

Médica Sur

Volumen 9
Volume

Número 1
Number




Enero-Marzo 2002
January-March

Artículo:




Resúmenes de trabajos del Segundo Congreso de Médica Sur Sociedad de Médicos

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Médica Sur Sociedad de Médicos, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



medigraphic.com

Resúmenes de trabajos del Segundo Congreso de Médica Sur Sociedad de Médicos Mayo 1-5, 2002 (Cancún, Quintana Roo)

Estudio comparativo de eficacia y tolerancia de eletriptan y naratriptan en el tratamiento de un ataque de migraña: estudio multicéntrico aleatorizado, controlado con placebo

Dr. García Ramos, Dra. Guadalupe García Riimi, Dr. Vega Boada e Investigadores Asociados

Introducción: Eletriptan es un agonista selectivo de 5HT_{1B-ID} que proporciona un alivio rápido y efectivo de la migraña. Estudios previos muestran que el eletriptan es mejor que sumatriptan y combinaciones de DHE-cafeína sin embargo, no hay estudios comparativos entre eletriptan y naratriptan. Los triptanos son fármacos específicos en el tratamiento de la migraña y actúan activando los receptores de 5HT disminuyendo la inflamación neurogénica aséptica, la transmisión central de dolor y disminuyendo los mediadores químicos de la dilatación vascular.

Objetivos: Evaluar la eficacia y tolerabilidad de eletriptan oral 40 mg (E40) y naratriptan oral 2.5 mg (N2.5) y placebo (PBO) en el tratamiento del ataque agudo de migraña.

Material y métodos: *Diseño:* ensayo clínico, controlado, aleatorizado, con placebo. *Sitio de coordinación:* Hospital Médica Sur (GGR y FVB). Estudio multicéntrico con la participación de 17 centros latinoamericanos. *Grupos de estudio:* se formaron 3 grupos; grupo 1; eletriptan 40 mg (E40), grupo 2; naratriptan 2.5 mg (N2.5) y grupo 3 placebo (PBO).

Variabes de eficacia: La respuesta de la cefalea y ausencia de dolor se evaluó a las 2, 4 y 24 horas. Los síntomas asociados con la migraña (náusea, vómito, fonofobia y fotofobia) también se evaluaron a 2, 4 y 24 horas. Finalmente se evaluó la recurrencia de la cefalea.

Resultados: Se estudiaron 483 pacientes, sólo 478 se evaluaron mediante el análisis de intención de tratar.

192 recibieron E40, 195 N2.5 y 91 PBO. Las características sociodemográficas fueron similares entre los 3 grupos. La respuesta a eletriptan fue superior para eletriptan con respecto a naratriptan y placebo (56%, 42% y 31%; $p < 0.01$, E40 vs N2.5). A las 4 horas la respuesta fue la siguiente (80%, 67% y 44%, $p < 0.01$ E40 vs N2.5), 2 horas después de tratamiento eletriptan mostró una mayor respuesta (sin dolor) (35%, 18% y 19%, $p < 0.0002$, E40 vs N2.5, $p < 0.005$ E40 vs PBO). A las 24 horas la respuesta con eletriptan fue mayor (38%) comparado con naratriptan (27%, $p < 0.05$) y placebo (19%; $p < 0.0005$). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre eletriptan y naratriptan en lo que respecta a la náusea y vómito. Los pacientes que utilizaron eletriptan utilizaron menor terapia de rescate que los pacientes con naratriptan (15, 27 y 49% respectivamente; $p < 0.003$, E40 vs N2.5; $p < 0.0001$ E40 vs PBO). El tratamiento con eletriptan fue mejor tolerado, los efectos adversos más frecuentes fueron astenia, vértigo, vómito, somnolencia y náusea. Los pacientes con eletriptan tuvieron mayor aceptabilidad que los pacientes con naratriptan (68%, 50% y 31%; $p = 0.0004$ E40 vs N2.5; $p < 0.0001$ E40 vs PBO).

Discusión y conclusiones: Eletriptan a una dosis de 40 mg tiene mayor eficacia que naratriptan a una dosis de 2.5 mg. La eficacia es mayor en la primera hora y a las 4 horas de uso de eletriptan. Eletriptan es mejor tolerado y tiene mayor aceptación en los pacientes.

Crisis no epiléptica: reporte de 5 casos de pseudocrisis

Dra. Cecilia Aguilar, Dra. Marisol Carrillo, Dr. Guillermo García R, Dr. Felipe Vega, Dr. Sergio Aguilar, Dra. Edurne Austrich, Dr. Rafael Salin

Introducción: La incidencia de las crisis no epilépticas (CNE) es cada vez más alta en la práctica clínica,

se estima un rango de 5 a 20% en la población general, y un índice de 10 a 40% en pacientes referidos a programas especiales para epilepsia. Sin embargo, existe cierto número de pacientes que padecen tanto de epilepsia como de crisis no epilépticas, esta coincidencia es de aproximadamente del 10 a 60%. La prevalencia en hombre y mujer es de 1:4 respectivamente, a diferencia de la epilepsia que es de 1:1. El término de eventos no epilépticos incluyen la histeroepilepsia, convulsiones histéricas, crisis psicógenas, pseudocrisis. Este tipo de CNE se diferencia de la epilepsia porque generalmente son frecuentes a pesar de niveles terapéuticos de antiepilépticos, existe ausencia de daño físico, historia de otros signos neurológicos o síntomas que sugieren desórdenes conversivos, el inicio es gradual, de duración prolongada, con movimientos desordenados, intermitentes y arrítmicos, consciencia preservada, con terminación súbita de la actividad crónica, dichas características fluctúan entre una crisis y otra, con ausencia de periodo posictal. El video-EEG ictal, los niveles basales de prolactina y en los primeros 20 minutos poscrisis y el SPECT ictal son los tres elementos básicos para el diagnóstico de certeza de crisis no epilépticas.

Objetivo: Reportar 5 casos de pseudocrisis.

Metodología: Se revisaron los expedientes clínicos de cinco pacientes en Médica Sur.

Resultados: Se trata de cinco pacientes diagnosticados con crisis no epilépticas, 3 mujeres y 2 hombres, con edades que fluctúan entre los 28 a los 44 años, el tipo de crisis en tres casos fue de crisis parciales, un caso con CCTCG y un caso con datos de disautonomía, todos con buen apego al tratamiento médico a base de diferentes medicamentos como ácido valproico, clonazepam, CMZ, DFH, neurontin, floxetina, en los cinco casos se encontró un factor precipitante, predominando el estrés en tres casos, se realizó la monitorización con video-EEG la cual fue normal en todos los casos, el EEG sólo en un caso fue anormal, reportándose como actividad paroxística frontoparietal bilateral, la RM y la TAC se realizó en tres pacientes, con resultados normales, el SPECT se efectuó en dos pacientes, así como los niveles de prolactina, los cuales se reportaron en rangos normales. En los cinco casos, es decir el 100%, se modificó el tratamiento y con buena respuesta.

