



11226
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

FRECUENCIA DE ENFERMEDAD PULMONAR
OBSTRUCTIVA CRÓNICA. MOTIVO DE INGRESO AL
SERVICIO DE URGENCIAS. ESTUDIO RETROSPECTIVO.

TESIS DE POSGRADO

QUE PRESENTA PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

urgencia
DRA. MARGARITA E. HERNANDEZ CORTEZ

ASESOR:

DRA. MARTHA ALICIA GRANADOS HERNANDEZ
Médico adscrito al servicio de Urgencias del HGZ No. "30"



IMSS

MÉXICO, D.F.

m343381

OCTUBRE 2005



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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Hernández Cortez

Margarita Eugenia

FECHA: 19/04/05

FIRMA: 

1. TITULO.

Frecuencia de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, motivo de ingreso al servicio de urgencias y motivo de egreso.
Estudio Retrospectivo a 1 año.

II.- INVESTIGADOR.

Dra. Margarita Eugenia Hernández Cortez.

III.-ASESOR.

Dra. Martha A. Granados Hernández.

Médico Adscrito al Servicio de Urgencias del HGZ. No 30 "Iztacalco"
Urgencias Médico Quirúrgicas.

IV.- LUGAR.

Servicio de Urgencias -Adultos del Hospital General Regional
No. 1 "GABRIEL MANCERA" IMSS.

V. DOMICILIO

Gabriel Mancera' No. 222 Col. deL Valle C.P. 03100 Del. Benito Juárez.

FRECUENCIA DE ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRÓNICA. MOTIVO DE INGRESO AL SERVICIO DE URGENCIAS. ESTUDIO RETROSPECTIVO A 1 AÑO.

RESUMEN:

El enfisema pulmonar (EP), la bronquitis crónica (BC) y la enfermedad de las vías aéreas pequeñas, constituyen el espectro de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). La cual se ha definido según la Sociedad Americana de Tórax, como una enfermedad de etiología incierta caracterizada por el entecimiento permanente del flujo aéreo durante la espiración. Antes del reporte publicado en la revista THORAX ; clasificándolas en tres entidades, de acuerdo a las características clínico-fisiopatológicas: Bronquitis crónica, Enfisema Pulmonar y enfermedad de las vías aérea pequeña .

OBJETIVOS:

Conocer la frecuencia de enfermedad pulmonar crónica obstructiva en el servicio de urgencias. HGR No 1 .

MATERIAL Y METODOS:

Paciente ingresados al servicio de urgencias del 1 del 01 al 31 de 12 del 2003

Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal.

RESULTADOS:

En el período de estudio comprendido del 1ero de Enero al 31 de diciembre del 2003 , en el servicio de urgencias adultos del HGR. No. 1 "GABRIEL MANCERA" otorgó un total de 7181 ingresos a observación; de los cuales 331 correspondieron a pacientes portadores de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) con una frecuencia de 5%. Se determinó la frecuencia, en relación a la edad; para el grupo de edad de 20 y 40 años, 6 pacientes, frecuencia de (2 %); de 41-60 años: 55 pacientes (17 %); de 61 -80 años: 202 pacientes 60% ; 81 y más años: 68 pacientes (21%). Encontrando una relación Hombre : Mujer de 1:1.1 Al determinar la causa de ingreso se observó que 159 pacientes (37%) acudieron por dificultad respiratoria. En 169 presento IVRB con una frecuencia de (39%); y de este total el 80% correspondió a proceso bronquial agudizado, y el 20% a proceso neumónico. En 103 (24%) fue otra causa. se encontró que 134 de los pacientes, ameritaron ingreso a Medicina Interna (40%), y 173 pacientes (53%), permanecieron urgencias, los egresados fueron: 24. (7%).

CONCLUSIONES: Se observó que este grupo de pacientes la mayoría son económicamente activos; además dentro de sus antecedentes de importancia se encuentra el antecedente de tabaquismo sin precisar la frecuencia, sin embargo, no se pudo determinar la frecuencia exacta por esta causa. En el grupo de edad de 81 y más años; en su mayoría fueron mujeres, y como antecedentes tenían el haber cocinado durante su juventud con leña, carbón o petróleo.



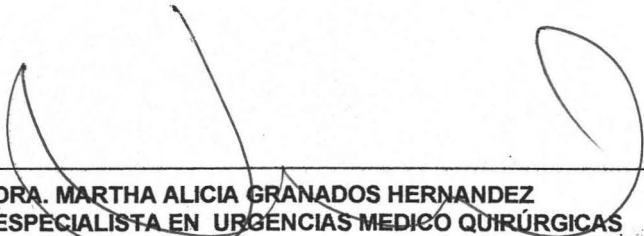
U. M. F. No. 28
C. D. S.
RECORRIDO
NOV. 18 2004
BIBLIOTECA

Dr. JOSE ANTONIO RODRIGUEZ COVARRUBIAS
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 28
" GABRIEL MANCERA "



IMSS
JEFATURA DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION
CLINICA 28

DR AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 28
" GABRIEL MANCERA "



DRA. MARTHA ALICIA GRANADOS HERNANDEZ
ESPECIALISTA EN URGENCIAS MEDICO QUIRÚRGICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 30
" IZTACALCO "

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por trazar el camino por el que debo andar y demostrarme que estando con él se puede salir adelante, por que se que el siempre va conmigo.

