

11202 47
25y



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

Dirección General de Servicios de Salud del Departamento
del Distrito Federal.

Dirección de Enseñanza e Investigación.

Subdirección de Enseñanza.

Departamento de Posgrado.

Curso Universitario de Especialización en Anestesiología

"VALORIZACION PREDICTIVA DE SOBREVIVENCIA EN EL
PACIENTE QUIRURGICO DE ALTO RIESGO"

Trabajo de Investigación Clínica

P r e s e n t a

DRA. LAURA PEREZ LOPEZ

Para obtener el Grado de

ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA

Ciudad de México
Servicios de Salud
DDF



Director de Tesis:
DR. JORGE F. CUENCA DARDON

México, D. F. 1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

INDICE

	PAGINAS
1. INTRODUCCION	06
2. MATERIAL Y METODOS	12
3. RESULTADOS	14
4. CONCLUSION	27
5. DISCUSION	29
6. RESUMEN	30
7. BIBLIOGRAFIA	31

INDICE DE CUADROS

	PAGINAS
CUADRO (I) ESTADO FISICO Y MORTALIDAD	16
CUADRO (II) PATOLOGIA PREVIA AGUDIZADA Y MORTALIDAD	17
CUADRO (III) DIAGNOSTICO DE INGRESO CONSIDERADO COMO FATAL Y MORTALIDAD	19
CUADRO (IV) GRUPOS DE EDAD Y MORTALIDAD	20
CUADRO (V) TIPO DE CIRUGIA Y MORTALIDAD	21
CUADRO (VI) TIEMPO ANESTESICO-QUIRURGICO Y MORTALIDAD	23
CUADRO (VII) VALORACION INTEGRAL Y MORTALIDAD	23
CUADRO (VIII) INGESTA DE MEDICAMENTOS Y MORTALIDAD	23
CUADRO (IX) TIPO DE ANESTESIA Y MORTALIDAD	24
CUADRO (X) COMPLICACIONES Y MORTALIDAD	25
CUADRO (XI) CAUSAS DE FALLECIMIENTO	25
CUADRO (XII) TIEMPO DE VIDA POSTQUIRURGICO	26
CUADRO (XIII) INDICE PREDICTIVO DE MORTALIDAD	26

INDICE DE FIGURAS

		PAGINAS
FIGURA (1)	ESTADO FISICO Y DEFUNCIONES	16
FIGURA (2)	PATOLOGIA PREVIA AGUDIZADA	17
FIGURA (3)	PATOLOGIA PREVIA AGUDIZADA Y MORTALIDAD	18
FIGURA (4)	DIAGNOSTICO DE INGRESO CONSIDERADO COMO FATAL Y MORTALIDAD	19
FIGURA (5)	GRUPOS DE EDAD Y MORTALIDAD	20
FIGURA (6)	TIPO DE CIRUGIA	21
FIGURA (7)	TIPO DE CIRUGIA	22
FIGURA (8)	TIPO DE ANESTESIA	24
FIGURA (9)	CAUSAS DE FALLECIMIENTO	25
FIGURA (10)	INDICE PREDICTIVO DE MORTALIDAD	26

1. INTRODUCCION

El riesgo es una probabilidad de daño eventual, que puede producirse en las personas o cosas. siendo el ejercicio diario de la anestesia un riesgo de gran magnitud, ya que una variedad de eventos anestésicos desfavorables, inesperados e infortunados pueden conducir a mayores o menores complicaciones y secuelas.

Dentro de las complicaciones o accidentes involucrados en el acto anestésico existen causas: fisiológicas, traumáticas, bioquímicas, farmacológicas y personales complejas pero susceptibles de ser prevenidas.

En 1858, el Dr. John Snow publicó un estudio sistématico de muertes en anestésia "On Chloroform and other anesthetics" tratando de encontrar las causas.

En 1875, la Asociación Médica Británica, ante la necesidad de valorar el grado de mortalidad durante el acto anestésico con cloroformo, decidió nombrar un Comité de Investigación para determinar los factores que contribuyen a tal situación.

Posteriormente, en 1940, la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA) integró un comité para determinar el estado físico del paciente y, un año despues, en 1941, propusieron un método que fué aceptado internacionalmente.

La clasificación original consideraba 7 grupos: Los primeros 4, utilizados en cirugía electiva y las clases 5 y 6, para las urgencias; el grupo 7 clasificaba pacientes moribundos, cuyo fallecimiento era esperado dentro de las primeras 24 horas con o sin intervención quirúrgica. Esta clasificación fué utilizada hasta 1961, año en que Dripps propuso una clasificación más sencilla, al eliminar los grupos 5 y 6, agregando la letra "U" a los de urgencia; ésta clasificación fué aprobada en 1962 por la ASA y es utilizada actualmente.

En 1966, en México, Pérez Tamayo, agregó a la clasificación la letra A y B, para designar la magnitud de la intervención: A para la cirugía considerada como menor y B para la considerada como mayor.