Conclusión: El video-EEG es la prueba básica para el diagnóstico diferencial de crisis epiléptica y no epiléptica, ya que permite analizar los elementos básicos de crisis: imagen conductual y EEG. La prolactina sérica requiere tener un nivel basal y otro ictal. En las

crisis parciales complejas y generalizadas, se elevan sus valores transitoriamente, no así en pseudocrisis. El SPECT aumenta substancialmente la perfusión-metabolismo en las regiones de descarga en las crisis reales y no se modifica en las pseudocrisis. El diagnóstico de una pseudocrisis puede ser totalmente traumático para algunos pacientes; una vez hecho éste, con cierta confidencialidad será referida una evaluación psicológica, psiquiátrica o ambas, con el fin de iniciar tratamiento y evidenciar el origen psicológico de tales crisis. Las intervenciones psicoterapéuticas pueden ser útiles dependiendo del entendimiento de la fisiopatología. Las terapias conductuales cognitivas son a menudo efectivas para pacientes con CNE, con síntomas predominantemente de ansiedad; en ciertos pacientes la hipnoterapia puede ser benéfica. En cuanto al pronóstico se ha observado en un 25 a 87% de los pacientes diagnosticados apropiadamente, tales eventos han cesado.

Incidencia y manejo de la infección por VPH en el tracto genital inferior femenino

Dr. Juan Ramiro Ruíz Durá y Dra. Cristina Cevallos Duarte

Es ampliamente conocido el papel determinante que juega el virus del Papiloma Humano (VPH) en el desarrollo del carcinoma de cérvix uterino (Ca Cu) por lo que resulta útil analizar la experiencia de un consultorio ginecológico en cuanto a su incidencia y los métodos para su detección.

Material y métodos: Durante el año 2001, en nuestro consultorio se detectaron 26 casos nuevos de VPH, de los cuales 22 fueron en cérvix y 4 en vulva. Para su detección se emplearon 4 procedimientos (citología, colposcopia, histopatología y PCR) y se asumió su existencia cuando dos o más de ellos fueron positivos.

Resultados: El 46% de los casos correspondieron a edades entre los 25 y los 34 años; sorpresivamente un 19% ocurrió en mujeres de más de 50 años. Solamente una paciente aceptó drogadicción (cocaína y alcoholismo). La citología se realizó en todos los casos y fue positiva en 18 (69.2%); en 22 casos se efectuó colposcopia y resultó positiva en 21 (95.4%); de 21 biopsias tomadas se encontró coilocitos en 19 (90.4%) y el PCR, practicado en 15 casos fue positivo en 6 (40%). El grado de lesión fue bajo en 20 casos (95.2%) y alto solamente en uno. Los subtipos de VPH hallados fueron el 35 (66.6%), el 33 y el 40 (16.6% para cada uno). De los 26 casos, han sido sometidos a

tratamiento 21 (5 pacientes desertaron). El plan terapéutico varió entre electrofulguración, crioterapia, cono por electrocirugía y aplicación de imiquimod local a ambos miembros de la pareja, solo o en combinación con los anteriores. Dos casos terminaron en histerectomía por otras patologías. En todos los casos se planteó seguimiento con control citológico y colposcópico, habiéndose realizado hasta ahora únicamente en 11, con un rango de tiempo postratamiento entre 6 y 25 semanas; uno sólo mostró persistencia a las 8 semanas.

Comentarios: La infección por VPH es frecuente en nuestro medio y se requiere de diversos procedimientos para su confirmación. Tomando como parámetro base el estudio histopatológico, la citología y el PCR, han mostrado una sensibilidad baja y un alto grado de especificidad, mientras que la colposcopia muestra buena sensibilidad y especificidad. El tratamiento debe de realizarse siempre, ya que algunos casos de bajo grado de lesión continuarán hasta el carcinoma.

El *Helicobacter pylori* como agente etiológico de la enfermedad por reflujo esófago-gástrico

Raúl Pichardo-Bahena, Blanca Alicia Barredo-Prieto, Nahum Méndez-Sánchez.

Departamentos de Anatomía Patológica e Investigación Biomédica. Hospital y Fundación Clínica Médica Sur.

Antecedentes: La enfermedad por reflujo esófago-gástrico (EREG) es una enfermedad altamente prevalente en la población occidental. Está reconocida como la causa etiológica del esófago de Barrett (EB), así como de la metaplasia gástrica (MG). La importancia de identificar el EB radica en que aumenta 30 veces la probabilidad de carcinoma, comparado con la población general. Dentro de las teorías propuestas de la ERGE es la asociación de reflujo gastro-esofágico y la infección gástrica por *Hp*. Esto basado en la evidencia de que el *Hp* aumenta la presión gástrica, produce sustancias que relajan el esfínter esofágico inferior y produce citoquinas citotóxicas que lesionan directamente el epitelio esofágico. Pero el papel etiológico de la infección por *Hp* aún queda en controversia.

Objetivo: Identificar la prevalencia de infección por *H. pylori* en los pacientes con sintomatología de EREG en biopsia obtenida por endoscopia.

Material y métodos: Se seleccionaron pacientes con sintomatología relacionada con enfermedad por re-

flujo, a los que se les realizó biopsia por endoscopia en el periodo de enero a diciembre de 1999. Se realizó búsqueda en el archivo del Departamento de Anatomía Patológica de Médica Sur con las palabras claves: biopsia, endoscopia, EB, MG, reflujo. Se incluyeron los casos en los que además se les realizaron biopsias por endoscopia de mucosa gástrica (BG).

Resultados: Se identificaron 237 biopsias. Correspondieron 67 casos a MG (29%), 55 casos a EB (23%), a EREG 109 casos (46%) y a otros 6 casos (2). En los pacientes con MG la edad promedio fue de 47 años con rango de 20 a 83 años. 34.9% fueron mujeres (15 casos) y el 65.1% correspondieron al sexo masculino (28 casos). A 26 pacientes se les realizó BG y la infección por *Hp* se encontró en 14 casos (53.8%). Los pacientes con EB tienen edad promedio de 49 años, con rango de 19.95 años. Dieciocho casos fueron mujeres (23.7%) y 37 casos hombres (66.3%). A 27 casos se les realizó BG, la infección por *Hp* se encontró en 18 casos (66.7%). En 3 casos (5.5%), se identificó displasia, dos casos con displasia de alto grado y uno con displasia de bajo grado. Los casos con EREG la edad promedio fue de 42 años con rango de 4 meses a 88 años. Cincuenta y dos casos (47.7%) fueron mujeres y 52.3% (57 casos) fueron hombres. A 93 casos se les realizó BG y en 75.3% (70 casos) se identificó infección por *Hp*. En el grupo de otros se incluyeron un caso de esofagitis pos-radiación, un caso de esofagitis aguda herpética, un caso sin alteraciones microscópicas significativas y tres casos con papiloma. En 4 casos se les realizó además BG y se encontró infección por *Hp* en el 50% de los casos.

