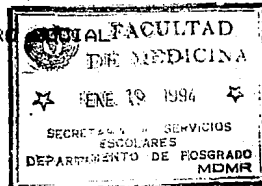


SECRETARIA DE SALUD
SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



UTILIDAD Y HALLAZGOS EN LA VALORACION
PREOPERATORIA EN EL H.G.Z. No. 1 M.F.
OAXACA, OAX.

TRABAJO DE INVESTIGACION
PRESENTADO POR

DRA. FELICITAS CARMEN HERNANDEZ ALVARADO
RESIDENTE DEL 2o. AÑO DE
MEDICINA FAMILIAR

ASESOR

DR. CARLOS PONCE DOMINGUEZ



JEFATURA DE ENS E INVEST.
H. G. Z. No. 1
Oaxaca, Oax.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

11226

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UTILIDAD Y HALLAZGOS DE LA VALORACION
PREOPERATORIA EN EL H.G.Z. No. 1 C/M.F.
OAXACA, OAX.

INVESTIGADOR:

DRA.FELICITAS CARMEN HERNANDEZ ALVARADO
RESIDENTE DE 2o. AÑO DE MEDICINA FAMILIAR

ASESOR:

DR.CARLOS PONCE DOMINGUEZ
MEDICO NO FAM. DEL DFTO DE MED. INTERNA

1994

AL ASESOR:

DR. CARLOS PONCE DOMINGUEZ

Con profundo agradecimiento por los
consejos y colaboración en la
realización de este trabajo.

A MI ESPOSO:

DR. SAMUEL VASQUEZ JIMENEZ

Con admiración y cariño por su
ayuda y apoyo moral en mi
realización como profesionista.

A MI HIJA:

BETSABE

Por ser el mayor estímulo de mi
vida para seguir adelante.

A MIS PADRES Y HERMANOS

Por la confianza depositada en mi
formación.

I N D I C E

- I.- INTRODUCCION
- II.- GENERALIDADES
- III.- MATERIAL Y METODOS
- IV.- RESULTADOS
- V.- COMENTARIOS Y CONCLUSIONES
- VI.- SUGERENCIAS
- VI.- BIBLIOGRAFIA

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

Desde hace tiempo se ha observado que la mortalidad de pacientes mayores de 40 años sometidos a intervenciones quirúrgicas era elevado, por lo que se hizo necesario la valoración integral preoperatoria de estos pacientes. La Sociedad Americana de Anestesiología en 1963, publicó los índices de riesgo transoperatorio y postoperatorio. A fines de los decenios de 1970 Goldman describió los factores de riesgo cardíaco en pacientes sometidos a cirugía extracardiaca (1,2), y que han permanecido hasta ahora con su importancia clínica, así también publicó los 10 puntos para una consulta preoperatoria eficaz (3). Tisi explicó la atención perioperatoria del paciente con neumopatía (4).

Desde 1980 se han publicado numerosos artículos sobre técnica de la consulta médica (5). Lee y cols. manifestaron que la comunicación entre médicos es importante para establecer los motivos de la consulta y del conocimiento médico especializado que se solicita (6).

Rudd y cols. fueron los primeros en hacer notar la necesidad de que las recomendaciones del consultante sean precisas y específicas.

Todo lo anterior nos indica que la consulta médica preoperatoria es importante para el paciente, ya que de

ella depende una buena evolución postoperatoria. Esta responsabilidad se encuentra depositada en el Médico Familiar, Internista y Anestesiólogo (7).

Es necesario dirigir un esfuerzo mayor a la apreciación del riesgo preoperatorio y del tratamiento de las enfermedades pulmonares y cardiovasculares que han sido las patologías más estudiadas. Existen estudios para conocer el efecto que dan los cambios de acción en la consulta preoperatoria sobre el resultado de la atención del enfermo, sin embargo no hay estudios que informen sobre detección de nuevas patologías en pacientes programados a cirugía.

El presente trabajo tiene por objeto: primero, delinear la información actualmente disponibles sobre algunos de los factores que incrementan en forma importante el pronóstico quirúrgico y segundo, se presenta la evaluación prospectiva de un grupo de pacientes que acudieron a valoración preoperatoria en la cual se determinó el porcentaje de pacientes que cursa con patología conocida y el porcentaje de patología no detectada con anterioridad y que es diferente al padecimiento quirúrgico. También para demostrar la utilidad de una correcta valoración preoperatoria para prevenir complicaciones del acto anestésico-quirúrgico.

GENERALIDADES

El riesgo de un acto quirúrgico depende de los siguientes factores: el padecimiento causal, los padecimientos asociados, la magnitud del acto quirúrgico y la probabilidad de que el enfermo presente complicaciones está íntimamente relacionado con las alteraciones que interfieren en los mecanismos de homeostasis o las funciones vitales.

La evaluación del riesgo quirúrgico debe reunir los siguientes requisitos:

- 1.- Estimar el efecto que los padecimientos crónicos asociados han producido sobre la reserva funcional. Esto es indispensable en el preoperatorio.
- 2.- Valorar las alteraciones agudas del padecimiento principal.
- 3.- Vigilancia constante de padecimientos crónicos y alteraciones agudas durante el preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio.

La fisiología del enfermo quirúrgico es muy dinámica y sólo así será posible reconocer oportunamente las alteraciones reversibles y aplicar medidas terapéuticas útiles (9,16).

En el análisis final la valoración incluye el balance de las probabilidades de tener complicaciones o no tenerlas. Esta relación riesgo-beneficio es el determinante principal para saber si la operación debe efectuarse o no.

Una vez concluida la historia clínica y junto con los exámenes de laboratorio, radiografías, electrocardiogramas y algunas otras pruebas necesarias, se está en la posibilidad de hacer la evaluación del caso en relación al acto quirúrgico.

El riesgo quirúrgico lo podemos definir como la probabilidad de morbilidad y mortalidad resultante de la preparación preoperatoria, anestesia, cirugía y convalecencia en el postoperatorio (10).

Existen varias clasificaciones de riesgo quirúrgico anestésico, una de ellas es la de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA) que se emplea en este estudio. Esta clasificación permite asignar un número al riesgo quirúrgico del 1 al 5 al paciente preoperatorio, dependiendo de su estado físico actual en el momento de la operación.

GRADO I Ninguna otra enfermedad salvo la patología quirúrgica.

