

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11227  
2959

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

I S S T E  
DIVISION DE MEDICINA INTERNA

"LA HISTORIA CLINICA AUTOMATIZADA EN  
EL DIAGNOSTICO DE SALUD"

TRABAJO DE INVESTIGACION DE POSTGRADO

Que para obtener el título de  
Especialista en Medicina Interna

Presenta:

RAFAEL ROMAN ROMERO USCANGA

MEXICO D.F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

INVIERNO 1989



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E :

	pág.
INTRODUCCION.....	1
HIPOTESIS Y OBJETIVOS.....	8
MATERIAL Y METODOS.....	10
RESULTADOS.....	13
DISCUSION.....	22
BIBLIOGRAFIA.....	24

"LA COMPLEJIDAD DE LOS FENOMENOS  
QUE ESTUDIA PUEDE HACER QUE EL  
PROGRESO DE UNA CIENCIA SEA  
LENTO....."

S. KETY

## I N T R O D U C C I O N

— La evaluación médica periódica como un arma más de la medicina y sobre todo en su área preventiva es un método de nuestro siglo. Aunque fué propuesta por Horece Dobell en 1862 no fué sino - hasta 1900, después de que Gould propuso este método "basado en - el hecho..., de que una serie de exámenes periódicos a los pacien - tes que aparentemente revelaría enfermedades en su inicio, preven - dría enfermedades futura e incrementaría los valores vitales de - la vida...", estableciendo también su uso en todas las personas - más como una medida preventiva. Después de Gould hubo algunos mé - dicos que se interesaron sobre este método, sobre todo en la base de la observación del resultado del establecimiento de medidas de salud pública que en ese entonces había disminuído la incidencia - de enfermedades transmisibles y que por lo tanto la detección tem - prana de enfermedades crónicas degenerativas también disminuirían su incidencia. Lo que no sabían era como detectarlas en etapa pre - clínica porque no existían antecedentes que les orientara a que - tal o cual signo o síntoma los conduciría a una enfermedad deter - minada. Desafortunadamente hubo otro grupo de médicos que se inte - resó en el método y lo adoptó para sus propios fines. Este grupo - fué el de los médicos de las compañías de seguros y su líder fué - el Dr. E.L. Fisk. En 1909 el Dr. Fisk crea el Instituto de Exten - sión de la Vida y convence a las compañías de seguros y sus con - tratantes de que "Es de conocimiento general que a través de la - ignorancia y negación de simples y fácilmente aplicables métodos-

de prevención, un vasto número de gente está siendo constantemente sacrificada por una enfermedad evitable... y es de conocimiento general que las evaluaciones médicas pueden detectar fácilmente su presencia a tiempo para prevenirla o curarla". Además el Dr Fisk dió una descripción clásica de persona sana, que incluye una serie de características físicas, mentales y de actitud y relación y casi ninguna persona encaja en ésta descripción. Fisk fué el único de todos los que hacían evaluaciones médicas en su tiempo que demostró una "extensión" de la vida en sus pacientes y resultados muy satisfactorios. Es basado en ésto que la evaluación médica se populariza y la Asociación Médica Americana en 1922 recomienda la evaluación médica periódica y posteriormente se van uniendo las demás asociaciones de salud pública en E.U.A. donde un gran apoyo es dado a este movimiento. Pero es en ésta atmósfera que el Dr. Lee cuestiona y pone en evidencia el valor de la evaluación médica que propone el Dr. Fisk y sus seguidores; "Si ponemos juntos todos los defectos que serían cierta y razonablemente aceptados como evidencia de enfermedad orgánica, encontraríamos solo un pequeño porcentaje de individuos sanos..." Además proponía que era fácil desviar las cifras estadísticas a favor o en contra de un método y proponía que la evaluación médica podría fallar si detectara una enfermedad para la cual hubiera pocos tratamientos efectivos.

Después de la segunda guerra mundial la evaluación médica periódica o chek-up como se le conoce popularmente, incrementó su popularidad y no es sino hasta finales de los años 70 en que se

cuestiona más seriamente el método y se proponen una serie de cambios, Breslow y Sommers por un lado (1977) y la Fuerza de Trabajo Canadá para la evaluación Médica Periódica (1976) por el suyo, -- proponen un método racional y óptimo basado en el establecimiento de grupos de edad y sexo con recomendaciones diagnósticas específicas para cada grupo de acuerdo a la posibilidad de detectar, -- en ese grupo, una enfermedad de las consideradas como de mayor -- riesgo de aparición para ese grupo de edad y sexo. Además proponen un sistema de autoevaluación y análisis de la validez del método.