En 1944, Trent y Gaster, durante la Segunda Guerra Mundial, revisaron 54,000 anestias administradas entre los años de 1930 y 1943, colectando al final 64 defunciones, que subdividieron en: 11 muertes atribuidas a causas quirúrgicas como la hemorragia, el choque y la infección; 27 fallecimientos atribuidos al anestesiolego(aspiración, depresión respiratoria) y 26 de causa desconocida.

En 1960, The Baltimore Anesthesia Study Committee, revisó 1024 muertes postoperatorias, durante un periodo de 5 años y medio, encontrando 19.9 % relacionadas a la anestesia.

En 1970, el Special Committee Investigating Deaths Under Anesthesia encontraron 1215 errores en 286 fallecimientos y se clasificaron en 12 principales categorías, a saber: preparación preoperatoria inadecuada, reanimación inadecuada, agente anestésico mal empleado, ventilación inadecuada, sobredosis de farmacos, broncoaspiración, depresión miocárdica, arritmias cardiacas, etc., atribuyendose estos fallecimientos responsabilidad al anestesiolego.

En 1979, Flores-Cordova, propusieron una escala complementaria a la de ASA, en la cual se incluyen factores desfavorables para el paciente, y en base a esta escala en 1985, Mendoza-Feria, Flores-Cordova y Pérez Tamayo revisaron en forma retrospectiva 80 casos de defunciones.

Para 1982, Pérez Tamayo, Joo-Reyes, usando la escala propuesta por Flores-Cordova, realizaron un estudio prospectivo, al realizar una valorización integral del Riesgo Anestésico-Quirúrgico (RAQ).

En 1981, Alfaro Rodríguez-De Lille Fuentes, realizaron en forma retrospectiva un estudio, en el Instituto Nacional de Nutrición, de 134 pacientes que presentaron complicaciones postoperatorias, de los cuales 11 fallecieron, 6 masculinos y 5 femeninos con edad media de 56.9 años, con estado físicos ASA: 7 con grado IV, 2 con ASA III, 2 con grado II; en dicho estudio se observó que varios de los fallecimientos se iniciaron durante el acto quirúrgicos y se pudieron atribuir a sangrado, y efectos secundario al estado de choque, como acidosis metabólica y signos francos de hipoxia tisular. Concuerta con otros autores que señalan entre las principales causas de muerte postoperatoria en las primeras 48 horas: Falla en la ventilación, aspiración de contenido gástrica, falla cardíaca súbita incluyendo arritmias, depresión del miocardio por sobredosis de medicamentos hipotensión progresiva, usualmente por hemorragia y también hipoxia.

En las valorizaciones preoperatorias se presentan frecuentemente, condiciones, que influyen de manera importante, sobre la morbimortalidad del procedimiento anestésico-quirúrgico, tales como: Antecedentes de Infarto del Miocardio, Obesidad, baja concentración de hemoglobina, y alguna farmacoterapia específica.

En forma aislada varios autores, han demostrado que existen otros factores que modifican el riesgo anestésico-quirúrgico: Edad, estado físico, magnitud de la cirugía, tiempo anestésico, patología previa, interacción medicamentosa.

En 1981, se analizaron estos factores, en un estudio realizado para pronóstico de sobrevivencia en 6 centros hospitalarios, de dos diferentes niveles de atención médica: Hospital de Especialidades Centro Médico "La Raza", el Hospital de Traumatología, el Hospital de Ortopedia, y el Hospital de Ginecoobstetricia de C.M. "La Raza"; a segundo nivel, el Hospital General de Centro Médico "La Raza" y el Hospital de Ginecoobstetricia No.3 en el estudio se obtuvieron valores de las siguientes variables:

- » 1. Estado Físico del paciente IV o V (Clasificación ASA)
- » 2. Patología Previa Agudizada
- » 3. Diagnostico de ingreso considerado como "fatal"
- » 4. Edad avanzada (mayor de 65 años de edad)
- » 5. Cirugía Mayor
- » 6. Cirugía de Urgencia
- » 7. Tiempo de cirugía mayor de 2 horas
- » 8. Falta de ayuno adecuado
- » 9. Omisión de una valoración integral

La presencia de uno o más de los puntos antes mencionados, se consideran como factores de riesgo, y se asignaron dos puntos a los primeros 6 y un punto para los 3 últimos. El puntaje total de factores de riesgo fué de 15 puntos.

En 1985, Paredes-Hernández, Pérez-Tamayo y Florez-Cordova sometieron a prueba en un estudio las escalas de Goldman, Cooperman, Rig y Jones y el Índice Predictivo de Mortalidad Anestésico-Quirúrgico (I.P.M.A.Q.) haciendose evidente que el I.P.M.A.Q. tiene un mayor grado de captación de factores de riesgo, permitiendo establecer un pronóstico más preciso respecto a la sobrevida y/o mortalidad esperada ante un procedimiento anestésico quirúrgico.

El IPMAQ permite establecer una valorización integral relacionado a la posibilidad de tolerancia del acto anestésico-quirúrgico, así mismo de la recuperación postoperatoria.

El IPMAQ permite también evaluar en forma indirecta la calidad de el servicio dado al paciente.