- GRADO II Alteraciones generales moderadas causadas por: a) Enfermedad general ó b) transtorno quirúrgico.
- GRADO III Alteraciones generales intensas por: a) Enfermedad general ó b) Transtorno quirúrgico.
- GRADO IV Alteración general: amenaza patente para la vida.
- GRADO V Paciente moribundo, que no se espera que sobreviva más de 24 hrs, con operación o sin ella. Cualquier clase de paciente sometido a cirugía de urgencias. (11,12)

FACTORES QUE INCREMENTAN EL RIESGO PREOPERATORIO

I.- E D A D

Existen varias razones para el incremento del riesgo en pacientes mayores de 40 años de edad.

La reserva cardíaca y pulmonar se hallan disminuidas, las infecciones y las enfermedades metabólicas permanecen ocultas; demorando el diagnóstico de sus complicaciones. La coexistencia de otras enfermedades hacen tolerar menos las complicaciones postoperatorias.

La capacidad funcional del organismos decrece a partir de esta edad acentuandose más a partir de los 70 años.

La evaluación preoperatoria estará encaminada al control de las enfermedades crónicas: hipertensión arterial, insuficiencia coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diabetes mellitus principalmente (12).

II.- FACTORES DE RIESGO PULMONAR

Los factores que incrementan la probabilidad de complicaciones pulmonares operatorias incluyen:

- 1) Edad superior a los 60 años
- 2) Obesidad
- 3) Enfermedades pulmonares agudas y crónicas
- 4) Cirugía torácica o abdominal alta
- 5) Tiempo de anestesia superior a 3 horas

En la evaluación preoperatoria son importantes los antecedentes respecto a tabaquismo ya que producen mayor predisposición a enfermedades pulmonares. También es importante conocer la tolerancia al ejercicio y la respuesta previa a la anestesia general.

Deberá observarse clínicamente la capacidad funcional si hay disnea de pequeños esfuerzos o medianos esfuerzos, así como la capacidad de toser y eliminar secreciones.

En la radiografía de tórax se buscarán datos de desviación o deformación de la traquea que puede dificultar la intubación. Debe observarse también si existe sobrecarga de líquidos o áreas de atelectasia, neumonía o derrame, que pudieran ser tratados antes de la operación.

Se ha demostrado que las medidas profilácticas en pacientes dentro del grupo de alto riesgo disminuyen las complicaciones postoperatorias (4,13).

III.- FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR.

El estudio efectuado por Goldman y cols. (1) ha señalado una serie de factores que contribuyen a efectuar el pronóstico quirúrgico:

- 1.- Infarto cardiaco previo reciente: el riesgo de infarto postoperatorio durante los seis primeros meses después de un infarto previo es de orden de 16 al 20 %.
- 2.- Insuficiencia cardiaca clínica: en estos pacientes no existe reserva funcional para hacer frente al estado de alarma creado por la cirugía, por lo tanto en los mismos, es mayor el riesgo de morbi-mortalidad. La insuficiencia cardiaca es el factor de riesgo más grande para la iniciación de edema pulmonar.

3.- Hipertensión arterial: la valoración incluye una investigación de la afección de órganos por la misma hipertensión arterial, tales como la disfunción renal, isquemia del miocardio, enfermedad vascular periférica. Si se encuentra deberá recibir manejo adecuado hasta su control para que el paciente pueda ser intervenido.

4.- Arritmias y electrocardiograma anormal: toda arritmia clínica y electrocardiográfica deberá ser estudiada y tratada. En más del 84% de pacientes sometidos a anestesia y cirugía ocurren arritmias cardíacas, pero sólo un pequeño porcentaje aproximado del 5% tiene importancia clínica. No obstante, la naturaleza benigna de la arritmia, su principio debe ser motivo para iniciar una investigación inmediata de la causa y una apreciación hemodinámica (14,15).

5.- Transtornos del Sistema de Conducción: el bloqueo cardíaco avanzado perioperatorio se presenta rara vez en el paciente asintomático con bradicardia sinusal preoperatoria o con bloqueo cardíaco Bifascicular crónico (BCRDHH ó BCRHH). En ocasiones llega a ser transitorio y no requiere manejo y sólo en casos muy extremos se requiere de colocación de marcapasos (14,15).

6.- Edad avanzada superior a los 70 años.

IV.- OTROS FACTORES DE RIESGO.

1.- Transtornos de la coagulación: para la cirugía menor, como una extracción dentaria o una toma de biopsia, en pacientes con antecedentes de hemorragia no son necesarios los estudios. Para la cirugía mayor, cuando no se espera hemorragia, son suficientes un tiempo de protrombina (TP), tiempo parcial de tromboplastina (TPT), y recuento plaquetario, si se sospecha hemorragia deberá solicitarse tiempo de coagulación o de sangrado, u otros estudios que se consideren pertinentes.

La trombocitopenia en un paciente debe ser evaluada teniendo presente tres propósitos: A) definir la causa de la trombocitopenia, B) definir el tratamiento apropiado, C) definir el riesgo de hemorragia en la operación planeada.

Anemia: es importante conocer la causa de la anemia por que el transtorno fundamental puede afectar el curso perioperatorio del paciente. Con el interrogatorio, la exploración física y algunas pruebas se define la causa en la mayor parte de los casos (10).

2.- Otros factores: otros datos anotados por Goldman y cols. son enfermedades endócrinas: diabetes mellitus, hipertiroidismo, obesidad etc. . A las cuales se les debe dar tratamiento para que el paciente se encuentre en condiciones óptimas antes de la cirugía.

3.- Hepatopatías: Los pacientes con hepatopatías tiene un riesgo más alto de complicaciones para la cirugía. El riesgo se relaciona con la gravedad de la hepatopatía fundamental y el grado de función hepática. La cirugía abdominal o de urgencias aumentan más el riesgo quirúrgico. La morbilidad y mortalidad perioperatoria son altas en el paciente con cirrosis descompensada, hepatitis viral y hepatitis alcohólica, en estas personas está contraindicada la cirugía.

La evaluación preoperatoria cuidadosa del paciente con hepatopatía permite corregir y dar tratamiento de los factores desencadenantes como coagulopatías, ascitis, encefalopatía y desnutrición reduciendo al mínimo las complicaciones postoperatorias y mejorando la supervivencia.

4.- Enfermedades renales: los pacientes con enfermedades renales se les debe dar tratamiento oportuno, para que en el momento de la cirugía no presenten complicaciones, sobre todo en el manejo de líquidos del organismo.

MATERIAL Y METODO

El presente trabajo es un estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo, realizado en el Hospital General de Zona No.1 con M.F. "Dr. Demetrio Mayoral Pardo" del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Oaxaca, Oax., en un periodo comprendido del 10. de Octubre de 1988 al 30 de Mayo de 1989.

El estudio consistió en el análisis de un grupo de pacientes que acudió a Valoración Preoperatoria a consulta externa del Servicio de Medicina Interna, con el objeto de conocer el porcentaje de la población derechohabiente que cursa con patología conocida y no conocida antes de la intervención quirúrgica y que es diferente al padecimiento quirúrgico.