Una parte importante de este método propuesto por los autores antes citados es que unen conceptos epidemiológicos y clínicos para lograr sus objetivos y serían metas de salud y servicios profesionales para cada uno de los grupos de edad y sexo. Posteriormente Charap en 1981 establece las 3 premisas de la evaluación médica periódica: a) La población adulta asintomática puede tener padecimientos orgánicos; b) La evaluación médica periódica es capaz de detectar enfermedades en etapas tempranas, y; c) El diagnóstico de la enfermedad permitirá interrumpir su evolución, revertirla o curarla, disminuyendo de ésta manera su morbimortalidad. Lo ya mencionado incluye además la identificación de sujetos sanos con factores de riesgo la detección de estos y las enfermedades en etapas que puedan ser previsibles y su reconocimiento mediante los métodos más actualizados de diagnóstico, el establecimiento de una frecuencia óptima para la evaluación médica de -- acuerdo a la edad del paciente, sexo, condición socioeconómica; y

lo más importante, todos los autores reconocen que existen limitaciones de las cuales las más importantes serían:

- Los métodos diagnósticos utilizados deben monitorizarse para establecer su utilidad.
- La utilidad de ciertos métodos dependerá de las características de la población.
- Se requiere de una autoevaluación continua para validar la utilidad de los métodos.
- Se requiere de una educación para la salud tanto de los médicos como de la población en general para que puedan comprender el como utilizar estos servicios.

La posición actual de la evaluación médica periódica se establece en una publicación de 1987 dentro de Scientific American Medicine con las siguientes recomendaciones basadas en las conclusiones de los estudios de los autores arriba mencionados; a) Se debe dar educación para la salud en los siguientes rubros como: - prevención o erradicación de tabaquismo; conveniencia de autoexploración mamaria para detección oportuna de cáncer de mama; vigilancia de aparición de hemorragia postmenopáusica y sus significado; explicación de la forma de aparición de osteoporosis y su prevención; conveniencia de la autoexploración de la piel, la boca y los testículos con énfasis en los hallazgos potencialmente dañinos; conveniencia del uso de cinturón de seguridad; b) La evaluación médica no debe prescindir de la exploración de mamas, pelvis y tacto rectal como de la vigilancia de la presión arterial. c) - Los exámenes de laboratorio y gabinete deben incluirse forzosamen

teson:- Búsqueda de sangre en heces, citología vaginal; mamografía; colesterol sérico; rectosigmoidoscopia e inmunizaciones.

Se debe aclarar que éstas recomendaciones son para la población en general ya que de acuerdo a los estudios antes citados -- las únicas patologías que deben buscarse para detección oportuna y prevención son el cáncer de mama, cervicouterino, testicular, de piel y rectal; la osteoporosis y la prevención de factores de riesgo como tabaquismo, accidentes automotores, hipertensión arterial e hiperlipidemia.

En México la evaluación médica periódica se comienza a efectuar después de la 2a. Guerra Mundial con los mismos conceptos y métodos propuestos por el Dr. Fisk en el Hospital Central Militar y en diferentes compañías aseguradoras más como un proceso de requisito para enlistamiento y como acción preventiva. Posteriormente, ya con un auge mayor, los grandes hospitales privados inician los chek-ups que se popularizan rápidamente sobre todo entre los empleados de oficinas privadas y un sector privilegiado del área metropolitana. Es por esto que en 1975 el ISSSTE decide tener su propio sistema de chek-up y se le llama Clínica de Detección Diagnóstica Automatizada (CLIDA por sus siglas) que como su nombre lo indica es una serie de servicios sistematizados para la detección oportuna y diagnóstico de enfermedades en un sistema automatizado que incluye una historia clínica autoaplicable, realización de estudios de laboratorio y gabinete y una exploración física con lo que se emite un diagnóstico del estado de salud y se procede de acuerdo a este. El CLIDA atiende a toda la derechohabiente del -

ISSSTE que incluye todo el sector laboral federal, realiza actualmente más de 50 000 estudios anuales. Los objetivos del sistema - CLIDA en su fundación era:

- 1.-Confirmar el Dx. de salud.
- 2.-Detectar y verificar el plan de diagnóstico piramidal.
- 3.-Hacer énfasis en los objetivos del Plan Nacional de Salud alcanzables por el sistema.
- 4.-Retroalimentación al sistema en relación al costo-beneficio.
- 5.-Realizar investigación para cumplir los objetivos del - - Plan Nacional de Salud; proporcionar la relación de costo beneficio de las diferentes partes del sistema y establecer la identidad del clidda como un testimonio homogéneo del estado de salud de un sector de la población.
- 6.-Implementar programas de seguimiento de los puntos ya citados para renovarlos y fortalecerlos.

El sistema actualmente tiene el problema de que su historia-clínica y sus rutas diagnósticas no han sido reforzadas con la bi bliografía actualizada y el personal médico y paramédico no ha si do aleccionado en la filosofía actual de la evaluación médico pe- riódica. Además sus estudios de laboratorio y gabinete (así como la historia clínica) no se han adaptado a las características de la población derechohabiente. Por lo cual sus objetivos actuales- se han modificado y desarrollado como sigue:

- 1.-Hacer el diagnóstico de salud de la población derechoha- biente sobre todo aquella en etapa laboral activa.

