera péptica presenta hemorragia gastrointestinal la úlcera es el sitio sangrante más probable.

GASTRITIS:

Después de la ingestión de gran cantidad de bebidas alcohólicas o en la ingestión de salicilatos y otros fármacos, puede ocurrir gastritis. Así mismo las erosiones gástricas y las ulceraciones pueden

formarse en situaciones de stress, y no es poco frecuente que se les encuentre en personas con padecimientos intracraneales, quemaduras o traumatismos recurrentes.

La gastritis erosiva rara vez se diagnostica con rayos X y es necesario hacer gastroscofia para confirmar este diagnóstico.

OTRAS LESIONES DE LA PARTE ALTA DEL TUBO DIGESTIVO:

Otras lesiones o fuente menos comunes de hemorragia de la parte alta del tubo digestivo, que se originan en el esófago son esofagitis (con hernia o sin ella), carcinoma y úlcera péptica del esófago.

Los desgarres de la mucosa del extremo distal del esófago, acompañados de vómito acentuado (síndrome de Mallory y Weis), se pueden sospechar por los antecedentes de vómitos sin sangre seguidos de hematemesis.

La hemorragia súbita profusa se observa en pocos pacientes con cáncer en el estómago, sobre todo como manifestación de úlcera de la mucosa, más bien la hemorragia crónica es una complicación sangrante más recurrente de cáncer gástrico.

La oclusión de las venas o arterias mesentéricas por embolia o trombosis puede producir hemorragia oculta o manifiesta.

El linfoma, los pólipos y otros tumores del estómago y del intestino delgado proximal son lesiones relativamente poco comunes y, por lo tanto, causas poco usuales de la hemorragia. El síndrome de Peutz Jehers de poliposis del intestino delgado y pigmentación de melanina en los labios, los dedos de las manos y de los pies, puede causar melena recurrente.

Los aneurismas saculares de la aorta arterioesclerosada, se pueden romper hacia la porción superior del intestino y casi siempre son mortales. Lo más común es que la ruptura ocurra en la tercera porción del duodeno.

Las discrasias sanguíneas primarias, incluyendo la leucemia, los estados trombo citopénicos y las hemofilias, pueden producir hemorragia gastrointestinal importante. La policitemia vera, se acompaña, frecuentemente, de úlcera péptica, pero también puede producir hemorragia gastrointestinal por trombosis de la vena mesentérica o la porta. La periarteritis nudosa, la púrpura de Henoch Schoenlein y otras vasculitis son causa de pérdida de sangre por el tubo digestivo.

La hemorragia gastrointestinal por lo regular moderada, pero persistente acompaña a la amiloidosis, la enfermedad de Osler Rendu Weber el pseudosantoma elástico, el

síndrome de Turner, hemangiomas intestinales simples o múltiples, la neurofibromatosis, el sarcoma de Kaposi y la hipertrofia hemangioectásica.

Aunque la ocurrencia, la hematemesis y melena en la uremia es poco común, la hemorragia intestinal oculta moderada es muy frecuente.

SISTEMATOLOGIA:

El enfoque del paciente que tiene hemorragia del tubo digestivo, depende del sitio, extensión y velocidad de la hemorragia. En general, es más probable que el enfermo que presenta hematemesis, es común que sangre tan profusamente, que llegue a la exanguinación, que el que tiene melena. Es urgente el diagnóstico y el tratamiento de los enfermos con hemorragia de la parte alta del tubo digestivo. Cuando es visto por primera vez, el paciente puede estar en shock. Antes de hacer la historia clínica y el examen físico, se deberán hacer pruebas de determinación de grupo sanguíneo y administración de soluciones salinas intravenosas o bien expansores del plasma.

