

11227



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

30

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"BERNARDO SEPULVEDA"

CMN SXXI

*DETECCION DE ENFERMEDADES CRONICO
DEGENERATIVAS EN PACIENTES QUE ACUDEN
A VALORACION PREOPERATORIA EN EL SERVICIO
DE MEDICINA INTERNA, HE CMNSXXI*

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO
EN MEDICINA INTERNA

P R E S E N T A :
DRA. VERONICA GUZMAN NUÑEZ

ASESOR: DRA. MA. EUGENIA GALVAN PLATA



México DF

2001



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.

DR. NIELS H. WACHER RODARTE
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMNSXXI

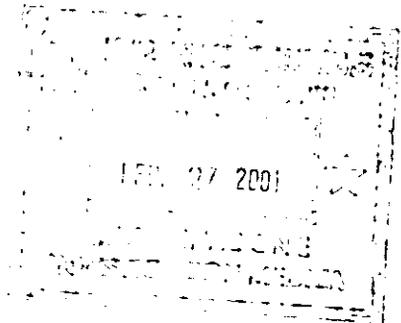
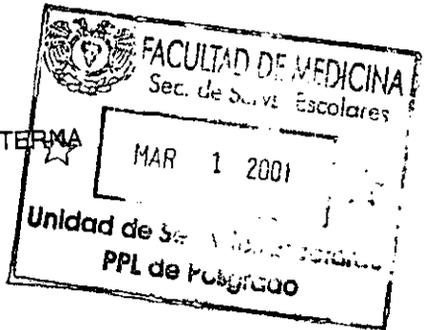
Firma: _____

DR. JOSE HALABE CHEREM
JEFE DE LA DIVISION DE MEDICINA INTERNA. PROFESOR TITULAR DEL
CURSO DE MEDICINA INTERNA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMNSXXI

Firma: _____

DRA. MA. EUGENIA GALVAN PLATA
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMNSXXI
ASESOR DE TESIS

Firma: _____



INDICE

| | |
|--------------------------------------|----|
| I.- INTRODUCCION | 4 |
| II.- JUSTIFICACION | 8 |
| III.- OBJETIVOS | 9 |
| IV.- MATERIAL Y METODOS | 10 |
| V.- DETERMINACION DE VARIABLES | 11 |
| VI.- RESULTADOS | 13 |
| VII.- ANALISIS DE RESULTADOS | 16 |
| VIII.- ANEXO | 18 |
| IX.- CONCLUSIONES | 19 |
| X.- BIBLIOGRAFIA | 20 |

INTRODUCCION

En el servicio de medicina interna del Hospital de Especialidades del CMN SXXI, existe un área específica (consulta externa) donde se realizan, las valoraciones preoperatorias de los servicios quirúrgicos que lo soliciten. Esta consulta se ha visto incrementada probablemente por dos razones: una el descontrol metabólico y hemodinámico de los pacientes portadores de enfermedades crónico degenerativas y que son enviados por las Unidades de Medicina Familiar (UMF) y los Hospitales Generales de Zona (HGZ) a la realización de algún procedimiento quirúrgico, lo cual genera al servicio de medicina interna consultas subsecuentes; y otra razón es la detección de padecimientos crónico degenerativos descontrolados no detectados en sus unidades de adscripción, lo que también genera incremento en la subsecuencia de consultas ya que para confirmar el diagnóstico se solicitan más estudios paraclínicos llegando incluso a la suspensión del evento quirúrgico en algunas ocasiones.

En éstas enfermedades participan alteraciones genéticas, factores ambientales y hábitos del paciente, pudiendo manifestarse de una forma aguda y con una evolución lenta, afectan cualquier órgano(s) o sistemas de la economía; la frecuencia y prevalencia de las enfermedades crónicas en cada país indican el estado global de salud de la población. Los avances en el conocimiento médico respecto al diagnóstico y tratamiento de padecimientos crónicos degenerativos han aumentado la esperanza de vida de los sujetos que la padecen. (2).

Como resultado se observa una población creciente de los sobrevivientes de estas enfermedades con diferentes grados de discapacidad, por lo que es importante evaluar el impacto que tienen en su calidad de vida o sentido de bienestar. La calidad de vida puede entenderse como una construcción multidimensional conformada por cuatro áreas principales: síntomas y efectos secundarios, estado funcional, estado psicológico y funcionamiento social. (2) También estas enfermedades limitan la productividad y como consecuencia originan elevadas pérdidas económicas tanto individuales, como sociales e institucionales, secundarias al tratamiento y en mayor grado por las complicaciones ó discapacidades generadas. (2)