- 2.-Identificar en etapa preclínica a derechohabientes con -- factores de riesgo para enfermedades epidemiológicamente- importantes y detectar a los que ya tienen enfermedades - establecidas.
- 3.-Conocer las características de la población en conjunto - sana y enferma.
- 4.-Remitir los casos detectados a la unidad de medicina cura- tiva que le corresponda de acuerdo con adscripción, nivel necesario de atención médica y urgencia del caso si la hu- biera.
- 5.-Realizar labores de orientación en la población derechoha- biente que acude, haciendo énfasis en la educación para - la salud a nivel general o individual ante situaciones es- pecíficas.
- 6.-Mejorar la productividad de la población derechohabiente- al ofrecerles un servicio que promueve el diagnóstico - - oportuno reduciendo así las complicaciones agudas o cróni- cas y permitiendo que el paciente se mantenga activo labo- ralmente. Como consecuencia, este objetivo reduce las pér- didas por ausentismo laboral, la expedición de incapacida- des y en fin, el impacto socioeconómico de las enfermeda- des.
- 7.-Servir de enlace entre la comunidad y los servicios de sa- lud, con el propósito de que la atención médica se afirme y reoriente en forma piramidal, resaltando como valores - primordiales la medicina social a la educación para la --

salud, la detección oportuna y el diagnóstico precoz.

Sería además deseable que a los métodos expuestos se le agregaran metas deseables en el sistema como serían:

- La organización de investigaciones clínico-epidemiológicas que validaran las diferentes partes del sistema.
- Reorganización del sistema para una reunión real de los fines epidemiológicos y clínicos como lo proponen Breslow y Sommers.
- La utilización de órganos de autoevaluación y corrección de acuerdo a las metas actuales de la evaluación médica periódica y que se ajustaran a las características epidemiológicas de nuestra población.

#### HIPOTESIS Y OBJETIVOS

Con éstas consideraciones hechas nos formulamos la hipótesis que dió origen a este trabajo y que consiste en la pregunta ¿Se puede elaborar una historia clínica automatizada para el diagnóstico de salud? Establecida la pregunta nos dimos a la tarea de -- elaborar una historia clínica que integrara las 3 partes del sistema (mismas de una historia clínica moderna) es decir el interrogatorio, los estudios de laboratorio y gabinete y la exploración física para establecer un diagnóstico de salud. La elaboración de la historia clínica se basa en los siguientes objetivos:

- 1.-Identificación de individuos sanos
- 2.-Identificación de individuos sanos con factores de riesgo

3.-Identificación de individuos con enfermedades conocidas

4.-Detección de individuos con los siguientes padecimientos:

SUBGRUPO A.

- Diabetes Mellitus
- Obesidad
- Hipertensión Arterial
- Fiebre reumática
- Tuberculosis Pulmonar
- Cáncer cérvicouterino
- Cáncer de mama
- Sífilis
- Blenorragia
- Salud bucal
- Alcoholismo
- Hipercolesterolemia
- Tabaquismo
- Accidentes automovilísticos

SUBGRUPO B.

- Cirrosis hepática
- Cefalea
- Artritis reumatoide
- Enfermedad articular degenerativa
- Artropatía gotosa
- Enfermedad pulmonar obstructiva
- Enfermedad cerebrovascular
- Cardiopatía isquémica
- Enfermedad ácido-péptica

## MATERIAL Y METODOS

La historia clínica es el recurso principal del trabajo médico. Permite distinguir entre individuos sanos y enfermos y señalar objetivos de educación, prevención, diagnóstico y tratamiento. A diferencia de la historia clínica aplicada en las unidades de medicina curativa, los programas de atención en población aparentemente sana están orientados en primer lugar a verificar que el individuo atendido, como factor primordial se encuentre sano. En la búsqueda de alteraciones, se distingue en primer lugar entre factores de riesgo y enfermedades. Los primeros se establecen exclusivamente con el interrogatorio. Las enfermedades se investigan con el interrogatorio, pruebas de laboratorio, gabinete y procedimientos especializados. En la actualidad se han establecido normas para: 1) Definir la periodicidad con la que se debe programar la evaluación médica; 2) Determinar los procedimientos que deben realizarse por edad y sexo y; 3) Plantear metas de salud y de servicio al individuo atendido no con el objetivo de elaborar un sistema de búsqueda de enfermedades, sino como un elemento capaz de proveer una vida óptima.

Para lograr esto se harán modificaciones a la historia clínica y al sistema vigente en el CLIDDA para incluir los criterios vigentes en los sistemas reconocidos de examen médico periódico en población sana: Los del grupo de trabajo canadiense, del Dr. Frame, los de Breslow y Sommers y los de los Institutos Nacionales de Cáncer de los Estados Unidos. Todas éstas medidas se reali

zarán siguiendo la normatividad vigente en el ISSSTE para los programas de medicina preventiva y de detección oportuna de enfermedades, que caracterizan las actividades del CLIDDA (atención, preventiva, programa YU, subprogramas 00, 02, 03, 03.1, 03.2, 03.4, 03.5, 03.6, 03.7, 03.8, 03.9, 05). Así mismo se seguirán las normas establecidas en el Plan Nacional de Salud que son la Atención a Grupos Prioritarios, el resolver problemas de salud de carácter local o regional y el realizar programas de infraestructura y recursos humanos necesarios. Se incluirán las enfermedades con prevalencia elevada adicionales, susceptibles de investigarse con los recursos de detección o aquellas en las que se puede elaborar un perfil clínica de prevalencia. Se anotarán servicios y metas individuales por edad y sexo, de acuerdo con el programa de salud de Breslow y Sommers.