A MI MAMA:

Por estar siempre conmigo, por ser mi amiga incondicional, siempre dándome tu apoyo y comprensión a cada momento, por que sin tu apoyo no habría podido completar mis sueños y mis metas. Aunque no estés tangiblemente a mi lado, yo se que siempre estarás conmigo y nunca me dejarás.

¡ Te quiero !

A MI PAPA:

Por tu apoyo y cuidado incondicional, por el ejemplo que has sabido darme, por estar conmigo en todos los proyectos que he emprendido y ser mi fortaleza, por que tu me has impulsados mi desarrollo como profesional. Aunque nunca te lo demuestre.

¡ Gracias !

A MIS HERMANOS ROSALBA Y ADEMAR:

Por darme su cariño incondicional, por apoyarme en mis proyectos. Los quiero mucho.

A MI ASESORA Y PROFESORES

Gracias por apoyarme sin ti no hubiera sido posible este proyecto. Por participar en mi formación, compartiendo sus conocimientos y experiencias.

A MIS AMIGOS

VIOLETA, MONICA, VERONICA por estar conmigo siempre en los momentos difíciles, en mis alegrías y tristezas. Por sus comprensión y su amistad.

INDICE

	PAG
1.- ANTECEDENTES.....	7
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
3.- JUSTIFICACIÓN.....	16
4.- HIPÓTESIS.....	17
5.- OBJETIVOS.....	18
6.-DISEÑO DEL ESTUDIO.....	19
7.- UNIVERSO DE TRABAJO.....	19
8.-MUESTRA.....	20
9.-VARIABLES.....	21
10.-CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	23
11.- MATERIAL Y METODOS.....	24
12.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	24
13.-CONSIDERACIONES ETICAS.....	25
14.- RECURSOS PARA EL ESTUDIO.....	26
15.- CRONOGRAMAS.....	27
16.- RESULTADOS.....	28
17.- CONCLUSIONES.....	30
18.- TABLAS Y GRAFICAS.....	32
19.- BIBLIOGRAFÍA.....	38

ANTECEDENTES.

El enfisema pulmonar (EP), la bronquitis crónica (BC) y la enfermedad de las vías aéreas pequeñas, constituyen el espectro de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (1,2). La cual se ha definido según la Sociedad Americana de Tórax, como una enfermedad de etiología incierta caracterizada por el entortecimiento permanente del flujo aéreo durante la espiración(1,3,4).

Aunque su patogénesis no esta totalmente comprendida, se han identificado varios factores de riesgo que no están claramente asociados a la presencia de estas enfermedades(5,6).

Antes del reporte publicado en la revista THORAX (1), que reunió a clínicos, patólogos y epidemiólogos, había una confusión profunda acerca del uso de las entidades arriba mencionadas; clasificándolas en tres entidades, de acuerdo a las características clínico-fisiopatológicas: Bronquitis crónica, Enfisema Pulmonar y enfermedad de las vías aérea pequeña (3).

A pesar de ello, su prevalencia ha mostrado un incremento en los últimos años (2.7)

Estas peculiaridades podrían ser comunes a la mayoría de los países en vías de desarrollo, como el nuestro. Es por eso, que a finales de 1995 un grupo de especialistas de todo el País se reunió para discutir las normas y lineamientos generales, que se deberán seguir para la prevención, tratamiento y rehabilitación de los pacientes con EPOC, bajo el nombre de Primer Consenso Nacional para el Tratamiento de la EPOC(1.2.3).

El conocimiento de la prevalencia de EPOC es incompleta.

Se ha estimado que aproximadamente 14 millones de personas en los Estados Unidos sufren de EPOC;12.5 millones de bronquitis crónica y 1.65 millones de enfisema (8,3). El número estimado de aquellos con EPOC, se ha incrementado a 41.5% desde 2000; la estimación de una y otra patología, basada en una población de Estados Unidos de 4-6%. en hombres blancos adultos, y de 1-3% en mujeres (13).

El índice de prevalencia para hombres es de 110 X 1000 en 2001, y en las mujeres se incremento hasta 30% en un lapso de 6 años.

En Inglaterra la BC ocurre en el 8% de los hombres y en 3% de las mujeres. Más de 30,000 personas mueren a causa de la EPOC al año. La relación hombre mujer ha ido disminuyendo.

En 1995 la Bronquitis Crónica, Enfisema Pulmonar y el asma ocuparon el duodécimo lugar entre las causas de mortalidad en México, con un total de 10,257 y una tasa de 17. 1 por 1 00,000 habitantes.

En el mismo año entre los sujetos mexicanos mayores de 65 años ocupó el séptimo *sitio* de mortalidad con una tasa de 21 1. 7 por 100,000 habitantes de edad similar (1,2,3).