Tratar los casos que ameritan manejo para una buena tolerancia del acto quirúrgico, prevenir complicaciones y saber la utilidad de la Valoración Preoperatoria en nuestro medio.

En cada paciente se investigaron las siguientes variables: edad, sexo, cirugía programada, antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales patológicos, antecedentes personales no patológicos (tabaquismo y alcoholismo), datos radiológicos, datos electrocardiográficos, datos de laboratorio, patologías diagnosticadas por primera vez.

Se llevó un registro por medio de un Protocolo de Valoración Preoperatoria para todos los pacientes que fueron valorados en la consulta externa de Medicina Interna.

Se efectuó a todos los pacientes programados para cirugía electiva mayores de 40 años de edad. Una vez llenado el protocolo se anexo al expediente clínico, y fué analizado en el postoperatorio recuperandose del archivo clínico.

Se excluyeron del estudio todos los pacientes que no contaban con estudios de laboratorio y gabinete completos.

R E S U L T A D O S

El total de pacientes sometidos a Valoración Preoperatoria fué de 403, se eliminaron del estudio 39 pacientes por no contar con estudios de gabinete y laboratorio completos, resultando útiles para el estudio 364 pacientes.

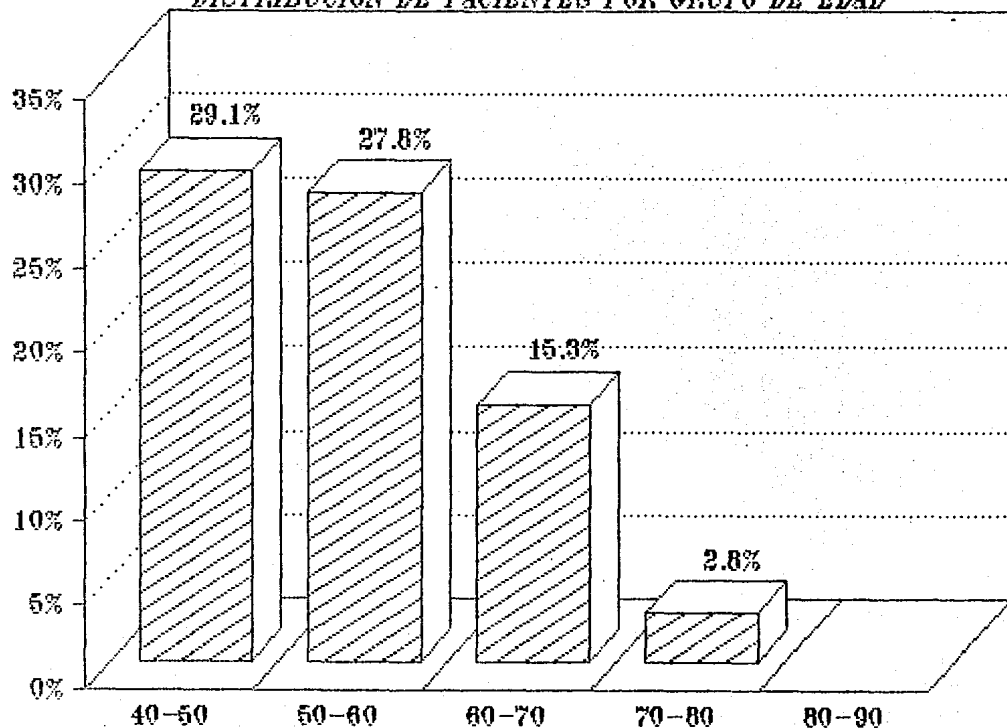
El mayor número de pacientes se registró entre el grupo de edades de 40 a 70 años, en el cual estaban comprendidos 298 pacientes (81.9%), con cifras muy semejantes en las tres décadas señaladas; el menor número fué de 10 pacientes (2.8%) de 80 a 90 años, determinado por que el número de pacientes en esta edad es muy pequeño. La edad media fué 53.5 años. GRAFICA 1

De los pacientes valorados 244 correspondieron al sexo femenino (67%) y 120 al sexo masculino (33%). GRAFICA 2

De los antecedentes heredofamiliares de mayor importancia fueron: hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus e infarto agudo del miocardio que corresponde a un total de 149 pacientes (41%). Los de menor importancia fueron: crisis convulsivas, antecedentes oncológicos, asma, obesidad, bocio y atopias con un total de 28 pacientes (7%). En el grupo de otros hubo 13 pacientes (4%) y 174 pacientes sin antecedentes heredofamiliares. GRAFICA 3

