

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"AUDITORIA MEDICA EN EL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA EN EL HOSPITAL GENERAL SAN
JUAN DE DIOS, AÑO DE 1973"

LUIS ALBERTO CABALLEROS CORONADO

GUATEMALA, JUNIO DE 1974.

PLAN DE TESIS

I.	PREFACIO	1
II.	INTRODUCCION	3
III.	FORMULACION DE HIPOTESIS	5
IV.	OBJETIVOS	7
V.	ANTECEDENTES	9
VI.	MATERIAL Y METODOS	13
VII.	RECOLECCION DE DATOS Y TABULACION DE LOS MISMOS	15
VIII.	PRESENTACION Y COMENTARIOS DE LOS DATOS OBTENIDOS	17
IX.	CONCLUSIONES	33
X.	RECOMENDACIONES	35
XI.	BIBLIOGRAFIA	37
XII.	APENDICE	

II. INTRODUCCION

“La Auditoría Médica, es la valoración hecha por los médicos de hospital, de la calidad de la atención médica, impartida a los enfermos a través del estudio de las historias clínicas, de pacientes dados de alta y obtenidas por muestreo”.

La implantación de la Auditoría Médica, ha sido un problema en muchas instituciones, fundamentalmente debido a la falta de tacto o experiencia de quienes la han promovido. Por lo tanto, es necesario tomar en cuenta, en primer lugar, que es un control de la práctica profesional cuya iniciativa surgió en forma voluntaria y con el deseo de superación del propio médico a cargo de hospitales tanto privados como nacionales; de ahí que, cuando se establece bruscamente y sin convencer al cuerpo médico de su importancia y alcance, éste tiende a oponerse.

Hay que recordar que los resultados finales de una Auditoría Médica, no sólo dependen del personal médico, sino de todo el equipo de salud, del material empleado, de la organización en general, de la formación médica y de los factores que condicionan la salud de la población que se atiende; dependiendo por supuesto, de la política que sigan los servicios para mejorar sus sistemas de atención.

El propósito fundamental del siguiente trabajo es el de hacer un análisis del manejo del paciente en el departamento de Medicina del Hospital General San Juan de Dios, a través de la evaluación de las historias clínicas (Muestra del 5 o/o), de pacientes dados de alta de ese departamento en el año de 1973.

Siendo ésta la primera evaluación de un departamento del hospital, es mi deseo que sirva como punto de partida para evaluaciones periódicas, no sólo del departamento de Medicina, sino que sea extendida al resto de los demás departamentos del hospital e incluso a todos los servicios de salud del país, lo cual redundaría en una mejor atención médica, mejores relaciones entre el personal que labora en los centros hospitalarios y asistenciales y en un mejoramiento del equipo y material utilizados en la prestación de dichos servicios, porque conociendo los distintos aspectos de los servicios de salud, tanto positivos como negativos, se puede, con plena conciencia, hacerles las modificaciones necesarias.

La Auditoría Médica, entonces, es un proceso mediante el cual se estiman o valoran los servicios proporcionados a los pacien-

4
tes, analizando en forma retrospectiva el historial clínico, no con el propósito de un "fiscal", sino de un médico o grupo de médicos empeñados en la superación de su práctica diaria.

5 III. FORMULACION DE HIPOTESIS

1. La Auditoría Médica es una herramienta útil para conocer la forma en que se atiende a los pacientes y es un instrumento de gran valor para mejorarla.
2. El interrogatorio es en la gran mayoría de los casos deficiente en lo que respecta a antecedentes familiares, personales, no patológicos, personales patológicos, así como en la terapéutica y exámenes previos.
3. En la casi totalidad de las historias clínicas de ingreso, se practica un examen físico deficiente.
4. Las evoluciones clínicas son deficientes en cuanto a que no se toman en cuenta las consideraciones pronósticas de los pacientes, no se interpretan los resultados de laboratorio, las interconsultas ni el programa de tratamiento.
5. Los exámenes de laboratorio y de rayos X, tardan en llegar al servicio más tiempo del esperado.
6. La hospitalización de la gran mayoría de los pacientes es muy prolongada por la cronicidad del padecimiento.
7. Las hojas de la ficha clínica en la gran mayoría de historias clínicas no se encuentran ordenadas.

IV. OBJETIVOS

a. GENERALES

1. Reflejar en forma objetiva, el contenido y los resultados de la atención médica, en el departamento de Medicina del Hospital General San Juan de Dios, mediante el sistema de Auditoría Médica.
2. Introducir mejoras en la atención de los pacientes ingresados a los diferentes servicios del departamento de Medicina.
3. Dejar un sistema de control, que mediante mejoras y adaptaciones pueda ser utilizado en otros departamentos o servicios de salud.

b. ESPECIFICOS

1. Valoración del expediente clínico actual, en su forma y uso.
2. Valoración de si fue no necesario, omitido, tardío, insuficiente, excesivo, no valorado, o inadecuado, el contenido de cada una de las historias clínicas representativas de la muestra estudiada.
3. Valorar las causas de incumplimiento de algunas órdenes médicas.
4. Determinar el tiempo transcurrido desde la solicitud del examen o interconsulta, hasta ser anotado en el expediente clínico.
5. Determinar si el tratamiento establecido fue el más adecuado de acuerdo con el diagnóstico del paciente.
6. Identificar la condición de egreso del paciente.
7. Valorar la relación entre la impresión clínica y el diagnóstico definitivo de egreso.
8. Determinar el tipo de morbilidad más frecuente en el de-

partamento de Medicina.

9. Determinar los días de estancia en el departamento según la morbilidad presentada.

V. ANTECEDENTES

Hace más o menos diez años, un grupo de médicos comenzó a investigar la metodología de la auditoría médica en colaboración con un proyecto de investigación del Colegio Americano de Cirujanos, según se hace referencia en un artículo publicado en el Hospital Progress, Vol. 46, No. 1, del mes de enero de 1965.

Uno de los resultados más provechosos de este estudio fue el desarrollar una definición de auditoría médica que fuera clara y funcional para ser entendida sin ningún problema por el cuerpo médico de cualquier hospital.

Luego se formula, en forma tentativa, la definición de auditoría médica en la siguiente forma: "auditoría médica implica simplemente la comparación, mediante un proceso de evaluación, del grado de atención dada a los pacientes con las normas aceptadas", por consiguiente una auditoría médica implicaría la evaluación de la calidad de la atención médica, entendiéndose por calidad al grado de concordancia con los principios y las normas aceptadas. Dicha diferencia fue establecida por la Asociación Médica de California, la cual apareció en un artículo del California Medicine, Vol.95, No.4, del mes de octubre de 1961.

Posteriormente se llegó a la conclusión de que "Auditoría Médica, es la evaluación de la calidad de la atención médica tal como está reflejada en las historias clínicas".

La definición de auditoría médica es válida tanto si se efectúa una auditoría médica externa como si se efectúa una auditoría interna. Entendiéndose por auditoría externa la realizada por un comité integrado por personas ajenas al hospital en que se realiza la auditoría, mientras que auditoría interna es la realizada por un comité integrado por personas pertenecientes al hospital.