En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias(INER) en los últimos siete años, se han hospitalizado a 26,545 pacientes, de los cuáles 2.061 (7.76%), corresponden a EPOC, y de las 2,272 defunciones el 6.2 % (149) corresponden a esta causa.

La evolución de la EPOC es lenta, siendo necesario que transcurran entre 20 y 30 años para hacerse clínicamente modesta (3,4,9), predominado en la 5a. 6a. y 7a. Década de la vida (3-10).

La Bronquitis Crónica (3,11) es definida como la presencia de tos con expectoración por tres meses en un año , durante dos años consecutivo (3,4).

El Enfisema Pulmonar ha sido definido (1 I), como la dilatación y destrucción de los sacos alveolares en forma permanente, cuyo diagnóstico de certeza es histológico. Se presenta solo en el 15% de fumadores (9).

La enfermedad de las vías aéreas pequeñas: es la inflamación de los bronquiolos terminales y respiratorios, con afectación en las pruebas pulmonares de las vías periféricas (12).

En EEUU. más del 80% de los pacientes con EPOC son o han sido fumadores, habiendo una gran variabilidad en cuánto a la susceptibilidad al tabaquismo (13).

Factores de riesgo asociados para el Enfisema Pulmonar son la deficiencia del (alfa-1AT), el tabaquismo y la inhalación en minas de polvo de carbón y de cadmio (14, 15).

La Bronquitis Crónica se ha asociado a factores inmunes, al cigarrillo, al pobre estado socioeconómico, a exposiciones laborales al SO₂, a partículas y al polvo de carbón (minas) y mas recientemente a factores climáticos.

La inflamación de los bronquiolos terminales se ha asociado a tabaquismo, a algunas formas de neumonitis por hipersensibilidad y probablemente también a la inhalación laboral de polvo de carbón y de SO₂. La predisposición es muy importante.

En nuestro país se ha encontrado que la contaminación atmosférica típica de las ciudades, cuando es extrema, llega a desencadenar exacerbaciones y muertes en pacientes con enfermedades pulmonares crónicas. Sin embargo, no se ha demostrado que tenga un papel causal de importancia en la producción de EPOC en sujetos que no fuman.

PATOGENIA DE LA BRONQUITIS CRÓNICA Y DEL ENFISEMA:

PROTEASAS Y ANTIPROTEASAS:

La hipótesis más aceptada actualmente sobre la patogenia del Enfisema se basa, en el control de la proteólisis pulmonar. Un apoyo sólido a esta teoría son los pacientes con deficiencia de monocigota de la principal antiproteasa sérica llamada alfa 1 antiproteasa o alfa 1 antitripsina . Estos pacientes desarrollan una forma grave y temprana de Enfisema panlobulillar, cuyo curso se acelera con el tabaquismo.

La asociación del enfisema con el tabaquismo cabe perfectamente en este esquema. Por un lado la inhalación del humo del cigarrillo aumenta el número de células inflamatorias en el pulmón con su carga enzimática. Por otro lado el tabaquismo disminuye las antiproteasas que protegen al pulmón, ya que favorece su inactivación por los radicales libres oxidantes del humo de cigarrillo y los liberados por las células inflamatorias del pulmón.

HALLAZGOS PATOLÓGICOS EN LA EPOC:

Las lesiones patológicas que se hallan en pacientes con EPOC son variadas y se cambian de diferentes maneras.

La bronquitis crónica simple ((hipersecreción mucosa crónica) es típicamente una enfermedad de las vías aéreas grandes y la alteración morfológica más específica es el crecimiento de las glándulas mucosas. Para cuantificarlo se mide la fracción del grosor de la pared bronquial que ocupan las glándulas. Otras alteraciones patológicas en pacientes con bronquitis crónica hiperplasia del músculo liso, atrofia del cartílago, inflamación, engrosamiento de (la pared bronquial con estenosis).

MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA BRONQUITIS CRÓNICA Y DEL ENFISEMA:

Los pacientes con bronquitis crónica, enfisema y en general los de EPOC se presentan por una combinación variable de tos, expectoración y disnea y ocasionalmente de otros síntomas.

Predominio de Enfisema:

Delgado, disneico, usando los músculos accesorios del cuello. La posición mostrada es típica de estos pacientes se sientan con los hombros elevados por apoyar los brazos estirados en la silla o en la orilla de la cama y espiran a través de los labios fruncidos. Esto tiende a disminuir la disnea del paciente. Su radiografía muestra hiperinflación e hipovascularidad. Desde el punto de vista funcional se observa normocapnia, conservación del impulso respiratorio, aumento de la capacitancia pulmonar total (hiperinflación) pérdida de la elasticidad pulmonar, pobre difusión de monóxido de carbono y mantenimiento de la P_{O_2} .

Predominio de Bronquitis:

El paciente obeso, y está somnoliento, cianótico y es más probable que esté recostado y con un episodio de insuficiencia respiratoria aguda y cor pulmonale. La disnea puede ser leve, la mayoría de los pacientes tienen características de ambos tipos. Funcionalmente se encuentra disminución del impulso respiratorio con retención de CO₂, hipoxemia grave que empeora durante la noche y en consecuencia cor pulmonale y policitemia. La radiografía muestra cardiomegalia y un patrón con aumento de la trama broncovascular.

