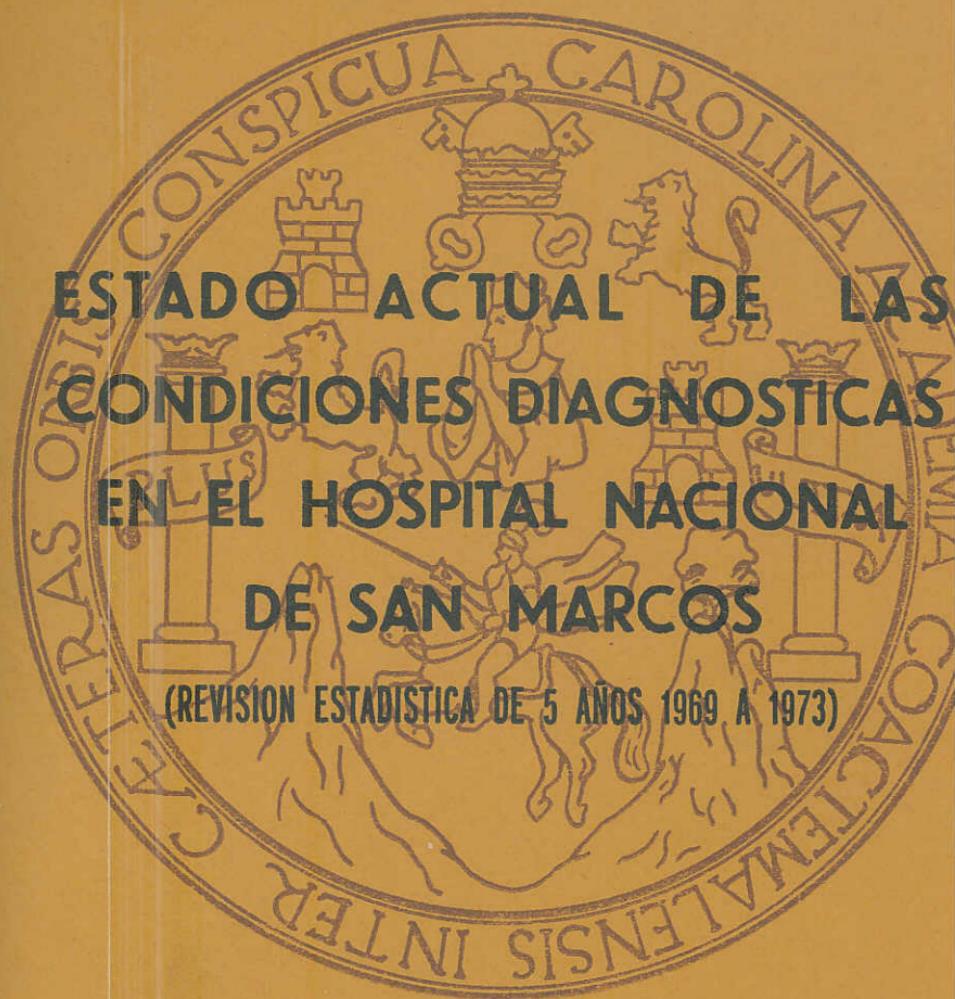


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



BENJAMIN FACTOR CALDERON GARCIA

INDICE

1. Introducción
 2. Objetivos
 3. Material y métodos.
- PRIMERA PARTE
1. Introducción
 2. Objetivos
 3. Material y métodos.

SEGUNDA PARTE

1. Qué es el diagnóstico?

TERCERA PARTE

1. Descripción del área de Salud del Departamento de San Marcos
2. Estudio efectuado
3. Conclusiones
4. Recomendaciones
5. Bibliografía.

OBJETIVOS

- 1- Tener una visión global del diagnóstico en el Hospital Nacional de San Marcos.
- 2- Tratar de demostrar la calidad de los regis
tros médicos del Hospital Nacional de San -
Marcos.
- 3- Demostrar en base de lo anterior la calidad -
del diagnóstico en el Hospital Nacional de San
Marcos.
- 4- Plantear sistemas para el mejoramiento del
registro médico así como el diagnóstico y
en base a este planteamiento sugerir un siste-
ma práctico para mejora del mismo.
- 5- Contribuir con ello aunque en minima parte, -
para plasmar una realidad de uno de nuestros
Hospitales departamentales.

PRIMERA PARTE

INTRODUCCION

El presente trabajo, es una revisión ligera de lo que es el diagnóstico en uno de nuestros hospitales departamentales; digo uno pues en la actualidad - la preocupación de mejorar los mismos es producto de una ardua labor en la recolección de datos, por personal que labora ya sea a la par del paciente o bien en lugares como archivos clínicos. Es uno, por cuanto ya ha nacido en alguna parte de nuestros hospitales departamentales la inquietud de mejorar los aspectos de registro y por ende la de diagnóstico ; v.g. el Hospital Nac. de Quezaltenango. Sin embargo la gran mayoría de los otros hospitales no han superado tal deficiencia, tal es el caso del Hospital Nac. de San Marcos.

Creemos que tal deficiencia es de urgencia y debe solucionarse, pues de estos datos, con auditórias que deberían hacerse tan frecuentes, la situación de salud cambiaría en un día no lejano, es algo ambicioso pero creemos que se puede hacer.

El propósito de este trabajo es descubrir la calidad del diagnóstico en cuanto a considerarlo parcial, correcto o incorrecto; hacer enfasis en la terminología utilizada y dependiendo de estos inferir y comparar los hallazgos de la revisión de cada registro.

tro en cuanto a los datos requeridos por historia o papeleta médica.