En México se cuenta con el registro realizado en 1993, llamado Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC), en ésta se menciona que la población mexicana atraviesa en la actualidad por un proceso de transición epidemiológica y demográfica. La comparación del reporte de mortalidad de 1950 con la reportada en 1991 señala un proceso de transición epidemiológica debido al incremento en la proporción de muertes atribuibles a enfermedades crónico degenerativas, ya que este grupo representaba en

1950 el 10%, y en 1991 aumento al 45% , motivo por el cual se realizó la ENEC. (1)

La Diabetes Mellitus (DM) y las enfermedades del corazón son los padecimientos crónicos que han presentado incrementos de mayor importancia, como causa subyacente de mortalidad. A partir de 1980, la DM aparece en el IMSS dentro de los primeros 10 motivos de egreso hospitalario, es la primera causa de defunción hospitalaria y uno de los principales motivos de consulta ; de 1980- 1989 se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo sobre la DM en el IMSS, en el cual se reporta que un 2.4% del total de las consultas en medicina de especialidades se otorgan al diabético y de estas el 22% fueron de primera vez realizandose una detección de DM en promedio anual de 135.33 por 1000 derechohabientes. (23). De acuerdo con el reporte de la ENEC la prevalencia nacional para DM en la población de 20 a 69 años fue de 6.7%, detectando una mayor prevalencia según se incrementa la edad, siendo el grupo de mayor prevalencia el de 60 a 69 años superando el 20% (1). La DM en México y en varios países puede considerarse como una de las principales epidemias de fin de milenio.(19)

La cirugía en los pacientes con DM es relativamente común, se ha estimado que el 25% de los pacientes requiere de cirugía en algún momento. (18). De ahí que el tener una detección oportuna, tratamiento y control adecuados de estos pacientes influirá de manera determinante en el resultado del evento quirúrgico y en la calidad de vida.

Las enfermedades cardiovasculares son otro importante grupo dentro de estas patologías, una de las más frecuentes es la hipertensión, la cual es definida como cifras tensionales arteriales sistólicas mayores de 140 mmHg y de 90 mmHg de diastólica; es una enfermedad compleja y multifactorial, que implica por sí misma una reducción en la esperanza de vida y es sin duda una causa importante de complicaciones cardiacas, neurológicas y renales, ya que en etapas iniciales no produce manifestaciones y por lo tanto el daño orgánico resultante es progresivo. (6 y 22). En el IMSS de acuerdo a el análisis realizado de 1980 a 1989, se detectaron en promedio 272.5 detecciones por cada 100 000 derechohabientes, el 59% de los egresos hospitalarios se atribuyeron a hipertensión, se realizaron 5.17 consultas a hipertensos por cada 1000 derechohabientes. (22)

La ENEC reporta una prevalencia de hipertensión arterial de 23.8% en los individuos de 20 a 69 años, la prevalencia al igual que la DM se incrementó en grupos de mayor edad, con una prevalencia de 53.9% en el grupo de 65 a 69 años. (1)

Otra de las afecciones cardiovasculares es la cardiopatía isquémica, la cual sigue siendo un factor determinante de morbilidad y mortalidad perioperatorias. Se menciona que mientras el riesgo de infarto al miocardio perioper-

ratorio en la población general es del 2%, los pacientes con cardiopatía isquémica tienen un riesgo sustancialmente mayor, la tasa de mortalidad en pacientes portadores de cardiopatía isquémica sometidos a cateterismo cardiaco como portadores de cardiopatía isquémica es 2 a 3 veces superior a la de la población en general.

La insuficiencia cardíaca perioperatoria es un determinante principal de riesgo quirúrgico independientemente de la cardiopatía subyacente ya que aumenta el riesgo de edema pulmonar postoperatorio, arritmias y muerte por complicaciones cardíacas. El riesgo aumenta según empeora la clasificación de la New York Heart Association (NYHA) (10)

La obesidad puede definirse como un síndrome clínico caracterizado por un aumento de la proporción de tejido adiposo en relación con el peso corporal total (21). Esta tiene efectos significativos sobre la mortalidad perioperatoria. Se vincula con una gran variedad de problemas médicos que tienen impacto en su recuperación (10). La tasa de mortalidad anual aumenta de acuerdo a la masa corporal, en la ENEC se encontró una incidencia de 21.5%. (1)

Las enfermedades respiratorias ocupan otro rubro importante dentro de las enfermedades crónico degenerativas, dentro de éstas se encuentra la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) que es un síndrome caracterizado por tos productiva, disnea, obstrucción parcial de las vías aéreas e intercambio gaseoso deficiente. La obstrucción al flujo aéreo obedece a dos causas: bronquitis crónica y enfisema.