El enfermo con EPOC puede despertar en la noche con disnea, que se diferencia de la cardíaca porque se calma expectorando. Por la desventaja mecánica del diafragma, la disnea puede empeorar en posiciones que dificultan el movimiento diafragmático como el decúbito y mejorar en otras .

HALLAZGOS A LA EXPLORACIÓN FÍSICA:

Los enfermos pueden tener datos de aumento del esfuerzo respiratorio: uso de los músculos accesorios de la respiración (como el esternocleidomastoideo o los escalenos) o retracción inspiratoria de los espacios intercostales, supraclaviculares o supraesternal.

Puede tener datos de sobre inflación pulmonar cuando hay enfisema: tórax en tonel, una laringe muy cerca de la horquilla esternal que desciende en inspiración, o bien un movimiento de las costillas inferiores hacia adentro, resultado de la horizontalización del diafragma (signo de Hoover). Es frecuente una alteración en los ruidos respiratorios: la disminución en los ruidos respiratorios correlaciona con destrucción del parénquima pulmonar y el enfisema. Las sibilancias son frecuentes aún en la ausencia de asma ya que son simplemente signos de obstrucción aérea. Los estertores se tono grave (gruesos), especialmente los que se oyen al inicio de la inspiración, son frecuentes. La hipoxemia crónica se acompaña de cianosis, y posteriormente de datos de hipertensión arterial pulmonar, insuficiencia cardíaca derecha y policitemia.

LOS HALLAZGOS RADIOGRAFICOS:

Los pacientes con bronquitis crónica simple suelen tener una placa de tórax normal o con el patrón de aumento de las marcas broncovasculares resultado del engrosamiento de la pared bronquial. Los pacientes con EPOC incluyendo los de enfisema probado anatomopatológicamente pueden tener una radiografía con un aumento de la trama broncovascular o bien un patrón con disminución de la trama (patrón hipovascular) con hiperinflación. La hiperinflación pulmonar se detecta por aplanamiento de los diafragmas, lo que se aprecia con más claridad en la proyección lateral que en la PA.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL EN LA EPOC (LA IMPORTANCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO):

Los datos clínicos y de laboratorio en la EPOC son inespecíficos. El desarrollo de la EPOC requiere de una exposición considerable a un agente etiológico por un gran número de años.

EPOC: a) edad media y avanzada (más de 40 –50 años), b) dosis considerable de humo de tabaco o de algún otro humo.

Es poco probable el diagnóstico de EPOC en un sujeto joven o con una exposición corta o leve, a menos que coincida con deficiencia de alfa 1 antitripsina. La exposición al tabaco en la mayoría de los pacientes con EPOC con limitación funcional excede los 20- 30 paquetes al año.

VALORACIÓN DE LOS PACIENTES CON EPOC:

ESTUDIOS REQUERIDOS EN TODOS LOS PACIENTES

- 1.- Historia Clínica completa y exploración física.
- 2.- Placa posteroanterior de tórax.
- 3.- Espirometría antes y después de broncodilatador.
- 4.- Si es posible medir volúmenes pulmonares curva de flujo – volumen y capacidad de difusión de monóxido de carbono.

En casos de que se encuentre una obstrucción grave al flujo aéreo (FEV1 <50% del normal) o hay sospecha de complicaciones.

- 1.- Electrocardiograma, hemoglobina, hematocrito
- 2.- Gasometría arterial en reposo y aire ambiente (o medición de saturación arterial de oxígeno con oxímetro de pulso).

Solamente en casos especiales

- 1.- Distensibilidad pulmonar (investigación de enfisema)
- 2.- Espirometría con Helio – oxígeno (investigación)
- 3.- Prueba de ejercicio cardiopulmonar (disnea inexplicada)
- 4.- Medición de alfa 1 antitripsina
- 5.- Medición de niveles de teofilina
- 6.- Cultivo de expectoración (neumonías, bronquitis resistente o pacientes en estado crítico).

PRONOSTICO DE LA EPOC

Los predictores más importantes de la mortalidad de los pacientes con EPOC son su edad y el grado de obstrucción aérea medida por el nivel del FEV1 postbroncodilatador.

Otros factores que se han encontrado de efecto adverso en la sobrevida son : caída rápida del FEV1 en mediciones secuenciales, taquicardia, hipercapnia, cor pulmonale, disnea o incapacidad grave, pobre tolerancia al ejercicio, persistencia del tabaquismo, desnutrición, pérdida de peso, deficiencia de alfa 1 antitripsina, hipoxemia y pobre capacidad de difusión.

TRATAMIENTO:

El objetivo del tratamiento en el paciente con EPOC, es su rehabilitación, es decir, la restauración del máximo potencial médico, mental, emocional, social, y laboral del paciente.

Las medidas más importantes para esta rehabilitación son la suspensión de tabaquismo, el control de hipoxemia, la farmacoterapia apropiada y la educación.

Terapia física del paciente con EPOC: este es el ejercicio puede sugerirse caminar o nadar 20 a 30 minutos 3 veces por semana a una velocidad que sea tolerable.