MATERIAL Y METODOS

1. Se utilizaron los registros médicos del archivo del Hospital Nacional de San Marcos y de pacientes atendidos desde el 10. de enero de 1969 al 31 de diciembre de 1973. El estudio - se realizo sobre una muestra del 5% de los egresos de pacientes atendidos en ese período. La selección de la muestra se hizo mediante - el sistema de selección de inicio al azar so - bre un total de 13,000 papeletas, dando al fi - nal una muestra de 760 registros sobre la - que se hizo al estudio.
2. De los 760 registros estudiados se obtuvieron 1098 diagnósticos principales y secundarios.
3. A su vez de estos 760 registros se efectúo una muestra del 5% obtenida mediante el sistema de selección de inicio al azar para hacer una clasificación de diagnósticos, los cuales fueron analizados tomando como parámetros la Clasificación Internacional de Enfermedades, considerando de acuerdo a la misma, - diagnósticos correctos, parciales o incorrectos.
4. De los 1098 diagnósticos que componen el universo, se efectúo una reclasificación de los - mismos en 150 causas de morbilidad y mortal

lidad, adaptación de la Clasificación Interna
cional de Enfermedades.

5. Se efectúo la investigación de los 760 regis
tros médicos en cuanto a datos mínimos re
queridos, de acuerdo a recomendaciones de
organismos internacionales como OPS y OMS.

SEGUNDA PARTE

A. QUE ES EL DIAGNOSTICO?

Cuando el paciente llega al consultorio del médico, lo anima el inquirir sobre su estado de salud o enfermedad; el médico por su parte desea informarle sobre el mismo o bien aliviarle las molestias. El papel del médico en formular el diagnóstico, lo ha vuelto más científico, al valerse de una serie de mé
todos para elaborar el mismo. El papel básico si
gue siendo reunir e interpretar con destreza estos
datos para el enfermo. En consecuencia, conside
ramos que este papel no se ve en peligro por ejemplo
por el uso de computadoras para manejar los datos
obtenidos del estudio clínico y de laboratorio de los
pacientes, y si obtendrá beneficio, por la aplicación
de las reglas de la lógica, la probabilidad y la teoría
de decisiones. La medicina científica debe ser mo
derada por el arte de la medicina, como ha dicho
con toda justicia Chesterton:

" Un hombre puede entender astronomía solo si es astrónomo; puede comprender la entomología - solo si es entomólogo (o quizás, insecto); sin embargo, puede comprender mucho de antropología por el sencillo hecho de ser hombre. El mismo es el animal que se estudia. De aquí surge el hecho que en todos los lugares, en los archivos de la etnología y el folklore - que el espíritu frío y apartado que mo

tiva el éxito en el estudio de la astronomía o la botánica origina desastre en el estudio de la mitología o del origen del hombre. Es necesario dejar de ser hombre para hacer justicia a un microbio; no es necesario dejar de ser hombre para hacer justicia a los hombres. La represión de simpatías, el apartamiento de intuiciones o conjeturas que hacen al hombre sobrenaturalmente listo al tratar el estomago de una araña, lo haran sobrenaturalmente estúpido para tratar el corazón del hombre"...

La palabra diagnóstico deriva de las voces griegas dia- a través o parte de y gnosis - conocer , suele denotar conocer por separado es decir; llegar hasta la finalidad misma para fines de descripción, - estudio o acción. Esta es la finalidad misma del médico; elaborar un diagnóstico sencillo pero completo- y exacto para formar una base lógica a la hora de tomar decisiones sobre tratamiento, asistencia y pronóstico. En los primeros años de la práctica se confronta la situación de que muchos datos para formular un diagnóstico , resultan complejos y hasta no importantes, la cantidad de datos, de signos y síntomas no pueden encaminarse hacia un determinado diagnóstico . Al aumentar la experiencia el médico se percatá de que cada uno de los grupos de datos se han clasificado con el nombre de "diagnóstico". En el mismo pueden entrar a formar parte factores etiológicos como ocurre en la faringitis estreptococcica, o bien la cirrosis hepática, o formar parte también de alteraciones estructurales de los tejidos como en el caso de la artritis. Puede ser un trastorno fun

cional del tipo de la esquizofrenia, quizá solo reconozca lesiones peculiares de una enfermedad generalizada como en el lupus eritematoso, o ser un epónimo como en el caso de la enfermedad de Parkinson. Con ello se está clasificando en un grupo específico de enfermedades, a manera de tener base en el tratamiento y pronóstico.

El advenimiento de la computadora, a venido a ser un valioso auxiliar en la elaboración del diagnóstico. Existen métodos deductorios que desde luego más lentos, pueden darnos datos confiables. Las clasificaciones diagnósticas formuladas van de lo más sencillo a lo más complicado y de lo menos seguro a lo más seguro. Según R.L. Engle y R.J. Davis, los diagnósticos tienen cinco ordenes de certidumbre que resumiremos así:

a) Diagnóstico de Primer orden de Certeza;

Defectos anátomicos microscópicos traumatismo de la índole de Fx. de piernas, labio leporino, anomalías genéticas por ej:Síndrome de Down.

b) Diagnóstico de Segundo Orden de Certeza:

Infección por microorganismos , desnutrición, intoxicación por agentes químicos.

c) Diagnóstico de Tercer orden de Certeza:

Principalmente descriptivo y fácil de identifi-

ficar, sin embargo, se conoce poco acerca de la etiología y patogenia; por ej: Hipertensión arterial, Cáncer, cirrosis.

d) Diagnóstico de Cuarto orden de Certeza:

Si bien puede conocerse el tipo general de reacción, la causa específica se desconoce y hay variaciones individuales y ambientales. Los tumores benignos y malignos pertenecen a este grupo, pero por identificarse principalmente por estudios celulares apreciables con el microscopio, crean problemas más difíciles de resolver incluso para el patólogo especialista.

e) Diagnóstico de Quinto Orden de Certeza:

Se funda en grupos o complicaciones de signos y síntomas que constituyen el cuadro nosológico, pero se desconoce la etiología, v.g. sarcoidosis, lupus eritmatoso.

Obtener datos

Se necesitan
más datos.

Comprobar los datos y su coherencia

Formular el Dx. diferencial (o en su defecto la lista de problemas)

Formular el régimen terapéutico

Es importante señalar que cuando formula un diagnóstico, el facultativo considera que el mismo describe el estado verdadero del enfermo. El propósito de la medicina clínica es asegurar que la formulación corresponda en lo posible a la enfermedad verdadera que origina los trastornos en el individuo. Esto tiene su origen en la incertidumbre de los conocimientos humanos. El carácter distintivo del conocimiento científico no es que posea mayor certidumbre que el conocimiento no científico, sino que el grado de incertidumbre puede precisarse bastante bien. El conocimiento más fidedigno puede ser aquel que tanto cuantitativamente dé una valoración más realista. Es menester idear un sistema para describir en forma clara y concisa las reglas para valorar las observaciones así, por ej: se dará a todo diagnóstico, la letra D con un subnúmero, el cual denota las posibilidades diagnósticas, así: D₁, D₂D_n, donde n es la representante de una serie de posibilidades infinitas; claro que para comodidad y fines prácticos se hará consideración a un número finito de posibilidades.