Conclusiones: Los pacientes que son atendidos en Médica Sur con sintomatología por reflujo esófago-gástrico tienen edades similares, se encuentran en la quinta década de la vida, excepto en grupo de EREG donde encuentran 3 pacientes menores de un año. En todos los grupos la prevalencia de infección por *H. pylori* es alta y varía desde el 50% hasta 75.3%. El papel de la infección.

Metaplasia gástrica			Esófago de Barrett		
Total	67	%	Total	55	%
Edad promedio	47 años		Edad promedio	49 años	
Rango	20-83 años		Rango	19-95 años	
Femenino	15	34.9	Femenino	18	32.7
Masculino	28	65.1	Masculino	37	67.3
Met fúnd	39	90.7	Displasia	3	5.5
Met corporal	4	9.3	Sin displasia	53	96.4
Bx gástrica	26	60.5	Bx gástrica	27	49.1
<i>H. pylori</i> (+)	14	53.8	<i>H. pylori</i> (+)	18	66.7

EREG			Otros		
Total	109	%	Total	6	%
Edad promedio	42 años		Edad promedio	49 años	
Rango	4 m-88 años		Rango	29-75	
Femenino	52	47.7	Femenino	5	83.3
Masculino	57	52.3	Masculino	1	16.7
Bx gástrica	93	85.3	Bx gástrica	4	66.7
<i>H. pylori</i> (+)	70	75.3	<i>H. pylori</i> (+)	2	50.0

Validación de escalas para la detección de osteoporosis en mujeres asintomáticas que acuden a revisión médica a una Unidad de Diagnóstico Clínico

Rodríguez-Leal Gustavo Arturo, Pérez Hernández María de la Luz, Morán Villota Carlos, Ramos Ostos Martha Helena.
Unidad de Diagnóstico Clínico y Clínica de Climaterio y Ginecología Endocrina. Hospital Médica Sur.

Antecedentes: El identificar mujeres que puedan desarrollar osteoporosis es una importante estrategia que ayuda a reducir la incidencia de fracturas condicionadas por esta enfermedad. Sin embargo, debido a que la realización de densitometría ósea a todas las mujeres no es una práctica aceptada, se han desarrollado escalas y recomendaciones que permiten identificar clínicamente factores de riesgo para decidir a quien se le debe realizar una densitometría ósea. En nuestro medio se desconoce cuál de estas escalas es de mayor utilidad para seleccionar pacientes que requieran densitometría ósea.

Objetivo: Evaluar las propiedades diagnósticas de 5 escalas clínicas para la identificación de osteoporosis en mujeres mexicanas.

Material y métodos: Se incluyeron 300 mujeres con una edad de 57 ± 9 años. A cada una de ellas se les aplicó un cuestionario que incluía las 5 escalas de decisión: Simple Calculated Osteoporosis Risk Estimation (SCORE); Osteoporosis Risk Assessment Instrument (ORAI); Age, Body Size, No Estrogen (ABONE); la diseñada por ALBRAND y las recomendaciones de la National Osteoporosis Foundation (NOF). A todas se les realizó densitometría ósea de la columna lumbar y de cuello femoral y se determinó el score T para cada una de las regiones óseas estudiadas, considerando osteoporosis un score T menor a -2.5. Se calculó la sensibilidad, especificidad y valores predictivos para cada una de las escalas evaluadas.

Resultados: El 12.2% de las pacientes tuvieron un score T menor a -2.5. La sensibilidad de las escalas

ABONE, ALBRAND, NOF, ORAI y SCORE fueron de 80.5%, 16.6%, 100%, 83.3% y 88.8%, con una especificidad de 44.4%, 97.6%, 26.6%, 45.1% y 41.3% respectivamente. La escala ALBRAND obtuvo el mejor valor predictivo positivo (58%).

Conclusiones: La escala NOF parece ser la más adecuada para identificar mujeres en riesgo para desarrollar osteoporosis dada su alta sensibilidad, sin embargo su especificidad es muy baja. La escala ALBRAND a pesar de tener una sensibilidad muy baja, permite detectar a mujeres asintomáticas que no tienen la enfermedad debido a su alta especificidad y a un mayor número de mujeres con osteoporosis dado que la prueba diagnóstica es positiva.

La enfermedad vascular cerebral (EVC) isquémica aguda utilizando secuencias de difusión por imagen de resonancia magnética

Dr. Carlos Enrique Rojas Marín, Dra. Ma. Teresa Reyes Álvarez, Dr. Jorge Hernández Ortiz, Dr. Pedro Roberto Corona Cedillo

Antecedentes: Los EVC representan una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad; en los Estados Unidos y es la tercera causa de muerte más frecuente en este país y la primera causa de incapacidad. El término "isquemia" se aplica cuando el flujo sanguíneo es inadecuado para mantener la función celular. Los signos y síntomas van a depender de: a) la distribución vascular; b) la neuroanatomía funcional afectada y c) la naturaleza focal, multifocal o global del proceso.

En general la RM ha suplantado el uso de TC en la evaluación del EVC isquémico agudo, dentro de las secuencias de la RM la difusión ha mostrado ser la de más ayuda diagnóstica observándose una zona de hiperintensidad. Utilizando técnicas de eco planar, es posible adquirir imágenes en menos de 150 milisegundos. Esto permite obtener información de 6 mm de espesor de todo el cerebro, en aproximadamente 2 min.

Material y métodos: Se estudiaron 121 pacientes en un periodo de 19 meses entre el 1º de Enero del 2000 al 31 de julio del 2001, los cuales ingresaron al servicio de urgencias y fueron referidos a la unidad de RM del Hospital Médica Sur con diagnóstico de EVC agudo estas imágenes fueron revisadas por lo menos por 3 radiólogos expertos en Resonancia Magnética.

El Equipo usado fue General Electric Signa de 1.5 Tesla, con secuencias de difusión en planos axial y coronal, además de secuencias adicionales FLAIR, TI y T2.

Resultados: En los resultados obtenidos encontramos que de los 121 pacientes, 41 presentaron EVC isquémico agudo, el territorio arterial más frecuentemente afectado es de las arterias cerebrales medias en 48%, seguidas de arterias lentículo estriadas en 31%, seguido en menor porcentaje de las arterias cerebral posterior, cerebral anterior y el sistema vertebro basilar.