MEDICAMENTOS QUE PUEDEN SER UTILIZADOS EN EL EPOC:

Oxigenoterapia crónica.

Broncodilatadores

Agonistas beta adrenergicos

Anticolinergicos

Metilxantinas

Tratamiento y Prevención de las Infecciones

Antiinflamatorios Esteroides en la EPOC estable.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

P-1 ¿Cuál es la frecuencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el servicio de urgencias adultos del HGR No. 1 " GABRIEL MANCERA"?

P-2 ¿Cuál es el rango de edad de ingreso?

P-3 ¿Cuál es el motivo de ingreso de pacientes portadores de EPOC al servicio de urgencias?

P-4 ¿Cuál es el motivo de egreso de estos pacientes?

JUSTIFICACION

El EPOC afecta a 130 millones de personas alrededor del mundo, en México 12.5 millones de bronquitis crónica y 1.65 millones de enfisema. El numero estimado de aquellos con EPOC, se han incrementado a 41.5% desde el 2000; la estimación de una y otra patología , basada en una población de 4 – 6 %, en hombres blancos, adultos y de 1 – 3 % en mujeres.

En nuestro país está aumentando la incidencia de EPOC, así como aumentando los ingresos por EPOC al servicio urgencias.

HIPOTESIS.

Dado que el presente estudio, tiene un diseño de tipo descriptivo, no requiere el planteamiento de una hipótesis.

OBJETIVOS GENERALES.

01. Conocer la frecuencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, en el servicio de urgencias, del Hospital General Regional No. 1 "GABRIEL MANCERA"

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- OE1 - Conocer cual es la frecuencia en relación a la edad de los pacientes con EPOC.
- OE2. Conocer cuál es la frecuencia en relación al sexo, de presentación de EPOC.
- OE3- Determinar cuál fue el motivo de ingreso al servicio de urgencias por EPOC.
- OE4. Determinar cuál fue el motivo de egreso, en el servicio de urgencias.

**PROGRAMA DE
(MATERIAL Y METODOS)**

TRABAJO

TIPO DE ESTUDIO.

Retrospectivo, observacional. descriptivo y transversal.

UNIVERSO DE TRABAJO.

Pacientes ingresados al servicio de urgencias adultos del Hospital. General Regional "GABRIEL MANCERA", del 1º Enero al 31 de diciembre del 2003.

MUESTRA

Se revisarán las hojas de control de ingreso, de pacientes en el servicio de urgencias adultos, para determinar la cantidad de pacientes atendidos en el período de estudio comprendido, y los cuales son portadores de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Se revisarán los expedientes de todos los pacientes catalogados como portadores de EPOC.

Se vaciarán los datos en una hoja de captura.

Se clasificará de acuerdo a edad y sexo, motivo de consulta y motivo de egreso.

Se determinará la frecuencia de cada uno de estos datos.

DESCRIPCION DE VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES.

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA

VARIABLES INDEPENDIENTES.

EDAD
SEXO

VARIABLES DE CONTROL.

Edad
Sexo.

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARLABLES. (DEPENDIENTES)

Motivo de ingreso: causa o razón por la cuál acudieron al servicio de urgencias.

Motivo de egreso: Causa por la cuál se egresó al paciente del servicio de urgencias.

(INDEPENDIENTES)

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA.

Trastorno orgánico y funcional, caracterizado por cambios inespecíficos, en el parénquima pulmonar y en los bronquios que pueden dirigirse hacia el enfisema pulmonar y la obstrucción aérea, incluyendo a la bronquitis crónica y al enfisema; aún en ausencia de obstrucción al flujo aéreo.

(DE CONTROL).

Sexo: caracterización orgánica que distingue al hombre de la mujer.

Edad: determinada desde su nacimiento.

SELECCION DE LA MUESTRA.

1. CRITERIOS DE INCLUSION:

Diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Sexo: masculino o femenino.

MATERIAL Y METODOS

Los pacientes fueron captados de las hojas de consulta del servicio de urgencias del Hospital Regional de Zona No 1 " Gabriel Mancera". Del período comprendido del 1ero de enero al 31 de diciembre del 2003. y que contaron con el diagnostico de EPOC. Durante los meses de mayo, junio, julio, agosto del 2003, fueron revisados las hojas ingreso al servicio de urgencias adultos, los cuales se encontraban en el archivo del hospital, con la información obtenida se elaboró la base de datos en los que se incluyo: nombre del paciente, número de afiliación, edad, sexo, tiempo de evolución, diagnostico de EPOC, así como la o las entidades comórbidas encontradas que cumplieron con los criterios diagnósticos . posteriormente se hizo el análisis estadístico con los resultados encontrados y la difusión de los mismos en mes de agosto del 2003.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Los resultados serán expresados en porcentajes y gráficas.

CONSIDERACIONES ETICAS.

Ya que se trató de un estudio transversal ,observacional y descriptivo, en el que no intervinieron de manera física los pacientes y sólo se hizo revisión y análisis de los datos encontrados en los ingresos, no se requirió de la hoja de consentimiento informado y autorización por parte del paciente, ya que el formato de estudio no contrapone los principios establecidos por el Comité de Ética.