Además se utilizaron los recursos de cómputo del CLIDDA QUE CONSISTÍAN EN 2 Computadoras Honeywell Superteam con 22 terminales repartidas en la clínica para a) ingresar al paciente al sistema de recepción; b) Que el paciente conteste la historia clínica; c) Con el laboratorio y los diferentes gabinetes se les anexe a cada paciente sus resultados; d) El médico que realiza la exploración física revisa tanto la Historia Clínica en sus aspectos relevantes como los resultados de la exploración guiada por los datos y e) finalmente en el cuarto de cómputo se viertan los diagnósticos finales para pasarlos por escrito al paciente.

La historia clínica en sí consiste en un sistema cerrado en la que el paciente contesta sí, no o no se, a las preguntas que -

le hace la máquina. Las preguntas están acomodadas en paquetes -- que se conforman de acuerdo a la Historia Clínica tradicional como es Antecedentes Heredo-Familiares, antecedentes personales patológicos, antecedentes personales no patológicos, y padecimiento actual. Dentro de estos paquetes, las preguntas se acomodan en subunidades que pueden ser un grupo de enfermedades o síndromes de una especialidad y éstas subunidades se dividen en una enfermedad o síndrome que a su vez puede contener una o varias preguntas que irán en serie progresiva. A cada pregunta se le da un peso específico de acuerdo a su probabilidad diagnóstica para la enfermedad determinada y se le instruye a la máquina acerca del sexo a la que debe ir dirigida la pregunta ya sea masculino, femenino o a ambos. La Historia Clínica también está estructurada de tal manera que las preguntas tienen una interpretación médica, que es la que aparece en la pantalla del médico que realiza la exploración física, y 3 niveles de lenguaje para el entendimiento de la pregunta (superior, medio y bajo) aunque en la pantalla siempre aparece el nivel bajo que es el que se supone entendería un niño de 8 años de edad. Es por esto que para la elaboración de las preguntas se utilizó inclusive lenguaje coloquial.

Para la elaboración de las preguntas se hizo una extensa revisión bibliográfica de cada una de las patologías consideradas en los objetivos, como se verá al final. Los estudios de gabinete realizados incluyeron catastro torácico, mamografía, antropometría, espirografía, electrocardiografía, exámen de agudeza visual y auditiva y citología vaginal. Los estudios de laboratorio eran-

BH completa, grupo sanguíneo, glucosa, urea, creatinina, EGO, calcio, fósforo, colesterol total, coproparasitoscópico (1), TGO, -- TGP, DHL, VDRL, bilirrubinas. Los valores normales se establecieron de acuerdo al método llevado para su obtención y estandarizados para las características de los habitantes del Distrito Federal. La exploración física incluye tacto rectal y vaginal.

### R E S U L T A D O S

Se elaboró una Historia Clínica con 544 reactivos orientados a explorar los objetivos ya expuestos del estudio y que en base -- al algoritmo que aparece en la Figura 1, permite hacer un diagnóstico de salud como se describe a continuación:-

1.-INDIVIDUO SANO:-Se considera un individuo sano al que en su interrogatorio no se le haya encontrado una respuesta positiva un exámen de gabinete, laboratorio o exploración física considerados como anormales, para entrar dentro del rango diagnóstico de -- las enfermedades y a continuación se describirán y se estableció una lista de recomendaciones de acuerdo a edad y sexo como los -- descritos en el artículo de Breslow y Sommers.

2.-INDIVIDUOS SANOS CON FACTORES DE RIESGO:-Se consideran a factores de riesgo al sobrepeso, la hipertensión arterial, la hiperlipidemia, el tabaquismo y el no uso de cinturón de seguridad. La presencia del factor de riesgo se detectó por la contestación-- afirmativa de los pacientes a la pregunta directa sobre la existencia de este, excepto en el caso del sobrepeso y la hiperlipidemia que se les detectó por medio de exámenes de gabinete y labora

torio respectivamente. El criterio diagnóstico de esto últimos se detallará más adelante, y se dieron recomendaciones individuales de acuerdo a la presencia de 1 o más factores de riesgo y las características del mismo con énfasis en la educación para la salud

3.-ENFERMO CONOCIDO:-Se preguntó en forma directa la existencia previa de la enfermedad en la mayoría de los casos excepto en enfermedades como el alcoholismo, en que es poco probable que el paciente sepa que la padece y es importante señalar que en enfermedades como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Enfermedad Acido-péptica y anemia, se preguntó con fines epidemiológicos, estadísticos y de control clínico, acerca de como llevaban su tratamiento y control médico. En donde se encontraron anomalías en el control médico o la terapéutica, ya fuera por el interrogatorio o los exámenes, se daban recomendaciones según el caso. En enfermedades como tuberculosis pulmonar, fiebre reumática, cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva, enfermedad cerebrovascular, gota, artritis reumatoide y cirrosis hepática se preguntó por el antecedente y no se preguntó por su control. Las recomendaciones se dieron solo en base a que el paciente estuviera en control o no (Fig. 1)

4.-ENFERMO DETECTADO:-Este grupo se dividió en 2 subgrupos:-  
a) el de enfermedades a las que se podía llegar a un Diagnóstico-concluyente con lo que tenemos de material y métodos y b) al de enfermedades a las que solo les podríamos encontrar datos compatibles con el diagnóstico definitivo.