El número de territorios arteriales afectados, un solo territorio 78%, dos territorios 15%, y tres o más territorios 7%. La edad promedio de presentación fue 69.1 años, predominando las mujeres con 51%, y la edad promedio por sexo fue para las mujeres de 73.8 años, y para los hombres de 64.3 años; y la edad de mayor presentación independientemente del sexo fue de los 70 a los 79 años 41%. Dentro de las causas, el 22% fueron embólicos, y el 78% no.

Los EVC isquémicos complicados con hemorragia fueron sólo 5%.

Conclusiones: Las secuencias de difusión en 2 ó 3 planos, nos permiten realizar diagnóstico rápido de los pacientes con sospecha de enfermedad cerebrovascular isquémica aguda, y así decidir un tratamiento médico o terapia endovascular oportuna.

Prevalencia de esteatohepatitis (EH) y síndrome X (SX) en pacientes con esteatosis hepática

Becerra I, Reyes M, Osnaya J, Mendoza P, Lizardi J, Rodríguez Leal G, Ramos ME, Moran S, Guevara L, Uribe M
Unidad de Diagnóstico Clínico y Clínica de Gastroenterología, Fundación Clínica Médica Sur

Introducción: El término de enfermedad hepática no alcohólica es una forma de hepatitis crónica con hallazgos histológicos similares a los inducidos por la enfermedad hepática por alcohol. Estudios retrospectivos han sugerido que se presenta con mayor frecuencia en mujeres de edad media, con obesidad, hiperglicemia y/o hiperlipidemia. Recientemente se ha reportado una prevalencia de EH en el 8% de los pacientes con esteatosis hepática y se ha sugerido una asociación con el SX.

Objetivo: Informar la prevalencia de esteatohepatitis y Síndrome X en pacientes con esteatosis hepática.

Metodología: Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes con esteatosis hepática que acudieron a valoración integral a la Unidad de Diagnóstico Clínico

en el periodo comprendido entre julio de 1999 y noviembre de 2000. Se estudiaron variables demográficas, grados de obesidad y las principales asociaciones clínicas como la presencia de dislipidemia, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica e hiperglicemia. Se determinó el porcentaje de alteración en las pruebas de función hepática y los niveles séricos de aminotransferasas. El SX fue definido como la presencia de hipertensión arterial > 140/90 mmHg, hiperglicemia > 110 mg/dL, dislipidemia (colesterol > 200 mg/dL y/o triglicéridos > 200 mg/dL), cardiopatía isquémica diagnosticada por prueba de esfuerzo y un índice de masa corporal > 25. Los resultados fueron analizados con estadística descriptiva.

Resultados: Se revisaron 161 expedientes clínicos de pacientes con esteatosis hepática de los cuales 126 (78.2%) fueron hombres y 34 (21.8%) mujeres, con edad promedio de 46.4 ± 10.9 años. Se encontraron 61 pacientes (37.8%) con alteración en transaminasas y 2 pacientes (1.2%) reunieron los criterios de Síndrome X. En los cuadros 1 y 2 se describen los niveles de transaminasas y las principales asociaciones clínicas en este grupo de pacientes.

Cuadro 1

	Parámetro	Dispersión
AST (UI)	37.8 ± 13.6	30-72
ALT (UI)	49.6 ± 27.8	46-101

Cuadro 2

Parámetro	N = 161	%
Hipercolesterolemia	80	50.3
Sobrepeso	72	44.7
Hipertrigliceridemia	64	39.7
HAS	40	24.8
Hiperglicemia	32	19.8
Obesidad I	39	24
Cardiopatía isquémica	16	9.9
Obesidad III	2	1.2
Obesidad II	9	5.5

Conclusiones: En este estudio la frecuencia de esteatohepatitis fue de 37.8% y de Síndrome X 1.2%. La asociación de esteatosis hepática con dislipidemia, sobrepeso, hiperglicemia e hipertensión en forma independiente es elevada, lo que sugiere que estos pacientes puedan cursar con Síndrome de Resistencia a la Insulina. La medición de los niveles de insulina sería de utilidad en este grupo de pacientes.

Utilidad de la espirometría en el diagnóstico temprano de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Mendoza DP, Osnaya MJ, Reynoso MR, León MH, Lizardi CJ, Rodríguez G, Ramos Ostos ME, Guevara GL

Introducción: La incidencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se ha incrementado en todo el mundo, asociándose al consumo de tabaco y factores ambientales principalmente. La espirometría provee mediciones objetivas y cuantitativas de la función pulmonar inclusive en personas asintomáticas y es el método diagnóstico más útil para evaluar la capacidad pulmonar de pacientes con EPOC. La información obtenida puede ser utilizada para detectar en forma temprana, evaluar y monitorizar enfermedades que afectan la función pulmonar.

Objetivo: Determinar las principales alteraciones en la espirometría en pacientes que acuden a valoración integral a una unidad de diagnóstico clínico.

Método: Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes asintomáticos y se estudiaron variables demográficas, enfermedades pulmonares previas, tabaquismo, obesidad, alteraciones en la radiografía de tórax y resultados de espirometría. De acuerdo a los criterios de GOLD se definió obstrucción cuando presentaron $FEV_1 < 80\%$ del predicho y $FEV_1/FVC < 70\%$, restrictivo con $FEV_1/FVC \geq 80\%$ y $FVC < 80\%$. Los resultados se analizaron con estadística descriptiva.

Resultados: Se analizaron 500 expedientes clínicos de pacientes asintomáticos, de los cuales 425 (85%) fueron hombres y 75 (15%) mujeres. La edad promedio fue de 46.4 ± 10.4 años, con un índice de masa corporal promedio de 26.9 ± 14.7 y se encontraron antecedentes familiares de enfermedad pulmonar en 18 pacientes (3.6%). El hábito de tabaco se documentó en 245 pacientes (49%) y se observaron alteraciones en la radiografía de tórax en 56 pacientes (11.2%). Las pruebas de función respiratoria fueron anormales en 47 pacientes (9.4%). Se detectó patrón obstructivo en 40 pacientes (8%), de los cuales 19 (47.5%) eran no fumadores; se encontró patrón restrictivo en 7 pacientes (1.4%). En la siguiente tabla se observan los factores asociados a los patrones ya mencionados:

Alteraciones	Tabaquismo	AHF	Rx anl
Obstructivo n = 40	21 (52.2%)	34 (85%)	30 (75%)
Restrictivo n = 7	2 (28.5%)	0 (0%)	2 (28.5%)

Conclusiones: La espirometría resultó ser un método eficaz en la detección temprana para EPOC en pacientes asintomáticos.