ANTECEDENTES:

Los antecedentes de dolor epigástrico, aliviado con la ingestión de alimentos, leche o antiácidos, sugiere la existencia de una úlcera péptica. La ictericia y el alcoholismo hacen pensar en hepatopatía crónica. Se debe investigar cuidadosamente acerca de una ingestión abundante de alcohol o de drogas como la aspirina, que puede acompañarse de gastritis o precipitar una hemorragia por úlcera péptica. Se dirigirá la atención a posibles episodios previos de hemorragia, vómitos, síntomas de enfermedad gastrointestinal, diarrea, calambres, pérdida de peso, hemorragia de otras partes, tales como, la piel y las membranas mucosas y antecedentes familiares del intestino delgado o diatesis hemorrágicas.

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL AGUDATRATAMIENTO:

El tratamiento eficaz de las hemorragias agudas se basa en la valoración simultánea de la velocidad de las pérdidas hemáticas y en la prevención y tratamiento del colapso cardiovascular (shock), seguidos de la localización del punto sangrante. El tratamiento definitivo depende de un diagnóstico correcto, para la obtención de resultados óptimos es necesario que un cirujano gastroenterólogo y radiólogo coordinen sus esfuerzos.

I. Medidas Iniciales:

1. Colocar un cateter intravenoso grueso No. 14-18 para administración de líquidos y sangre, así como administrar inmediatamente solución salina.
2. Colocar un cateter separado para control de presión venosa central.
3. Valorar la hemoglobina y hematocrito, capacidad hemostática del paciente con un recuento de plaquetas, tiempo de protrombina y un tiempo parcial de tromboplastina, así también como un grupo y compatibilidad, solicitar como mínimo tres unidades completas de sangre al Banco de Sangre, por si fuese necesario.

4. Colocar sonda nasogástrica gruesa, preferentemente del No. 22 con múltiples agujeros gástricos, debe examinarse el contenido gástrico en busca de sangre fresca o coagulada para medir ph y también su volumen total con el fin de diagnosticar si hay obstrucción pilórica o no.

II. Valoración y Tratamiento de la Pérdida Hemática:

Los pacientes con un shock interno necesitan que les sea repuesto inmediatamente el volumen perdido. Es preferible la sangre completa o los sustitutos de la sangre, y, en casos de extrema urgencia, cabe emplear sangre Tipo O y Rh negativa, hasta que pueda disponerse de frascos con los que se hayan realizado pruebas cruzadas.

Con un shock moderado o intenso se debe comenzar la transfusión a una velocidad de 500 ml. cada 15-30 minutos, y se debe continuar hasta que se estabilicen los siguientes parámetros del volumen circulatorio:

1. Shock presión arterial inferior a 90-110 mm. de hg. de sistólica en un paciente anteriormente normotenso o una disminución de 20-30 mm. de hg. en un paciente hipertenso.

2. Hipotensión postural (de decúbito a posición erecta).
3. Signos periféricos continuados de volumen circulatorio, insuficiente palidez, extremidades frías, sed excesiva, somnolencia, disnea.
4. Excreción de orina insuficiente. Menos de 25 a 30 ml/hora sin que haya afectación de las vías urinarias.
5. Pérdidas persistentes de sangre fresca por hematemesis por sonda nasogástrica o por las heces recordando que las melenas pueden persistir hasta 48 a 72 horas después de que la hemorragia haya cesado.
6. Descensos del hematocrito, este es el índice menos sensible de pérdida de sangre aguda, puesto que los desplazamientos de líquidos desde el espacio extravascular permiten que la hemodilución sea sólo de un tercio de la que correspondería a las dos horas, y de la mitad de lo que correspondería a las ocho horas. El hematocrito debe ser mantenido a valores del 30 al 35% en los pacientes jóvenes y en los ancianos a niveles superiores.

7. La presión venosa central entre 80 y 150 mm. hg. De este modo, el personal que interviene en el tratamiento puede valorar fácilmente la evolución y respuesta del paciente. Las alternativas de los signos vitales indicados en 1 y 2 señalan una disminución del 20 al 25% del volumen de sangre circulante.