SUBGRUPO A:-

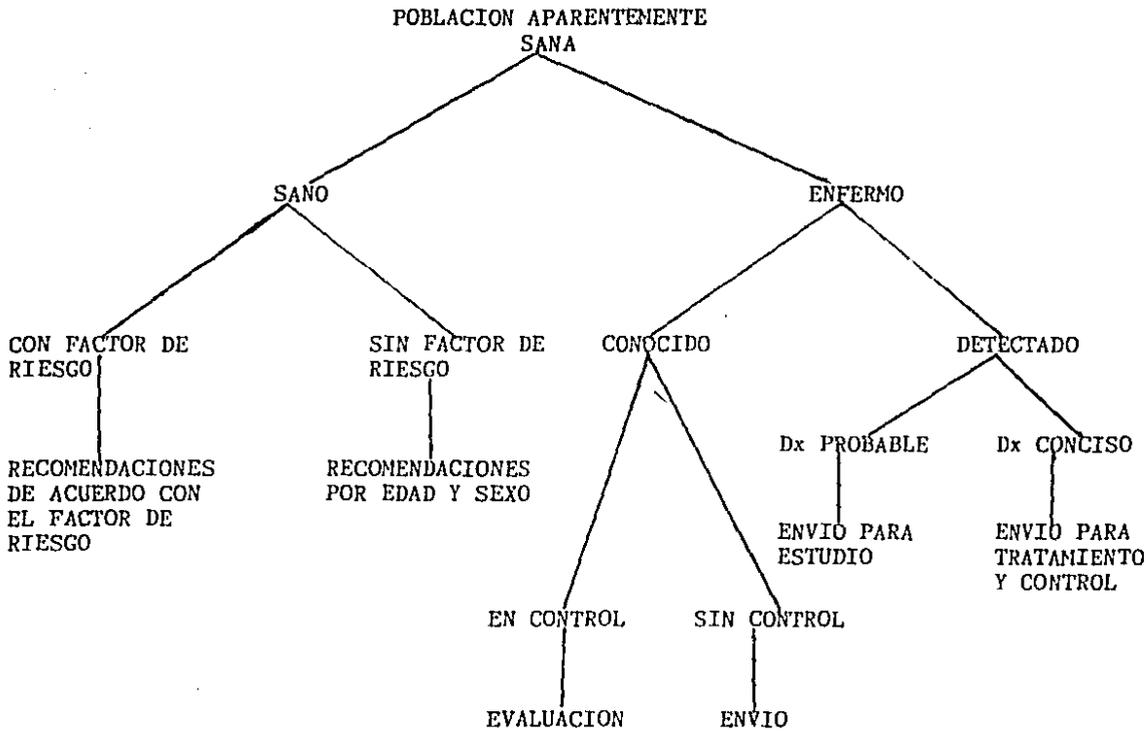


FIGURA NUMERO 1.

-OBESIDAD:-En realidad en México no existe un criterio diagnóstico para la obesidad y solo hay tablas de medición antropométricas por lo que a los pacientes detectados por arriba del peso normal los llamamos en sobrepeso y utilizamos como referencia a las tablas de peso por talla y sexo del Instituto de Investigación Antropológicas de la UNAM. A los pacientes consobrepeso se les envió a un servicio de endocrinología.

-HIPERTENSION ARTERIAL:-Se utilizó como criterio diagnóstico "El Reporto de 1988 del Comité Nacional de Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Sanguínea Elevada" publicado en Archivos de Medicina Interna de Mayo de 1988 y que se resume en el siguiente cuadro

Rangos de TA en mmHg	Categoría
TA Diast.	
85	TA normal
85-89	TA alta-normal
90-104	HAS leve
105-114	HAS moderada
115	HAS severa
TA Sist. cuando la TA diast. es menor de 90	
140	TA normal
140-159	HAS aislada limítrofe
160	Hipert. Sist. aislada

La detección de presión elevada ya fuera sistólica o diastólica ameritó el envío a un servicio de Medicina Interna y la aclaración de que este padecimiento constituía un factor de riesgo pa

ra padecer problemas vasculares a otro nivel (órganos blanco).

-FIEBRE REUMATICA:-Se utilizó el artículo de revisión "Criterio Diagnóstico de la Fiebre Reumática" publicado en la Revista Médica del ISSSTE, Actualización en Medicina en Febrero de 1987 por la Dra. Martha Arrieta. De los criterios de Jones revisados únicamente se preguntó en el interrogatorio la probabilidad que el paciente tuviera alguna de las manifestaciones mayores como carditis, poliartritis, corea de Sydenham, eritema marginado y nódulos subcutáneos. El resto de los criterios eran muy inespecíficos y en CLIDDA no se realizan pruebas de laboratorio para escrutinio. La presencia de los criterios mayores se consideró como presencia de fiebre reumática y se envió al paciente a un servicio de reumatología. Se debe hacer notar que en los reportes de E.U.A. sobre evaluación médica ya no se considera a la fiebre reumática para prevención porque la educación para la salud y las medidas higiénicas prácticamente la han erradicado. Por lo tanto no teníamos marco de referencia.