Una de las adicciones más importantes y frecuentes que favorece la aparición del EPOC es sin duda el tabaquismo, el consumo de tabaco es una conducta compleja, aprendida, entrelazada con la vida diaria y relacionada con la forma en que el fumador se relaciona con el mundo. Aunque el tabaquismo en sí no se considera una enfermedad crónico degenerativa, consideramos de gran relevancia determinar el factor tabaquismo como causante de EPOC, el cual se puede presentar en un 80% de los pacientes fumadores, además de que favorece la aterosclerosis y la cardiopatía isquémica. (13)

Las enfermedades del riñón constituyen una de las causas más frecuentes de egreso hospitalario en el IMSS, a partir de 1982 este grupo aparece en los primeros 30 motivos más frecuentes de egresos hospitalarios y durante 1988 y 1989 ocuparon el 11avo y 8avo lugar respectivamente, en terminos porcentuales su incremento ha sido mayor al 100% en los últimos 8 años. De acuerdo a los datos aportados por el IMSS de 1982 a 1989 la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) representó el 56.3% de los egresos hospitalarios, y los pacientes diagnosticados representaron el 66%. (24). La IRC, es un diagnóstico funcional caracterizado por un descenso progresivo del filtrado glomerular que generalmente es irreversible y que se debe a una pérdi-

da funcional de nefronas. Se trata de un síndrome causado por un gran número de enfermedades, siendo de las más frecuentes la DM y la hipertensión arterial sistémica. Debido a su alto costo económico se ha convertido en un problema de salud en nuestro país la demanda de atención ocasionada por un elevado número de pacientes afectados, ocupa en la actualidad, uno de los primeros lugares en todos los hospitales de segundo y tercer nivel (20). La ENEC reporta una prevalencia de 3.5% (1).

Las Enfermedades Vasculares Cerebrales (EVC) son la consecuencia final de un grupo de padecimientos cuyo denominador común es la aterosclerosis, la tasa de supervivencia oscila entre un 70 y 80%, de estos 60% quedan con secuelas motoras y alteraciones del lenguaje; la posibilidad de sufrir EVC aumenta conforme mayor edad se tiene. Está demostrado que la incidencia en la tercera y cuarta décadas es de 3 por 100 000 en tanto que en la octava y novena décadas de 300 por cada 100 000. Estos datos cambian según cada país, sin embargo en todos la tendencia al incremento se mantiene, la mortalidad global es de aproximadamente 20%, en México el EVC es la séptima causa de muerte. Es pertinente mencionar que la mayor parte de los padecimientos vasculares cerebrales son la consecuencia de un gran número de factores como son edad, hipertensión arterial, DM, cardiopatía, obesidad, hipercolesterolemia y tabaquismo. (15)

Al igual que el tabaquismo la hipercolesterolemia en sí no es considerada una enfermedad crónica degenerativa, pero son afecciones que favorecen la aparición de multipatologías debido a el proceso de aterosclerosis desarrollado a consecuencia de estas, se ha reportado una incidencia de 8.8% según la ENEC. (1)

JUSTIFICACION

Una de las actividades de gran importancia que realiza el médico internista es sin duda la valoración preoperatoria. Esta tiene varios propósitos: Predecir complicaciones perioperatorias, identificar la necesidad de tratamiento médico preoperatorio, seleccionar el momento más oportuno para la cirugía, preparar el equipo quirúrgico para las complicaciones esperadas. En el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional siglo XXI del IMSS el 60% de los pacientes que ingresan lo hacen para realización de un procedimiento quirúrgico.(10,11,12)

A pesar del elevado número de detecciones realizadas en hospitales de primero y segundo nivel del IMSS, es importante la cantidad de pacientes que se detectan en tercer nivel, en pacientes enviados para la realización de algún procedimiento quirúrgico, por lo que generan una sobrecarga de subsecuencia a la consulta de valoración preoperatoria con la consecuente dilación del evento quirúrgico e incluso en el más grave de los casos la suspensión del mismo. Esto sin mencionar, la etapa en que se encuentre dentro de la historia natural de la enfermedad y la repercusión que ya existe a otros órganos lo que incrementa el deterioro en la calidad de vida y secundariamente los costos de la atención médica.

Lo mismo sucede, si el paciente cursa con descontrol ya sea metabólico y/o hemodinámico, ya que en el afán de lograr un control del padecimiento y poder otorgar riesgo quirúrgico aceptable, se generan citas subsecuentes, dotación de medicamentos y solicitud de más estudios paraclínicos.

En el afán de remediar la progresión de enfermedades no detectadas oportunamente con la consecuente discapacidad generada en los pacientes así como el descontrol crónico de los mismos nos obliga a determinar la prevalencia de éstas dos situaciones; detección y descontrol, para proponer soluciones al primero y segundo nivel y optimizar tanto la calidad de vida del paciente como de los recursos físicos de la institución.