El Índice Predictivo de Mortalidad Anestésico-Quirúrgico (IPMAQ) se integró en 1986 por Viveros-Dorantes, Mendoza-Feria y Pérez Tamayo y a partir de entonces se han continuado las evaluaciones prospectivas, así también se ha ido ajustando el grado de precisión.

En base a los antecedentes ya mencionados, se considero de interés aplicar la valorización del IPMAQ, para estudiar la mortalidad existente en una de las unidades de segundo nivel de atención de los S.S.D.D.F.

'VALORACION PREDICTIVA DE SOBREVIVENCIA EN EL PACIENTE
QUIRURGICO DE ALTO RIESGO'

HOJA DE REGISTRO DE DATOS

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____ EXP. _____
TALLA _____ PESO _____ T.A. _____ F.C. _____ F.R. _____ P.V.C. _____ HB _____ HTO _____
FECHA _____ UNIDAD _____ CAMA _____

DIAGNOSTICO DE INGRESO _____
CIRUGIA REALIZADA _____

VARIABLES	PUNTAJE
ESTADO FISICO ASA II IV V	_____
PATOLOGIA PREVIA AGUDIZADA	_____
DIAGNOSTICO DE INGRESO CONSIDERADO COMO FATAL	_____
MAYOR DE 65 AÑOS	_____
CIRUGIA MAYOR	_____
CIRUGIA DE URGENCIAS	_____
TIEMPO DE CIRUGIA MAYOR DE 2 HORAS	_____
OMISION DE UNA VALORACION INTEGRAL	_____
INGESTA DE MEDICAMENTOS HASTA EL MOMENTO DE LA CIRUGIA	_____
TIPO: _____ DOSIS _____ TIEMPO _____	TOTAL: _____

EVOLUCION POSTERIOR _____

COMPLICACIONES _____

TIEMPO ANESTESICO _____ TIEMPO QUIRURGICO _____

TIPO DE ANESTESIA _____

TIPO DE CIRUGIA _____ URGENTE
_____ ELECTIVA

NO. DE DIAS ESTANCIA HOSPITALARIA _____

ALTA POR MEJORIA _____ DEFUNCION _____

DIAGNOSTICO DE INGRESO _____

VALORACION PREDICTIVA DE SOBREVIVENCIA EN EL PACIENTE QUIRURGICO DE ALTO RIESGO

VARIABLES	PUNTAJE
ESTADO FISICO ASA III, IV, V	2
PATOLOGIA PREVIA AGUDIZADA	2
DIAGNOSTICO DE INGRESO CONSIDERADO FATAL	2
MAYOR DE 65 AÑOS	2
CIRUGIA MAYOR	2
CIRUGIA DE URGENCIAS	2
TIEMPO DE CIRUGIA MAYOR DE 2 HORAS	2
OMISION DE UNA VALORACION INTEGRAL	2
INGESTA DE MEDICAMENTOS HASTA EL MOMENTO ACTUAL	2

PUNTOS	MORTALIDAD
8 - 9	10-20 %
10-11	21-30 %
12-13	31-50 %
14-15	81-100 %

2. MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, observacional, descriptivo, dentro del periodo comprendido en el mes de agosto de 1992, de la actividad quirúrgica en el Hospital General "Xoco de los S.S.D.D.F.

Para la recolección de datos se diseñó una hoja de registro de datos, utilizándose la forma de IPMAQ. La valorización del IPMAQ, se realizó durante la valorización preanestésica así como durante el seguimiento postoperatorio hasta su alta por mejoría o defunción.

Se estudió a la población abierta de pacientes quirúrgicos, de todos los grupos de edad, y de ambos sexos, incluyendo a pacientes con estado físico A.S.A. III, IV, y V, excluyéndose aquellos pacientes con estado físico A.S.A. I y A.S.A. II y sin existir criterios de eliminación.

Los objetivos principales de este estudio fueron:

- » 1. Estudiar la mortalidad existente
- » 2. Conocer las complicaciones transoperatorias y postoperatorias
- » 3. Comparar la relación existente entre el Estado Físico ASA y la Mortalidad.
- » 4. Relacionar la patología previa agudizada con la mortalidad
- » 5. Evaluar el tiempo de vida postquirúrgica
- » 6. Determinar las principales causas de mortalidad

- »7. Evaluar la relación existente entre cirugía electiva, cirugía de urgencia, cirugía mayor, cirugía menor, tipo de anestésia, tiempo de anestésico-quirúrgico con la mortalidad observada.
- »8. Relacionar la omisión de una valoración integral y la ingesta de medicamentos con la mortalidad.
- »9. Relacionar el diagnóstico de ingreso considerado fatal con la mortalidad.
- »10. Comparar la mortalidad esperada con la real, para valorar la precisión de la valoración de IPMAQ.

Las variables que se consideraron en este estudio fueron las siguientes:

- »1. Estado Físico ASA III, IV, V
- »2. Patología Previa Agudizada
- »3. Diagnóstico de ingreso considerado fatal
- »4. Mayor de 65 años
- »5. Cirugía Mayor
- »6. Cirugía de Urgencias
- »7. Tiempo de cirugía mayor de 2 horas
- »8. Omisión de una valoración integral
- »9. Ingesta de medicamentos hasta el momento actual

A cada variable se le asignó un valor, siendo el puntaje total de 15 (ver hoja correspondiente).