El estudio de la medicina, es un conocimiento a través de los pacientes de tratados médicos, o bien el conocimiento de listas de diagnósticos que son propios de ciertas latitudes, es decir, un diagnóstico de acuerdo a situaciones ecológicas, así por ej: si tenemos un paciente pálido, que proviene de la costa, por su situación de ambiente malsano, el médico esperaría explicar al menos en función de ciertos parásitos que son propios del área, v.g. paludis

mo, parásitos hematofagos, o bien en función de su mal estado nutricional por otra parte, su estado de anemia. De igual manera uno cabría esperar que un varón de 70 años de edad, padeciera de cáncer, cardiopatía o enfermedad cerebro vascular, pero no infecciones infantiles, tumor de Wilms; o esperar que un lactante presentará un carcinoma de pulmón, cosa que no es imposible pero si poco verosímil. Esto sin duda, también guarda relación con estados patológicos propios o de determinados grupos de edad.

De lo anterior diremos que si el diagnóstico es por completo inverosímil, la credibilidad del mismo es igual a 0, por lo contrario, si es completa mente verosímil diremos que tiene una credibilidad de 1. Esta credibilidad surge del conjunto de experiencias que cada médico adquiera en el medio que lo rodea, puede coincidir o no con la de otro médico y que es exclusiva e independiente, de tal índole que la suma de credibilidades de cualquier lista específica es 1, y que solo un diagnóstico de esta, puede ser verdadero en un momento dado, por ej: se supone que un paciente pueda padecer de faringitis estreptococica (D_1), a la cual se da una credibilidad de 0.6 en la escala, o bien se puede pensar que padezca de una virosis (D_2), a la que se le da el valor de 0.2. Ahora cabe preguntarse: que tan verosímil es que tenga una u otra enfermedad. Aplicando la regla será la suma de las credibilidades de cada diagnóstico; en este caso: $0.6 + 0.2 = 0.8$. Dado que no tenemos certeza de que padezca una de dichas en

fermedades, la suma no es de 1; es decir, puede padecer algo más. La probabilidad de que el padecimiento sea de otra índole, es de 0.2, dado de $1.0 - 0.8 = 0.2$. Al referirnos a credibilidades, utilizamos el símbolo U para indicar las dos o alguna de las dos, y el símbolo para indicar "Y" así:

$C(D_1 \cup D_2) = C(D_1) + C(D_2)$, con la condición de que

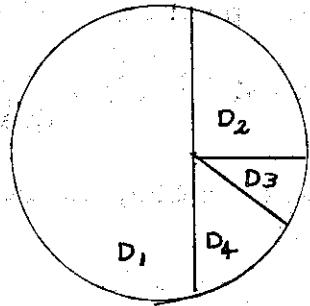
$C(D_1 \cap D_2) = 0$; esto es que, se excluyen mutuamente

Lo anterior tiene su aplicación, por ej: si se nos llamara asistir a una persona de 42 años de edad, que sufre de un colapso, las posibilidades diagnósticas en cuanto a causas de colapso en varones maduros, y antes de disponer de datos acerca de el sujeto, de su trabajo o antecedentes socioeconómicos, las posibilidades diagnósticas pueden ser:

D_1	infarto del miocardio	$C(D_1) = 0.5$
D_2	ACV	$C(D_2) = 0.3$
D_3	Arritmia cardíaca	$C(D_3) = 0.1$
D_4	"otra cosa"	$C(D_4) = 0.1$
<hr/>		<hr/>
$n = 4$		$C(D_n) = 1.0$

Disponer las consideraciones diagnósticas de esta manera se llama separación de los posibles diagnósticos esto es, el sujeto debe padecer solo uno de

los trastornos mencionados. En las descripciones clásicas de los tratados, la lista de diagnósticos verosímiles o creibles se llama diagnóstico diferencial - y que esquemáticamente se puede representar así:



Probabilidades condicionales. El siguiente paso a considerar es la obtención de datos acerca del paciente ya sea por interrogatorio, por examen físico o bien por datos de laboratorio. El estudio de sujetos que presentan enfermedades específicas nos lleva a observar que en los mismos, los síntomas y signos son específicos y se debe valorar su frecuencia. A esto es lo que se le llama, probabilidades condicionantes. Que haya una enfermedad específica, puede o no modificar una serie de datos que se observen en un momento dado, como se advierte en el siguiente cuadro:

Manifestación	Infarto Miocárdico	ACV	Aritmia cardíaca	Otra cosa
dolor torácico intenso	poco probable	Possible	Poco probable	Poco probable
Piel fría y sudorosa	probable	probable	probable	probable
Hipotensión	probable	improbable	possible	probable
pulso irregular	possible	muy probable	poco probable	poco probable
Debilidad de un lado del cuerpo	poco probable	no	no	poco probable

Si se considera que ocurrió infarto del mio cardio, el antecedente de dolor toracico es conside rado como muy probable, ello no iría de acuerdo en cuanto al tipo de dolor sufrido si pensamos que se trata de un AVC. La probabilidad de encontrar signos o sintomas está condicionada por el tipo de enfermedad existente, y puede formularse de la manera siguiente: $P(\text{signo}/D_n) = ?$, y que puede interpretarse, de cual es la posibilidad de observar un signo o sintoma en cuanto se piensa en determinada posibilidad diagnóstica. Como se verá en tratados de médicina, en los cuales en forma condicional, se habla de determinada enfermedad, explicando a posterioridad, los datos etiopatogénicos, anatomiopatológicos, clínicos y de laboratorio que concurren en la misma.