OBJETIVOS:

- Establecer la prevalencia de enfermedades crónico degenerativas no detectadas en su sitio de adscripción, en la consulta de valoración preoperatoria del servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades en el CMN SXXI.

- Determinar el porcentaje de detección de enfermedades crónico degenerativas en la consulta de valoración preoperatoria del hospital de Especialidades del CMN SXXI

MATERIAL Y METODOS

Universo de trabajo

Pacientes que acuden a valoración preoperatoria en el Hospital de Especialidades del CMN SXXI.

Criterios de inclusión

Todo paciente que acuda a consulta para determinación de riesgo quirúrgico.

Tipo de estudio

Observacional, transversal, descriptivo.

Recursos:

Médicos adscritos al servicio de medicina interna y que realizan su rotación en la consulta externa (médicos de base y residentes).

Materiales:

Cuestionario de valoración preoperatoria (anexo No. 1)

Expediente clínico

Laboratorios básicos (BH, QS, ES, EGO, colesterol, triglicéridos).

Rx de tórax

ECG

Bolígrafos

Bitácora

Baumanómetro

Estetoscopio

Computadora.

Tamaño de muestra:

Se incluirán a todos los pacientes que acudan a valoración preoperatoria, en un lapso de 4 meses; ya que no existen estudios previos en los cuales se valore la detección y descontrol de las enfermedades crónico degenerativas en la consulta .

Análisis estadístico:

Se realizará por medio de estadística descriptiva

Tasas de prevalencia y porcentajes.

DETERMINACION DE VARIABLES PARA FINES DEL ESTUDIO

DIABETES MELLITUS: Toda persona que al momento de la valoración se reconozca como diabético, diagnosticado por un médico y que se encuentra en tratamiento.

Toda persona que durante la entrevista presente exámenes de laboratorio con valores superiores de glucosa de 126 mg/dl por lo menos en dos tomas realizadas en tiempos diferentes, en ayuno. (17)

HIPERTENSION ARTERIAL: Toda persona que se declara hipertensa al momento de la valoración, con diagnóstico médico, que se encuentra bajo tratamiento, sin importar las cifras tensionales.

Personas que durante la entrevista presente cifras tensionales por arriba de 140 mmHg de sistólica y/o 90 mmHg de diastólica, en dos ocasiones. (9)

OBESIDAD: Se define obesidad, como un índice de masa corporal superior a 30 , clasificando los grados de obesidad en grado I de 30 a 34.9, grado II 35.0-39.9 , grado III mayor o igual a 40 (8)

HIPERCOLESTEROLEMIA E HIPERTRIGLICERIDEMIA: Se define colesterol elevado en aquellos pacientes que presenten niveles superiores a 200 mg/dl, e hipercolesterolemia a los niveles superiores de 240 mg/dl.

Hipertrigliceridemia: se define triglicéridos altos aquellos pacientes que presentan niveles de 200 mg/dl, pero menores de 400 mg/dl. Hipertrigliceridemia se define valores de triglicéridos superiores a 400 mg/dl. (9)

TABAQUISMO: Consumo de cigarrillos, más de 10 al día durante los últimos 5 años. (11)

CARDIOPATIA ISQUEMICA: Todo paciente que sea portador de cardiopatía isquémica, diagnosticada por médico y bajo tratamiento.

Todo paciente que en el momento de la entrevista se detectan factores de riesgo y que refiera sintomatología típica de angor y que pueda corroborarse además por cambios electrocardiográficos. (13)

EPOC: Todo paciente que tenga disminución permanente del flujo aéreo durante la espiración que excluye el asma bronquial, incluyendo pacientes con bronquitis crónica, enfisema y con enfermedad de la vía aérea distal; y que durante la valoración manifiesten sintomatología sugestiva de esta, como tos productiva crónica, disnea, cianosis, por lo menos de 2 años de evolución y que radiográficamente muestre cambios compatibles con EPOC.(7 y 13)

ARRITMIA: Todo paciente que acuda a consulta y que tenga un electrocardiograma anormal, que muestre algún patrón específico de arritmia, asociado o no a clínica. (5)

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA: Todo paciente que presente al momento de la evaluación preoperatoria descenso de la filtración glomerular debajo del 50%, corroborado por depuración de creatinina, proteinuria, aumento de la creatinina sérica >2.5, la urea, con y sin factor desencadenante. (20)

EVC: Síndrome clínico caracterizado por un déficit neurológico (focal o global) de aparición súbita y de presumible origen vascular (14 y 15).