La realización del presente estudio por el tipo de diseño no requerirá la elaboración de una carta de consentimiento, sin embargo la información obtenida en el estudio será confidencial, apegándose a lo establecido en el tratado de Tokio y Helsinky.

Este estudio fue autorizado por el comité local de la UMF 28 "Gabriel Mancera " del IMSS con el número de registro **2004-3607-0017**.

RECURSOS.

- A) HUMANOS:**
- a) personal del departamento de urgencias adultos.
 - b) médico residente investigador.

- B) MATERIALES:**
- a) expediente clínico.
 - b) hoja de control de ingreso y egreso
 - e) material de papelería.

- C) FINANCIERO:**
- a) Financiamiento propio de la unidad.

CRONOGRAMA.

MES 2003	ELABORACIÓN DE PROTOCOLO	REGISTRO DE PROTOCOLO	RECOLECCION DE DATOS	REPORTE DE RESULTADOS
-------------	-----------------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------

MARZO	XXXXXXXXXXXXXX			
-------	----------------	--	--	--

MAYO		XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	
------	--	------------	----------------	--

AGOSTO			XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXX
--------	--	--	----------------	---------

RESULTADOS.

En el período de estudio comprendido del 1ero de Enero al 31 de diciembre del 2003 , en el servicio de urgencias adultos del HGR. No. 1 "GABRIEL MANCERA" otorgó un total de 7181 ingresos a observación; de los cuales 331 correspondieron a pacientes portadores de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) con una frecuencia de 5%.

De los 331 pacientes se revisaron los expedientes y se tomaron los datos correspondientes, en relación a edad, sexo, motivo de ingreso y finalmente la causa de egreso, determinada por el médico tratante en el servicio de urgencias,

Se determinó la frecuencia, en relación a la edad; para el grupo de edad de 20 y 40 años, se encontraron 6 pacientes con una frecuencia de: 2 %; de 41-60 años: correspondió a 55 pacientes con una frecuencia de 17 %; de 61 -80 años: se encontró en 202 pacientes con una frecuencia de 60% y para el grupo de edad de 81 y más años: se encontró en 68 pacientes con una frecuencia de 21%.

Con respecto a la edad, se observó una frecuencia casi similar, para ambos sexos; 174 pacientes fueron del sexo masculino (53%) , y 157pacientes fueron del sexo femenino (47 %).

Encontrando una relación Hombre : Mujer de 1:1.1

Al determinar la causa de ingreso al servicio de urgencias, se observó que 159 pacientes (37%) acudieron por dificultad respiratoria, manifestada por disnea.

En 169 de los pacientes la causa de asistencia fue: por ataque al estado general, hipertermia, tos con expectoración y que posteriormente se determinó el diagnóstico de infección de las vías respiratorias bajas; correspondiendo a una frecuencia de (39%); y de este total el 80% correspondió a proceso bronquial agudizado, y el 20% a proceso neumónico

En 103 de los pacientes (24%), la causa de ingreso fue ajena a descompensación de la EPOC; de estos 59 acudieron por trastornos relacionados a falla cardíaca, en diversas presentaciones tales, cómo anasarca, crisis hipertensiva y angor.

Otras causas de ingreso fueron; dolor abdominal, sangrado de tubo digestivo alto, eventos vasculares cerebrales y trastornos metabólicos que si bien fueron manifestados como dificultad respiratoria, la causa no fue pulmonar, otra causa determinada fue manifestaciones de hipoxia.

El motivo de egreso fue determinado por la decisión médica tomada en el servicio de urgencias, al momento de entrar al estudio.

Así, se encontró que 134 de los pacientes, ameritaron ingreso, en su mayoría al servicio de Medicina Interna (40%), y 173 pacientes (53%), permanecieron en el servicio de urgencias, para su compensación.

Los pacientes que fueron egresados en ese momento fueron: 24 (7%)

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

CONCLUSIONES.

De los 331 pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el rango de edad que con mayor frecuencia se presentó fue para el grupo de edad entre: 61-80 años; estudios previos, reportan mayor frecuencia entre 5ª, 6ª, y 7ª década de la vida.

Se observó una frecuencia de 5%, la cual muestra una relación con la presentada por el INER, la cual refiere se ha incrementado aun 7%.

Se observó que este grupo de pacientes la mayoría son económicamente activos; además dentro de sus antecedentes de importancia se encuentra el antecedente de tabaquismo sin precisar la frecuencia, sin embargo, no se pudo determinar la frecuencia exacta por esta causa.

En el grupo de edad de 81 y más años; en su mayoría fueron mujeres, y como antecedentes tenían el haber cocinado durante su juventud con leña, carbón o petróleo.

En relación al sexo la mayor frecuencia fue para el masculino, sin embargo no hubo una gran diferencia con respecto a las mujeres.

La principal causa de ingreso al servicio, fue considerada como ataque al estado general, y en los cuales se determinó proceso infeccioso de vías respiratorias bajas.