Mucha de la resistencia a la auditoría médica se basa en la idea de que ésta es un proceso de detección de una práctica deficiente, sin embargo, este no es el propósito de una auditoría médica, el cual ha sido comprendido más a cabalidad en la actualidad, por lo que ha ido creciendo el interés y su aceptación por todo el mundo. Para que se verifique una mejor labor en las unidades hospitalarias, se han creado comités de control de práctica profesional, entre ellos tenemos:

1. Comité de admisión
2. "Comité de auditoría médica"
3. Comité de histopatología
4. Comité de documentación clínica
5. Comité de farmacia

Los miembros de los diferentes comités de control de práctica profesional en el hospital pueden ser de dos categorías:

1. Permanentes: independientes del jefe de servicio o del cuerpo médico.
2. Temporales: nombrados por elección popular o nombrados parcialmente, por una parte por una asamblea general y por la otra por las autoridades de la institución.

Estos miembros permanentes o temporales, pueden ser a su vez:

- a. médico especialista; por ejemplo, reumatólogo, infectólogo, neonatólogo, cirujano cardiovascular, etc.
- b. médico general; por ejemplo, internista, cirujano general, pediatra, ginecólogo, etc.

La ventaja de un comité integrado por médicos generales sobre un comité de médicos especialistas, radicaría, en que los primeros tendrían una mejor visión de los problemas a evaluar, no así el médico especialista, el cual a mi manera de ver se circunscribiría a su especialidad y no podría llevar a cabo así una buena auditoría.

Los miembros de los comités de control trabajarán de acuerdo con la reglamentación particular de cada comité, y estarán obligados a presentar un informe ya sea semanal, mensual o anual, por escrito de sus labores a la dirección del hospital, y tener un archivo con los expedientes relativos al trabajo realizado.

Para ser nombrado miembro de un comité del control de la práctica profesional del hospital se requiere:

1. Ser personal externo o interno al hospital, según sea el tipo de auditoría a realizar (auditoría externa o interna).

2. Asistir con regularidad a todas las actividades académicas y docentes programadas por el hospital.
3. No estar disfrutando de alguna licencia temporal en el período de su gestión, es decir, estar presente en el momento o los momentos en que la auditoría se realice.

A nivel nacional carecemos de estudios de este tipo y también nuestros hospitales no cuentan con los comités antes mencionados. Sin embargo, en algunos departamentos del Hospital General San Juan de Dios, como por ejemplo en el departamento de Gineco-Obstetricia y Cirugía, realizan cada semana revisión de indicaciones de pacientes a las cuales tuvo que practicárseles cesárea, se les aplicó forceps, o se les efectuó alguna operación de emergencia; lo cual vendría a ser un tipo de auditoría en estos departamentos, pero tiene el inconveniente de que no se deja documentación por escrito de los resultados de dicha revisión, ni de las recomendaciones, mucho menos de las conclusiones a que se llegó, lo cual impide llevar a cabo una auditoría en dichos departamentos.

A nivel internacional, se sabe que sí se realizan auditorías en forma periódica, dándoseles mucha importancia a los resultados obtenidos, esta importancia se puede observar en las auditorías que se practican en los Estados Unidos de Norteamérica y sobre todo en los países gobernados bajo un régimen socialista.

En los Estados Unidos de Norteamérica, como en otros países para las auditorías médicas se utilizan fichas de criterios sobre determinadas enfermedades. (Ver apéndice No.1. pp 1-4).

VI. MATERIAL Y METODOS

Se utilizó el método retrospectivo, tomando una muestra del 5 o/o de los pacientes egresados del departamento de Medicina del Hospital General San Juan de Dios en el año de 1973.

MATERIAL

1. Informes del departamento de estadística del Hospital General San Juan de Dios.
2. Revisión de historias clínicas proporcionadas por el archivo central.
3. Se consultó bibliografía para llegar a establecer tabla guía de investigación.
4. Se utilizó tabla guía de evaluación elaborada para este fin, con las siguientes secciones, (ver apéndice No.2, pp 1-8).
 - a. Datos Generales.
 - b. Examen Físico.
 - c. Notas de Evolución.
 - d. Resumen de Alta o Defunción.
 - e. Auxiliares Diagnósticos.
 - f. Terapéutica Médica.
 - g. Dieta.
 - h. Indicación y Duración de la Hospitalización.
 - i. Presentación del expediente clínico.
 - j. Cumplimiento de Ordenes Médicas.
 - k. Causas de incumplimiento de algunas órdenes médicas.
 - l. Tiempo transcurrido desde la solicitud del examen hasta que aparece en la historia clínica.

- m. Diagnóstico.
- n. Condición de egreso.
- o. Relación entre impresión clínica y el diagnóstico definitivo.

VII. RECOLECCION DE DATOS Y TABULACION DE LOS MISMOS

Para la recolección de los datos y su tabulación, se consultó el archivo del departamento de Estadística del Hospital General San Juan de Dios, tomándose una muestra al azar del 5 o/o de pacientes egresados del departamento de Medicina en el año de 1973. Dicho porcentaje correspondió a un total de 135 historias clínicas, de las cuales sólo fueron estudiadas 98 que corresponden a un 72.59 o/o, ya que las 37 restantes (27.41 o/o) no fue posible localizarlas en el archivo general del hospital. Entre estas últimas se encontraban las historias de los pacientes fallecidos de la muestra, haciendo un total de 14, que representaron un 10.37 o/o, lamentablemente este grupo no se pudo estudiar.

Los datos se recolectaron en base a ciertas normas que se establecieron para poder determinar si los datos generales, el interrogatorio, el examen físico, las notas de evolución, los auxiliares diagnósticos, la terapéutica médica, la dieta, la hospitalización o la presentación de las historias clínicas fueron: no necesarias, omitidas, tardías, insuficientes, excesivas, no valoradas o inadecuadas; habiéndosele dado a cada inciso anterior la calificación de dos puntos si la valoración era adecuada y la de 1 punto si se había efectuado una valoración en forma parcial. Para la obtención de porcentajes de cada pregunta, se tomó la calificación antes mencionada y luego se sumaron los valores de cada pregunta de las noventa y ocho historias clínicas evaluadas, se multiplicó el resultado de la suma por 100 y esto se dividió entre el número total de historias clínicas de la muestra. Para la calificación antes mencionada se establecieron ciertas normas, para que el criterio de calificación fuera uniforme e imparcial, y para que dichas normas puedan servir de guía para estudios ulteriores. (Ver apéndice No. 3. pp 1-5).

VIII. PRESENTACION Y COMENTARIO DE LOS DATOS OBTENIDOS

1. Porcentaje de pacientes egresados por sala.

A continuación se presenta en forma numérica y gráfica el número de pacientes egresados por salas en el Hospital General San Juan de Dios, año de 1973. La presentación se efectúa en cuanto al número de pacientes distribuidos por sexo y por frecuencia, en las ocho salas que corresponden al departamento de Medicina de dicho hospital. La cantidad de pacientes egresados de los diferentes servicios fue más o menos similar, exceptuando la cantidad de pacientes egresados de la cuarta medicina de hombres habiendo sido la representación de dicho servicio de 2.04 o/o, del total de egresos de la muestra estudiada.