INFECCION DE VIAS URINARIAS (IVU): Todo paciente que presente sintomatología urinaria como son: disuria, pujo, tenesmo vesical, fiebre, giordano +, y que además presente un exámen general de orina patológico, con nitritos positivos, leucocituria superior a 10 por campo, bacterias positivas, y/o urocultivo con más de 100000 unidades formadoras de colonias (UFC) por un solo germen.. (13)

INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS BAJAS (IVRB): Todo paciente que acuda a la consulta con sintomatología respiratoria; fiebre, tos, expectoración, odinofágia, disnea, y que se corrobore a la exploración física y radiográficamente.

NODULO PULMONAR: Densidad radiológica rodeada por completo de pulmón normalmente aireado, de bordes circunscritos, de cualquier morfología (13)

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 300 pacientes que acudieron a consulta de valoración preoperatoria, del mes de mayo a agosto de 1999, en el Hospital de Especialidades del CMN SXXI.

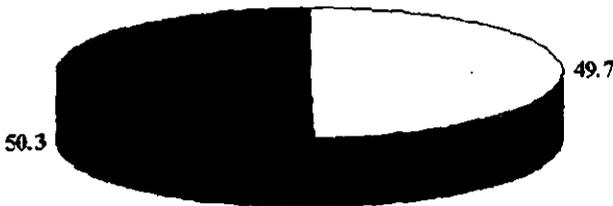
Los resultados fueron los siguientes:

Se valoraron 151 mujeres (50.3%), 149 hombres (49.7%), los rangos de edad variaron desde los 19 años hasta los 96 años. La media fue de 61.98 y la moda de 56. (ver gráfico 1)

El servicio que más valoraciones solicitó fué oftalmología, realizándose un total de 137 valoraciones (45.7%), siguieron en frecuencia: urología 43 (14.3%), gastrocirugía 29 (9.7%), otorrinolaringología 29 (9.7%), angiología 14 (4.7%), cirugía de cabeza y cuello 9 (3.0%), maxilofacial 1 (.3%) y neurocirugía 1 (.3%).

En 20 pacientes un equivalente de 6.7% no se especificó el servicio responsable del envío, se incluyeron en medicina interna. (ver gráfico 2)

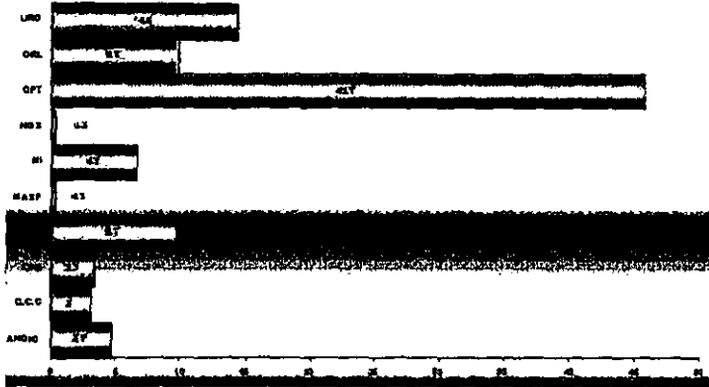
DISTRIBUCION POR SEXO



□ HOMBRES ■ MUJERES

Gráfica No.1

SERVICIOS QUE SOLICITARON VPO



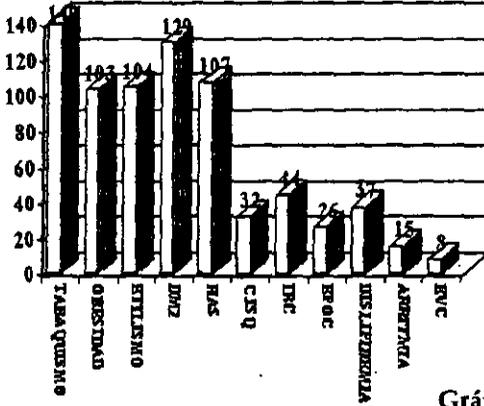
Gráfica No.2

En cuanto a la prevalencia de padecimientos se encontró: tabaquismo en 140 (46.7%), DM 129 (43%), HAS 107 (35.7%), etilismo 104 (34.7%), obesidad 103 (34.3%), IRC 44 (14.7%), dislipidemia 37 (12.3%), cardiopatía isquémica 32 (10.7%), EPOC 26 (8.7%), arritmia 15 (5%) y EVC en 8 (2.7%).