III. Localización:

Hay que planear medidas que permitan una completa valoración para localizar el punto sangrante en 24 a 48 horas a partir del ingreso del paciente al hospital. Dentro de los medios diagnósticos que se pueden utilizar para determinar el sitio sangrante podemos indicar:

- a) Angiografía selectiva. Dicha técnica diagnóstica es la de elección para la hemorragia activa incontralada a una velocidad de más de 0.5 a 1 ml/min. Si se selecciona esta técnica, es obligatorio proseguir de manera ininterrumpida la valoración y el tratamiento de las pérdidas hemáticas.

Es necesario una vigilancia constante por parte del personal sanitario durante la realización de esta técnica. Esta técnica tiene la ventaja de ser a la vez diagnóstica

ca y terapéutica, ya que una vez de mostrada la lesión, el control de la hemorragia puede lograrse por la infusión arterial selectiva de vasopresina.

Con esta técnica se ha logrado de mostrar lesiones gastrointestinales altas y bajas y además controlado la hemorragia.

- b. Panendoscopia. En manos de personal experto es una técnica segura y muy fiable para examinar el esófago, el estómago y el duodeno de una sola vez. Su eficacia en las hemorragias gastrointestinales altas es superior a la del examen de Rayos X, pero ambas técnicas deben considerarse complementarias.

Puede hacerse una endoscopia como primera técnica o bien 6-8 horas después del examen radiológico gastrointestinal alto por Rayos X. Esta técnica tan utilizada permite la realización de numerosos diagnósticos y es de utilidad máxima en el paciente estable que no sangra.

En el paciente cuya hemorragia cesa poco después del ingreso deben realizarse exámenes radiológicos seriados en busca de puntos sangrantes gastrointestinales altos y también una endoscopia.

Tratamientos Específicos:

Cuando la causa sospechada es una úlcera péptica o una gastritis, el lavado gástrico con suero salino helado, alternando con una aspiración intermitente constituye el tratamiento inicial de elección. Recientemente, la infusión intraarterial directa de vasopresina a dosis de 0.1 a 0.4 U/min. en la arteria celiaca o de manera más selectiva en el interior de los vasos más pequeños, ha controlado de manera más eficaz la hemorragia arterial a partir de una gran variedad de lesiones gastrointestinales altas. Cuando la hemorragia se ha detenido por 48 horas, puede retirarse la sonda nasogástrica e iniciar la administración de un régimen de úlcera aguda o la administración de antiácidos.

Cuando las várices esofágicas son el origen de la hemorragia ésta puede reducirse temporalmente mediante el lavado de estómago con agua helada, pero esta técnica está recomendada sobre todo, principalmente porque permite una valoración continuada de las pérdidas hemáticas. La sospecha de várices esofágicas no debe hacer desistir nunca de colocar una sonda nasogástrica para la valoración de la hemorragia gastrointestinal aunque una intubación prolongada puede predisponer a una hemorragia debida a una esofagitis por reflujo.

A veces es útil la administración de 15 U. de Vitamina K.

El tratamiento inicial de elección para las várices sangrantes cuando se dispone de medios radiológicos y de cuidados intensivos, es la infusión de vasopresina (pitresin) a dosis de 0.1-0.4 U/min. en la arteria mesentérica superior. Esta medida origina la contracción del lecho vascular esplácnico, que ha logrado controlar la hemorragia de las várices en el 80% de los pacientes, en algunas series. Una vez controlada la hemorragia, se debe reducir progresivamente la dosis de vasopresina en 24 horas, y se deja colocado el cateter arterial, que se mantiene abierto mediante la administración de suero glucosado al 5% durante 24 horas.

La vasopresina, administrada por vía IV a dosis de 20 U diluidas en 100 ml. de suero glucosado al 5% e infundida en 10 minutos, actúa por el mismo mecanismo que la vasopresina administrada por vía arterial, pero es menos eficaz. La dosis puede ser repetida a intervalos de 3-4 horas, pero con frecuencia se produce taquifilaxia.