-TUBERCULOSIS PULMONAR:-La presencia de fiebre vespertina, tos seca y hemoptisis en conjunto con alteraciones radiológicas compatibles en el catastro torácico o la existencia de lesiones radiológicas por sí solas se consideraron como criterios diagnósticos para Tuberculosis pulmonar según el libro de infectología de Braude. El paciente así detectado se envió a un servicio de neumología.

-CANCER CERVICOUTERINO:-La presencia de sangrados anormales dispareunia, hemorragias postmenopáusicas con la detección de --

alteraciones compatibles en la citología vaginal o éstas por sí solas fueron los criterios diagnósticos para la presencia de Ca-Cu, según la 11a. Edición de la Medicina Interna de Harrison. La paciente así detectada fué enviada a un servicio de ginecología.

-CANCER DE MAMA:-La alteración anatómica de las mamas, como piel de naranja, cambio de coloración o situación del pezón y alteraciones compatibles en la mamografía, cualquiera de éstas fué considerada como criterio diagnóstico de acuerdo con el artículo publicado en el Annals of Surgery de diciembre de 1983 y la Medicina Interna de Harrison de 1987. Se debe mencionar que a la paciente se le preguntó en la Historia Clínica si realiza la autoexploración de mamas y si contesta que no se le dan recomendaciones necesarias. A la paciente así detectada se le envió a un servicio de oncología.

-SIFILIS:-El único criterio diagnóstico en ésta Historia Clínica para sífilis fué la presencia de un VDRL positivo según el libro de infectología de Braude y el artículo de junio de 1985 sobre neurosífilis. Además se preguntó para fines estadísticos la presencia de gomas en el pene. El paciente así detectado se le envió a un servicio de Medicina Preventiva.

-BLENORRAGIA:-Según el libro de Braude ya citado la presencia de supuración en el pene con o sin disuria, sería un criterio diagnóstico suficiente para nuestra Historia Clínica, pero en la mujer no encontramos un criterio diagnóstico de suficiente validez y solo por la presencia de disuria se le detectaría una infección de Vías urinarias por lo que se enviaría a una clínica

para que recibiera tratamiento que sería efectivo para la blenorragia. Los pacientes así detectados se les envió a un servicio de Medicina preventiva.

-SALUD BUCAL:-Las alteraciones anatómicas e infecciosas fueron detectadas de acuerdo a criterios convencionales por los dentistas de CLIDDA, mismos que dieron las indicaciones necesarias para cada caso.

-DIABETES MELLITUS:-Los criterios diagnósticos para Diabetes Mellitus fueron obtenidos del artículo publicado en Diabetes en Diciembre de 1979 por National Diabetes Group y habla acerca de la clasificación y diagnóstico de la Diabetes Mellitus y por el reporte publicado por la OMS sobre Diabetes Mellitus en 1985. Ambas publicaciones establecen para fines de escrutinio de Diabetes Mellitus en población aparentemente sana, la sola cifra de 140 mg/dl de glucosa en sangre es criterio diagnóstico de Diabetes Mellitus. Los pacientes así detectados se enviaron a un servicio de endocrinología.

-HIPERCOLESTEROLEMIA:-En una de las clínicas médicas mexicanas publicadas por la ANIM en 1987 (Vol. 1 No. 8) denominada hiperlipoproteinemias se establece que un colesterol total de 200 mg/dl o más es un criterio diagnóstico y se debe enviar al paciente a un servicio de Medicina Interna.

-TABAQUISMO:-El que el paciente fume ya es criterio diagnóstico, pero según la Medicina Interna de Harrison; este empeora si se fuman más de 20 cigarrillos por día o se tiene más de 10 años de fumador, enviándose al paciente a un servicio de Med. Int.

-ALCOHOLISMO:-Los criterios diagnósticos utilizados para -- considerar un paciente como alcohólico fueron los criterios mayores para alcoholismo establecidos por el National Council of Alcoholism en 1982 y que son la presencia de alteraciones neuropsiquítricas por beber y la dependencia fisiológica al alcohol. Esto detectado mediante el cuestionario S.A.A.S.T. (Self Administered Alcoholism Screening Test) modificado y traducido a nuestromedio que además nos proporciona datos sobre los demás bebedores no considerados alcohólicos. Los pacientes así detectados se enviaron a un servicio de psiquiatría.

SUBGRUPO B:-

-CARDIOPATIA ISQUEMICA:-El antecedente de haber sufrido un Infarto Agudo del Miocardio o de tener un angor hicieron el diagnóstico. Además la presencia de características clínicas como dolor típico y manifestaciones neurovegetativas junto con alteraciones en el electrocardiograma o cualquiera de ambas, hicieronpensar en el diagnóstico probable de Infarto Agudo del Miocardio o angor (Cardiología de Klones 1987).