Al valorar los datos del cuadro anterior, se pueden formular los llamados datos ulteriores, que no son más que los obtenidos después del examen del paciente, y que pueden representarse así:

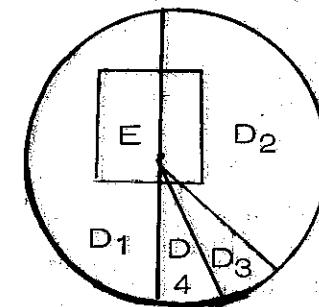
$$P(\text{datos de examen/ si tuvo infarto}) \\ = 0.6 P(\text{examen}/D_1)$$

$$P(\text{datos de examen/ de arritmia cardíaca}) \\ = 0.4 P(\text{examen}/D_2)$$

$$P(\text{datos de examen/ si tuvo apoplejía}) \\ = 0.2 P(\text{examen}/D_3)$$

$$P(\text{datos de examen/alguna otra cosa}) \\ = 0.2 P(\text{examen}/D_4)$$

La probabilidad, después de ser juzgados los datos ulteriores, si fuese igual a 0, indica que el conjunto de manifestaciones no se presentan con la en fermedad o enfermedades en cuestión, lo siguiente - puede representarse así:



Se podrá observar que el área sombreada, corresponde al examen efectuado, para cada enfermedad o posibilidad diagnóstica. Este forma intersección con cada posibilidad, de donde se deduce que hay más de un diagnóstico posible, y que puede representarse así: $P(\text{examen } D_n)$. En caso de haber un diagnóstico específico, la probabilidad condicional al efectuar la exploración, es igual a la probabilidad de que ocurran simultáneamente los resultados de la exploración y el diagnóstico particular, dividida por la credibilidad del mismo o sea:

$$P(\text{examen}/D_n) = \frac{P(\text{examen } D_n)}{C(D_n)}$$

Como señalamos, el área representa la probabilidad de obtener los resultados en el examen es igual a la suma de cada intersección y que se puede representar así:

$$P(\text{examen}) = P(\text{examen } D_1) + P(\text{examen } D_2) + P(\text{examen } D_3) + P(\text{examen } D_4)$$

La credibilidad para las mismas después del examen es la siguiente:

$$C(D_1) P(\text{examen}/D_1)$$

$$C(D_2) P(\text{examen}/D_2)$$

$$C(D_3) P(\text{examen}/D_3)$$

$$C(D_4) P(\text{examen}/D_4)$$

La probabilidad considerada en conjunto sería:

$$C(D_n) P(\text{examen}/D_n)$$

$$4 \sum C(D_n) P(\text{examen}/D_n)$$

Y que no es más que la relación que guarda cada posibilidad con el resto de posibilidades, y que para nuestro ejemplo en particular sería así:

$$D_n C(D_n) P(\text{examen}/D_n) C(D_n) P(\text{examen}/D_n) = 1$$

$$4 \cancel{C(D_n)} P(\text{examen}/D_n)$$

	$C(D_n)P(\text{examen}/D_n)$	$C(D_n)P(\text{examen}/D_n)$	$C(D_n)P(\text{examen}/D_n)$	$C(D_n)P(\text{examen}/D_n)$
1	0.5	0.6	0.30	0.65
2	0.3	0.4	0.12	0.26
3	0.1	0.1	0.01	0.02
4	0.1	0.3	0.03	0.07
	SUMA	0.46		1.00

Como se podrá observar el diagnóstico de mejor posibilidad en el que guarda más relación con el resto de posibilidades diagnósticas. Este grado de centidumbre para el diagnóstico puede ser aún más preciso con el uso de computadoras.

Pasando a otro aspecto sobre el diagnóstico, hay características del mismo a las cuales no se ha hecho mención, estos son: exactitud, presición, sensibilidad y especificidad.

Cuando se habla de exactitud en cuanto a determinadas palabras, pruebas o notaciones, estas hacen mención del estado natural. Esto no está relacionado solamente para eso, sino que incluye precisión y exactitud en todo el que hacer médico. Para citar un ejemplo: la palabra inflamación denota cuatro características que denotan un estado natural por muchos conocido y que son: dolor, calor, rubor y tumefacción. Sin embargo para los patólogos reúne características diferentes, del tipo de infiltración, hiperhemia y estasis que se observa en los cortes histológicos. Hay pues imprecisión en aplicar el término y al respecto de esto debemos saber quien la usa, para su correcta interpretación. De allí que las descripciones sencillas deben ser usadas en beneficio de la comprensión general, así, si algo está rojo y caliente, pues describamoslo así, si alguien presenta fiebre no digamos que tiene pirexia o bien si sudá mucho digamos que tiene diaforesis. A menos que los datos clínicos se valoren en esta forma, hay pocas esperanzas que las teorías de lógica actual y los elementos de las computadoras sean de alguna utilidad para el médico. Las computadoras o las operaciones abstractas complicadas no harán más exactas y precisas a las observaciones inexactas e imprecisas.

Sensibilidad y especificidad: guardan relación

con el punto anterior. Sensibilidad denota la facultad de una prueba para descubrir la presencia de un estado natural. Especificidad, denota la capacidad de una prueba para demostrar un carácter.

Cabe finalmente mencionar que para el propósito de una medicina clínica adecuada, se necesita el acopio de los datos del examen clínico de manera exacta, describirlo con precisión y especificidad; esto, llevado a cabo en forma dinámica y ordenada dà como producto lo que se denomina los diagnósticos operantes, que son los grupos de signos y síntomas que se toman en cuenta para dirigir en buena forma el manejo en la asistencia, tratamiento y promoción del paciente.

TERCERA PARTE

ESTUDIO DE LA ORGANIZACION DEL AREA DE SALUD DE SAN MARCOS. REGION DE SALUD 5

I) DESCRIPCION: El área de Salud de San Marcos, comprende 18 municipios que se detallan a continuación.:

- 1) San Marcos
- 2) San Pedro Sacatepéquez
- 3) San Antonio Sacatepéquez
- 4) Esquipulas Palo Gordo
- 5) San Cristobal Ducho
- 6) Río Blanco
- 7) San Lorenzo
- 8) Comitancillo
- 9) Tejutla
- 10) San Miguel Ixtahuacán
- 11) Concepción Tutuapa
- 12) Ixchigúan
- 13) San José Ojetenán
- 14) Sipacapa
- 15) Tajumulco
- 16) Sibinal
- 17) Tacaná
- 18) San Rafael Pié de la Cuesta.