También es posible la producción de vasoconstricción de la arteria coronaria cuando se administra la vasopresina por vía intravenosa; este tratamiento no debe ser empleado en los pacientes con vasculopatías coronarias.

Cabe producir el taponamiento de las várices mediante el empleo de la sonda de triple luz de Sengstaken-Blakemore (SB), si no se dispone de medios anteriormente citados o cuando éstos no han producido efectos. El empleo de este aparato ha sido seguido de una elevada mortalidad y morbilidad, debido a la aspiración de sangre y de contenido gástrico; por tanto, esta sonda no debe ser utilizada a no ser que se modifique mediante la adición de una sonda accesoria que permita la aspiración continua a partir del esófago. En lugar de la sonda SB se puede emplear una sonda de Linton con un solo balón hinchable (gástrico), y agujereada al nivel del esófago y el estómago. Cualquiera de estas sondas deben emplearse sólo con ayuda de personal experto de los servicios de gastroenterología o de cirugía general.

Método:

Puede encontrarse una descripción completa del empleo de la sonda Sb en *Gastroenterology* 61: 291, 1971.

Después de un vaciado completo de los coágulos presentes en el estómago con una sonda de Levin, el paciente es colocado en posición de decúbito lateral izquierdo; la sonda accesoria (esofágica) es conectada a un aparato de aspiración continua y baja, y se introduce

la sonda de SB por la boca o la nariz - hasta que el balón gástrico penetra en el estómago.

El balón gástrico es hinchado con 250 ml. de aire, y se pinza doblemente la entrada gástrica. (La sonda de Linton necesita 800 ml. de aire).

Se aplica una firme tracción manual para colocar el balón gástrico contra el cardias. Se recomienda la colocación de una pieza de plástico en la boca para impedir que el paciente trague la sonda después de romperla con los dientes. La tensión es mantenida por pesos y por tracción ortopédica fijada al pie de la cama o por fijación de la sonda a una máscara de catcher de béisbol colocada al paciente. Si la sonda ha sido introducida por la nariz, la tensión puede ser mantenida con un balón de goma blanda o con un pedazo de esponja fijada a la sonda con esparadrapo.

Se lava después el estómago con agua helada hasta que esté limpio y se conecta la sonda gástrica a un aparato de aspiración continua. Si la hemorragia continúa, se consigue el taponamiento esofágico mediante la sonda esofágica o la gástrica, con la sonda de SB por inflado del balón esofágico con un maniquito de esfimomanómetro hasta una presión de 30-45 mm. de Hg, y pinzando doblemente la entrada del balón. (La sonda de Linton no tiene balón esofágico).

El paciente ha de ser vigilado constantemente por el médico. Si los balones inflados tienden a desplazarse en la faringe, existe un peligro real de asfixia. Hay que guardar unas tijeras en la cabecera del enfermo para poder cortar inmediatamente el tubo y retirarlo.

El taponamiento debe ser mantenido durante 24-48 horas. Después se deja de hacer la tracción y se desinfla el balón esofágico, dejándose el balón gástrico hinchado durante 24 horas más. Si no hay ninguna hemorragia en las 24 horas siguientes a la retirada del balón gástrico, la sonda puede ser retirada. Si vuelve a producirse hemorragia, puede aplicarse de nuevo tracción, e inflar otra vez el balón esofágico.

Tratamiento Quirúrgico:

Las técnicas quirúrgicas de urgencia son el corto circuito porta-cava, los corto circuitos mesocava, la devascularización esofagogástrica y la ligadura de las várices esofágicas. Si la vena porta está trombosada o hay un considerable hiperesplenismo, se pueden realizar corto circuitos esplenorrenales. Los cort circuitos portacava son de la máxima eficacia para reducir la presión portal y prevenir las hemorragias.

Corto Circuito Portacava de Urgencia:

Esta técnica tiene una mortalidad que oscila entre el 25 y 50%, cifra que puede reducirse algo si se logra contener temporalmente la hemorragia mediante la infusión de vasopresina o el taponamiento esofágico.