GRAFICA 1

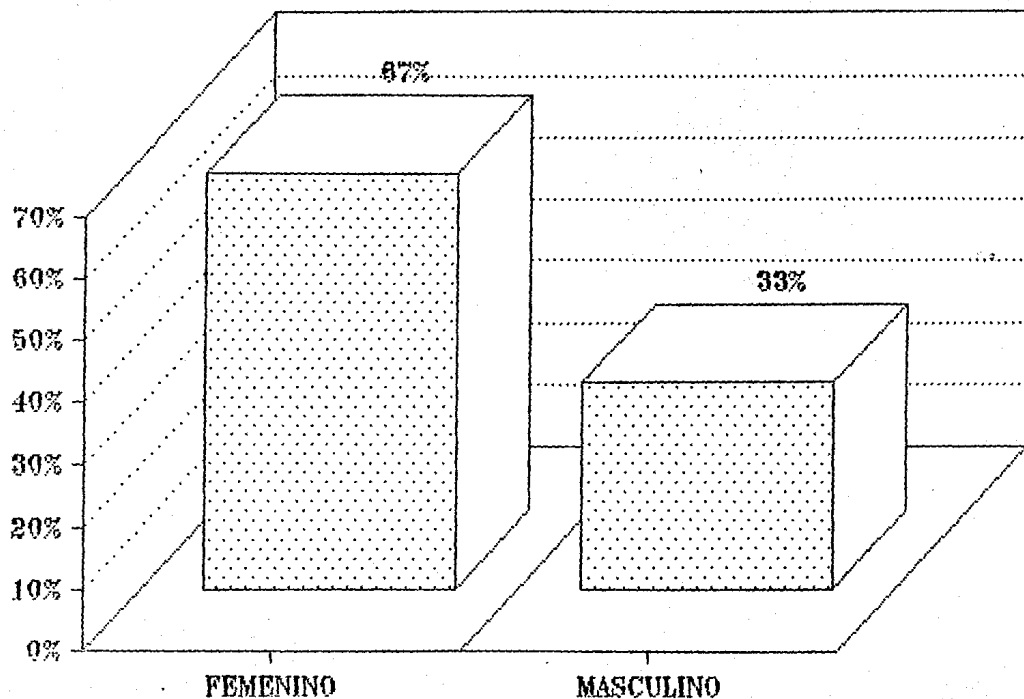
DISTRIBUCION DE PACIENTES POR GRUPO DE EDAD



Fuente: Protocolo y exp. clinico

GRAFICA 2

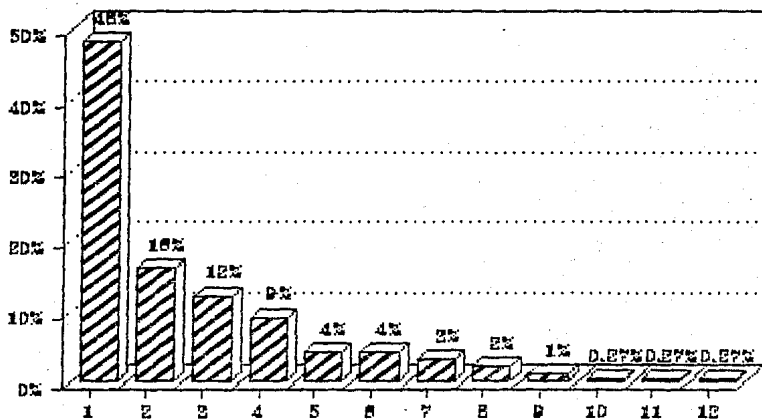
DISTRIBUCION DE PACIENTES POR SEXO



Fuente: Protocolo de val. y exp. clínico

GRAFICA 3

DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES



Fuente: Protocolo y exp. clínico

- 1.- SIN ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES
- 2.- DIABETES MELLITUS
- 3.- DIABETES, HIPERTENSION, INFARTO
- 4.- HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA
- 5.- INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO
- 6.- OTROS ANTECEDENTES
- 7.- CRISIS CONVULSIVAS
- 8.- ANTECEDENTES ONCOLOGICOS
- 9.- ASMA BRONQUIAL
- 10.- OBESIDAD
- 11.- ECIO
- 12.- ATOFIAS

De las toxicomanias detectadas fueron tabaquismo en 78 pacientes (21%) y alcoholismo en 93 pacientes (25.5%).

CUADRO 1

CUADRO 1

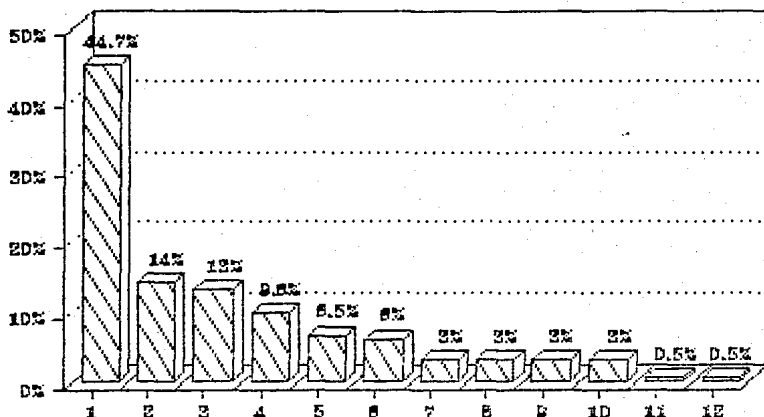
TOXICOMANIA	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	%
TABAQUISMO	19	59	78	21.4
ALCOHOLISMO	12	81	93	25.5

Los antecedentes personales patológicos de importancia fueron los siguientes: hipertensión arterial sistémica 52 pacientes (14%), obesidad en 47 pacientes (13%), diabetes mellitus 35 pacientes (9.6%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica 24 pacientes (6.5%), infección de vías urinarias 22 pacientes (6%), cardiopatía isquémica 11 pacientes (3%) y otros antecedentes, que requirieron tratamiento médico oportuno para lograr un estado preoperatorio óptimo en el paciente y prevenir complicaciones. GRAFICA 4

Los estudios de laboratorio se encontraron alterados en 60 pacientes (16.5%) y normales en 304 pacientes (83.5%). Las anemias fué la alteración que se encontró

GRAFICA 4

DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS



Fuente: Protocolo y exp. clinico

- 1.- SIN ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS
- 2.- HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA
- 3.- OBESIDAD
- 4.- DIABETES MELLITUS
- 5.- ENFERMEDAD PERSONAL OBSTRUCTIVA CRONICA
- 6.- INFECCION DE VIAS URINARIAS
- 7.- CARDIOPATIA ISQUEMICA
- 8.- INSUFICIENCIA VENOSA PERIFERICA
- 9.- PROSTATISMO
- 10.- ANTECEDENTES ONCOLOGICOS
- 11.- HIPERTIROIDISMO
- 12.- BOCIO

con más frecuencia de las cuales 16 fueron de leve a moderada, requiriendo tratamiento médico con hierro y sólo 2 severas fueron tratadas con transfusión sanguínea. Las hiperglucemias fueron tratadas hasta llegar a cifras adecuadas, así también recibieron tratamiento las infecciones de vías urinarias. CUADRO 2

Los hallazgos radiológicos mostraron enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPDC) en 85 casos (24%). Los datos radiológicos anormales se presentaron en 151 casos (42%) datos radiológicos normales en 204 pacientes (56%), estudios con mala técnica 9 casos (2%). GRAFICA 5 y 6

Las alteraciones electrocardiográficas se encontraron en 68 pacientes (21%), siendo 23 pacientes con bloqueo de rama (7%), 13 pacientes con arritmias (4%): 9 con extrasistoles ventriculares, 2 con extrasistoles auriculares, 1 con extrasistole AV, 1 con Sind. de preexcitación. GRAFICA 7

Las patologías conocidas fueron en total 176 (48.28%) en las cuales ocupó el primer lugar la hipertensión arterial sistémica con 48 casos (13.18%), en segundo lugar la obesidad con 40 casos (10.98%) y en tercer lugar la diabetes mellitus 30 casos (8.24%). CUADRO 6