Los pacientes diabéticos con descontrol metabólico fueron 51 (39.5%), la cifra de glucosa osciló desde 150 mg/dl, hasta 567 mg/dl (promedio 358 mg/dl). Las causas de descontrol metabólico más frecuente fueron infección de vías urinarias en 23 pacientes (7.7%) e infección de vías respiratorias bajas en 9 pacientes (3%). (ver gráfico 3)

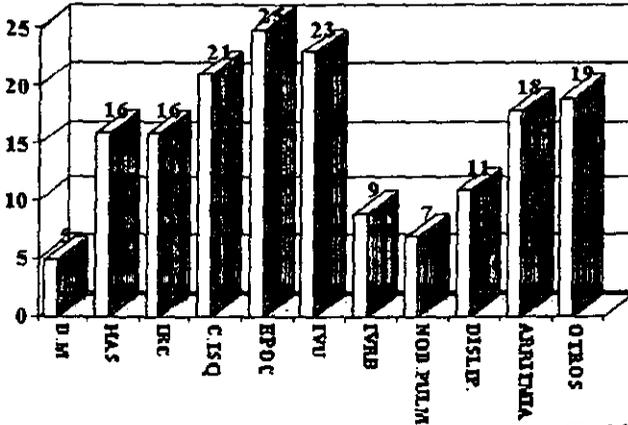
En cuanto al descontrol de la tensión arterial se presentó en 34 pacientes (31.7%), las cifras oscilaron desde 140/90 mmHg hasta 200/110 mmHg.

FRECUENCIA DE FACTORES DE RIESGO Y ENFERMEDADES CRONICODEGENERATIVAS



Gráfica No.3

En relación a la detección de nuevos padecimientos se obtuvieron los siguientes resultados: EPOC 26 (8.3%), cardiopatía isquémica 21 (7%), arritmia 18 (6%), HAS 16 (5.6%), IRC 16 (5.3%), dislipidemia 11 (3.7%), nódulo pulmonar 7 (2.3%), DM en 5 (1.7%). (ver gráfico4). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS.



Gráfica

ANALISIS DE RESULTADOS

Dado que la cirugía ahora es un evento cotidiano y toda intervención quirúrgica entraña la posibilidad de que ocurran complicaciones, es necesario la identificación oportuna de alguna de estas variables para predecir la magnitud del riesgo y tomar las medidas pertinentes. Todo paciente que va a ser sometido a algún procedimiento quirúrgico amerita una valoración preoperatoria. (11)

Los resultados que encontramos muestran una proporción casi equitativa entre hombres y mujeres que acudieron a valoración preoperatoria. Los rangos de edad se ampliaron debido a que se realizó una valoración de un paciente de 19 años, lo cual no es frecuente, ya que la mayoría de las valoraciones se realizan en pacientes mayores de 40 años, a menos que el paciente tenga multipatología o tenga padecimientos graves que ameriten su evaluación previa, al realizar el promedio se encontró una edad prevalente de 61.9 años.

El servicio que más valoraciones solicitó fué oftalmología, ésto debido a la alta frecuencia de complicaciones secundarias de DM como son cataratas, glaucoma y hemorragia vítrea. Además que es un centro de concentración donde se atienden pacientes referidos de otros hospitales. La principal causa de diferimiento quirúrgico sigue siendo en estos pacientes el descontrol metabólico y/o hemodinámico secundario a los procesos infecciosos, con localización más frecuente a nivel respiratorio y urinario. Debido al descontrol encontrado en estos pacientes fue necesario el diferimiento de la cirugía, hasta remitir el cuadro corroborado tanto clínica como por laboratorios, lo que condicionó dos o más consultas subsecuentes en promedio.

En los pacientes hipertensos se encontró descontrol en un tercio de los mismos, en la mayoría de los casos este descontrol se debió a la falta de administración del medicamento, ya sea por falta de dotación de este o porque al acudir a la valoración preoperatoria no ingieren los medicamentos, además de que algunos pacientes se refieren ansiosos con el consecuente incremento de la tensión arterial sin que fuera el mismo permanente o grave.

En cuanto a la prevalencia de los otros padecimientos como son: obesidad, dislipidemia y tabaquismo se encontró una prevalencia moderada, lo cual recobra importancia si recordamos que son entidades que favorecen el desarrollo de cardiopatía isquémica, EPOC y EVC, la cual aumenta la morbilidad y mortalidad de estos pacientes, así como el diferimiento en la realización del evento quirúrgico por las complicaciones esperadas en los pacientes con obesidad grado II o III, el tabaquismo intenso y la dislipidemia.

En cuanto a la prevalencia de EPOC en este estudio se encontró en un 8% estos datos no difieren mucho de los encontrados en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), en donde en 1995 fué la 5a causa de morbilidad hospitalaria y esta patología ocupó 7% de los casos atendidos, en el Hospital de Monterrey " Dr José E. Glez" se encontró en 1990 que el EPOC representó el 12.9% de los casos atendidos.