De estos en la mayoría de los casos correspondió a patología bronquial agudizada. En el grupo de pacientes considerados como otra causa de ingreso, la principal fue por cor pulmonale agudo, y en cuyos pacientes existía el antecedente de hipertensión arterial crónica, o ser portadores de cardiopatía isquemia.

Dentro de las causas consideradas como metabólicas, la principal causa de ingreso fue por dificultad respiratoria, pero no de origen pulmonar, sino por descompensación metabólica ya sea por diabetes mellitus o por patología renal.

La mayoría de los pacientes permanecieron en el servicio de urgencias, dado que su estado de salud mejoraría en las siguientes 24 horas, lo cual hace suponer que las infecciones respiratorias, incluso pueden ser tratadas a nivel domiciliario; y solo en caso de compromiso respiratorio importante, debe ser manejada a nivel hospitalario.

Relación

EPOC	331	5%
OTROS	6850	95%

Total de ingresos en pacientes :

7181

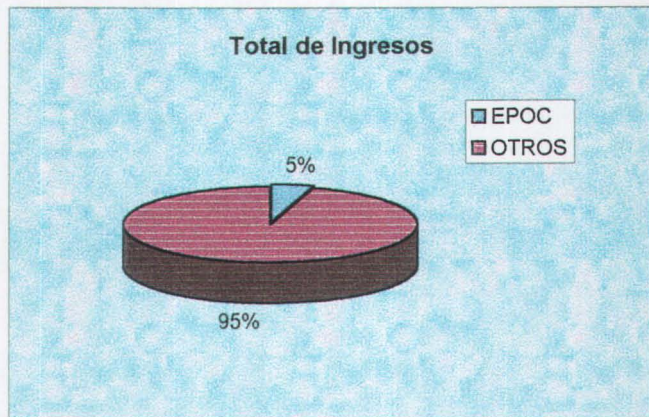


Tabla de Datos

20-40 años	6	2%
41-60 años	55	17%
61-80 años	202	60%
81-más años	68	21%

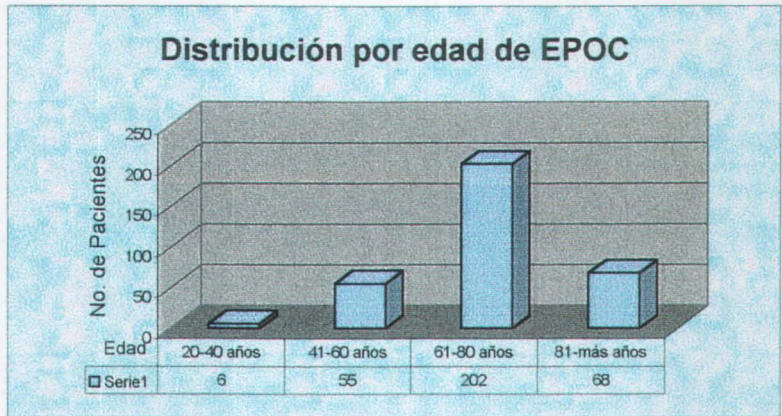
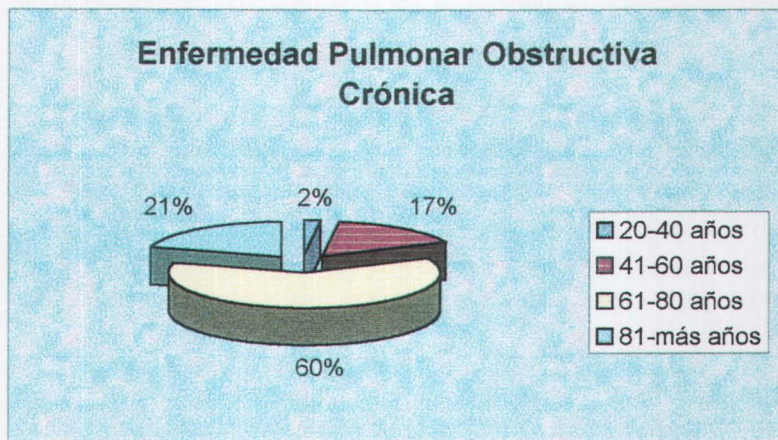
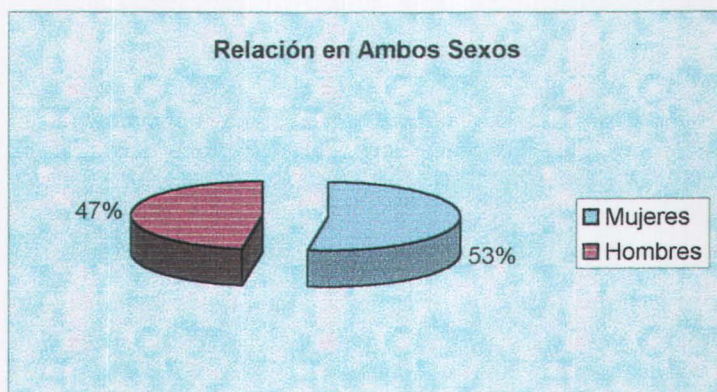