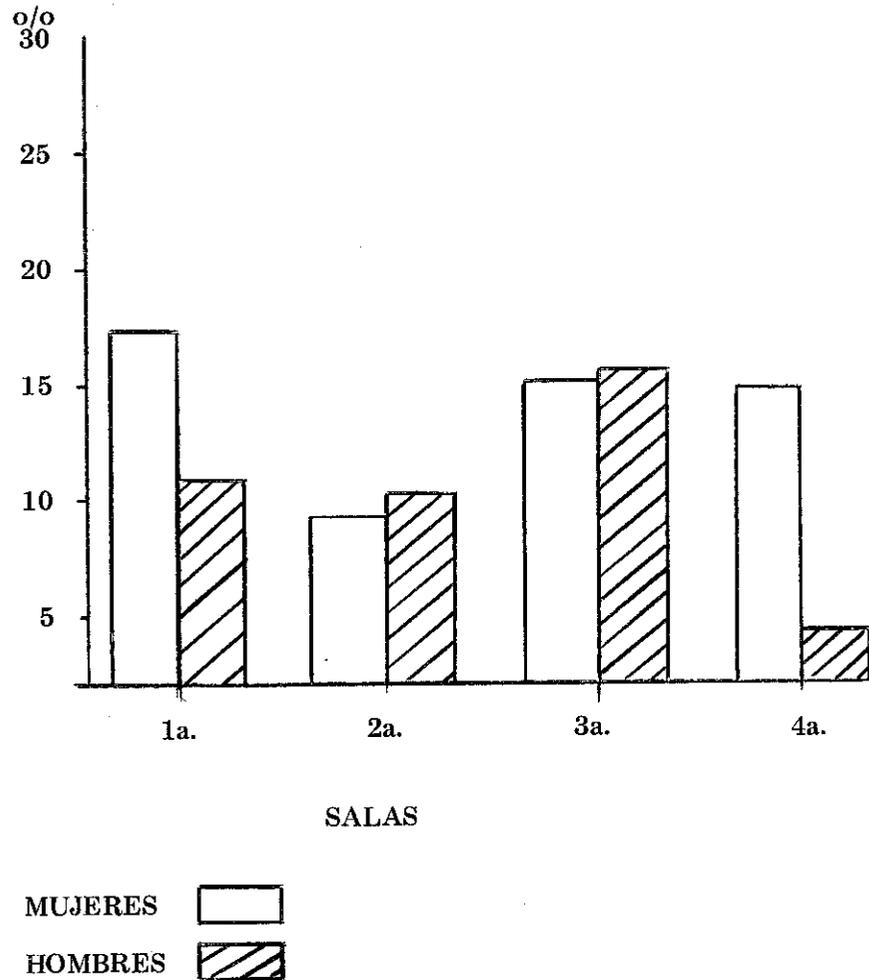
CUADRO No. 1

PORCENTAJE DE PACIENTES EGRESADOS POR SALAS, MUESTRA DEL 5 o/o. DEPARTAMENTO DE MEDICINA, HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, 1973.	
1a.Medicina de Mujeres: 18: 18.36o/o	1a.Medicina de Hombres: 13: 13.26o/o
2a.Medicina de Mujeres: 8: 8.16o/o	2a.Medicina de Hombres: 11: 11.22o/o
3a.Medicina de Mujeres: 15: 15.30o/o	3a.Medicina de Hombres: 17: 17.34o/o
4a.Medicina de Mujeres: 14: 14.38o/o	4a.Medicina de Hombres: 2: 2.04o/o

Como puede observarse, en las salas de mujeres hubo un total de egresos del 56.20 o/o, y un 43.86 o/o de egresos en los servicios de hombres, lo cual podría indicar: menos cronicidad en los servicios de mujeres o bien un mejor manejo de las pacientes, lo cual queda traducido en menos días de estancia de las pacientes en los servicios. (Ver Gráfica No.1).

GRAFICA No. 1

PORCENTAJE DE PACIENTES EGRESADOS POR SALAS,
MUESTRA DEL 5 o/o. DEPARTAMENTO DE MEDICINA,
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, 1973.



2. Diagnósticos principales de egreso.

Los principales diagnósticos de egreso, fueron distribuidos por frecuencia de mayor a menor, pudiéndose observar que las diez principales causas diagnósticas, tienen un número que varía de 1 a 15 pacientes con esta patología y que a partir del diagnóstico número 11 el resto presenta frecuencia de 1. Asimismo es de hacer notar que en este estudio se encuentran ocupando diferentes lugares dentro de los diez diagnósticos principales, enfermedades degenerativas o de la edad avanzada, las cuales no son de esperarse en nuestro medio o en países sub-desarrollados. A continuación se presentan todos los diagnósticos principales encontrados en la muestra estudiada.

1. Desnutrición crónica del adulto.
2. Diabetes Mellitus.
3. Infección urinaria.
4. Insuficiencia cardíaca.
5. Asma bronquial.
6. Gran mal.
7. Neumonía
8. Bronconeumonía.
9. Artritis reumatoide.
10. A.C.V.
11. Cor Pulmonale crónico.
12. Úlcera péptica.
13. G.E.C.A.
14. Cirrosis hepática.
15. Pancreatitis aguda.
16. Parasitismo intestinal.

17. Amebiasis intestinal.
18. Intoxicación por cáusticos.
19. Hipertensión arterial.
20. Corea de Sydenham.
21. Infarto del miocardio.
22. Anemia microcítica hipocrómica.
23. Anemia aplástica.
24. Tuberculosis coxofemoral.
25. Absceso hepático amebiano.
26. Púrpura alérgica.
27. Tuberculosis pulmonar.
28. Síndrome de Alzheimer.
29. Hemofilia.
30. Brucelosis.
31. Insuficiencia renal crónica.
32. Comunicación inter-ventricular.
33. Púrpura trombocitopénica.
34. Síndrome de satockes Adams.
35. Necrosis aséptica de la cabeza femoral.
36. Síndrome de Guillain Barré.

CUADRO No. 2

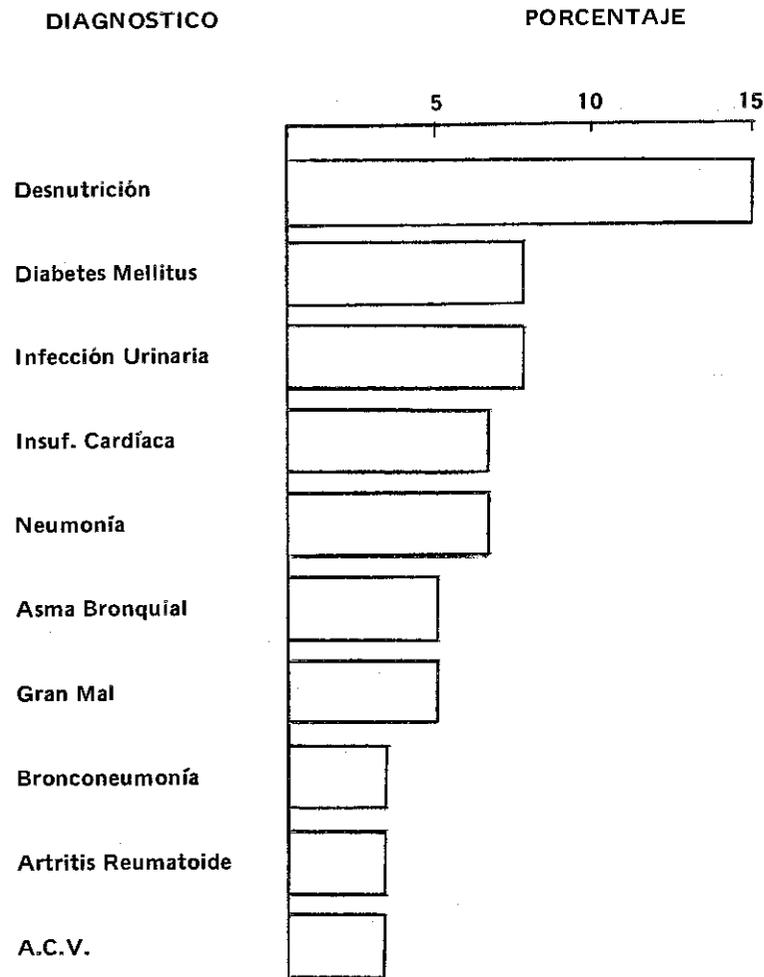
DIEZ PRINCIPALES DIAGNOSTICOS DE EGRESO,
MUESTRA DEL 5 o/o, DEPARTAMENTO DE MEDICINA,
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, AÑO 1973.