La población del área calculada a 1973, es de

224,068 habitantes (inf. División de la dirección de servicios de salud (Epidemiología) de los cuales 106,005 son menores de 15 años a su vez la población de 0 a 4 años alcanza un total de 40,332.

La población Urbana, definiendo como tal aquella que vive en las ciudades cabeceras de municipios, representa el 7% del total y el 93% es de la población rural. La extensión territorial del área es de 2,401 kilómetros cuadrados.

II FACTORES DE MEDIO:

La mayor parte de los municipios que se detallan anteriormente pertenecen al altiplano a excepción del último que está localizado en la zona templada, teniendo como principales fuentes de trabajo o Ingresos económicos, la agricultura y Artesanías.

Todos aquellos están comunicados por carreteras de tierra, todas transitables en toda época.

Hay un total de 297 Escuelas primarias y el número de matrículados es de 19,773. Tiene un total de 12 escuelas secundarias con 3,686 alumnos inscritos.

Funciona una extensión Universitaria con un total de 165 estudiantes.

En la cabecera Municipal de San Marcos, existe abundante agua potable pero un 31.93% de viviendas

no cuentan con conexión interna utilizando aún las pipas públicas, el renglón de drenajes se encuentra en buenas condiciones de funcionamiento, siendo un sistema moderno, el número de viviendas con empotramiento domiciliar es de 558 representantes esto el 57.47%, el resto de la población sin conexión intradomiciliar es el 42.53% del total de viviendas.

El promedio de personas por vivienda se calcula en 6.

ORGANIZACION COMUNAL

Cada municipio está gobernado por el Concejo Municipal cuyo Sistema de tributación es en su mayoría (Ingresos por Arbitrio) son mínimos, razón por la cual no pueden contribuir responsablemente en programa de Saneamiento en sus respectivas comunidades.

PROBLEMAS DE SALUD DEL AREA:

No existe un estudio cuantificado que determine con exactitud este renglón; de acuerdo en los datos estadísticos en el área puede decirse que prevalecen las enfermedades transmisibles agudas, las propias de un deficiente Saneamiento ambiental y las de la infancia.

Las principales causas de morbilidad en 1972 fueron:

- 1) Infecciones agudas de las vías aéreas Superiores influenza o gripe.

- 2) Gastritis, gastroenteritis, colitis y enteritis.
- 3) Resto infecciones y parasitarias,
- 4) Desnutrición
- 5) Complicaciones del Embarazo, parto y puerperio
- 6) Neumonía y Bronconeumonía
- 7) Tuberculosos todas sus formas
- 8) Bronquitis
- 9) Enfermedades del corazón con y sin mención de Hipertensión.

III. RECURSOS DE SALUD DEL AREA:

El área tiene como establecimiento base el servicio integrado de salud de San Marcos, ubicado en la ciudad del mismo nombre, constituido por la fusión del Hospital Nacional y el Centro de Salud local que aún cuando separados físicamente dependen de una Jefatura UNICA, completando la red de establecimientos de Salud una unidad móvil y 20 puestos de salud. Estos últimos están ubicados en las cabeceras municipales de los municipios y en las aldeas Provincia Chiquita, San Sebastián y Calapté, pertenecientes a los municipios de San Pedro Sacatepéquez, Serchil (San Marcos) e Ixchiguán respectivamente.

El servicio integrado de Salud, dispone de los recursos para desarrollar acciones de protección y fomento de la salud en niveles no mínimos de 22,000 además las clínicas particulares, y atender la morbilidad del departamento.

Los puestos de Salud proporcionan atenciones elementales por Auxiliares de enfermería, siendo reforzados con visitas periódicas por los médicos del programa de atención Médica y supervisión a puestos de salud (UAMAS).

Los recursos totales del Área para asistencia médica son los siguientes:

1. Servicio Integrado:
 - 1.1. Hospital Nacional de San Marcos con 78 camas.
 - 1.2. Centro de Salud Tipo A de la cabecera Departamental.
2. Puesto de Salud de las cabeceras municipales y aldeas.
 - 1) San Pedro Sacatepéquez
 - 2) San Antonio Sacatepéquez
 - 3) Esquipulas Palo Gordo
 - 4) San Cristobal Cucho
 - 5) Río Blanco
 - 6) San Lorenzo
 - 7) Comitancillo
 - 8) Tejutla
 - 9) San Miguel Ixtahuacán
 - 10) Concepción Tutuapa
 - 11) Ixchiguán
 - 12) San José Ojetenán
 - 13) Sipacapa

- 14) Tajumulco
- 15) Sibinal
- 16) Tacaná
- 17) San Rafael Pié de la Cuesta
- 18) San Sebastián, San Marcos
- 19) Provincia Chiquita, San Pedro Sacatepéquez
- 20) Clapté, Ischigüan
- 21) Serchil, San Marcos

3. UNIDAD MOVIL (UAMAS)

ORGANIZACION DEL SERVICIO INTEGRADO DE SALUD

En la nueva estructuración del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el servicio Integrado de salud está a cargo del médico Jefe de Área a quien se le han fijado las responsabilidades y atribuciones siguientes:

- a) Dirigir y evaluar el Servicio Integrado de Salud, participando en el desarrollo de sus distintas actividades.
- b) Dirigir, asesorar y Supervisar el Área de Salud con los servicios incluidos en su jurisdicción.
- c) Velar porque se realicen las acciones de Fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud en forma integrada.