Recientemente se han realizado corto circuitos mesocavales (de la vena mesentérica a la vena cava inferior) mediante el empleo de un injerto de Dacrón. Estos últimos tienen la ventaja de una colocación rápida, con una disminución del tiempo de duración de la operación y de la mortalidad de la técnica.

Los corto circuitos porta cava terapéuticos pueden ser de elección en pacientes que han sangrado por várices. El empeoramiento del estado del paciente, incluidos los síntomas de precoma hepático, constituye una contraindicación para la intervención. Los pacientes con una albúmina sérica de menos de 3 g/100 ml., una bilirrubina de más de 3 g/100 ml. y ascitis, coma hepático previo o un mal estado general, tiene una mortalidad de alrededor del 50%. Con una afectación hepática mínima la mortalidad operatoria es del 10-15%.

En los pacientes con hepatopatía alcohólica, la incidencia de hemorragia recurrente a partir de várices es notable

mente reducida después de un corto circuito terapéutico, pero la mortalidad por coma hepático aumenta de manera proporcional. Las pruebas quirúrgicas controladas que se han realizado hasta ahora, sugieren una ligera disminución de la mortalidad global después de realizar un corto circuito terapéutico, pero esta disminución no ha sido suficiente para tener significación estadística. Esta técnica no puede ser recomendada.

Corto Circuito Porta Cava Profiláctico:

Un corto circuito electivo no debe ser realizado en un paciente en quien se ha demostrado la existencia de várices a partir de las cuales no se ha producido ninguna hemorragia. Pruebas bien controladas en la cirrosis alcohólica han demostrado de manera convincente que, aunque la incidencia de hemorragia disminuye, los pacientes sometidos a esta técnica tienen unos índices globales de mortalidad superiores, sobre todo debido a la aparición de encefalopatía.

OBJETIVOS:

1. General:

Conocer la incidencia de Hemorragia Gastrointestinal Superior en una población limitada, mediante el estudio sobre historias clínicas a partir de los años de 1973 a 1977 en el Hospital General de Occidente.

2. Específicos:

- a) Tratar de establecer factores que predispongan al apareamiento de Hemorragia Gastrointestinal Superior.
- b) Saber reconocer entre la diversa patología los síntomas y signos clínicos que orienten al origen del sangrado.
- c) Conocer los distintos medios diagnósticos que existen dentro del Hospital Nacional de Occidente y saber aplicar cada una de las técnicas para determinar el sitio de la hemorragia.
- d) Conocer los diversos tratamientos curativos y paliativos que se utilizan en la actualidad.
- e) Dejar un antecedente bibliográfico en la investigación de dicho tema.

JUSTIFICACIONES

Tomando en cuenta que Quetzaltenango ha venido tendiendo un notable crecimiento, tanto físico como poblacional, es de hacer notar el ritmo acelerado de vida que llevan sus habitantes, traduciéndose día a día en males, los cuales repercuten sobre la salud de los mismos.

Y, siendo la Hemorragia Gastrointestinal Superior uno de estos problemas, me ha llevado la necesidad de conocer la incidencia en pacientes que acuden al Hospital Nacional de Occidente en un período de tiempo y en quienes fue hecho diagnóstico.

REVISION DE CASOS DE HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR QUE SE ENCONTRARON EN 5 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE:

MATERIAL Y METODOS:

En este trabajo se revisaron historias clínicas desde el año 1973-1977 en el Archivo del Hospital General de Occidente. En el Hospital General de Occidente en los años 1973 a 1977, se encontró 172 casos de hemorragia gastrointestinal superior. En estos años a varios pacientes se les dio egreso con diagnóstico de cirrosis, hipertensión porta, várices esofágicas, úlcera gástrica y/o duodenal, cáncer gástrico, etc., sin clasificar la hemorragia como diagnóstico de egreso.