Troponina I cuantitativa en pacientes con cardiopatía isquémica

Dr. Trejo GE, Dr. González CO, Dra. García LS, Dr. Díaz de la Vega VM

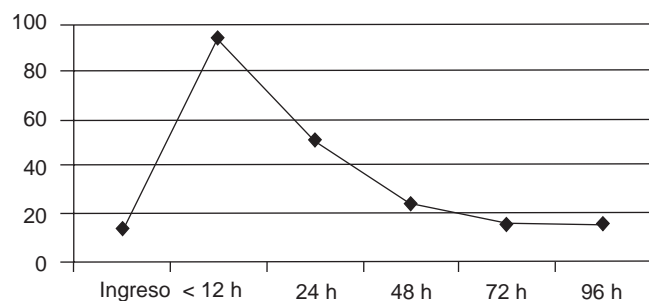
Departamento de Medicina Interna, Unidad de Cuidados Coronarios y Posquirúrgicos, Cardiología. Fundación Clínica Médica Sur.

Introducción: Las troponinas, son un complejo de proteínas que regulan la contractilidad del músculo estriado y, está formado por tres proteínas: troponina C, T, I. Las dos últimas se encuentran en el músculo cardíaco y, aunque genéticamente diferentes, son marcadores sensibles de daño cardíaco. La troponina I es una proteína inhibitoria, tiene un peso molecular de 21,000 D, previene la contracción del miocito por unión de la actina en ausencia de calcio y, se eleva exclusivamente en pacientes con daño miocárdico. En síndrome coronario agudo su elevación cualitativa inicia a las 4-6 horas del evento, su pico máximo es a las 12-18 h y puede permanecer elevada hasta por 6 días. Su sensibilidad para el diagnóstico de síndrome coronario agudo es de 100% y la elevación correlaciona con el grado de daño miocárdico.

Objetivo: Describir gráficamente, la curva cuantitativa de la troponina I en pacientes con cardiopatía isquémica.

Material y métodos: Se incluyeron a los pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Coronarios y Posquirúrgicos de Médica Sur que contaban con medición cuantitativa de troponina I al ingreso, antes de 12 horas, 24, 48, 72 y 96 horas.

Resultados: Se analizaron un total de 106 pacientes, 81 hombres (76.4%) y 25 mujeres (23.6%), con edad promedio de 61.1 años. Veinte pacientes contaba con ECG no concluyente de cardiopatía isquémica y, en el seguimiento se observó que 12 tenían lesiones significativas por coronariografía de los cuales 5 requirió de implante de stent o 5 fueron candidatos a cirugía de revascularización coronaria. La gráfica, muestra la tendencia de los valores cuantitativos de troponina I.



Conclusión: Con lo anterior se demuestra la utilidad de la Troponina I cuantitativa en los síndromes coronarios agudos, más aún, cuando las tiras reactivas detectan sólo cifras mayores de 300 ngr.

Experiencia preliminar del uso de la dexmedetomidina en cirugía cardíaca

Septián L, González-Chon O, García S, Rodríguez L, Ortiz P, Cisneros J, Castorena G, Martínez C, Barragán R, Mendoza P, Osnaya JC

Introducción: La Dexmedetomidina es un agente alfa 2 agonista, altamente selectivo, con propiedades hipnóticas, sedantes y analgésicas. Se encuentra libre de efectos directos a nivel cardíaco, sin embargo, debido a su mecanismo de acción puede producir hipotensión arterial y bradicardia. Su utilización en cirugía ha demostrado un menor consumo de agentes anestésicos por lo tanto una rápida extubación.

Objetivo: Conocer el comportamiento hemodinámico de la infusión de dexmedetomidina en la Unidad de Cuidados Intensivos Posquirúrgicos Cardiovasculares, tiempo de extubación, consumo de analgésicos y estabilidad hemodinámica.

Material y métodos: Se incluyeron 25 pacientes, pos-operados de cirugía cardiovascular todos ellos con monitoreo hemodinámico invasivo en el periodo de marzo a diciembre del 2001. La técnica anestésica fue general balanceada. Se inició la infusión de dexmedetomidina a dosis de 0.3 mcg/kg/hora hasta 0.7 mcg/kg/hora. Se continuó la infusión en la terapia intensiva cardiovascular donde se realizó perfil hemodinámico, escala de Ramsey y escala Visual Analógica (EVA).

Resultados: De los 25 pacientes, 24 del sexo masculino y 1 del sexo femenino. La edad promedio fue de 60 años. Las cirugías realizadas fueron: revascu-

larizaciones coronarias (72%), de las cuales el 16% fueron sin CEC. Tres casos de injerto aortobifemoral, un cambio valvular aórtico, entre otras. La dosis máxima utilizada fue de 0.7 µg/kg/hora en el 48% de los pacientes para obtener una calificación de 3 según la escala de Ramsey en el 50% de los pacientes, una calificación de 4 en el 40% y calificación de 5 en el 8%. La dosis mínima utilizada fue de 0.3 µg/kg/hora llevándose a cabo la extubación con esta dosis y un Ramsey de 2 en el 82% de los enfermos. Sólo un paciente presentó agitación psicomotriz posterior a la extubación. El 12% requirió analgesia adicional con AINES. No fueron requeridas dosis mayores de inotrópicos y vasopresores. El 85% de los pacientes se mantuvo con un índice cardíaco por arriba 3 lt/kg/min. El tiempo de intubación de menos de 6 horas ocurrió en el 40%, antes de las 12 horas, 32% para dar un total de 72% con extubación temprana. Sólo un paciente fue reintubado por enfermedad cardíaca *per se*.

Conclusiones: El uso de la dexmedetomidina se encuentra libre de efectos deletéreos cardiovasculares siendo su uso seguro en la cirugía cardiovascular.

Comparación entre 6 y 12 biopsias en el protocolo de biopsia endorrectal de la glándula prostática

Dra. Mirza Subirana A, Dr. Enrique Rojas, Dr. Jorge Hernández, Dr. Arturo Mendoza

Antecedentes: Se sabe que no existe un test individual para el diagnóstico de cáncer (CA) de próstata, motivo por el cual se trabaja en forma multidisciplinaria con una valoración clínica adecuada: la determinación de antígeno prostático, específico (APE), valoración sonográfica endorrectal con escala de grises, ultrasonido Doppler color y Power (1).

Los estudios revelan que el APE por sí solo puede estar elevado en diversas patologías como la hiperplasia prostática benigna, prostatitis y el mismo CA de próstata (2-4). El diagnóstico de malignidad por ultrasonido en escala de grises se encuentra debilitado por la gran variedad de presentación de este, una ayuda importante es el estudio con ultrasonido Doppler color que demuestra un aumento importante en la vascularidad de zonas con lesiones más agresivas relacionadas con un grado alto en la escala de Gleason (1-3).