DIAGNOSTICO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
1. Desnutrición	15	15.3 o/o
2. Diabetes Mellitus	7	7.1 o/o
3. Infección Urinaria	7	7.1 o/o
4. Insuficiencia Cardíaca	6	6.1 o/o
5. Neumonía	6	6.1 o/o
6. Asma Bronquial	5	5.1 o/o
7. Gran Mal	5	5.1 o/o
8. Bronconeumonía	3	3.0 o/o
9. Artritis Reumatoide	3	3.0 o/o
10. A.C.V.	3	3.0 o/o

La desnutrición en nuestro medio sigue siendo la causa principal de hospitalización, la cual refleja la baja condición socio-económica del país. Asimismo hemos de hacer notar que diagnósticos como Diabetes mellitus, Insuficiencia cardíaca, artritis reumatoide, A. C.V., que ocupan los primeros lugares como causa de hospitalización en países desarrollados, en nuestra muestra, se encuentran ocupando diferentes lugares dentro de los diez principales diagnósticos, creemos que este resultado sería completamente diferente si el estudio se hubiera realizado en el área rural en vez de ser un hospital como el nuestro. Llama la atención que la infección urinaria tiene un buen porcentaje (7.1 o/o) como diagnóstico definitivo de egreso, probablemente porque ahora se piensa más y se investiga más esta entidad. Asimismo hemos de hacer notar que la patología broncopulmonar en conjunto ocupa el 2o. lugar en este estudio como causa hospitalización. (Ver Gráfica No. 2).

GRAFICA No. 2

DIEZ PRINCIPALES DIAGNOSTICOS DE EGRESO,
MUESTRA DEL 5 o/o, DEPARTAMENTO DE MEDICINA,
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, AÑO 1973.



3. Evaluación y calificación de historias clínicas.

Los porcentajes de calificación que a continuación se presentan nos indican valores positivos de la investigación realizada, es de-

cir, una calificación porcentual acorde a lo que se hizo en favor de una buena atención médica, efectuándose primero una presentación general de cada sección de los datos generales, interrogatorio, exploración, notas de evolución, notas de alta o defunción, auxiliares diagnósticos, terapéutica médica, dietas, hospitalización, presentación del expediente clínico. En otra parte se presenta la calificación porcentual, esta vez de cada grupo de datos, comentario de los mismos y finalmente la representación gráfica de dichas calificaciones.

a. DATOS GENERALES

1. Nombre	100.00 o/o
2. Edad	100.00
3. Sexo	100.00
4. Raza	100.00
5. Alfabeta	100.00
6. Analfabeta	100.00
7. Religión	100.00
8. Ocupación	100.00
9. Lugar de nacimiento	100.00
10. Procedencia	100.00

b. INTERROGATORIO

11. Antecedentes familiares	28.57
12. Antecedentes personales no patológicos	42.85
13. Antecedentes personales patológicos	52.04
14. Aparatos y sistemas	42.85
15. Cronología del padecimiento actual	94.38
16. Terapéutica y exámenes previos	19.89

c. EXPLORACION	o/o
17. Inspección General	59.69
18. Talla	30.61
19. Peso	36.73
20. Temperatura	73.46
21. Respiraciones	95.91
22. Tensión Arterial	92.85
23. Pulso	97.95
24. Cabeza	27.55
25. Fondo de ojo	17.35
26. Otorrinolaringología	20.40
27. Bucodental	33.16
28. Cuello	28.59
29. Glándulas mamarias	13.77
30. Tórax	59.18
31. Area precordial	27.55
32. Abdomen	75.00
33. Genital	20.40
34. Recto	3.57
35. Músculo esquelético	36.32
36. Neurológico	14.79
d. NOTAS DE EVOLUCION	
37. Consideraciones pronósticas	5.10

38. Interp. de resultados de laboratorio	o/o 30.61
39. Interp. de resultados de interconsultas	78.54
40. Interp. del programa terapéutico	20.40
41. De las consideraciones pronósticas	2.04
e. NOTAS DE ALTA O DEFUNCION	
42. Diagnóstico	44.89
43. Resumen de defunción	100.00
44. Resumen de tratamiento	31.63
45. Pronóstico	3.06
f. AUXILIARES DIAGNOSTICOS	
46. Indicación e informe de laboratorio	45.40
47. Indicación e informe de rayos X	76.63
48. Indicación e informe de patología	100.00
g. TERAPEUTICA MEDICA	
49. Indicación	100.00
50. Posología	100.00
51. Vía de administración	100.00
h. DIETA	
52. Tipo	100.00
53. Calorías	27.55
54. Vía de administración	100.00

i. HOSPITALIZACION	
	o/o
55. Indicación	93.87
56. Duración	65.30
j. PRESENTACION DE LA HISTORIA CLINICA	
57. Ordenamiento de forma impresas	17.34
58. Pulcritud	83.16
59. Legibilidad	97.44
60. Forma y clave del médico	100.00

CUADRO No. 3

CALIFICACION EN PORCENTAJE SEGUN GRUPOS DE DATOS, MUESTRA DEL 5 o/o, DEPARTAMENTO DE MEDICINA, HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, AÑO 1973.	
GRUPOS DE DATOS	CALIFICACION PORCENTUAL
a. Datos Generales	100.00 o/o
b. Interrogatorio	46.94
c. Examen físico	43.23
d. Evoluciones	27.33
e. Notas de alta o defunción	44.89
f. Auxiliares diagnósticos	73.97
g. Terapéutica Médica	100.00
h. Dieta	75.85
i. Hospitalización. Justificada	79.58
j. Presentación de la historia clínica	74.48

Los datos generales son preguntados en su totalidad en todas las historias evaluadas. El interrogatorio y el examen físico es deficiente, ya que tienen una calificación de 46.94 o/o y de 43.23 o/o respectivamente, esto se traduce indiscutiblemente en una mala evaluación del paciente ya que historia clínica y examen físico nos

orientan a tener una impresión clínica adecuada del paciente evaluado. La evolución del paciente es mal llevada, ya que las consideraciones pronósticas, los resultados de laboratorio, los resultados de interconsultas, el programa terapéutico en un elevado porcentaje de las historias clínicas evaluadas no se valoraron en forma adecuada. (Ver Gráfica No. 3)

Las notas de alta o defunción son mal llevadas a pesar de que se obliga al médico tratante o al estudiante de medicina a cargo de la paciente o del paciente a ponerlas, pudiéndose observar que sólo el 44.89 de las historias clínicas de la muestra estudiada la habían efectuado.

Los auxiliares diagnósticos mostraron un regular porcentaje de cumplimiento (73.97 o/o), a pesar de ello continúan no cumpliéndose algunos exámenes de laboratorio, rayos X, E.C.G. patología, etc., no justificándose la causa del incumplimiento de la misma en su totalidad.

La terapéutica médica es cumplida en un 100.00 o/o en lo que respecta a la indicación, posología y vía de administración, pero no se valoró en sí la terapéutica médica estaba de acuerdo con el diagnóstico del paciente, esta evaluación, hubiera sido lo ideal.