En este trabajo se tomaron en cuenta únicamente los casos comprobados como hemorragia gastrointestinal superior por uno u otro de los métodos diagnósticos auxiliares, los cuales fueron 172 como se leerá más adelante.

Se trató de hacer este estudio comparativo con las estadísticas de otros países y determinar, hasta donde fue posible, el estado de este problema en Quetzaltenango.

La revisión comprende los siguientes aspectos del problema:

a) Edad

- b) Sexo
- c) Raza
- d) Ocupación
- e) Motivo de consulta
- f) Hábitos de ingestión de alimentos
- g) Métodos diagnósticos
- h) Tratamientos.

TABLA No. 1

<u>EDAD</u>		
EDAD	Número de Casos	%
12-20	11	6.39
21-30	29	16.86
31-40	59	34.30
41-50	26	15.11
51-60	23	13.37
61-70	14	8.13
+70	10	5.84
T O T A L	172	100.00

TABLA No. 2

SEXO

SEXO	Número de Casos	%
Masculino	146	84.88
Femenino	26	15.12
T O T A L	172	100.00

TABLA No. 3

RAZA

RAZA	Número de Casos	%
Ladinos	80	46.51
Indígenas	88	51.16
Otros	4	2.32
T O T A L	172	100.00

TABLA No. 4

OCUPACION

OCUPACION	Número de Casos	%
Artesanos	32	18.60
Comerciantes	16	9.30
Jornaleros	13	7.55
Oficinistas	16	9.30
Mecánicos	10	5.82
Oficios Domésticos	26	15.12
Agricultores	53	30.81
Sin ocupación	6	3.49
T O T A L	172	100.00

TABLA No. 5

HABITOS E INGESTA MEDICAMENTOSA (HIM)

HIM	Número de Casos	%
Alcoholismo	58	33.72
Tabaquismo	78	45.34
Ingesta medicamen- tosa y otros hábi- tos	16	9.32
No interrogados	20	11.62
T O T A L	172	100.00

TABLA No. 6

INCIDENCIA EN AÑOS

AÑO	Número de casos	%
1973	31	18.02
1974	23	13.37
1975	40	23.25
1976	33	19.19
1977	45	26.17
T O T A L	172	100.00

TABLA No. 7

MOTIVO DE CONSULTA

	Número de Casos	%
Hematemesis	82	47.67
Hematemesis y melena	41	23.83
Hematemesis, melena y dolor abdominal	35	20.35
Melenas	4	2.32
Otros	10	5.82
T O T A L	172	100.00

TABLA No. 8
HALLAZGOS RADIOLOGICOS

	Número de casos	%
No efectuados	78	45.34
Úlcera gástrica y/o duodenal	48	27.90
Normal	15	8.72
Várices esofágicas	5	2.90
Hernia diafragmática	2	1.16
Neoplasia gástrica	3	1.74
Gastro duodenitis	2	1.16
Várices esofágicas y úlcera duodenal	11	6.39
No satisfactorios	8	4.69
T O T A L	172	100.00

TABLA No. 9
TRATAMIENTO MEDICO

Tx	Número de Casos
Transfusión	102
Antiácidos, anti- colinérgicos y sedantes	7
Antiácidos	150
Vitamina K	23
Antiácidos, vita- mina K más Kana- micina	74
Sin drogas, excepto soluciones	128
Uso de Levofed	69
T O T A L	909

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Número de Casos

Gastro Yeyunostomía 20

Laparatomía
exploradora 7

Bilroth I 1

Hernioplastia
diafragmática 9

T O T A L 37

En 153 pacientes fueron utilizadas sondas de Levin, lo que representó ser el 80% del total mencionado.

En 14 pacientes se utilizó la sonda de Sengstaken-Blakemore, lo que significa el 8.13%.

En 5 pacientes que refirieron como motivo principal de consulta hemorragia gastrointestinal, únicamente fueron observados.