- d) Velar porque se abastezca oportunamente de elementos de trabajo a los Servicios del Área.
- e) Velar porque en los servicios haya suficiente material y equipo para la realización de las acciones de salud.
- f) Evaluar personal
- g) Velar porque los fondos sean debidamente manejados.
- h) Hacer anualmente el proyecto de Programa de trabajo del Área y el presupuesto respectivo.
- i) Cubrir las metas de trabajo fijadas por la Dirección General de Servicios de Salud.
- j) Rendir mensualmente información de las actividades realizadas por los servicios a su cargo.
- k) Establecer turnos rotativos del Personal Médico para, que atiendan los servicios de emergencia por las noches y días festivos.
- l) Colabora directamente con él un médico Sub-Jefe de Área (Medico Director del Centro de Salud de la cabecera departamental) quien dirige, coordina, supervisa y evalúa todas las actividades de Fomento y Protección de la salud y los puestos de salud a través del programa de atención Médica y servicios de Puestos de salud asumiendo las funciones del jefe en

ausencia de éste, y delegando la responsabilidad de un número de puestos de salud al U.A.M.A.S.

El servicio integrado cuenta con Departamentos Técnicos y Administrativos debidamente articulados para cumplir en forma coordinada y armónica los programas y acciones integradas de salud.

Estos departamentos, de acuerdo con sus funciones predominantes se clasifican en los siguientes grupos:

- A) Departamentos técnicos de apoyo, encargados de aportar los recursos técnicos humanos y de equipo en forma organizada para cumplir las diversas tareas.
- B) Departamentos técnicos, encargados, de ejecutar las distintas acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
- C) Departamentos Administrativos: Encargados de proveer los recursos, del control de la utilización de los mismos para su adecuado uso, en el cumplimiento de las acciones técnicas de salud y dirigir los llamados servicios generales; lavandería, cocina, conserjes, costurería, pilotos, etc. etc.

IV) NIVEL DIRECTIVO:

Está constituido por la Jefatura del Área de Salud, que dirige y administra los servicios en forma directa y a través de los distintos departamentos técnicos cuyas actividades deben estar debidamente coordinadas.

INTEGRAN LA JEFATURA DEL AREA

Jefe de Área (Director del Hospital)
Sub-Jefe de Área (Director de Centro de Salud de la Cabecera Departamental)
Enfermera Jefe de Área (por designación)
Trabajador Social de Área (por designación si hay más de uno)
Inspector Jefe de Saneamiento (por designación si hay más de uno)

La Jefatura del Área elabora, estudia y aprueba los programas de salud presentados por los jefes de departamentos o servicios, analizando periódicamente la marcha de los mismos; se informa del movimiento administrativo y estudia la aplicación de nuevos servicios o establecimientos.

Puede apoyarse en otro organismo que es el Consejo Técnico de Área, formado a su vez por:

El jefe de Área, quien lo preside
El sub-jefe de Área
Enfermera Jefe de Área

Trabajador Social de Area
Inspector Jefe de Area

Y todo aquel personal de Salud que el juicio del jefe pueda aportar ideas y facilitar el desarrollo de las actividades Médicos, Directores de servicios-privados, Médicos de guardia, Mécicos del programa de atención médica y supervisión de puestos de salud Médicos, médicos jefes de departamento, Enfermeras profesionales de los diferentes establecimientos, trabajadores sociales, Administradoras, Secretarios Auxiliares de Estadísticas, Estudiantes del ejercicio profesional supervisado, etc.

V. NIVEL APLICATIVO:

Lo constituyen todos los establecimientos existentes en el Área de Salud, con sus recursos en personal y equipo y es el nivel encargado de hacer llegar hasta el público las acciones de salud debida entre programadas, integradas y coordinadas.

VI. NIVEL ADMINISTRATIVO

Este nivel concentra los servicios de Secretaría, administración en general contabilidad, presupuesto y servicios generales.

La supervisión general de estos servicios estará a cargo del Administrador de cada establecimiento quien organiza y dirige, y supervisa el funcionamiento adecuado de los servicios administrativos.

Los servicios Administrativos cuentan con:

- A) Secretaría: A cargo de un funcionario que atiende todo el movimiento de secretaría, el movimiento de correspondencia (Receptoría, Registro, destino, archivo y respuesta) de acuerdo con las normas dictadas en la administración central.
- B) Oficina de contabilidad y presupuesto: Es necesario establecer mecanismos simples que permitan un estricto control de movimiento contable. Para ello el director de cada establecimiento, sobre quien recae la responsabilidad de una adecuada utilización de los fondos, se asesorará de personal debidamente capacitado. No existiendo suficiente personal se hace necesario implantar mecanismos de control sencillo y eficientes, de todos los ingresos gastos, Estados presupuestarios, Inventarios, así como determinar el personal, definir funciones, crear procedimientos de control, etc. En cada uno de los establecimientos del Área.
- C) Servicios Generales: Lavandería, Cocina, Costurería, conserjes, pilotos etc.

VII. NIVEL TECNICO APLICATIVO, EN EL SERVICIO INTEGRADO DE SALUD:

El servicio integrado de salud se ha organizado

do en departamentos de acuerdo a sus funciones programáticas, de previsión, protección, recuperación, y rehabilitación de la salud y a los recursos de que se dispone para cumplir tales funciones procurando que se efectúe la integración de los mismos.

Los departamentos técnicos son: Y tienen las funciones que se indican a continuación:

DEPARTAMENTO DE FOMENTO Y PROTECCION DE LA SALUD:

Que reune las actividades de control de las enfermedades transmisibles agudas y crónicas, saneamiento ambiental, de inmunizaciones y: materno-infantiles, así como el programa de atención médica y supervisión a puestos de salud.

DEPARTAMENTO DE GINECOBSTETRICIA:

Sus funciones son la coordinación de los programas maternos (prenatales, orientación familiar, post-natales) con la atención del parto Institucional, Está a cargo de Jefe del departamento de Ginecobstetricia.

DEPARTAMENTO DE ATENCION PEDIATRICA:

Tiene como funciones el control de niños supuestamente sanos (Programa Infantil), la atención de morbilidad en consulta externa y hospitalización - del niño enfermo, está a cargo de un Médico Jefe de

la pediatría.

DEPARTAMENTO DE ATENCION MEDICA:

Tiene como funciones la atención de morbilidad de los adultos en Medicina General y cirugía, según demanda, está a cargo del personal Médico del Hospital.