La dieta en cuanto al tipo y horario tuvo una calificación del 100.00 o/o, siendo valoradas las calorías de la misma en un 27.55 o/o, que correspondía a pacientes recibiendo una dieta especial, como por ejemplo los diabéticos, pacientes ulcerosos, etc.

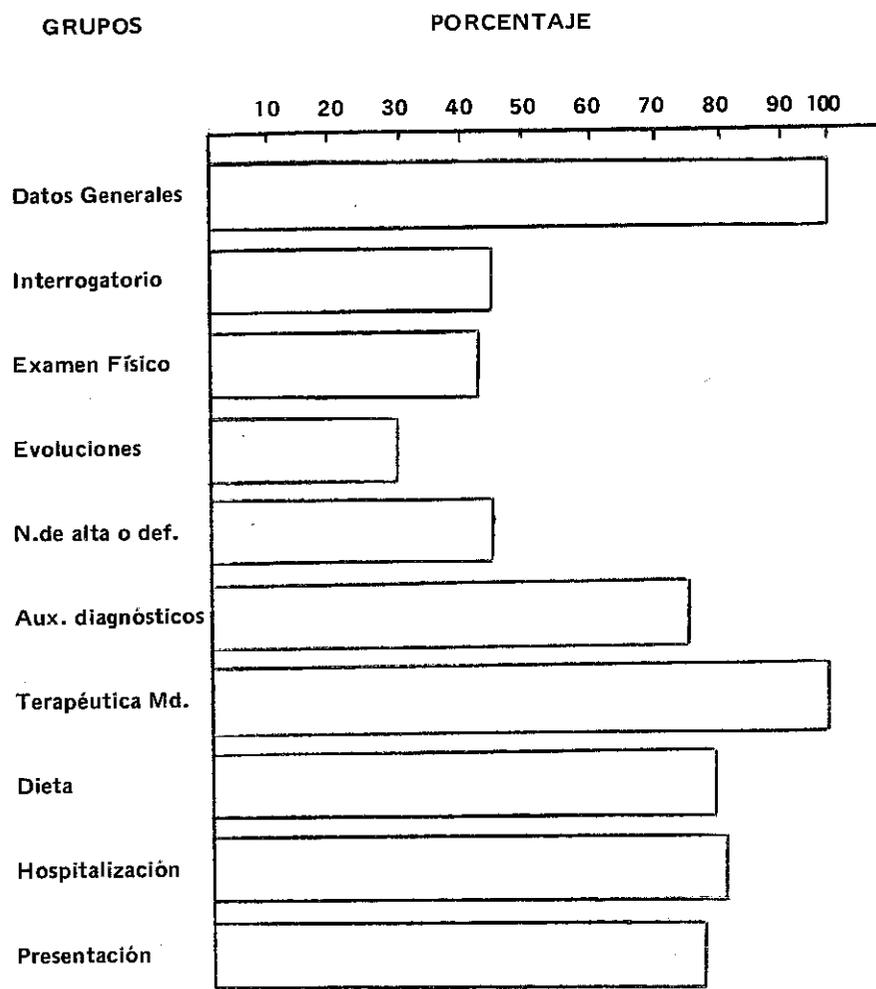
La hospitalización y la duración de la misma, estuvo justificada en un 79.58 o/o, posiblemente por estado en que el paciente acude a los servicios de emergencia o consulta externa por donde se le hace ingreso a los diferentes servicios del departamento de Medicina. Las historias clínicas estuvieron bien presentadas en un 74.48 o/o, hubo deficiencia en cuanto al ordenamiento de las formas impresas (aceptables sólo el 17.34 o/o), la legibilidad fue de 97.44 o/o, posiblemente porque no fueron interpretadas por personas ajenas al conocimiento de la medicina o incluso por otros grupos de médicos, lo cual hubiera dado un porcentaje mucho más bajo probablemente.

Finalmente, la calificación de las historias evaluadas en la muestra obtenida, fue de 61 o/o, siendo una calificación baja; se tiene un criterio que del 70 o/o en adelante para un hospital es lo recomendable; probablemente la calificación en nuestro estudio

bajaría aún más si no le diera el puntaje que se le dió a los datos generales. Por ejemplo, si sustraemos esta calificación, el punteo final sería de 53 o/o para el departamento de Medicina.

GRAFICA No. 3

CALIFICACION EN PORCENTAJE SEGUN GRUPOS DE DATOS,
MUESTRA DEL 5 o/o, DEPARTAMENTO DE MEDICINA,
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, AÑO 1973.



4. Ordenes médicas y su porcentaje según cumplimiento.

Para determinar el porcentaje de cumplimiento de las órdenes médicas como laboratorio, rayos X, E.C.G., patología, interconsultas, medicamentos, se llevó a cabo la revisión de cada una de las 98 historias clínicas de la muestra estudiada, comparando el día en que se puso la orden médica y el tiempo que transcurrió para su cumplimiento; pudiéndose observar que el porcentaje más elevado de cumplimiento le corresponde a los medicamentos (98.97 o/o)- lo mismo sucede con los exámenes de laboratorio con un 85.71 o/o. El mayor porcentaje de incumplimiento de órdenes médicas, se observa en lo que respecta a los rayos X (23.36 o/o), no precisándose la causa de dicho incumplimiento.

A continuación se presenta el cuadro, gráfica y comentario de dichos porcentajes.

CUADRO No. 4

ORDENES MEDICAS Y PORCENTAJES, SEGUN CUMPLIMIENTO,
MUESTRA DEL 5 o/o, DEPARTAMENTO DE MEDICINA,
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, AÑO 1973.

	CUMPLIDAS		No Necesario
	SI	NO	
1. Laboratorio	85.71 o/o	14.29 o/o	-----
2. Rayos X	68.36 o/o	23.36 o/o	8.38 o/o
3. E.C.G.	51.02 o/o	8.16 o/o	40.82 o/o
4. Patología	7.14 o/o	-----	92.86 o/o
5. Interconsultas	34.69 o/o	8.16	57.15 o/o
6. Medicamentos	98.97 o/o	-----	1.03 o/o

Los exámenes de laboratorio, como puede ser visto en cuadro No. 4 anteriormente citado, tienen un porcentaje de cumplimiento del 85.71 o/o en contra de un incumplimiento del 14.20 o/o, lo cual nos indica que el o los exámenes que se ordenan si son cumplidos en un porcentaje elevado.

Los rayos X, tienen un porcentaje de incumplimiento del

23.36 o/o, el cual es bastante elevado, sin embargo, no se hace ver la causa del incumplimiento, como por ejemplo si fue debido a: falta de película, falta de revelador, aparatos descompuestos, falta de técnicos, etc.

La toma de E.C.G. fue considerada como no necesaria en el 40.82 o/o, a pesar de que en el Hospital General San Juan de Dios, se le toma de rutina a todo paciente que pasa de los 40 años, sin embargo, cuando hubo indicación de efectuarlo el informe tardó en llegar al servicio un promedio de 2 días. Los exámenes de anatomía patológica son considerados en este estudio como no necesarios en un 92.86 o/o. Es preciso hacer notar que el departamento de Medicina efectúa pocas consultas, ya que el porcentaje de las mismas consideradas como no necesarias fue de un 57.15 o/o.

Las órdenes de medicamentos son cumplidas en un porcentaje elevado que equivale al 98.97 o/o, ésto se debe probablemente a que se lleva un mejor control de medicamentos tanto a nivel de enfermería como a nivel del personal médico a cargo del paciente. (Ver Gráfica No. 4).