Tabla de Datos

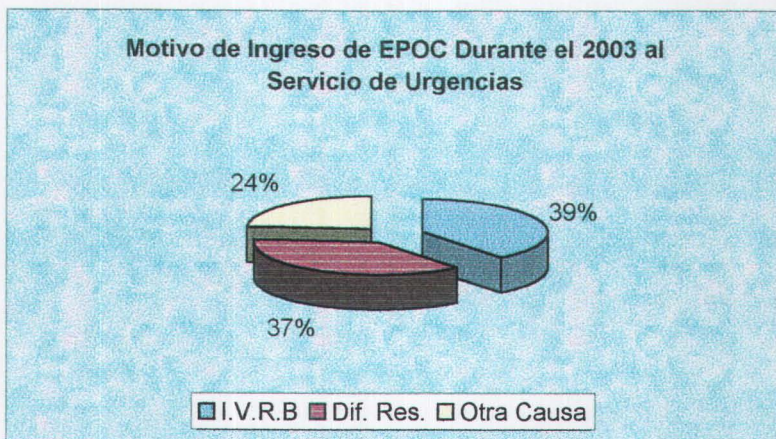
20-40 años	6	2%
41-60 años	55	17%
61-80 años	202	60%
81-más años	68	21%



Mujeres	174	47%
Hombres	157	53%

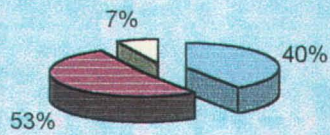


I.V.R.B	169	39%
Dif. Res.	159	37%
Otra Causa	103	24%



Med. Interna	134	40%
Urgencias	173	53%
Alta	24	7%

Distribución de los Pacientes en el servicio de urgencias por EPOC



■ Med. Interna ■ Urgencias ■ Alta

BIBLIOGRAFIA

1. Pérez Padilla JR. Bronquitis crónica y enfisema pulmonar, Folletos de divulgación sobre tomas de patología respiratoria (INER) 2001; No. 6.
2. Sansores R y Pérez R- Guías generales para el tratamiento del paciente con EPOC. Rev Inst Nal Enf Resp Mex 2003 8(suplemento):S3-S9,
3. Pérez C, Villarreal H y Urueta J. La enfermedad obstructiva crónica y sus exacerbaciones. Rev. Inst Nal Enf Resp Mex 2003;7:319-324,
4. Petty TL. Definitions in chronic obstructive pulmonary disease. Clin Chest Med 2000; 11: 363-374.
5. Wright J, Cagle P, Churg A, Colby T and Myers J. Diseases of the small airways. Am Rev Respir Dis 2002; 146: 240-262.
6. Definitions, Epidemiology, Pathophysiology, Diagnosis, and Staging. Am J Respir Dis 2002; 152: S78-S83.
7. Higgins M. Risk factors associated with chronic obstructive lung disease. Ann N J Acad Sci 2001; 624: 7-17
8. Angstman GL. Diagnosing COPD. Postgrad Med 2002; 91: 61 - 112

9. Schneider SM. Enfermedad Obstructiva Crónica. Clin Med Urg North 2001; 2: 256 - 257.
10. Schmidt GA, Hall JB. Acute on chronic respiratory failure, JAMA 2000;261:3444-3453.
11. American Thoracic Society. Standars for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)and asthma. Am Rev Resp Dis 1999; 1 36:225-245.
12. American Thoracic Society. Future Directions for Research on disease of the lung. Am J Respir Crit Care Med 2002; 1 52:1713-1735.
13. Edward H. Bergofsky, MD; The lung mucosa: a critical environmental Battleground. The American Journal of Medicine. 2001; 91 (suppl 4 A): 4S-9S.
14. Roger C. Bone, MD; Interventions and strategies in patients with obstructive airways disease. The American Journal of Medicine. 2001;91 (suppl 4A). 1 S-3S.
- 15.-Aragón Sánchez FJ, Hernández Herrero MJ, Daniel Lamaziére JM, Ortiz remacha EPOC: claves para un diagnóstico y tratamiento adecuados FOMECO 2000; 8: 10-25

16.- American Journal association: Clinical Practice recommendations 2001. EPOC in patients with diabetes Mellitus. Diabetes Care2000;21 . supp 1.

17.- Lo Gerfo F, Coffman j:EPOC and complications . N. Engl J Med2003; 311: 1615-19.

18.- Alpízar Salazar M: Sotomayor Gallardo a, Castro Ramos MA, Zárate Aguilera, Madrazo Navarro M: EPOC, prioridad institucional. Rev Salud comunitaria IMSS2003; 2(1): 31-35.

19.- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2003,para la prevención tratamiento y control del EPOC en la atención primaria.

20.- . Memoria estadística2002, Dirección de Finanzas y sistemas: Contraloría General IMSS.

21.- Memoria Boletines de Mortalidad 1995- 2001 IMSS.

22.- . Boulton AJM,THE EPOC: Med Clin N. Amer 2003; 72:1513- 1530.

23.-Boyko EJ, Ahroni JH, Smith DG, Davignon D. Increased mortality associated with ePOC. Diabet Med 2002 ; 13: 967-972.