Objetivo: Los métodos para biopsiar la próstata son: la biopsia sextante aleatoria y la biopsia dirigida hacia

un objetivo (1-5); en este estudio se realiza la biopsia con 12 pases aleatorios cubriendo la totalidad de la glándula, esperando obtener un diagnóstico más preciso. Se trata de realizar una correcta combinación del antígeno prostático específico, el ultrasonido endorrectal y el tacto rectal para mejorar la especificidad de estos sin disminuir la sensibilidad.

Material y métodos: Estudio comparativo, abierto, experimental, transversal y prospectivo. Se tomaron en cuenta a pacientes con examen rectal anormal y APE superior a 4.0 ng/mL. El procedimiento se realizó con equipo Siemens Sonoline Elegra con sonda endorrectal del alta frecuencia y multifoco de 6.5 Mhz, para la biopsia se utilizó aguja calibre 18 con sistema automático de corte, con un largo de corte de 14 mm. Se tomó un primer grupo de pacientes con biopsias sextantes y un segundo grupo con un set de biopsias de las mismas áreas en diferentes sitios de la glándula previamente biopsiadas, fueron analizados por separado.

Resultados. El trabajo se realizó en el lapso de 12 meses (2001), el universo total fue de 71 pacientes. Los promedios fueron: edad: 60 años (42-74), APE: 12 ng/mL (0.65-140), volumen glandular: 50 cc (18-190). Los resultados histológicos revelaron: cambios inflamatorios, atipias, neoplasia intraepitelial, adenocarcinoma y cambios en la escala de Gleason, con una proporción de: Carcinoma de próstata en 50 pacientes (71%), de los cuales 20 pacientes (40%) corresponden al primer grupo (biopsia sextante) y 30 pacientes (60%) al segundo grupo (biopsia de 12 pases).

Siete pacientes del segundo grupo ya tenían biopsia sextante previa reportado como normal en los que se encontró carcinoma unilateral con diversos grados en la escala de Gleason, 5 de ellos presentaron carcinoma contralateral. Las complicaciones estuvieron presentes en 10 pacientes (3 pacientes requirieron internamiento por fiebre, 6 por hematuria superior a 5 días y 1 presentó reacción vasovagal durante la sedación).

Conclusiones: El protocolo de 12 biopsias incrementa el diagnóstico temprano de cáncer prostático comparando con el protocolo de 6 biopsias, proporcionando una información adicional sin incrementar sus complicaciones. Además la utilización de ultrasonido Doppler color, juega un papel importante en la valoración de grados elevados de Gleason. Este estudio demuestra un incremento en la especificidad sin deterioro de la sensibilidad.

Complicaciones en implantes mamarios, estudio comparativo: mastografía, US, IMR

Dra. Mirza Subirana A., Dra. Ruby Espejo, Dr. Jorge Hernández

Introducción: En el estudio de complicaciones relacionados a implantes mamarios la resonancia magnética (IRM) es el método de diagnóstico ideal, pero su elevado costo la hace inaccesible. Se reporta que la mastografía más ultrasonido mamario tienen resultados similares a la resonancia magnética, pero con menor costo para determinar las complicaciones de la mama, relacionadas a implantes.

Objetivo: Comparar la sensibilidad y especificidad de la mastografía y el ultrasonido simultáneo contra los hallazgos de la resonancia magnética en mamas con implantes mamarios.

Material y métodos: Es un estudio comparativo y prospectivo, donde se tomaron pacientes sintomáticas y asintomáticas con implantes. Se realizó en el lapso de 7 meses con universo total de 70 pacientes, promedio de edad 47 años (27- 67). A todas las pacientes se les realizó mastografía convencional y con técnica de Eklund, en mastógrafo digital; igualmente se les realizó ultrasonido mamario con equipo de alta resolución y transductor lineal de alta frecuencia (7.5 Mhz), con barridos longitudinales, transversales y de campo amplio; los estudios de resonancia magnética fueron realizados con equipo de 1.5T en secuencias T1, T2 y supresión grasa. La revisión de todos los estudios se hizo por dos radiólogos de forma independiente.

Resultados: De las 70 pacientes estudiadas con implante mamario, la situación anatómica de la misma reveló que 46 (65.85%) están colocadas de forma epieptoral y 24 (34.2%) subpectoral. Así mismo se evaluaron 59 (84.2%) implantes de gel de silicona, 6 (8.5%) implantes de solución salina y 5 (7.1%) implantes de doble luz. De las 70 pacientes 10 (25.7%) no presentaron alteración ni patológica alguna en cambio 52 (74.3%) presentaron algún tipo de hallazgo por imagen. En 65 pacientes (92.8%) las prótesis fueron colocadas con fines estéticos y 5 (7.2%) por mastectomía.

Hallazgos en implantes por US y mastografía

	N = 70	%
Contractura	28	40
Ruptura intracapsular bilateral	2	2.8
Ruptura intracapsular unilateral	7	10

Ruptura extracapsular bilateral	1	1.4
Ruptura extracapsular unilateral	5	7.1
Calcificación de la cápsula fibrosa	9	12.8
Sin alteración	18	25.7

Hallazgos en resonancia magnética

	N = 70	%
Deformidad del implante	8	11.4
Rupturas intracapsulares	6	8.5
Rupturas extracapsulares	6	8.5
Pliegues por dentro del implante	3	4.2
Contractura capsular	20	28.5
Edema de tejidos blandos	4	5.7
Quistes	6	8.5
Fibroadenomas	1	1.4
Ganglios infiltrados de silicón	4	5.7

Conclusión: La resonancia magnética es un excelente método de imagen para evaluar la localización del implante y su integridad, alcanza a una sensibilidad del 93% y una especificidad del 97% mediante este estudio demostramos cómo de forma integral el ultrasonido mamario y la mastografía convencional y con técnica de desplazamiento de implante (Ecklund), permite tener cifras muy cercanas a las de la IMR. El estudio integral del implante mamario y el estroma requiere de forma simultánea ultrasonido y mastografía, permitiendo a un bajo costo, una alta sensibilidad diagnóstica. La IRM se indicará cuando existan dudas diagnósticas con los estudios de base.

Utilidad del ultrasonido mamario en el diagnóstico de lesiones no detectadas por mastografía en mama densa

Dra. Leslie Cerón, Dra. Ruby Espejo, Dr. Jorge Hernández Ortiz

Introducción: El cáncer de mama es la segunda causa de muerte en la población femenina de nuestro país y ha tenido un crecimiento exponencial en los últimos años. Cuando se diagnostica de manera temprana, la sobrevida aumenta en forma substancial. De ahí la importancia de contar con estudios de escrutinio y técnicas diagnósticas que permitan hacer posible dicho objetivo. El cáncer de mama es una enfermedad que puede fácilmente la detección mastográfica en pacientes con tejido mamario denso ya que la alta densidad del tejido ocultaría lesiones menores de 2 cm o microcalcificaciones.