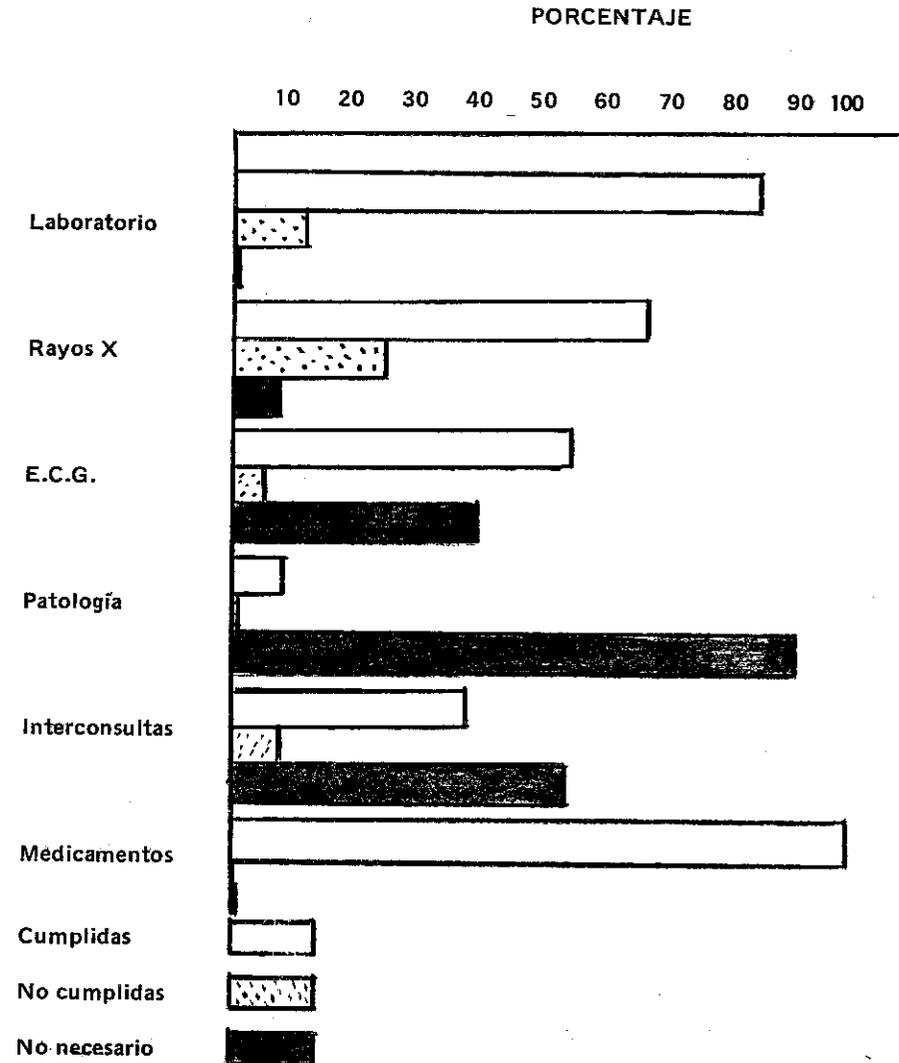
5. Tiempo transcurrido desde la solicitud del examen de laboratorio hasta ser recibido el informe de laboratorio en el servicio.

Para ello se analizaron cada una de las historias clínicas de la muestra estudiada, tomando el tiempo transcurrido desde que se hizo la orden de solicitud de examen hasta ser recibido el informe en el servicio, habiéndose efectuado la tabulación de datos tal como se presenta en el Cuadro No. 5

Los informes de laboratorio generalmente tardan en llegar a los servicios de 1 a 5 días en un 98.72 o/o, de 6 a 10 días en un 1.28 o/o. Los informes de rayos X, tardan de 6 a 10 días en un 16.66 o/o, probablemente por el retardo entre el tiempo transcurrido desde que se informa la radiografía, ésta pasa al archivo y luego se envía el informe a las salas. Los informes de E.C.G. llegan a los servicios en un 100 o/o de 1 a 5 días. Los informes de patología en un 85.71 o/o tardan de 1 a 5 días, esto se debe probablemente a que el departamento de patología entrega sus informes previa firma de alguna persona responsable del servicio, solamente el 14.29 o/o, tardan de 6 a 10 días. Las interconsultas se realizan en su mayoría de 1 a 5 días en un 67.64 o/o, más de 6 días sobre todo cuando se hacen consultas extrahospitalarias.

GRAFICA No. 4

ORDENES MEDICAS Y PORCENTAJES, SEGUN CUMPLIMIENTO,
MUESTRA DEL 5 o/o, DEPARTAMENTO DE MEDICINA,
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, AÑO 1973.



6. Condición de egreso de los pacientes.

La condición de egreso de los pacientes de la muestra estudiada fue de curado en un 10.21 o/o, mejorado de 83.67 o/o, no mejorado de 6.12 o/o. De estos pacientes que fueron dados de alta como curado tal vez un buen porcentaje debieron ser descargados bajo la condición de mejorados. El paciente que fue dado de alta en condición de no mejorado, fue aquel en el que la familia solicitó su egreso por la condición en que el paciente se encontraba, temiendo el fallecimiento intrahospitalario, el cual les acarrea trámites mayores, médico legales.

CUADRO No. 5

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA SOLICITUD DEL EXAMEN DE LABORATORIO HASTA SER RECIBIDO EL INFORME EN EL SERVICIO, MUESTRA DEL 5 o/o, DEPARTAMENTO DE MEDICINA, HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, AÑO 1973

	1 a 5 días	6 a 10 días	Más de 10 días
1. Laboratorio	98.72 o/o	1.28 o/o	-----
2. Rayos X	76.38 o/o	16.66 o/o	6.96 o/o
3. E.C.G.	100.00 o/o	-----	-----
4. Patología	85.71 o/o	14.29 o/o	-----
5. Interconsultas	67.64 o/o	26.47 o/o	5.89 o/o

7. Relación entre impresión clínica y diagnóstico definitivo.

Si hubo relación en un 74.48 o/o y no la hubo en un 25.52 o/o. Este porcentaje de no relación es alto si se compara con los resultados de otros países, pero tomando en cuenta las condiciones con que se trabaja en nuestro medio podría ser considerado aceptable.

8. Promedio de días de estancia de los pacientes en el Hospital General San Juan de Dios, según muestra del 5 o/o, año de 1973, departamento de Medicina.

El promedio de días de estancia del paciente en el Hospital San Juan de Dios, departamento de Medicina es de 22 días, siendo lo aceptado por la OMS una duración de la hospitalización de 14 días, es decir, en nuestro medio hay una prolongación de los días de estancia de 8.