3. RESULTADOS

Se estudió un total de 21 pacientes, de los cuales, 13 correspondieron al sexo masculino y 8 al sexo femenino.

En relación al Estado Físico ASA, 10 pacientes presentaron ASA III, 4 pacientes con ASA IV, 7 con ASA V.

La mortalidad más elevada se observó en pacientes con Estado Físico ASA V (Cuadro I, figura I).

La presencia de patología previa agudizada incrementó la mortalidad, encontrándose que el 76% de los pacientes contaban con patología previa agudizada y un 24% no la tenían, así mismo, se detectó que la mortalidad más elevada la presentaron pacientes con Diabetes Mellitus (Cuadro II, figura 2).

Los pacientes con diagnóstico de ingreso considerado como fatal presentaron mortalidad más elevada, en un 87.5%, en relación con los pacientes que no lo tenían, que presentaron un 12.5% de mortalidad (cuadro 3, figura 3).

En relación a la edad, la mortalidad más elevada se observó en los grupos de 15 - 44 años y de 50 - 64 años (cuadro IV, figura IV).

En relación al tipo de cirugía, se encontro que la mortalidad más elevada se presentó en las cirugías de urgencia y cirugía mayor (cuadro V, figuras 6 y 7).

El tiempo Anestésico-Quirúrgico de 1-3 horas, se asoció a un porcentaje mayor de mortalidad (cuadro VI).

El 90% de los pacientes contaban con una valoración integral y de estos, el 38% fallecieron (cuadro VII).

La ingesta de medicamentos previa a la cirugía, se asoció a un 25 % de mortalidad (cuadro VIII).

Los pacientes que recibieron anestesia general inhalatoria presentaron un porcentaje mayor de mortalidad (cuadro IX, figura 8).

Se presentaron 11 complicaciones postoperatorias, de los cuales 7 pacientes fallecieron, y 5 complicaciones transoperatorias, falleciendo 1 paciente (cuadro X).

En relación al tiempo de sobrevida, se encontro que el 52% de los pacientes, presentaron una sobrevida mayor de 30 días (cuadro 12).

ESTADO FISICO Y MORTALIDAD

ESTADO FISICO	NUMERO DE PACENTES	PORCIENTO	DEFUNCIONES	PORCIENTO
III	10	48 %	1	4.8 %
IV	04	19 %	1	4.8 %
V	07	33 %	6	28.5 %

Cuadro I

ESTADO FISICO Y FALLECIMIENTO

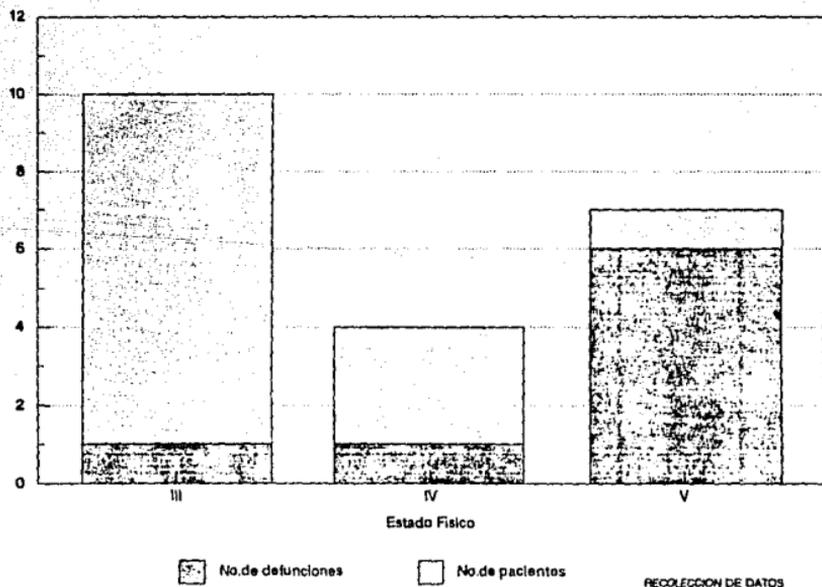


Figura 1

PATOLOGIA PREVIA AGUDIZADA

PATOLOGIA	NUMERO DE	PORCIENTO	DEFUNCIONES	PORCIENTO
CARDIOPATIAS	2	11 %	1	12.5 %
DIABETES	3	17 %	2	25.0 %
EPOC	3	17 %	1	12.5 %
HIPERTENSION ARTERIAL	2	11 %	1	12.5 %
OTROS	8	44 %	3	37.5 %