DEPARTAMENTOS TECNICOS DE APOYO:

A) REGISTROS MEDICOS:

Este departamento adquiere una importancia fundamental y sus funciones pueden dividirse seguidamente, en generales y específicas; las primeras se relacionan con la filosofía general de los requerimientos para el trabajo en salud a nivel de área, (Estadísticas vitales, demográficas, rendimientos hospitalarios, además la correcta ordenación, clasificación y revisión cuantitativa de las historias clínicas, la cual debe ser una historia por paciente, tanto en consulta externa, como de hospitalización.

Las funciones específicas se refieren a la relación y coordinación directa del departamento de Registros médicos con el funcionamiento de los distintos departamentos del Servicio integrado.

B) ENFERMERIA:

A cargo de una enfermera Jefe encargada de

orientar, coordinar y supervisar todas las actividades desarrolladas por enfermeras, auxiliares de enfermería y ayudantes de auxiliar. La enfermera jefe se nombra por designación del director de cada establecimiento. Es al mismo departamento se encarga de realizar actividades de adiestramiento en servicio.

C) SERVICIO SOCIAL:

Estará a cargo de Trabajadores Sociales, bajo la dirección de Trabajador Social de Área.

D) FARMACIA:

Encargada de solicitar, almacenar, despachar (distribuir) todos los productos medicinales y quirúrgicos, así como todo aquél que le sea encomendado.

E) LABORATORIO:

Encargado de realizar los exámenes que se sean requeridos por los consultorios externos, servicios internos, que estén en la medida de su recurso.

F) BANCO DE SANGRE:

Encargado de realizar extradicciones y transfusiones sanguíneas previo los estudios correspondientes.

G) RAYOS X:

Estará a cargo de uno o más técnicos de rayos X, y dará el encargado de tomar las placas radiológicas para los estudios que les sean solicitados por los médicos del servicio.

VIII. PLANIFICACION Y PROGRAMACION:

Una necesidad que surge sin mayores comentarios, es la de realizar estudios de la situación de la Salud en el Área.

Paralelamente a estas actividades deberán iniciarse tres acciones fundamentales:

- A) La redacción e iniciación de programas básicos para la salud de San Marcos, primero para los municipios con puestos de Salud después.
- B) La Organización del Consejo Técnico del Área, con objeto de coordinar el desarrollo de las actividades en forma integrada y para tratar de obtener cooperación de otras instituciones que se preocupen por la salud.
- C) Contacto con las autoridades de la facultad de Medicina y Odontología, así como las escuelas de Enfermería y Servicio Social, para explorar la posibilidad que el Área de Salud de

San Marcos, sirva como campo de adiestramiento a Médicos, Odontólogos, enfermeras y trabajadores sociales infieri en su práctica de Servicio Socio Rural.

Datos recolectores de los registros médicos del Hospital Nacional de San Marcos:

Datos	presentan	No presentan
1. Motivos de Consulta	552	87
2. Historia Clínica	439	250
3. Revisión por Sistemas	568	121
4. Examen Físico	538	151
5. Diagnóstico Provisio- nal	644	45
6. Laboratorio	330	359
Rayos X	25	
7. Evolución	181	508
8. Diagnóstico definitivo	667	24
9. Fecha de Egreso	689	
10. Recomendaciones y re- sumen de egreso.	195	494

El total de registros evaluados fue de 760 registros sin embargo en este cuadro solo hacen aparición un total de 689. No se tomaron en cuenta, aqui casos de Recien Nacidos, los cuales no cuentan con material escrito como un registro propio, es decir - no tienen anotados los datos anteriores, que fueron - revisados y como tales entran a formar parte del estudio.

ANALISIS DE LA CALIDAD DEL DIAGNOSTICO. HOSPITAL DE SAN MARCOS. 1969 - 1973

Diagnóstico de egreso en registros medicos estudiados	Ajuste a la Clasificación Internacional (OMS)			Código	Observaciones
	Correcto	Parcial	Incorrecto		
1) Aborto incompleto Endometritis	x	x	x	644 642.2	Puesto que esto es secundario al aborto, en la clasificación a parece solo como aborto con sepsis.
2) Sepsis Oral			x	-	Este término no está considerado entre las enfermedades dentales como tal.
3) Cistocele G.II	x	x	x	623.0	
4) Placenta Previa	x	x	x	651	
5) Apendicitis aguda purulenta			x	540	Se dice parcial puesto que no a parece con el término purulento
6) Parto Eutocido simple			x	650	
7) Conmoción Cerebral	x	x	x	N850.0	
8) Fx de la tabla externa del cráneo	x	x	x	N800	
9) Quiste sinovial de tobillo izquierdo	x	x	x	731	
10) Tos ferina			x	033	
11) Desnutrición grado III			x	269.0	Los estados de desnutrición no son considerados en grados y no aparecen como tal.
12) Leucosis Grado III		x	-	-	Como tal no tiene clasificación en el código.

Diagnóstico de egreso en registros médicos estudiados	Ajuste a la Clasificación Interna cional (OMS)			Código	Observaciones
	Correcto	Parcial	Incorrecto		
9) Dermatitis Alérgica	x			692	
10) Bronconeumonía Gripal	x			471	Aparece como subdivisión en dichos dígitos cuyo título es Influenza con Neumonía.
11) Osteomielitis Derecha 1/3 inferior de Tibia	x			720	
12) Tuberculosis Pulmonar II			x	011	No aparece como tal en la clasificación internacional de enfermedades y no se demostró por baciloscopía.
Anemia Secundaria			x	285.9	Este dígito incluye las anemias de tipo SAI (inespecífica) y en este caso la anemia no es consecuencia de la TB sino quizás como concomitante de la misma como todo proceso crónico.
13) Fx de IV y V Metacarpio	x			N815	
14) Commoción Cerebral	x			N850.0	
15) Amebiasis INtestinal	x			006	Si se comprobó por laboratorio.
Desnutrición		x		269.9	
Hipoproteinemia			x	-	No clasificado
16) Hernia Inguinal Derecha Recidivada	x			550	
17) Parálisis del Mediano Izquierdo	x			357	
Necatoriasis	x			126.1	
18) Sin Diagnóstico	-	-	-	-	Papeleta sin diagnóstico de ingreso ni egreso.