Existe controversia sobre el papel del ultrasonido mamario en el diagnóstico del cáncer mamario cuando éste se utiliza como método de escrutinio, sin embargo, es muy importante cuando se realiza de manera complementaria en pacientes con mama densa no valorable adecuadamente por mastografía.

Objetivo: Evaluar la utilidad del ultrasonido mamario en la exploración de pacientes con mastografía en donde la densidad mamaria no permite una adecuada valoración del estroma.

Material y método. Se realizó un estudio prospectivo observacional en un periodo de seis meses, donde se estudiaron 50 pacientes entre 33 y 73 años (m = 46 a), se les realizó mastografía, con proyecciones convencionales, todas ellas con tejido mamario denso multifactorial, sin lesiones aparentes. Complementariamente se les realizó ultrasonido mamario de alta resolución con transductor de 7.5 MHz, evaluando los cuatro cuadrantes, región retroareolar y axilar. Tiempo promedio de estudio 10 min.

Resultados. Se encontraron 2 (4%) casos con lesiones premalignas, 1 (2%) lesión maligna, 38 (76%) pacientes con lesiones benignas y 9 (18%) sin lesión alguna.

Conclusiones: El papel del ultrasonido en la imagen de la mama, ha ocupado día a día un lugar preponderante y aun cuando no es el método ideal para escrutinio y detección temprana de cáncer mamario, si lo es como complemento a la mastografía ya que permite el diagnóstico de múltiples procesos patológicos y la diferenciación entre enfermedades benignas y malignas.

Las pacientes con mama densa por mastografía deben ser evaluadas en forma complementaria con ultrasonido debido a que existe un porcentaje no despreciable de cáncer oculto.

Frecuencia de la hemorragia de tubo digestivo en el servicio de urgencias del Hospital Médica Sur

Dra. Rosa Gloria Nájera, Dr. Nahúm Méndez-Sánchez, Dr. Víctor Acosta, Dr. Sergio Cisneros

Introducción: La hemorragia de tubo digestivo aguda sigue siendo una causa común de hospitalización a pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento. La hematemesis y hematoquesia abundantes son los marcadores de hemorragia activa. Una vez que se logra la estabilidad la fuente de sangrado debe ser determinada por endoscopia o radiográficamente. El abordaje multidisciplinario, que involucra al gastroenterólogo, cirujano

no y radiólogo, y el manejo inicial agresivo para tratar de localizar el sangrado, disminuyen complicaciones y aseguran un pronóstico exitoso para el paciente.

Objetivo: Analizar la frecuencia de hemorragia de tubo digestivo como motivo de consulta en el Servicio de Urgencias, y evaluar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes, así como el manejo inicial que se otorga en esta institución.

Material y métodos: Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes que ingresaron al Servicio de Urgencias del Hospital Médica Sur, con el diagnóstico de Hemorragia de tubo digestivo desde el 1º de enero de 2001 hasta el 31 de diciembre de 2001. Se analizaron variables demográficas como edad, sexo, comorbilidades, ingesta de AINE's, esteroides, localización de la hemorragia, abordaje y diagnóstico definitivo.

Resultados: Se revisaron 96 expedientes de pacientes con diagnóstico de hemorragia de tubo digestivo. De éstos, 52 pacientes son del género masculino (54.2%) y 45 del género femenino (46.8%). La edad promedio fue de 55.5 años. La hemorragia de tubo digestivo alto fue más frecuente con 73 casos (76%), siendo la úlcera gástrica la etiología de más incidencia. De las causas de hemorragia de tubo digestivo bajo las más frecuentes fueron los divertículos, diagnosticados en 9 pacientes (9.3%). El número de eventos en promedio por paciente fue de 1.25. El antecedente más importante fue la enfermedad acidopéptica presentado en 24 pacientes (25%). El uso de AINE's se encontró en 17 pacientes (17.7%).

Conclusiones: Los hallazgos de esta revisión son concordantes con lo reportado en la literatura como lo es la presencia de úlcera gástrica como causa más importante de la hemorragia de tubo digestivo. De los casos revisados se presentaron únicamente dos defunciones, ambas por hemorragia masiva asociada a várices esofágicas sangrantes secundarias a hipertensión portosistémica. El resto de los casos se resolvieron en forma exitosa, lo que nos indica que el protocolo de diagnóstico y manejo de la hemorragia de tubo digestivo se lleva a cabo de manera eficaz en nuestro hospital.

Mortalidad de recién nacidos en Médica Sur 2001

Dr. José A. Hernández Martínez y Dra. Cristina Ceballos Vela

Objetivo: Conocer el número de defunciones, la tasa y las causas de mortalidad.

Material y métodos: Se realizó una investigación retrospectiva, se incluyeron todos los recién nacidos fallecidos de enero a diciembre del 2001.

Resultados: En el Hospital Médica Sur nacieron 1,371 recién nacidos vivos, se registraron 8 defunciones, la tasa de mortalidad fue de 5.1 (por 1,000 nacidos vivos).

Las características comunes: todos fueron de pretérmino excepto 1, 3 fueron considerados extremos de menos de 29 semanas y 5 de más de 29 semanas de gestación; los 3 prematuros extremos, 2 fueron de embarazo gemelar de 23 semanas de gestación con pesos de 660 y 690 g, y no respondieron a maniobras de reanimación y el otro prematuro de 26 semanas tuvo hidrops fetal no inmune, estos 3 casos fallecieron en las primeras 2 horas de nacidas.

Los 5 restantes fueron de 29, 30, 34, 36 y 38 semanas de edad gestacional, con peso de 1.040, 1.260, 1.870, 2.630 y 3.400 g respectivamente, en 2 hubo dificultad respiratoria por déficit de surfactante y en 4 sepsis que complicó la evolución; en el de 36 semanas la causa de muerte fue asfixia perinatal severa. En 2 pacientes que vivieron más de 72 horas, durante su evolución desarrollaron enterocolitis necrotizante grado III con perforación intestinal que fue la causa de muerte, el de 34 semanas tuvo hemorragia intraventricular con hidrocefalia y un derrame pleural bilateral que empeoró su evolución y causó la muerte. El de 38 semanas fue un traslado de otro hospital, tuvo un drenaje anómalo de venas pulmonares y choque cardiogénico falleció al 2º día.

Conclusiones: A menor edad gestacional mayor riesgo de muerte, más en prematuros extremos. La tasa de mortalidad fue de 5.1, es similar a la literatura norteamericana.

Las causas de muerte son semejantes a las de la literatura internacional: asfixia, sepsis, enterocolitis necrotizante, choque cardiogénico y hemorragia intraventricular.