Cuadro II

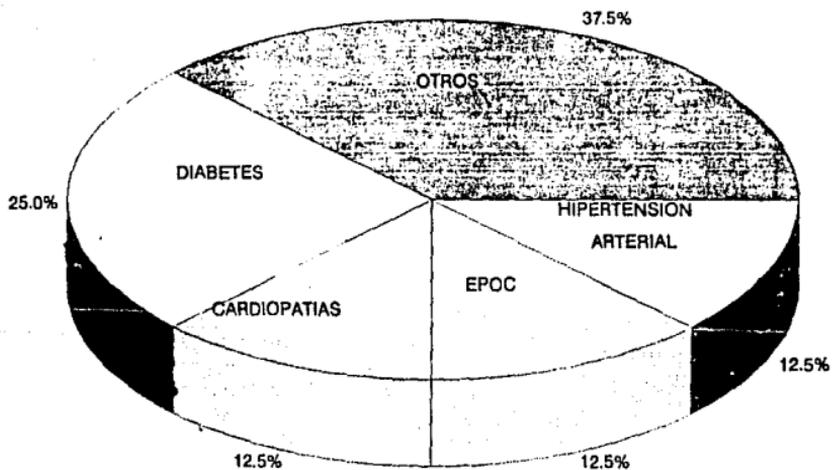
PATOLOGIA PREVIA AGUDIZADA



RECOLECCION DE DATOS

Figura 2

PATOLOGIA PREVIA AGUDIZADA Y MORTALIDAD



RECOLECCION DE DATOS

Figura 3

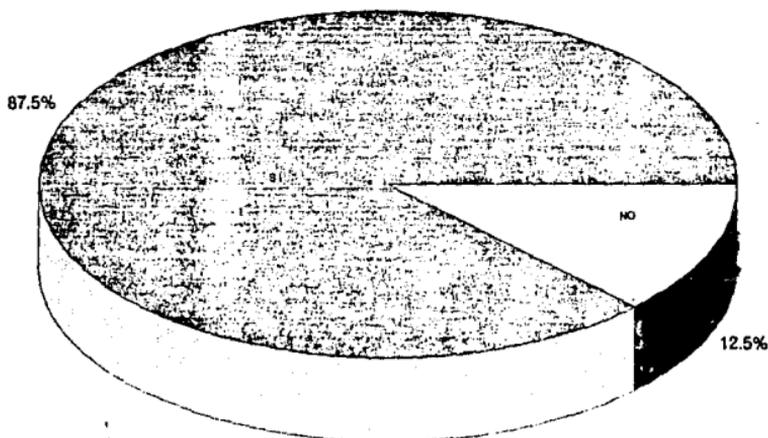
DIAGNOSTICO DE INGRESO CONSIDERADO FATAL Y MORTALIDAD

DIAGNOSTICO DE INGRESO FATAL	NUMERO DE PACIENTES	PORCIENTO	DEFUNCIONES	PORCIENTO
SI	15	71 %	7	33 %
NO	6	28.5 %	1	4.8 %

Cuadro III

DIAGNOSTICO DE INGRESO CONSIDERADO FATAL

Y MORTALIDAD



RECOLECCION DE DATOS

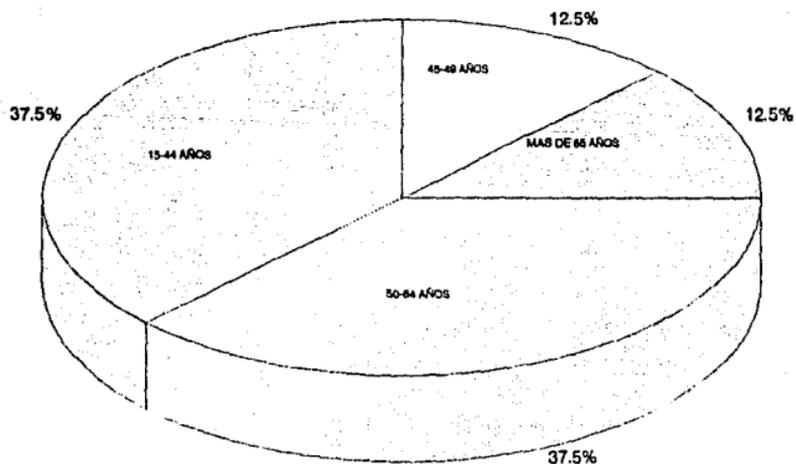
Figura 4

GRUPOS DE EDAD Y MORTALIDAD

GRUPOS DE EDAD	NUMERO DE PACIENTES	PORCIENTO	DEFUNCIONES	PORCIENTO
15-44 AÑOS	10	48 %	3	14.2 %
45-49 AÑOS	2	10 %	1	4.8 %
50-64 AÑOS	6	28.5 %	3	14.2 %
más de 65	3	14.2 %	1	4.8 %