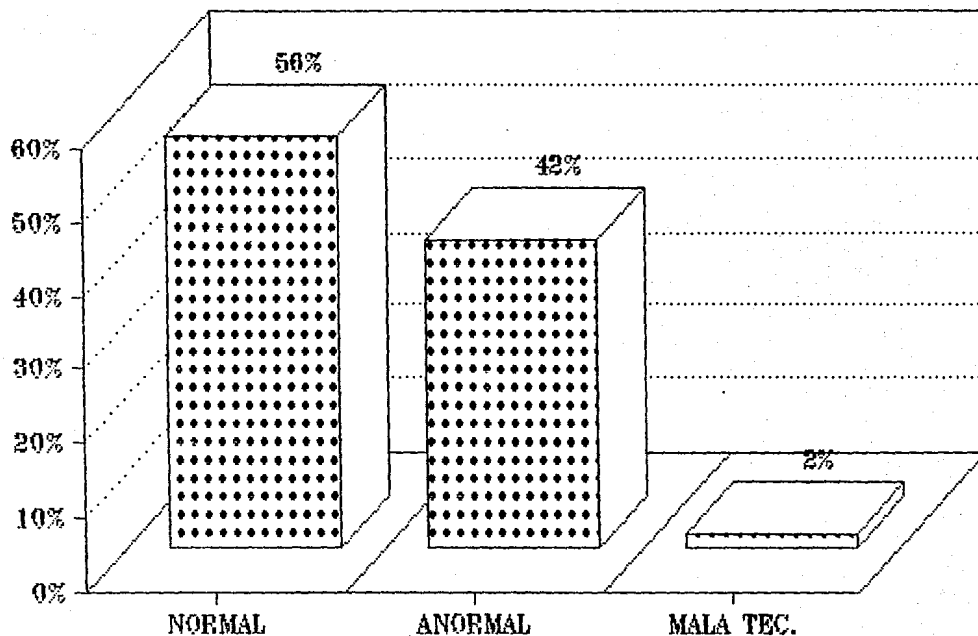
C U A D R O 2

ALTERACIONES LABORATORIALES

ALTERACIONES DE LAB.	N U M E R O	%
ANEMIA	18	5
LEUCOPENIA	2	0.5
POLIGLOBULIA	2	0.5
HIPOPROTROMBINEMIA	4	1.1
ECOSINFILIA	1	0.27
HIPERCOLESTEROLEMIA	3	1
HIFERBILIRRUBINEMIA	1	0.27
FACT. REUMATOIDE AUMENT.	1	0.27
INF. DE VIAS URINARIAS	16	4.4
HIPERGLUCEMIAS	12	3.2
T O T A L	60	16.5

GRAFICA 5

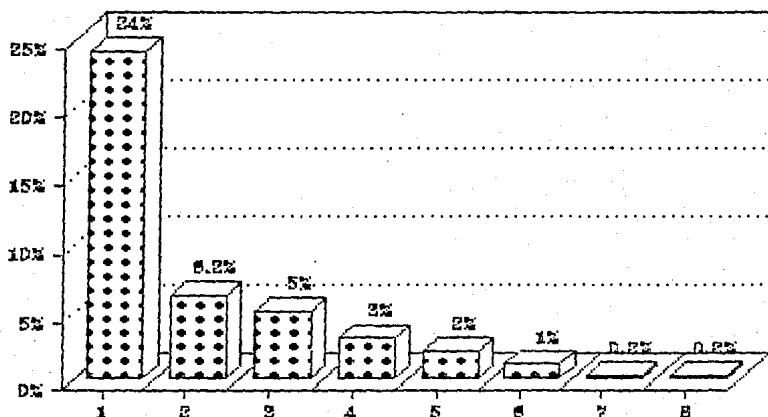
HALLAZGOS RADIOLOGICOS



Fuente: Protocolo de valoración y Expediente clínico

GRAFICA 6

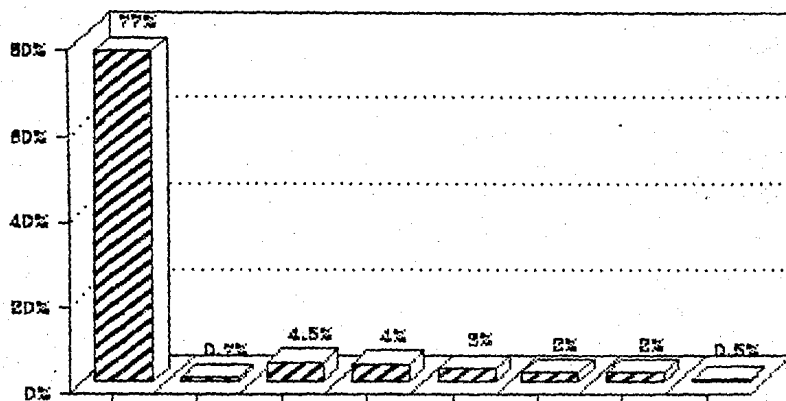
DISTRIBUCION DE PATOLOGIAS DE ACUERDO A HALLAZGOS RX



Fuente: Protocolo de valoración

- 1.- ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA
- 2.- CARDIOMEGALIA GRADO (I, II, III, IV)
- 3.- ENFERMEDAD ARTEROSCLEROSA
- 4.- HIPERTENSION PULMONAR
- 5.- EPOC + CARDIOMEGALIA
- 6.- DERRAME FLEURAL
- 7.- FIBROSIS PULMONAR INTERSTICIAL
- 8.- FRACTURA COSTAL

GRAFICA 7 DISTRIBUCION DE HALLAZGOS ECG

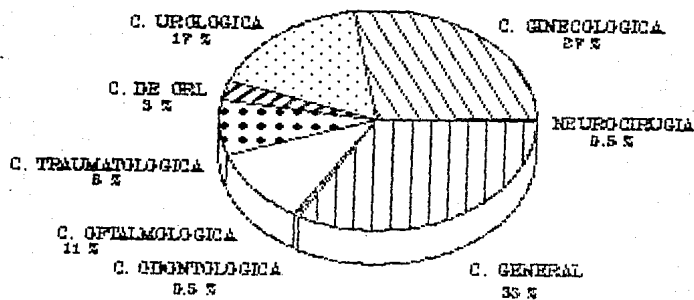


Fuente: Protocolo y exp. clínico

- 1.- ELECTROCARDIOGRAMA NORMAL
- 2.- BLOQUEO DE RAMA
- 3.- CARDIOPATIAS ISQUEMICA
- 4.- ARRITMIAS CARDIACAS
- 5.- BRADICARDIA SINUSAL
- 6.- CRECIMIENTO VENTRICULAR
- 7.- ELECTROCARDIOGRAMA NO VALORABLE
- 8.- CRECIMIENTO AURICULAR

Las operaciones que con mayor frecuencia se efectuaron fueron las siguientes: 120 cirugías generales (33%), 99 cirugías ginecológicas (27%), 61 cirugías urológicas (17%). GRAFICA 8, CUADRO 3, 4, 5.