La prevalencia de IRC fué del 14% predominando como causante de esta DM, esto cobra importancia si consideramos que los costos de la atención de este grupo de pacientes son muy altos, debido a que la mayoría de ellos acuden en etapas avanzadas, cuando las complicaciones sistémicas han causado grave deterioro y las posibilidades de rehabilitación son muy limitadas.

El EVC tuvo una prevalencia baja, se informa que en nuestro país la enfermedad vascular cerebral ocupa el séptimo lugar.

En cuanto a las infecciones encontradas durante la valoración se investigó básicamente sobre la presencia de infección a nivel urinario y respiratorio esto no es muy diferente de lo encontrado ya en otro estudio del hospital de especialidades

En cuanto a las detecciones realizadas, la DM ocupó un pequeño porcentaje, probablemente se atribuye esto a que los programas de detección en primero y segundo nivel funcionan adecuadamente, sin embargo el porcentaje detectado en nuestra consulta no es despreciable ya que los pacientes fueron evaluados previamente al envío a los servicios quirúrgicos.

Llama la atención el porcentaje de pacientes hipertensos detectados en nuestra consulta ya que al igual que la DM son programas prioritarios de salud de primero y segundo nivel.

Dada la frecuencia de EPOC detectado en la consulta de valoración preoperatoria y la prevalencia de tabaquismo habrá de tomarse medidas diagnósticas en este último grupo para detectar fases tempranas de EPOC e instituir tratamiento oportuno.

Cabe resaltar que tanto los casos detectados como los prevalentes de IRC tienen como causa etiológica a la DM y esto nos obliga a hacer énfasis en la importancia del diagnóstico y tratamiento oportuno de ésta última patología para disminuir la frecuencia de complicaciones crónicas de ésta.

Los porcentajes de detección de cardiopatía isquémica, dislipidemia y arritmias no son despreciables, tanto por el riesgo inherente como por las consultas subsecuentes generadas tanto al servicio de cardiología y medicina interna, como de recursos diagnósticos complementarios, como son: prueba de esfuerzo, ecocardiograma, talio dipiridamol entre otros, con el retraso de el evento quirúrgico y las complicaciones secundarias.

En cuanto a la detección de nódulo pulmonar el porcentaje encontrado implica la realización de Tomografía Axial Computada (TAC) de pulmón y/o resonancia magnética de pulmón, considerando que 30% de éstos pueden ser malignos o la primera manifestación de una enfermedad metastásica.

Otros padecimientos detectados clínicamente como son: anemia, hipotiroidismo, Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y miastenia culminaron la mayoría de ellos en la suspensión del evento quirúrgico hasta establecer el diagnóstico por medios paraclínicos y/o estabilizar a los pacientes, lo que conlleva meses de diferimiento y en ocasiones por lo avanzado de las complicaciones de estos padecimientos en desenlaces no esperados.

ANEXO

CUESTIONARIO DE VALORACIÓN PREOPERATORIA.

NOMBRE: _____ AFILIACION: _____
EDAD: _____ SERVICIO: _____

ANTECEDENTES

- | | | | | |
|--------------------------|------------|--------|--------------------------------|------------------|
| a) Tabaquismo | si () | no () | Tiempo : _____ | |
| b) Obesidad | si () | no () | Grado (IMC) : _____ | |
| c) Etilismo | si () | no () | Tiempo : _____ cantidad: _____ | |
| d) DM | si () | no () | Tiempo : _____ | |
| | descontrol | si () | no () | Glucemia : _____ |
| e) HTA | si () | no () | Tiempo : _____ | |
| | descontrol | si () | no () | TA _____ |
| f) Cardiopatía isquémica | si () | no () | Tiempo : _____ | |
| | controlada | si () | no () | |
| g) Insuficiencia renal | si () | no () | Tiempo : _____ | |
| | controlado | si () | no () | |
| h) EPOC | si () | no () | Tiempo : _____ | |
| | controlado | si () | no () | |
| i) Dislipidemias | si () | no () | Tiempo: _____ | |
| j) Arritmias | si () | no () | Tipo: _____ | |
| k) EVC | si () | no () | | |

DETECCIÓN DE NUEVOS PADECIMIENTOS

- | | | | |
|------------------------------------|--------|--------|--------------------------|
| a) DM | si () | no () | Glucemia : _____ |
| b) HTA | si () | no () | TA _____ |
| c) Insuficiencia renal | si () | no () | |
| d) Angor | si () | no () | Localización : _____ |
| e) IM x EKG | si () | no () | Tipo : _____ |
| f) EPOC | si () | no () | Origen probable: _____ |
| g) Disnea | si () | no () | Origen probable : _____ |
| h) Dolor abdominal | si () | no () | Evolución : _____ |
| i) IVU | si () | no () | no () Evolución : _____ |
| j) Infección de vías respiratorias | si () | | |
| k) Otras infecciones : | _____ | | |
| l) Nódulo pulmonar : | _____ | | |
| m) Dislipidemia: | si () | no () | |
| n) Arritmia: | si () | no () | Tipo: _____ |
| m) Otros : | _____ | | |

CONCLUSIONES

•El servicio que más valoraciones solicitó fue oftalmología.