-ANEMIA:-Según los valores Coulter, las cifras normales de Hb en el Distrito Federal son de  $16 \pm 2$  en hombres y  $14 \pm 2$  en mujeres pero no se tiene un valor específico para determinar anemia y en el interrogatorio se pregunta sobre la presencia de el síndrome anémico que junto con las cifras bajas de Hb hacen el diagnóstico más probable.

-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA:-La presencia de tos por más de 3 meses nos da la probabilidad diagnóstica de una - - - -

bronquitis crónica, además las alteraciones en los valores espirométricos conducen a este Diagnóstico también. Se preguntó además otros tipos de manifestaciones pulmonares para correlacionar las con la espirometría anormal. Al paciente se le envía a un -- servicio de Neumología.

-CIRROSIS HEPATICA:-La sola presencia de alteraciones en -- las enzimas hepáticas es suficiente para pensar en ésta probabilidad diagnóstica y enviar al paciente a gastroenterología.

-ENFERMEDAD ACIDO-PEPTICA:-La sola presencia de las manifestaciones clínicas, clásicas de acuerdo con la Gastroenterología de Bockus, nos hacen pensar en la existencia de alguna de las -- causas de enfermedad ácido-péptica. Por lo que se debe enviar al gastroenterólogo al paciente.

-ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA:-Si un paciente de más -- de 40 años de edad tiene artralgiás que aumentan con la actividad o descenso de la temperatura, tiene deformidades en las manos y crujidos al empezar a mover las articulaciones, lo más probable es que sea una Enfermedad articular degenerativa. Debe de enviarse con el reumatólogo.

-ARTRITIS REUMATOIDE:-La presencia de rigidez matutina, inflamación dolorosa por más de un mes en 2 o más articulaciones -- bilateral y simétrica con períodos de exacerbaciones y remisiones y con deformaciones en las articulaciones, dolorosas, hacen que sea probable una artritis reumatoide, y debe ver al paciente un reumatólogo.

-GOTA:-La presencia del cuadro clínico clásico de gota y de tofos gotosos hace aparente el cuadro de gota y debe revisarse-- por Medicina Interna.

-CEFALEA:-En la Historia Clínica se preguntó en caso de que exista cefalea una serie de parámetros que son localización, fre cuencia, duración, severidad, presencia de pródromos, síntomas - asociados, hábitos de sueño, factores precipitantes, factores -- precipitantes, factores emocionales, relación con la ocupación,- historia familiar (en antecedentes), relación estacional, aler-- gias, factores menstruales u obstétricos, y antecedentes médico- quirúrgicos, que de acuerdo a las respuestas positivas en las -- preguntas formuladas para explorar éstos parámetros nos guiarán- a uno de los tipos de cefalea que existen y de acuerdo a esto se enviará con un neurólogo.

-VARIOS:-Existen además una serie de preguntas que identifi can a varias enfermedades con fines estadísticos y epidemiológi- cos más que de detección oportuna. Por ejemplo se pregunta la -- presencia de un síndrome urinario bajo, de disestesias más orien tado a Diabetes Mellitus, etc. También se incluyeron las 7 pre-- guntas del cáncer propuestas por los Institutos Nacionales de -- Cáncer de Estados Unidos. De acuerdo a las respuestas se toman - las medidas necesarias ya sea para control o tratamiento.

## D I S C U S I O N

En nuestro medio no existe un precedente a este tipo de trabajo, es por eso que aún falta mucho por hacer, a pesar de haber querido utilizar referencias mexicanas para la elaboración de las preguntas y las rutas diagnósticas de este estudio, éstas a su vez están basadas principalmente en estudios norteamericanos. Por lo tanto es necesario evaluar con métodos estadísticos la utilidad diagnóstica de las preguntas, los exámenes y la exploración como se llevan al momento de terminar este trabajo. Así mismo se debe evaluar la utilidad epidemiológica de la detección de este grupo de enfermedades y hacer la correlación con las partes de la Historia Clínica. En conjunto con esto al hacer un diagnóstico situacional de las características de salud en nuestra población se deben agregar o quitar enfermedades de acuerdo a su importancia en la población. Con esto se marcan patrones de referencia para autoevaluación y mejoramiento del método. También se elaboran análisis de costo-beneficio y finalmente se logrará de una manera óptima el establecimiento de una vida óptima en cuestión de salud.

Es importante también mejorar la educación para la salud en el aspecto preventivo y asimismo, la utilidad de este tipo de Historia Clínica para que se establezca en otros niveles y tipos de población sirviendo por lo tanto para la comparación de métodos y sistemas y nuevamente la optimización de los mismos.

Se debe hacer notar que la evaluación médica periódica continúa en evaluación y seguimiento aún en los países que van más-

adelantados en este rubro porque su eficacia no está plenamente demostrada y porque los estudios controlados, comparativos y de seguimiento de este método están en proceso y no se han elaborado conclusiones.