GRAFICA 8 DISTRIBUCION DE CIRUGIAS



Fuente: Protocolo de valoración

C U A D R O 3
DISTRIBUCION DE CIRUGIA GENERAL

TIPO DE CIRUGIA	N U M E R O	%
COLECISTECOMIA	41	11.26
HERNIOPLASTIA	38	10.43
EXTIRP. LIFOMA	11	3.02
SAFENECTOMIA	9	2.47
LAPAROTOMIA EXPL.	5	1.37
HEMORROIDECTOMIA	4	1.09
PLASTIA ABDOMINAL	4	1.09
EXTIRPACION NODULO	3	1
AMPUTACION SUPRAC.	2	0.5
FISTULECTOMIA	1	0.27
PLASTIA EN PIERNA	1	0.27
EXTIRP. VERRUGA	1	0.27
T O T A L	120	33

FUENTE: Protocolo de valoracion

C U A D R O 4

DISTRIBUCION DE CIRUGIA GINECOLOGICA

TIPO DE CURUGIA	N U M E R O	%
COLPOPLASTIA	39	10.71
CESAREA	2	0.5
HISTERECTOMIA ABDOM.	53	14.4
HISTERECTOMIA VAG.	3	1
CONIZACION CERVICAL	1	0.27
RESECCION DE OVARIO	1	0.27
T O T A L	99	27

FUENTE: Protocolo de valoracion

C U A D R O 5

DISTRIBUCION DE CIRUGIA UROLOGICA

TIPO DE CIRUGIA	N U M E R O	%
PROSTATECTOMIA	46	13
NEFRECTOMIA	2	0.5
PLASTIA URETRAL	1	0.27
URETEROLITOTOMIA	12	3.23
T O T A L	61	17

FUENTE: Protocolo de valoracion

C U A D R O 6

DISTRIBUCION DE PATOLOGIAS CONOCIDAS ANTES DE LA VALORACION PREOPERATORIA

P A T O L O G I A	No. DX	%
HIPERTENSION ARTERIAL	4E	13.1E
OBESIDAD	40	10.9B
DIABETES MELLITUS	30	8.24
ENF. ARTICULAR DEGENERATIVA	17	4.67
CARDIOPATIA ISQUEMICA	6	1.64
E. P. O. C.	23	6.31
ENF. ACIDO PEPTICA	5	1.37
HIPERTIROIDISMO	2	0.54
CIRROSIS HEPATICA	2	0.54
ARTRITIS REUMATOIDE	1	0.27
HIPOTIROIDISMO	1	0.27
ENFERMEDAD DE ADDISON	1	0.27
T O T A L	176	48.26

FUENTE: Protocolo de valoracion
Expediente clinico

Las patologías diagnosticadas de primera vez en la Valoración Preoperatoria fueron 167 (45.87%), predominado los problemas pulmonares y cardiovasculares, como se muestra en el CUADRO 7 Y GRAFICA 9.

El número de diagnósticos por paciente fue: 1 diagnóstico en 118 pacientes (32.41%), 2 diagnósticos en 42 pacientes (11.53%) y 3 diagnósticos en 7 pacientes (1.92%). De los cuales 10 pacientes requirieron valoración cardiovascular, uno valoración neumológica y otros valoración dermatológica.

A todos los pacientes se les dió tratamiento médico oportuno.

El riesgo anestésico quirúrgico que predominó en este estudio fué el E II B ASA con 172 pacientes (47%), en segundo lugar E III B ASA con 75 pacientes (21%), en tercer lugar E I A-B ASA con 54 pacientes (15%); y el menor grupo fué E IV B ASA con 4 pacientes (1 %).

Fueron suspendidas 4 cirugías: una valoración E III B ASA (por hipertirodismo descompensado), y 3 valoraciones IV B ASA (uno en coma hepático y tres con cardiopatía isquémica). Estos pacientes sólo recibieron tratamiento médico. GRAFICA 10

DISTRIBUCION DE PATOLOGIAS DIAGNOSTICADAS POR PRIMERA VEZ EN LA VALORACION PREOPERATORIA

PATOLOGIA	No.BX	Z	DEV. ESTD.
BRONQUITIS AGUDA	2	0.54	12.8
FIBROSIS PULMONAR INTERS.	1	0.27	1
E.P.D.C.	80	21.97	6.75
DERRAME PLEURAL	3	0.82	12.72
BRADICARDIA SINUSAL	9	2.47	12.26
BLDQUEO DE RAMA	25	6.86	11.02
EXTRASISTOLE VENTRIC.	9	2.47	12.26
EXTRASISTOLE AURIC.	1	0.27	1
EXTRASISTOLE AV	1	0.27	1
CARDIOMEGALIA I-IV	24	6.59	11.09
CARDIOPATIA ISQUEMICA	13	3.57	11.95
HIPERTENSION ARTERIAL SIST	5	1.37	12.57
OBESIDAD EXOGENA	4	1.09	12.65
HIPERTIROIDISMO	1	0.27	1
DIABETES MELLITUS	3	0.82	12.72
HIPERCOLESTEROLEMIA	2	0.54	12.8
ANEMIA CLINICA Y LAB	15	4.12	11.72
INSUFICIENCIA VENOSA PERIF	3	0.82	12.72
LIPOMA CERVICAL	1	0.27	1
HERNIA UMBILICAL	1	0.27	1
INF. DE VIAS URINARIAS	7	1.92	12.4
ENCEFALOPATIA HEPATICA	2	0.54	12.8
FRACTURA COSTAL	1	0.27	1
ENF. ARTICULAR DEG.	9	2.47	12.26
PTERIGIONES BILATERAL	4	1.09	12.65
DERMATITIS DE CONTACTO	1	0.27	1