COMENTARIOS:

Durante el trabajo se revisaron los libros de egreso de los años de 1973 a 1977, encontrándose sólo 173 casos, comprobados por los distintos medios diagnósticos, en varios de los pacientes no se revisaron las historias por no considerarse a su egreso dicho problema.

En lo que respecta al trabajo, propiamente dicho, se encontraron los siguientes datos:

En la edad se comprobó que el mayor porcentaje de casos se encuentra entre los 31 y 40 años, que es lo que se menciona en la literatura de otros países. El más joven que se encontró fue de 14 años y el mayor de 77 años. (Tabla No. 1).

Desde el punto de vista del sexo, no cambia con respecto a las estadísticas de otros países, en la que ponen entre 6 a 1 y 8 a 1 con predominio masculino, como lo demuestra la Tabla No. 2.

Como investigación especial, se hizo sobre la raza de los pacientes, encontrándose que el 51.16% correspondía a la raza indígena; el 46.51% a la raza ladina y el 2.33 a otras razas. (Tabla No. 3).

Por el breve interrogatorio que se efectuó a los pacientes al ingreso del hospital es difícil determinar la etiología de la hemorragia gastrointestinal superior en lo que respecta a la ocupación (Tabla No. 4).

Otro de los datos que en los demás países, principalmente Estados Unidos, se les da mayor importancia es el hábito del tabaquismo, alcohol; en nuestro medio se puede establecer una relación directa, puesto que de los 172 casos, 78 fueron fumadores crónicos de 5 cigarrillos y 3 cajetillas por varios años, ocupando un 45.34%; entre los bebedores 33.72% consumiendo entre 1 y 2 octavos de licor al día lo que hace colocarlos entre los primeros lugares de los 172 encontrados (Tabla No. 5).

Entre lo más importante se encuentra el cuadro de incidencia en años, pues se observa que en los tres últimos años la incidencia ha aumentado considerablemente. (Tabla No. 6).

Sobre el cuadro relacionado a motivo de consulta se observa que el 47.67% presentaron hematemesis, seguido de un 23.83% de pacientes con hematemesis y melena como lo demuestra la Tabla No. 7.

Los métodos diagnósticos empleados fueron diversos como se observa en la Tabla No. 8.

Cabe hacer mención que en muchos pacientes se usaron estos métodos, Pudiéndose observar procedimientos efectivos para hacer diagnóstico, como lo demostraron ser los Rayos X que en 94 casos se sospechó el origen del sangrado.

En 172 casos se administraron 909 tratamientos médicos y 37 del total recibieron tratamiento quirúrgico, es de hacer la observación que de los 172 casos les fue administrado más de un tratamiento médico y en algunos quirúrgico como lo revela la Tabla No. 9.

CONCLUSIONES

1. Las técnicas utilizadas al efectuar los interrogatorios a los pacientes son deficientes; es decir que no son totalmente claras para identificar el problema.
2. Que el control de archivo no refleja la verdadera incidencia de la enfermedad, porque los pacientes fueron egresados del centro hospitalarios por otras causas.
3. El grupo étnico más incidente con Hemorragia Gastrointestinal superior fue el indígena.
4. Se demostró que la edad más frecuente de predisposición al sangrado es dentro de los 31 y 40 años.
5. La mayor parte de pacientes que presentaron síntomas de Hemorragia Gastrointestinal superior son alcohólicos y fumadores crónicos.
6. El problema se ha acrecentado en los últimos tres años.

7. Los métodos diagnósticos dentro del Hospital General de Occidente fueron utilizados en muy pocos pacientes.
8. Que los tratamientos mencionados dentro de la literatura son los mismos que se emplearon en el Hospital y a la fecha no han sido mejorados.