IX. CONCLUSIONES

1. La Auditoría Médica, es un sistema de evaluación de la forma en que se presta atención en los distintos servicios de salud y sirve de parámetro para hacer programas acordes a las necesidades de la atención médica.
2. En Guatemala no hay un sistema objetivo y claramente programado de Auditoría Médica en los servicios de salud.
3. En toda unidad del sector salud para evaluar la calidad de atención, es absolutamente necesario crear además de un comité de Auditoría Médica, entre otros: el comité de Admisión, el de Histopatología, el de Documentación clínica y el de Farmacia, con el objeto de tener una visión amplia y cuantificable de todos los problemas que aquéllos pudieran tener, para luego darles solución.
4. En nuestro estudio no fue posible localizar el 27.41 de las historias clínicas representativas de la muestra, en el archivo general del hospital; siendo las causas contribuyentes las siguientes: local inadecuado, archivos en diferentes lugares del hospital, falta de colaboración del personal de enfermería y médico en llevar a su debido tiempo las historias para que sean archivadas.
5. Entre las diez principales causas de hospitalización se encontraron las siguientes: Desnutrición crónica del adulto, infecciones respiratorias y enfermedades degenerativas. Las primeras son clásicas de países en vías de desarrollo, mientras que las segundas son más frecuentemente observadas en países desarrollados. En esta investigación se encuentran juntas por tratarse de un hospital centro de atención en donde realizamos la investigación.
6. En el departamento de Medicina se encuentra una deficiencia marcada en la forma de valorar y estimar al paciente en el interrogatorio, examen físico, evoluciones, notas de alta o defunción, encontrándose dichas valoraciones por abajo del 70 o/o que es el límite bajo de aceptación.
7. Están dentro de lo aceptable, la evaluación de datos generales, los auxiliares diagnósticos, la terapéutica médica, hospitalización justificada y presentación de la historia clínica.

8. El cumplimiento de órdenes médicas debe considerarse como muy bueno en la muestra estudiada, siendo el departamento de rayos X, quien tuvo un incumplimiento del 23.36 o/o.
9. El tiempo transcurrido desde la solicitud de los exámenes de laboratorio, gabinete e interconsultas, es aceptable. No obstante el Departamento de rayos X tiene un 16.66 o/o en que el informe se tardó de 6 a 10 días y un 6.96 o/o en que éste tiempo fue mayor de 10 días. Llama la atención que las interconsultas en un 26.47 o/o tardaron en efectuarse 6 a 10 días, y en un 5.89 o/o más de 10 días.
10. En el 74.48 o/o de los pacientes ingresados, hubo una relación entre impresión clínica y el diagnóstico definitivo de egreso, lo cual podría considerarse como satisfactorio, si se toma en cuenta la condición en que se presta la atención médica en consulta externa y emergencia.
11. El promedio de días de estancia fue de 22 días, el cual es elevado; siendo lo aceptable para un departamento de Medicina de un hospital general de 14 días, según criterio de la OMS.

X. RECOMENDACIONES

1. Crear un sistema de Auditoría Médica debidamente estructurado, en cada uno de los departamentos del Hospital General San Juan de Dios, así como en toda institución que presta atención en salud.
2. Para llevar a cabo lo anterior tendía que seguirse los siguientes pasos:
 - 2.1. Hacer conciencia en todo el equipo de salud de la importancia que tiene este tipo de evaluación
 - 2.2. Integrar equipos con el objeto de formar comités de revisión de calidad de atención médica, que estén a cargo en forma oficial de este tipo de actividad.
 - 2.3. Establecer normas para estandarizar criterios.
 - 2.4. Crear una tabla de auditoría médica adaptada a cada departamento o servicio de salud.
 - 2.5. Informar del resultado del trabajo realizado en forma semanal, mensual o anual.
3. Mejorar el archivo del hospital, tanto en local, el sistema actual utilizado, como en hacer conciencia en todo el personal que hace uso de historias clínicas en devolverlas en un período de tiempo adecuado.
4. Cambiar la historia clínica empleada en la actualidad, la cual no permite llevar a cabo una buena evaluación del paciente, por el poco espacio disponible; e insistir en los médicos o los estudiantes de medicina que hacen los ingresos y los egresos, en la importancia que tiene el hacer un buen interrogatorio, un buen examen físico, buenas notas de evolución así como un adecuado resumen de egreso del paciente.
5. Introducir reformas substanciales en el departamento de rayos X, en lo que respecta a local, equipo y personal, para que el incumplimiento de los estudios radiológicos sea reducido de ese porcentaje tan alto que tiene en la actualidad (23.36 o/o).
6. Incrementar el número de interconsultas en el departamento

de Medicina, ya que en la actualidad son consideradas como no necesarias un 57.15 o/o de las mismas.

XI. BIBLIOGRAFIA

1. Barquín, Manuel. Dirección de hospitales. 3 ed. México, Interamericana. 1972. pp 117-22.
2. Bobenrieth, Manuel A. Auditoría médica. Chile. 1971. pp 1-3.
3. Bobenrieth, Manuel A. Indicadores útiles para la evaluación del trabajo hospitalario. Chile. 1971. pp 1-12.
4. Flores Gallardo, E. Integración de objetivos del hospital. San Juan Puerto Rico. 1964. pp 1-6.
5. Guide to the Organization of a Hospital Medical Record Department. Trad. por la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, D.C. 1962. pp 35-47.
6. IMSS. Instrucciones de evaluación médica. México. 1972. pp 1-67.
7. Asociación Americana de Hospitales. Organización de un nuevo hospital. Washington, D. C. 1959. pp 218-221.
8. Naum, Sinay. Estadística y auditoría Servicio de Medicina Hospital. Hospital Salvador. Chile. 1970. pp 1-20.
9. Swarrop, Satya. Estadística sanitaria. Trad. por Ana María Flores. México. Fondo de la Cultura Económica, Buenos Aires. 1964. pp 290- 312.
10. The Medical Audit. Hospital Progress, 46 (1): 1-30, January 1965.
11. Tissue Committee of a Hospital Medical Staff. California Medicine, 95 (4): 40-55, october 1961.

Vo. Bo.:

Aura E. Singer
BIBLIOTECARIA

CRITERIOS APLICABLES AL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

(I.C.D.A. No. 420.1)

(Grupo de Depto. Cardiología)

INDICACIONES PARA LA ADMISION

1. Diagnóstico establecido.
2. Diagnóstico sospechado.

SERVICIOS RECOMENDADOS

1. Historia clínica: referencia específica al caracter, inicio, radiación y duración del dolor. Disnea, vómitos, transpiración, debilidad, síncope, dolores en las piernas, hemopatitis, edema dependiente, historia previa de angina, infarto del miocardio, hipertensión o diabetes. Insuficiencia cerebrovascular o claudicación intermitente.
2. Examen físico: referencia específica a: signos de shock (palidez, aprehensión, nerviosidad, pulso, pulso, transpiración, cianosis, taquipnea). Presión arterial (ambos brazos.)
 - a. Corazón: tamaño, ritmo, velocidad, sonidos, murmullo o fricción.
 - b. Pulmones: tipo y distribución de los estertores, fricción, ruidos de la respiración.
 - c. Abdomen: contorno del hígado, tamaño del bazo, pulsación de la aorta abdominal, pulso femoral.
 - d. Pulsación o ruido de la arteria carótida y distensión de la vena yugular.
 - e. Sensibilidad o edema de la pantorrilla, o ambos.

LABORATORIO

- a. C/B/C. (recuento sanguíneo completo).
- b. Análisis de orina.
- c. Electrocardiograma al ser admitido y antes de ser dado de alta.
- d. Estudios de la enzima del suero si el electrocardiograma no dió un diagnóstico.

LABORATORIO CONSECUENTE CON EL DIAGNOSTICO.

- a. Azúcar en la sangre dos horas p.p.
- b. Enzimas del suero.
- c. Protrombina o tiempo de coagulación.
- d. Lípidos del suero.
- e. Electrolitos del suero.

ROENTGENOLOGIA.

- a. Radiografía de tórax.

ROENTGENOLOGIA CONSECUENTE CON EL DIAGNOSTICO.