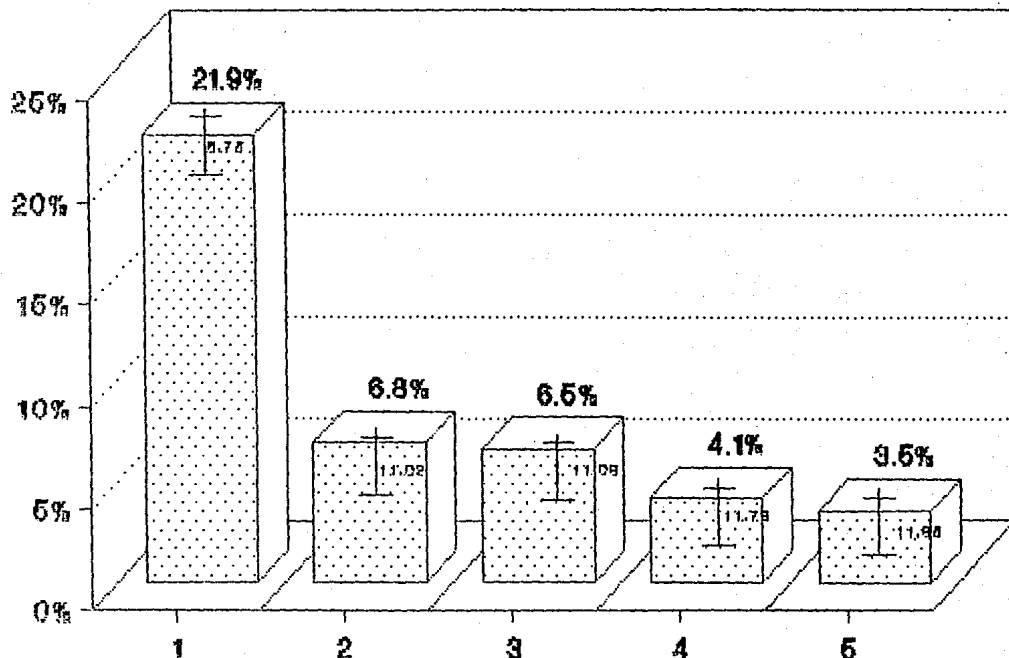
TOTAL

225

FUENTE: Protocolo de va. y exp. clinico

GRAFICA 9

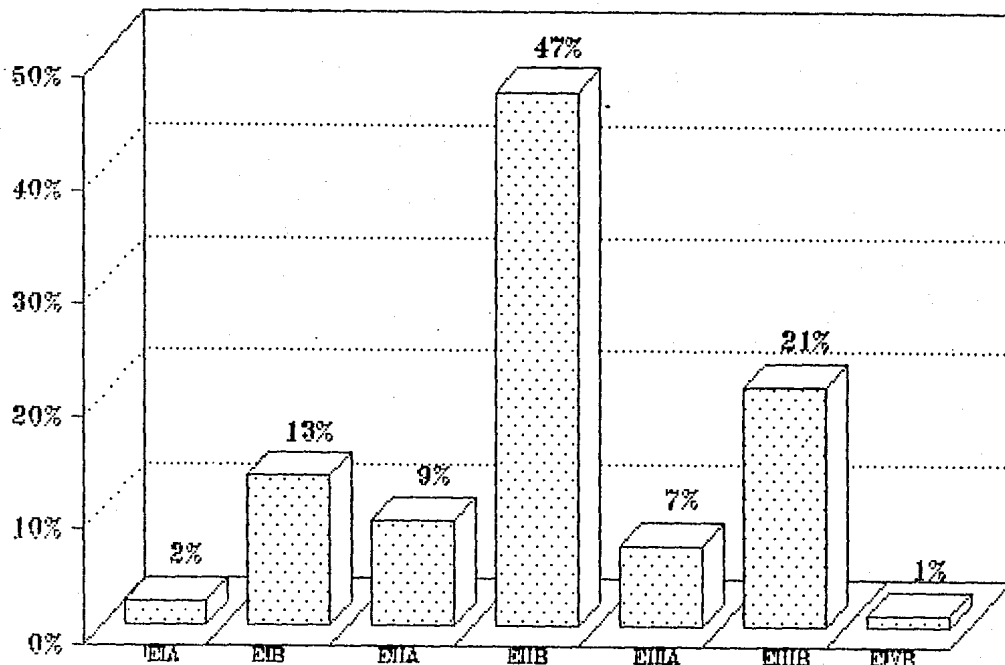
DISTRIBUCION DE LAS CINCO PATOLOGIAS MAS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR PRIMERA VEZ Y SU DESVIACION ESTANDARD



1.- ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUOTIVA CRONICO 2.- BLOQUE DE RAMA 3.- CARDIOMEGALIA I-IV
4.- ANEMIA OLINICA Y LAB 5.- CARDIOPATIA ISQUEMICA

GRAFICA 10

GRAFICA DE RIESGO QUIRURGICO ANESTESICO



E=CIRUGIA ELECTIVA A=CIRUGIA MENOR B=CIRUGIA MAYOR
I AL IV= CLASIFICACION DE LA ASA

Fuente: Protocolo de valoración

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

La valoración preoperatoria se realizó en 364 pacientes en un periodo de 8 meses (Octubre 88 - Mayo 89) en el Servicio de consulta externa de Medicina Interna del Hospital General de Zona No. 1 con M.F. "Dr. Demetrio Mayoral Pardo" Oaxaca, Oax.

En cada uno de los pacientes se realizó un análisis de cada una de las variables del estudio, llegando a los siguientes resultados: en el grupo de edad el mayor número de Valoración Preoperatoria fué efectuado en pacientes de 40 a 70 años (81%), por ser este grupo en la población en general el más numeroso.

Se observó que el mayor porcentaje de cirugía se realizó en el sexo femenino 244 pacientes (67%).

Dentro de los antecedentes heredofamiliares y personales patológicos existe una correlación estrecha en 3 padecimientos: hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus e infarto agudo del miocardio.

La toxicomanía que predominó más fué el alcoholismo con un porcentaje mayor en el sexo masculino que sumado al sexo femenino dio un total 93 pacientes (25.5%).

En los estudios de laboratorio nos refleja que a pesar de que un grupo determinado de pacientes era portador de patología conocida con anterioridad, se encontraban

descontrolados en el momento de la Valoración Preoperatoria.

Todos requirieron tratamiento médico previo, para encontrarse en condiciones óptimas para la cirugía.

De los hallazgos radiológicos nos muestra que la población estudiada tiene una alta incidencia de enfermedades pulmonares predominando en forma importante la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), teniendo una correlación con el tabaquismo.

En los hallazgos electrocardiográficos sólo un 23% de la población estudiada presentó alteraciones: bloqueo de rama 23 pacientes (7%), cardiopatía isquémica en 16 pacientes (4.5%), arritmias 13 pacientes (4%), pero estas alteraciones no fueron causa de suspensión de cirugías.

En cuanto a las cirugías realizadas ocupó el primer lugar la cirugía general con 120 pacientes (33%).

Las patologías conocidas antes de la Valoración Preoperatoria fueron la hipertensión arterial sistémica 48 pacientes (13.18%), obesidad 40 pacientes (10.98%), diabetes mellitus 30 pacientes (8.24%) y otras de menor importancia que fueron manejadas medicamente, para evitar complicaciones en el acto anestésico-quirúrgico.

De las patologías diagnósticas por primera vez diferentes al padecimiento quirúrgico fueron 167 pacientes (45.87%). La que ocupó el primer lugar fue la enfermedad cardiovascular 87 casos (23.9%) en segundo lugar la enfermedad pulmonar obstructiva crónica 80 casos (21.9%).