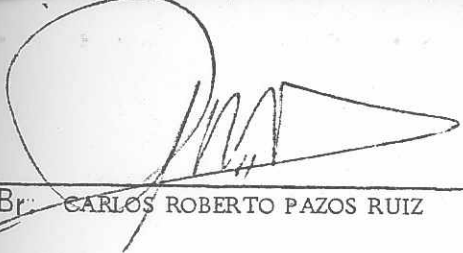
RECOMENDACIONES

1. Insistir en un mejor manejo de la papería, tanto de ingreso como de egreso de los pacientes, al Personal Médico del Hospital General de Occidente.
2. Dotar de un nuevo y mejor equipo a la Sala de Urgencias Médicas para la atención de dichos pacientes.
3. Utilizar y facilitar los medios diagnósticos disponibles sin premura de tiempo.
4. Adiestrar al personal paramédico con nuevos y mejores conceptos del problema para facilitar el cuidado de los mismos.
5. Contemplar la creación de un depósito de sangre exclusivo para pacientes con problemas de Hemorragia Gastrointestinal Superior.
6. Que el manejo de pacientes con hemorragia gastrointestinal superior sea llevado en conjunto; Radiólogo, Cirujano e Internista.

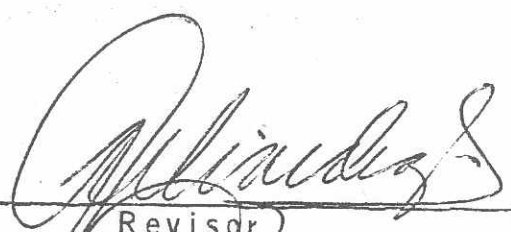
BIBLIOGRAFIA

1. Loeb, Cecil. Tratado de Medicina Interna, 13 Edición. Editorial Interamericana 1972. México.
2. Davis, Christopher. Tratado de Patología Quirúrgica' 10 Edición. Editorial Interamericana 1974. México.
3. Krupp, Marcus. Diagnóstico y tratamiento Clínico. 9a. Edición. Editorial Manual Moderno, 1974.
4. Banning Art Al Bleeding Peptic Ulcer. British Medic., Journal 2; 781 784 Oct. 1969.
5. Boedeker, Duber. Manual de Terapéutica Médica, 2a. Edición. Salvat. 1977.
6. Conn Harold and Simpson Hohn. Programa Racional para Diagnóstico y Tratamiento de Várices Esofágicas Sangrantes. Clínicas Médicas de Norte América. Nov., 1968.

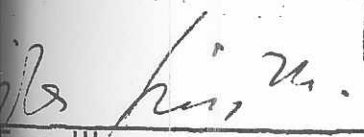
7. Riessek EW Greenbaum. Upper Gastro Intestinal Hemorrhage. Med. Clinic - of N. A. 1977.
8. Reynolds R. The Diagnosis and Management of Hemorrhage from the upper gastrointestinal tract. June 77.
9. Tanner N. Diagnosis and Management of Masive Hematemesis. Brit. J. Sec. 2, 1977.
10. Selective and total shunts in the treatment of heeding varices. A randomized controlled trial. New England Med. Nov, 1976.
11. Experimental observations and recommendations on vasopressin for control of gastrointestinal hemorrhage. Sep. 77. JAMA.
12. Wilson D.E. and Chalmea. Management of emergencies upper gastrointestinal hemorrhage. New England. 1976.

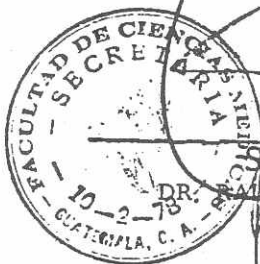

Br. CARLOS ROBERTO PAZOS RUIZ


MALDONADO V.


Revisor


DR. G. G. Caceres
MEDICO J. ALVARO

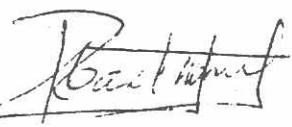

ase III
E LEON MENDEZ.




Secretario General
DR. RAFAEL A. CASTILLO RODAS

o.Bo.




Decano

DR. JOSE ANDRÉS CASTILLO MONTALVO