Validación de tres escalas de riesgo en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular

Osnaya JC, Mendoza P, Becerra I, Septien L, García S, González Chon O

Introducción. Se han realizado varios estudios que utilizan el análisis de multivarianza con el fin de predecir el riesgo de mortalidad después de cirugía cardíaca, usando información de predictores preoperatorios y de serias complicaciones posoperatorias. Actualmente, la incidencia de mortalidad en cirugía cardíaca oscila entre 2-5% en las series más recientes. La mortalidad sola no es marcador adecuado de la calidad del ser-

vicio o costo/beneficio. La morbilidad (o complicaciones) tienden a ser menos reportadas. Las variables que se involucran en la morbilidad reflejan costos elevados y tiempo de estancia hospitalaria prolongada, además de que son indicadores importantes no sólo de la calidad de servicio, sino de la calidad de vida después de la cirugía cardiovascular.

Objetivo: Aplicar y validar tres escalas de valoración de riesgo a pacientes que son sometidos a cirugía cardiovascular en el Hospital Médica Sur, con el fin de determinar si las condiciones de la cirugía son un factor pronóstico en la mortalidad de dichos pacientes.

Método: Se revisaron 154 expedientes de pacientes sometidos a cirugía cardiovascular en el Hospital Médica Sur, hasta diciembre de 2001. Las cirugías realizadas fueron de revascularización coronaria y cambios valvulares principalmente, con y sin bomba de circulación extracorpórea. Las escalas utilizadas fueron: Parsonnet, Higgins y CARE, usando datos preoperatorios, transoperatorios y al momento de su ingreso a la Unidad Coronaria posterior a la cirugía.

Resultados preliminares: Se han revisado 72 expedientes, de los cuales 61 son hombres y 11 son mujeres, con edad promedio de 48.5 ± 32.5 años. La escala de Parsonnet documentó 30 pacientes con pronóstico bueno (0-4 puntos), 17 regular (5-9 puntos), 14 malo (10-14 puntos), 6 con alto riesgo (15-19 puntos) y 5 con alto riesgo extremo (> 20 puntos). La escala de valoración de Higgins reportó 63 pacientes con riesgo de mortalidad preoperatoria de 2.27% (< 7 puntos), y 9 con mortalidad preoperatoria de 9.43% (> 7 puntos); en el posoperatorio: 67 con mortalidad de 1.6-4.3% (puntaje < 14) y 5 con 19-27% de mortalidad (> 14 puntos). La escala de CARE demostró 16 pacientes con muy bajo riesgo (CARE I), 55 con riesgo intermedio (CARE 2-4) y un paciente con riesgo alto (CARE 5). En esta escala tenemos que 16 pacientes tienen un riesgo de mortalidad de 0.5% (CARE 1), 27 de 1.1% (CARE 2), 6 de 2.2% (CARE 3), 13 de 4.5% (CARE 3E), 6 de 8.8% (CARE 4), 3 de 16.7% (CARE 4E) y uno de 29.3% (CARE 5). Se han reportado 3 defunciones, de las cuales el primer paciente presentó un Parsonnet de 21 puntos (alto riesgo extremo), Higgins de 3 puntos preoperatorio y 7 posoperatorio y un CARE 4E. El segundo paciente: Parsonnet 3, Higgins 0 preoperatorio y 7 posoperatorio, CARE 3E. El tercer paciente: Parsonnet 3, Higgins 0 preoperatorio, 16 posoperatorio, CARE 3E.

Conclusiones: Hasta el momento podemos demostrar que la estabilización del paciente durante el trans-

operatorio y la cirugía *per se* mejoran la sobrevivencia de los pacientes que entran a cirugía con alto riesgo de mortalidad, demostrado en las tres escalas.

Certificación del laboratorio MSB en la Norma ISO 9001: 2000

Dr. Francisco Sánchez-Girón, QFB. Norma Ramírez-Hernández,
Dra. Blanca M. Velázquez

Objetivo: Informar la importancia y los beneficios de la aplicación de la Norma ISO 9000 en el laboratorio clínico.

Introducción: La Organización Internacional para la Estandarización (ISO) es una federación mundial de cuerpos nacionales de normalización de 140 países, cuya misión es promover la estandarización mundial con el fin de facilitar el intercambio internacional de bienes y servicios. Inicialmente utilizada en el área industrial, a partir de 1990 el reconocimiento y popularidad de ISO aumentó grandemente debido a la creación de la serie ISO 9000, que es una familia de estándares que representan un consenso internacional en buenas prácticas de administración, con el propósito de que una organización pueda entregar cada vez, productos o servicios que cumplan con los requisitos y expectativas de los usuarios. Esta norma es aplicable a cualquier tipo de organización de productos o servicios. En el laboratorio clínico decidimos aplicar la Norma ISO 9000 ya que desde nuestro punto de vista es complementaria de la Acreditación del Colegio de Patólogos Americanos, este último hace énfasis en la estructura y procesos necesarios para la realización de resultados confiables, es decir, precisos, exactos y oportunos.

Material y método: Bajo la conducción de una compañía asesora, los trabajos iniciaron el 8 de enero del 2001 y concluyeron con la visita de inspección los días 8 al 10 de octubre del mismo año. Utilizamos la Norma ISO 9000 en su versión 2000, que consta de 5 apartados: sistema de gestión de la calidad, responsabilidades de la dirección, gestión de los recursos, realización del producto y medida, análisis y mejora. La información base para el diseño del sistema se obtuvo a través de encuestas para conocer las necesidades y expectativas de los clientes externos; necesidades y expectativas de los clientes internos (empleados); identificación, diagramación y análisis de los procesos más importantes con selección de los indicadores de su funcionamiento.

to. Una parte fundamental fue la generación de los documentos que forman parte del sistema de gestión de la calidad: el manual de calidad, políticas, procesos, instrucciones de trabajo y formatos de registro.

Resultados: Se identificaron, documentaron y entrenaron 38 procesos generales y 216 instrucciones de trabajo. Se identificó que las principales necesidades y expectativas en los clientes externos son: amabilidad, higiene, confiabilidad del resultado, rapidez, eficiencia, tecnología de punta, personal adecuado. Para los clientes internos sus principales necesidades son: comunicación, reconocimiento y liderazgo. La satisfacción de los usuarios es de 86% para el servicio telefónico, mayor al 96% para recepción, toma de muestras e instala-

ciones. Se establecieron la misión, visión, valores y la política de calidad. Los indicadores de calidad que se utilizan actualmente son: tiempo de atención a pacientes externos, cancelación de vales o facturas, reporte de cifras de alerta, horas extras y seguimiento-respuesta a quejas o comentarios.

El enfoque en procesos, la incorporación en los procesos de las necesidades y expectativas de los usuarios, la evaluación periódica de su funcionamiento y el compromiso con la mejora continua, son los principales beneficios que se obtienen al utilizar la Norma ISO 9000. También es una estrategia competitiva para nuestra organización, lo cual es muy importante para nuestro desarrollo futuro.