Estos resultados nos reflejan que nuestra población derechohabiente estudiada se encuentra demasiado enferma y con una valoración preoperatoria adecuada se pueden diagnosticar estas enfermedades. En este estudio se les dio tratamiento a todas las patologías detectadas.

El riesgo anestésico quirúrgico es importante porque nos refleja las condiciones en que se encontraban los pacientes antes de la cirugía y es preocupante observar que en este estudio sólo 54 paciente (15%) cursaban sólo con patología quirúrgica y el resto 356 pacientes tenían enfermedades asociadas.

Las recomendaciones o medidas profilácticas efectuadas en pacientes que lo requirieron en el preoperatorio fueron aproximadamente en el 60% de los casos.

Finalmente concluimos que la Valoración Preoperatoria es útil como detector de factores de riesgo y que debe ser tomada en cuenta para evitar complicaciones producto del acto anestésico-quirúrgico.

SUGERENCIAS:

1.- Que el Médico Familiar por ser el primer contacto con los candidatos a Valoración Preoperatoria, sea el que mejore el estado preoperatorio, sobre todo en los procesos que se sabe aumentan la morbilidad y la mortalidad, asociados al procedimiento quirúrgico.

2.-Se sugiere que para lograr un estado preoperatorio óptimo es necesaria la cooperación de varios especialistas: anestesiólogo, internista, cirujano y médico familiar, que garanticen que el paciente se encuentra en el mejor estado físico para cada caso en particular.

3.- Que el Departamento Clínico de Medicina Interna incluya como formato indispensable el Protocolo de Valoración Preoperatoria, en la consulta externa de Medicina Interna, para una mejor evaluación del riesgo quirúrgico-anestésico.

4.- A los médicos familiares se les sugiere soliciten los estudios preoperatorios básicos; evaluando cada caso en particular y recomendando al paciente no olvidar los estudios del día de la valoración, ya que ésto ocasiona que su evaluación se prolongue más tiempo.

5.- En cuanto a las recomendaciones preoperatorias insistir a los derechohabientes la utilidad de llevar a cabo las medidas terapéuticas o profilácticas recomendadas, lo cual repercutirá en su propio beneficio.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

B I B L I O G R A F I A


- 1.- Goldman, L. Caldera. D.L. Nussbaum, S.R. et al.
Multifactorial index of cardiac risk in noncardiac
surgical procedures. N.Engl.J.Med., 297 (16): 845-
850, 1977.
- 2.- Marco Antonio Moreno Alatorre; Evolución
Preoperatoria en el paciente cardiopata. Rev.Mex.
Anest. 9:3-4 1985.
- 3.- Lee Goldman, M.D. Thomas Lee, M.D., Peter Rodde M.D.
Ten commandments for effective consultations.
Arch. Intern. Med. 143: 743-744, 1983.
- 4.- Tisi Genaro M.D. Preoperative evaluation of
pulmonary function: Validity, indications, and
benefits. Am. Rev. Respir. Dis. (119): 293-310,
1979.
- 5.- Lawrence E. Klein, M.D. David M. Lovine, M.D.
More, M.D. Susan M. Kirby. The preoperative
consultation. Arch. Intern Med. 143:743-744 1983:
- 6.- Leet., FUJISUMI, E.M. D. Goldman, L. Impact of inter-
physician communications on the effectiveness of
medical consultations. A.M.J.Med. 74:106-117,
1983.

- 7.- Kammorer, W.S. and Grose, J. (eds). Medical consultation Role of the Internist on surgical Obstetric and psychiatric Service. Baltimore, Williams and Wilkins, 1983.
- 8.- Jacoby, J. J.:Blood test before elective surgery. Anest. 41 (I) 789, 1987.
- 9.- Villazón Sahagun A. Gómez P.M. y cols. Evaluación del Enfermo quirúrgico. CECSA. 2a. impresión. Pags. 19-23 y 171-175, 1979.
- 10.- Dr. Geno J.Merli, Dr. Howard H.Weitz. Consulta Preoperatoria. Clin.Med.Nort. 3:367-374, 411-430. 1987.
- 11.- Vicent J. Collins: Anestesiología. 2a.Ed. pags. 17-129,-130-146. 1981.
- 12.- José Adelfo Islas Velasco. Valoración anestésica tradicional. Rev.Mex.Anest. 9: 11-113, 1986.
- 13.- Raúl Castañeda,Ricardo Sánchez, Angela Davila, Mario Suárez. Valoración preoperatoria de la función cardiopulmonar en el paciente quirúrgico grave. Rev.MEX.Anest. 10: 15-19, 1987.

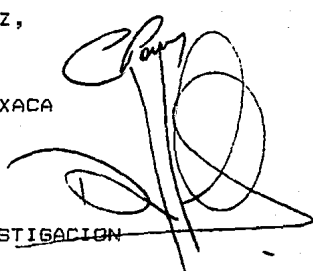
- 14.- J.Randall Meorman M.D., Mark A. Alatky,M.D.; David M. Eddy M.D., Calen S.Wagner M.D. The yiel of the routine Admission Electrocardiogram. Annals. of Internal. Medicine. 104:552-557, 580-595, 1985.
- 15.- Asyl Goldberger, M.D. and Mark Olkonski,M.D. Utiliry of the routine electrocardiogram before surgery and General Hospital Admission. Annals. of Internal Medicine. 105: 552-557, 1986.
- 16.- Labin, M.F.: Medical Management of the surgical patient Londón Butterworth Inc. 1982.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DR. DANIEL VARGAS RINCON,
JEFE DELEGACIONAL DE ENSEMANZA E INVESTIGACION
DELEGACION OAXACA



DR. CARLOS PONCE DOMINGUEZ,
MEDICO INTERNISTA
DEL H.G.Z. NO. 1 M.F. OAXACA



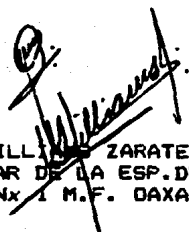
DR. ALFREDO PEREZ ZAMORA,
JEFE DE ENSEMANZA E INVESTIGACION
DEL H.G.Z. No. 1 M.F. OAXACA

DRA. FELICITAS CARMEN HERNANDEZ ALVARADO,
MEDICO RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO DE
MEDICINA FAMILIAR
DEL H.G.Z. No. 1 M.F. OAXACA



TRABAJO DE INVESTIGACION No. 89 390 001 195



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Cesar Williams Zarate". The signature is written in a cursive style and is positioned above the typed text.

DR. CESAR WILLIAMS ZARATE
PROF. TITULAR DE LA ESP. DE MED. FAM.
DEL H.G.Z. N.º 1 M.F. OAXACA, OAX.