Cuadro IV

GRUPOS DE EDAD Y MORTALIDAD



RECOLECCION DE DATOS

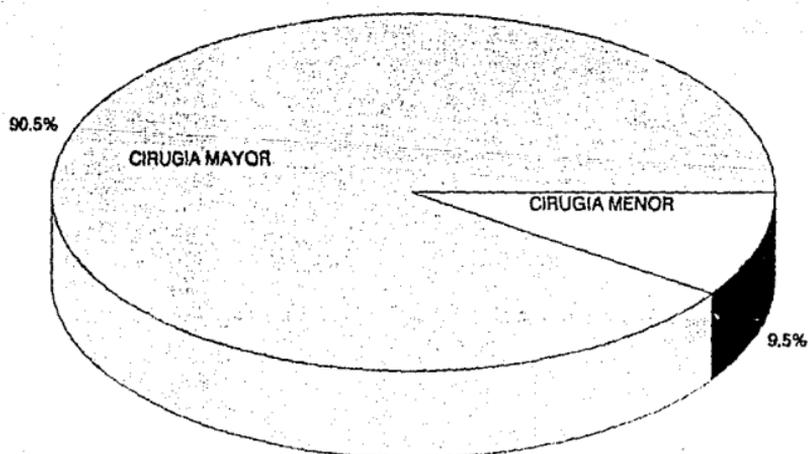
Figura 5

TIPO DE CIRUGIA Y MORTALIDAD

CIRUGIA MAYOR	NUMERO DE PACIENTES	PORCIENTO	NUMERO DE DEFUNCIONES	PORCIENTO
SI	19	90.5 %	8	38 %
NO	2	9.5 %	0	0 %

Cuadro V

TIPO DE CIRUGIA



RECOLECCION DE DATOS

Figura 6

TIPO DE CIRUGIA

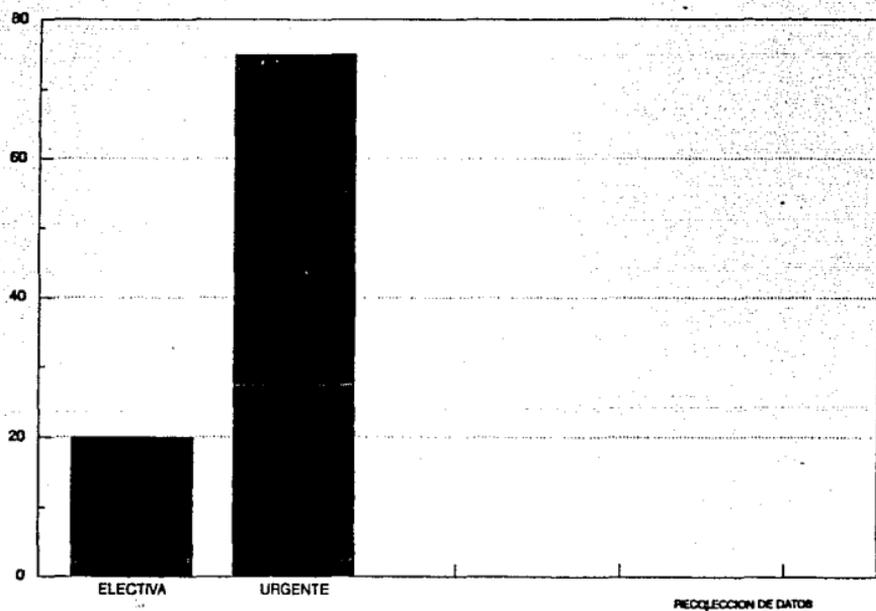


Figura 7

TIEMPO ANESTESICO QUIRURGICO Y MORTALIDAD

DURACION (HORAS)	NUMERO DE PACIENTES	PORCIENTO	DEFUNCIONES	PORCIENTO
Menos de 1 hr.	1	5 %	1	12.5 %
1-3 hrs.	13	62 %	5	62.5 %
3-5 hrs.	6	28 %	1	12.5 %
5-7 hrs.	1	5 %	1	12.5 %
más de 7 hrs.				

Cuadro VI

VALORACION INTEGRAL Y MORTALIDAD

VALORACION INTEGRAL	NUMERO DE PACIENTES	PORCIENTO	DEFUNCIONES	PORCIENTO
CON VALORACION	19	90 %	8	38 %
SIN VALORACION	2	10 %	0	0 %

Cuadro VII

INGESTA DE MEDICAMENTOS Y MORTALIDAD

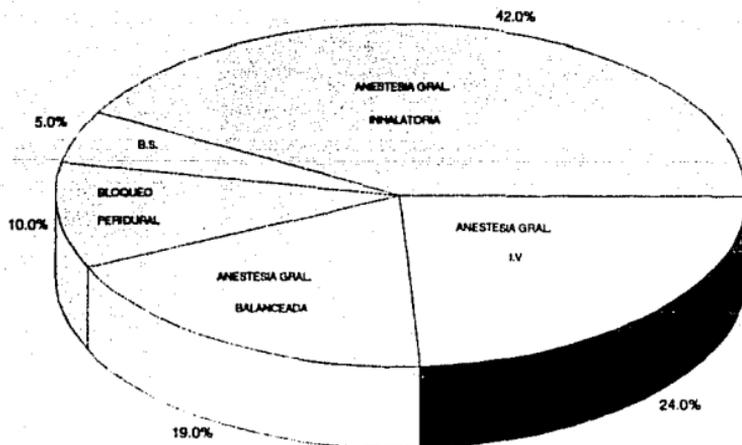
INGESTA DE MEDICAMENT.	NUMERO DE PACIENTES	PORCIENTO	DEFUNCIONES	PORCIENTO
SI	6	28.5 %	2	25 %
NO	15	71.4 %	6	75 %