- a. Radiografía gastrointestinal superior y de la vesícula biliar sólo para establecer el diagnóstico; contraindicado en infarto del miocardio declarado.
- b. Angiocardiografía y aortografía cuando se sospecha la existencia de un aneurisma disecante.

PROCEDIMIENTOS ESPECIALES.

Control cardíaco.

PROCEDIMIENTOS ESPECIALES CONSECUENTES CON EL DIAGNOSTICO.

- a. Cardioversión.

- b. Marcapaso.

TIEMPO PROBABLE DE PERMANENCIA EN CASOS SIN COMPLICACIONES.

1. En personas jóvenes, libres de otras enfermedades, con infartos pequeños según indique el electrocardiograma o las enzimas, o ambos, y los cambios en el recuento de leucocitos, la temperatura y el índice de sedimentación. 14 a 21 días.
2. En infartos que no sean pequeños infartos transmurales de 21-28 días.

COMPLICACIONES QUE PUEDEN PROLONGAR EL TIEMPO DE PERMANENCIA.

1. Complicaciones tempranas.

- a. Shock.
 - b. Dolor coronario inusitadamente prolongado.
 - c. Insuficiencia cardíaca.
 - d. Arritmias graves.
 - e. Otras enfermedades cardíacas.
 - f. Infarto inusitadamente grande (comprobado por E.C.G. o enzimas).
 - g. Extensión del infarto.
 - h. Embolia, sistemática o pulmonar.
 - i. Tabique intraventricular o perforado.
 - j. Ruptura de cuerda tendinosa.
 - k. Ruptura de músculo papilar.
- ##### 2. Complicaciones posteriores (después de la primera semana de enfermedad).
- a. Insuficiencia cardíaca.

4

- b. Arritmias graves.
 - c. Embolismo.
 - d. Recurrencia de dolor coronario que sugiere un infarto próximo.
 - e. Taquicardia persistente.
 - f. Dificultad en la regulación de la terapia anticoagulante (si el tiempo de protrombina se prolonga profunda o inadecuadamente).
 - g. Pericarditis (trátase como complicación temprana).
3. Otras enfermedades importantes.
- a. N.B. El tiempo mínimo de permanencia de 21 días debe comenzar después del control de alguna o de todas las complicaciones tempranas.
 - b. Las complicaciones posteriores prolongarán la permanencia más de 21 días en el tiempo que se requiera para controlarlas.
 - c. Una extensión del infarto original o segundo infarto del miocardio requerirá un mínimo de 21 días de hospitalización adicional, a partir del momento de que ocurre.

CONDICIONES PARA DAR ALTA.

1. Pulso estable o normal y temperatura normal.
2. Inexistencia de dolor, con excepción tal vez de alguna angina pectoris ocasional y leve.
3. Paciente ambulatorio a no ser que sea transferido a otra cama.
4. Si se satisfacen todas las condiciones mencionadas y si las facilidades para la convalecencia en el hogar son adecuadas, puede permitirse dar de alta 18 días después de completado el infarto.

TABLA DE AUDITORIA MEDICA

Departamento	Sala	No. de Historia Clínica	Fecha							
Médico tratante			No Necesario	Omitido	Tardío	Insuf.	Excesivo	No Valorado	Inadecuado	Calificación
DATOS GENERALES										
1. Nombre										
2. Edad										
3. Sexo										
4. Raza										
5. Alfabeta										
6. Analfabeto										
7. Religión										
8. Ocupación										
9. Lugar de nacimiento										
10. Procedencia										
INTERROGATORIO										
11. Antecedentes Familiares										
12. Antecedentes personales no patológicos										
13. Antecedentes personales patológicos										

CUMPLIMIENTO DE ORDENES MEDICAS

	CUMPLIDAS		NO NECESARIO
	SI	NO	
1. Laboratorio			
2. Rayos X			
3. Patología			
4. E.C.G.			
5. Interconsultas			
6. Medicamentos			

CAUSAS DE INCUMPLIMIENTO DE ALGUNAS ORDENES MEDICAS

	Falta de personal	Falta de equipo	Falta de material	Sin causa justificada
1. Laboratorio				
2. Rayos X				
3. Patología				
4. E.C.G.				
5. Interconsultas				
6. Medicamentos				

**TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA SOLICITUD DEL EXAMEN
DE LABORATORIO HASTA SER RECIBIDO EL INFORME EN EL SERVICIO**

	1 a 5 días	5 a 10 días	Más de 10 días
1. Laboratorio			
2. Rayos X			
3. Patología			
4. E.C.G.			
5. Interconsultas			
6. Medicamentos			

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

1. Principal

2. Secundario

3. Otro

TRATAMIENTO EMPLEADO

1. Principal

2. Secundario

3. Otro

CONDICION DE EGRESO

1. Curado

2. Mejorado

3. No mejorado

4. Muerto

5. Autopsia

RELACION ENTRE IMPRESION CLINICA Y DIAGNOSTICO DEFINITIVO	
1. Sí	2. No

NORMAS ESTABLECIDAS PARA RECOLECCION Y CALIFICACION DE LOS DATOS

DATOS GENERALES

Nombre, edad, sexo, raza, alfabeto, no alfabeto, religión, ocupación, lugar de nacimiento, procedencia.

INTERROGATORIO

- a. Antecedentes familiares, investigar en padres, abuelos, hermanos, hijos, primos, tios(Diabetes, gota, asma, urticaria, neoplasias, litiasis biliar y renal, hipertensión arterial, A.C.V. infarto del miocardio, demencia, convulsiones, hemofilia).
- b. Antecedentes personales no patológicos: embarazo, parto, nutrición, crecimiento, desarrollo, estudios, deporte, inmunizaciones.
- c. Antecedentes personales patológicos: médicos, quirúrgicos, traumáticos, alérgicos, toxicomanías, etc.
- d. Cronología del padecimiento actual si fue o no anotada.
- e. Aparatos y sistemas: 1. generales: peso, actividad, desarrollo, crecimiento, sed, sueño, apetito, calosfrios, fiebre.
2. Aparato de los sentidos: agudeza, inflamación, hemorragia, ilusiones o alucinación.
3. Respiratorio: tolerancia al ejercicio, tos, espectoración, hemoptitis, disnea, ortopnea, cianosis, sibilancias.
4. Circulatorio: dolor precordial, palpitaciones, presión arterial, claudicación, varices.
5. Gastro-intestinal: deglución, pirosis, náuseas, vómitos, hematemesis, ictericia, dolor, indigestión, flatulencia, consticción, diarrea, enterorragia, melena, hemorroides, presencia de masa.
6. Urinario: dificultad a la micción, frecuencia de la micción, incontinencia, expulsión de sangre, pus, cálculos, cólico renal, aspecto, color y olor de la orina.

8

Investigar si hubo o no indicación de la terapéutica médica, así como si se cumplió o no la dosis y la vía de administración del medicamento indicado.

DIETA

Valorar el tipo, calorías y horario.

HOSPITALIZACION

En lo que respecta a la presentación de la historia clínica hay que valorar ordenamiento de las formas impresas, pulcritud de las notas puestas, si el material escrito es o no legible, y si fue anotada o no la forma y clave del médico tratante.

Luis A. Caballeros C.

Dr. José Rómulo Sánchez L.
Asesor

Dr. César A. Vargas M.
Revisor

Dr. Julio de León
Director de Fase III

Dr. Francisco Sáens Bran
Secretario

Vo. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto
Decano