Es por esto que pasará algún tiempo en que se establezca -- una evaluación médica periódica eficaz. Tiempo y tal vez los autores no veamos, pero la tarea está empezada.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bruslow, L. Sommers, A.R.: The Lifetime Health Monitoring Program. A Practical Approach to -- Preventive Medicine. NEM. 296: 601-608, 1977
- 2.- Canadian Task Force: The Periodic Health Organization. CMA Journal. 121: 1193-1254, 1979
- 3.- Diles, L.G., Friedman, G.D., Collen, M.F.: Evaluating Periodic Multiphasic Health Checkups: A Controlled Trial. J.Chron.Dis., 32: 385-404, 1979
- 4.- Charap, M.H.: The Periodic Health Examination: Genesis of a Myth. Annals of Int. Med. 95:733-735, 1981
- 5.- Council on Scientific Affairs: Medical Evaluations of Healthy Persons. JAMA. 249:1626-1633, 1983
- 6.- Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group: Multiple Risk Factors Intervention - Trial. Risk Factor Changes and Mortality Results. JAMA. 248:1465-1477, 1982
- 7.- Covell, D.G., et al.: Information Needs in Office Practice: Are They Being Met? Annals of Int. Med. 103:596-599, 1985
- 8.- Trautlein, J.J.: How much yield from a health screen? Patient Care, October 15, 1974
- 9.- Medicine. Scientific American. Periodic Health Evaluation. 1987
- 10.- 1988 Joint National Committee: The 1988 Report of the Joint National Committee on Detection Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Arch. Med. Int. 148:1023-38, 1988.
- 11.- Arrieta B., M.G.: Criterio Diagnóstico de la fiebre reumática. Actualización en Med., ISSSTE Vol. 1 No. 2: 11-12, 1987
- 12.- D.C. Dumonde, M.W. Steward. Standardization in Clinical-Laboratory Investigation. Laboratory Tests in the Rheumatic Diseases. 229-52. 1986.
- 13.- The American Rheumatism Association 1987 revised Criteria for the classification of rheumatoid arthritis. Arthritis and Rheumatism. 31:3-315-23. 1988
- 14.- González E., et al. Diagnosing Breast Cancer Using Frozen Sections from Tru-cut Needle Biopsies Ann. Surgery. 202: 6; 696-701. 1983.
- 15.- Lijtszain S.C., Terrés S.A.M., Sáenz de M.C.A., Hiperlipoproteinemias. Clínicas Med. Mex. AMIM Vol. 1 No. 8. 1987.
- 16.- National Diabetes Data group. Classification and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Other Categories of Glucose Intolerance. Diabetes Vol. 28. 1039-57. 1979.
- 17.- WHO Study Group. Diabetes Mellitus. World Health Organization Technical Report Series 727. 1985
- 18.- Simon R.P. Neurosyphilis. 42: 606-13. June 1985. Arch Neurol.
- 19.- Milani A. et al., Prognosis Significance of Clinical and Laboratory Parameters in Liver Cirrhosis A Multivariate Statistical Approach. Hepato-Gastroenterol. 32: 270-272. 1985.
- 20.- Bazán P.C. et al., Abordaje del paciente neuropatía. Revista del AMIM Vol. 3; 2; 8-11. 1987.
- 21.- James H.V., Importancia de los factores de riesgo en la hipertensión arterial sistémica. Actualización en Medicina. ISSSTE. 1; 3; 10-11. 1987.
- 22.- Espino-Barros M.E. Bases clínicas para el diagnóstico del paciente diabético. Actualización en Medicina ISSSTE. 1; 12-14. 1987.
- 23.- Aguero R. N.E. et al., Cardiopatía isquémica. Clínicas Médicas Mexicanas. AMIM. 1; 7; 1987.
- 24.- Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for Revised Clinical and Electroencephalographic Classification of Epileptic Seizures Epilepsia. 22: 489-501. 1981.
- 25.- S.S.A.: Programa Nacional de Prevención de Accidentes. Subsecretaría de Salubridad. Dirección General de Epidemiología. México. Enero 1 de 1981. Vol. 2 No. 13.
- 26.- Molina P.V. Sánchez M.L. El alcoholismo en México. México, D.F. Fundación de Investigaciones Sociales A.C., 1983, Vol. 1 y 3,
- 27.- Souza y Machorro M., Alcoholismo, conceptos básicos. Méico D.F., Ed. El Manual Moderno. 1988 56-72.
- 28.- Selzer M.L. The Michigan Alcoholism Screening Test: (M.A.S.T.); The quest for a new diagnostic Am. J. Psychiatry 1971; 127: 1653-58.
- 29.- Moore R.A. The diagnosis of alcoholism in a Psychiatric Hospital: A trial of the Michigan alcoholism screening test (M.A.S.T.) Am. J. Psychiatr. Jun 1972; 128(12):1565-69.
- 30.- Hurt R.D., Morse, R.M., Swenson W.M. Diagnosis of alcoholism with a self administered alcoholism screening test. Mayo Clin Proc., Jun 1980; 55: 365-70.
- 31.- Anónimo. Screening tests for alcoholism? The Lancet. Nov. 22, 1980; 117-8.

- 32.- Pokorny A.D.; Miller B.A.; Kaplan H.B. The brief M.A.S.T.: a shortened version of the Michigan alcoholism screening test. *Am. J Psychiatr.* 1972; 129(3): 342-4.
- 33.-Harrison's Principles of Int. Med. Eleventh Edition. 1987.
- 34.-Braude. *Medical Microbiology and Infectious Diseases.* 1981.