Cuadro VIII

TIPO DE ANESTESIA Y MORTALIDAD

TIPO DE ANESTESIA	NUMERO DE PACIENTES	PORCIENTO	DEFUNCION	PORCIENTO
Anestesia Gral. Inh.	9	42 %	5	62.5 %
Anestesia Gral. I.V	5	24 %	3	37.5 %
Anestesia Gral. Balanceada	4	19 %	-	-

TIPO DE ANESTESIA



RECOLECCION DE DATOS

Figura 8

COMPLICACIONES Y MORTALIDAD

COMPLIC.	NUMERO DE PACIENTES	PORCIENTO	DEFUNCIONES	PORCIENTO
Transoperatorio	5	31 %	1	12.5 %
Postoperatorio	11	69 %	7	87.5 %

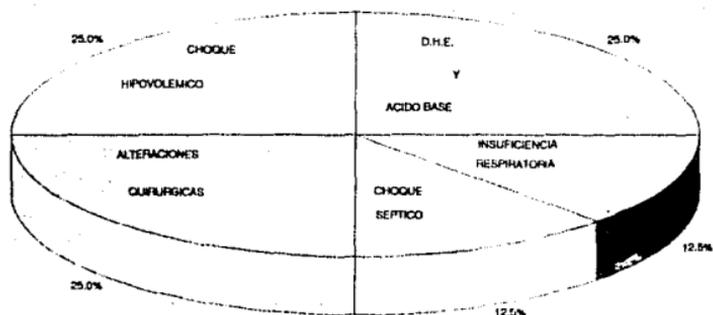
Cuadro X

CAUSAS DE FALLECIMIENTO

TIPOS DE COMPLICACIONES	NUMERO DE PACIENTES	PORCIENTO
CHOQUE HIPOVOLEMICO	2	25 %
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	1	12.5 %
ALTERACIONES CARDIACAS	-	-
INSUFICIENCIA RENAL	-	-
D.H.E. Y ACIDO BASE	2	25 %
INSUFICIENCIA HEPATICA	-	-
CHOQUE MIXTO	-	-
CHOQUE SEPTICO	1	12.5 %
ALTERACIONES QUIRURGICAS	2	25 %

Cuadro XI

CAUSAS DE FALLECIMIENTO



RECOLECCION DE DATOS

Figura 9

TIEMPO DE VIDA POSTQUIRURGICO

TIEMPO	NUMERO DE PACIENTES	PORCIENTO
24 hrs.	1	5 %
24-47 hrs.	2	9.5 %
48-71 hrs.	4	19 %
72-95 hrs.	-	-
4-6 días	1	5 %
7-14 días	2	9.5 %
15-30 días	-	-
más de 30 días	11	52 %

Cuadro XII

INDICE PREDICTIVO DE MORTALIDAD

PUNTAJE	PORCIENTO MORTALIDAD ESPERADA	NUMERO DE CASOS	DEFUNCIONES	PORCIENTO MORTALIDAD REAL
8-9	10-20 %	4	0	19 %
10-11	21-30 %	3	1	14.2 %
12-13	31-50 %	8	2	38 %
14-15	81-100 %	6	5	28.5 %

Cuadro XIII

INDICE PREDICTIVO DE MORTALIDAD

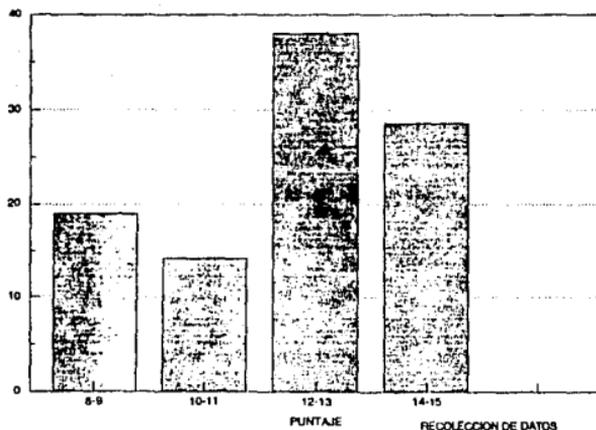


Figura 10

4. CONCLUSION

1. Existe la necesidad de una valoración integral y precisa respecto al riesgo Anestésico-Qirúrgico e informe real del Estado Físico del paciente, para contar con un Índice Predictivo de Supervivencia en el paciente quirúrgico de alto riesgo.

2. Es evidente que el Índice Predictivo de Mortalidad Anestésico-Qirúrgico (IPMAQ) tiene un mayor grado de aceptación de factores de riesgo, que la sola clasificación del Estado Físico ASA, permitiendo establecer un Pronóstico de Supervivencia o de Mortalidad en el paciente quirúrgico de alto riesgo.

3. Esta escala de predictividad es útil además para valorar la calidad de los servicios quirúrgicos y de hospitalización en forma indirecta.