•La prevalencia mayor se encontró en tabaquismo, DM, HAS, etilismo, obesidad e IRC.

•El descontrol metabólico o hipertensivo, condicionó diferimiento de la cirugía incrementando la consulta subsecuente de valoración preoperatoria del servicio de medicina interna, siendo la causa más frecuente de descontrol las infecciones de vías urinarias y respiratorias bajas.

•Los resultados obtenidos son de gran ayuda para implementar medidas en los hospitales de primero y segundo nivel para que establezcan una vigilancia más estrecha en la valoración integral, tanto clínica como paraclínica de los pacientes que ameritan tratamiento quirúrgico y ésto repercuta benéficamente en la calidad de la atención de los tres niveles del IMSS.

•Estos diagnósticos se pueden realizar en su lugar de adscripción, ya que no se requiere de mas recursos o de estudios de alta especialidad.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

BIBLIOGRAFIA

1. ENCUESTA NACIONAL DE ENFERMEDADES CRONICAS. 1993.
2. Enfermedades Degenerativas Crónicas, su impacto en la calidad de vida. Médico General. 1996; 1:50-53.
3. Pasulka S. Patrick, et al. The Risks of Surgery in Obese patients. Arch Intern Med 1986;104:540-546.
4. Rodrigo Jimenez et al. Incidencia de dislipidemia en el servicio de medicina interna. Med Int Mex 1999;15:92-95.
5. Otero Cagide Federico et al. Los antiarrítmicos: correlación fisiofarmacológica. Med Int Mex 1997;13:88-96.
6. Dilema y Tendencias del Tratamiento Antihipertensivo. Medico General.1996;1:24-26.
7. Manejo de la Enfermedad Obstructiva Crónica. Medico General.1996;1:27-29.
8. Executive Summary of the Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation and Treatment of Overweigt and Obesity in Adults. Arch Intern Med 1998; 158: 1865-1867.
9. F. Carey Charles. The Washinton Manual of Medical Therapeutics.29 ed. 1998:433-438.
10. D. Wolfsthal Susan. Manejo Clínico del Paciente Quirúrgico. Panamericana 1992: 25-29. 411-415.
11. Halabe Cherem Jose et al. La utilidad de la escala de ASA y de la radiografía de tórax como indicadores de riesgo cardiovascular perioperatorio. Gac Med Mex. 134:27-32
12. Halabe Cherem Jose et al. La valoración preoperatoria en el adulto. Gac Med Mex 131:267-275
13. Fauci, et al. Harrison Principios de Medicina Interna 14ava ed. Mac Graw Hill

2865-2869.

14. Warlow C. P. et al. Stroke. Stroke1998. 352:sp1.

15. Jiménez Rojas C. Accidentes cerebrovasculares. Manejo diagnóstico y terapéutico. Complicaciones. Medicine 1995;6:3989-3949.

16. García Silvia. Enfermedad Vascolar Cerebral. Actualidades en Medicina Interna. 1999;5:2-16.

17. Report of The Expert Committe on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care. 1997;20:1183-1194.

18. J. Jacober Scot. An Update on Perioperative Management of Diabetes. Arch Intern Med.1999;159:2405-2411.

19. Castro Sánchez Héctor, Escobedo de la Peña Jorge. La prevalencia de la diabetes mellitus no dependiente de insulina y factores de riesgo asociados, en la población mazateca del estado de Oaxaca, México. Gac Med Mex. 1997;133:527-533.

20. Hernandez Llamas Guillermo et al. Algunas reflexiones sobre la insuficiencia renal crónica terminal en México. Gac Med Mex.1998;131:459-463

21. J. Rodex Teixidor et al. Medicina Interna. Masson. Tomo II 1997 :2853-2863.

22. Otero Cagide, Federico, Fierro Hernández, Hilario, et al. La hipertensión arterial en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Medicina Interna de Mexico. 1995;11:15-20.

23. Otero Cagide, federico, Fierro Hernández, Hilario. La Diabetes Mellitus en Mexicano del Seguro Social. Medicina Interna de Mexico. 1995;11:9-14.

24. Otero Cagide, Federico, Lugo Ortiz, Alejandro, et al. Las Enfermedades Renales en el Instituto Mexicano del Seguro Social (1982-1989). Medicina Interna de Mexico. 1995;11:21-29.