4. El Estado Físico ASA V, está asociado a un mayor porcentaje de mortalidad.

5. En los pacientes con puntaje 8-9, la mortalidad esperada, de 10-20 %, correspondió a la mortalidad real, de 19%.

6. En aquellos pacientes con puntaje total de 14-15 puntos, con un 80-100% de mortalidad esperada, solo se presentó un 28.5% de mortalidad real.

7. En el grupo de pacientes calificados con 10-11 puntos, se presentó un porcentaje de mortalidad menor a la esperada, siendo esto un índice de calidad de los procedimientos anestésico-quirúrgicos y de los cuidados postoperatorios.

8. En el grupo de pacientes que obtuvo un puntaje de 12-13, la mortalidad real quedó dentro de la esperada.

9. Se encontró, mayor incidencia de mortalidad, cuando se asociaron varios factores como son: Patología previa agudizada, cirugía de urgencia y cirugía mayor.

10. Los pacientes con diagnóstico de ingreso considerado como fatal presentaron mayor porcentaje de mortalidad.

5. DISCUSION

En esta investigación se encontró, que los pacientes con Estado Físico ASA V, presentaron un puntaje mayor, y mayor porcentaje de mortalidad, lo cual puede deberse a que los hospitales generales de nuestro sistema, manejan predominantemente urgencias traumatológicas y quirúrgicas. Así mismo se observó que la mortalidad está incrementada, en los pacientes con los grupos de edad de: 15-44 y 50-64 años, siendo la cirugía de urgencia y cirugía mayor, en las que se observó mayor índice de mortalidad.

En cuanto a la valoración integral previa, se observó, que el 90% de los pacientes, contaban con esta. Con respecto al diagnóstico de ingreso considerado como fatal o no, se observó un mayor porcentaje de mortalidad, en aquellos pacientes en que se consideró el diagnóstico fatal.

En lo referente a la patología previa agudizada, esta se encontró en el 76% de los pacientes, y solo el 24% no contaban con patología previa agudizada.

Las complicaciones postoperatorias fueron 11, falleciendo 7 pacientes, siendo las causas más frecuentes, alteraciones relacionadas al Choque Hipovolémico, como son: Desequilibrio Hidroelectrolítico y ácido-base, así como alteraciones quirúrgicas inherentes a la lesión previa.

Solo se presentó una complicación transoperatoria, y se trató de un paciente que llegó en paro cardiorrespiratorio a la sala, debido a Choque Hipovolémico severo.

6. RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo del Índice Predictivo de Mortalidad Anestésico-Quirúrgico (I.P.M.A.Q.) en un grupo de 21 pacientes sometidos a procedimientos Anestésico-Quirúrgicos, en el Hospital General de Urgencias "Xoco", de los Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal.

Su objetivo fué estudiar la Mortalidad Real VS la Esperada, en aquellos pacientes quirúrgicos de alto riesgo, que reunieron la siguiente puntuacion: 8-9, 10-11, 12-13 y de 14-15 puntos.

En los grupos de pacientes calificados con puntaje de 10-11 y de 14-15 puntos, la mortalidad real, fue menor a la mortalidad esperada, mientras que aquellos pacientes que reunieron de 8-9 y de 11-13 puntos, la mortalidad real, quedó dentro del rango de la mortalidad esperada.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Viveros, Dorantes, Mendoza, Feria, Pérez Tamayo: Valoración predictiva de sobrevivencia en el paciente quirúrgico, en Unidades de Tercero y Segundo Niveles de Atención Médica, Revista Mexicana de Anestesiología, 1984.
2. Alfaro Rodriguez, De Lille Fuentes: Riesgo Anestésico, Causas y Métodos de Prevención, Revista Mexicana de Anestesiología, 1983.
3. Ruíz Guerrero, Pérez Tamayo: Índice Predictivo de Mortalidad, Grado de Precisión, Revista Mexicana de Anestesiología, 1987.
4. Mendoza Feria, Pérez Tamayo: Valoración Integral del Riesgo Anestésico-Quirúrgico, Estudio Retrospectivo, Revista Mexicana de Anestesiología, 1981.
5. Garza Pulido, Pérez Tamayo: Valoración del Índice Predictivo de Supervivencia de pacientes sometidos a procedimientos Anestésico-Quirúrgicos, Revista Mexicana de Anestesiología, 1985.
6. Joo-Reyes, Pérez Tamayo: Valoración Integral del Riesgo Anestésico-Quirúrgico, Revista Mexicana de Anestesiología, 1982.

7. Owens M : The ASA Classifications of Physical Status, A Recapitulation. Anesthesiology, 1978, 49:233-239.

8. Collins U.J.: Introducción en Anestesiología, Ed. Interamericana, México, D.F., 1979: 39,54-58.

9. Dripps R D. Lamont A. Eckenhoff J.E. : The Role of Anesthesia in Surgical Mortality, JAMA : 1961: 178,261-266.

10. Goldman L. Multifactorial Index of Cardiac Risk in Noncardiac Surgical Procedures. New England J. Medicine 1977: 197, 845-850.