Diagnóstico de egreso en registros médicos estudiados		Ajuste a la Clasificación Interna cional (OMS)			Código	Observaciones
		Correcto	Parcial	Incorrecto		
19)	Amibiasis Intestinal	x			006	No se comprobó por laboratorio.
	Giardiasis	x			007.1	Si se comprobó por laboratorio.
20)	Bronconeumonía	x			471	
	Desnutrición Grado III		x		269.9	En la clasificación aparece como una subdivisión de Influenza con Neumonía
21)	PES (Parto Eutocico Simple)	x			650	
22)	Placenta previa central	x			651	
	Rectocistocele II			x	623 y	623.1 Aparecen por separado cada término en la clasificación internacional.
	Sepsis Oral			x	-	Como tal no aparece en la clasificación internacional.
23)	Plastron Apendicular			x	540	En la clasificación internacional sólo aparece como apendicitis aguda. En la papeleta no se encontró registro de posible intervención.
24)	Endometritis post-parto	x			677.9	
	Shock Infeccioso		x		782.9	
	Desnutrición Grado III		x		269.9	
	Fístula vesico-vaginal	x			596.0	
25)	Hipertrofia Prostática Benigna	x			600	
	Anemia de Etiol			x	285.9	
26)	Prolapso Genital Total	x			623.9	
27)	SPI	x			267	

Diagnóstico de egreso en registros médicos estudiados	Ajuste a la Clasificación Interna cional (OMS)	Código	Observaciones	
	Correcto	Parcial	Incorrecto	
28) Niño Sano			x	-
29) Etilismo Agudo		c	x	-
Nauritis Alcohólica	x			303.9
30) Fx Expuesta de húmero después de 51 días	x			N812.9
31) Parasitismo Intestinal (Ascaris, Necator)	x			126.1
Anemia nutricional			x	285.9
32) Anemia Nutricional Avazada			x	285.9
33) Adenitis cervical y Axilar Crónica	x			782.7
Parasitismo Intestinal (Necator, Lamblia)	x			007.1
34) Anemia Perniciosa Secundaria a Necotoriasis			x	-
Hipoproteinemia			x	-
35) Septicemia Gripal			x	-
				No aparece como tal. en el dígito 472- 73-74 aparece la Influenza o gripe con manifestaciones respiratorias, gastro- intestinales o nerviosas.
Anemia Secundaria			x	-
36) Insuficiencia Cardíaca Cong.	x			427.0
Anemia Secundaria			x	-

Analisis del cuadro anterior

El número de diagnósticos tanto correcto, parciales e incorrectos, como sus respectivos porcentajes fueron los siguientes:

Diag.	No.	%
Correctos	33	55.9%
Parciales	7	13.6%
Incorrectos	18	30.5

En los 58 diagnósticos de 37 papeletas médicas representantes de una muestra de 5% obtenida al azar (a su vez extractada de los 760 registros de la muestra original), se aprecia un número mayor de diagnósticos correctos, que se refieren a casos no difíciles de reconocer; los diagnósticos incorrectos se deben al uso de términos empleados con bastante frecuencia en nuestro medio; otros son incorrectos por falta de comprobación de laboratorio y, en última instancia, por falta de especificidad.

Hay casos en que ante el sangrado de una mujer joven en edad reproductiva, con historia de amenorrea de algún tiempo de evolución, cabe pensar que se trate de una hemorragía por amenaza de aborto u otro trastorno funcional; así también es fácil reconocer una anormalidad ginecológica, un cistocele, una commoción cerebral, un parto eutóxico simple, o una desnutrición proteico calórica. El diagnóstico en estos casos difícilmente representen dificultad para el

clínico en reconocerlos. Pero análisis del diagnóstico número 9, hace pensar que el término Leucosis - grado III carece de exactitud y de especificidad para describir un estado natural que solo podría haberse definido mejor con la ayuda de laboratorio.

La frecuencia con que se encuentran estos - diagnósticos sin comprobación de laboratorio, puede contribuir a hacernos pensar que tales cuadros son poco frecuentes en nuestro medio; particularmente creemos que son muy frecuentes pero no es fácil de detectarlos.

En resumen podemos decir que los diagnósticos correctos son numerosos y que definen entidades clínicas fácilmente reconocibles y que representan la patología más común en nuestro medio. Existe por otra parte diagnósticos en base de terminología de amplio uso en Guatemala; v.g. sepsis oral. Bien analizado el término significa una cavidad septica, es decir, infectada, cuando en realidad los gérmenes - que la habitan son comensales, oportunistas ante cualquier injuria. Lo que en realidad queremos denotar a la hora de emitir un diagnóstico de sepsis oral, es una gingivitis o una alveolitis. Es decir, que un término de uso tan generalizado, carece de exactitud pues el término sepsis oral no existe como tal en Clasificación Internacional de Enfermedades. Creemos que debería considerarse su uso cuando en realidad exista una situación clara de infección generalizada en la cavidad oral.

El mismo caso sucede cuando se usan términos como Endometritis, estado que para el patólogo y para el clínico tienen distinto significado. Para uno denota estasis, hiperhemia infiltración de determinadas células; para el clínico, como aparentemente fue considerado en los registros número 1 y 25 de nuestro estudio, se refiere a un proceso secundario, septico o inflamatorio, proveniente de una injuria que puede ser de origen criminal o espontáneo.

Como se ha dicho con anterioridad, la especificidad denota la capacidad de una prueba para confirmar el estado natural de algo. Una baciloscopía, un examen de heces en fresco son pruebas que permiten demostrar la presencia del bacilo de Koch y de una ameba respectivamente, no ocurre lo mismo con una placa de R x analizada ahisladamente, o bien la sola presunción clínica que son medios pobres para definir estados patológicos derivados de la presencia del BK o de la ameba. En nuestro medio estas últimas medidas son observadas con frecuencia y no tenemos excusa para continuar haciendolo. Para fines del buen ejercicio de la medicina y otros de orden administrativo, las primeras sobrepasan a las segundas en todo sentido.

Entre otros estados mal definidos en el análisis efectuado está la Hipoproteinemia, términos que es aún muy corriente en nuestro medio y que solo denota alteración o disminución en las proteínas pero que de ninguna manera debería considerarse diagnóstico definitivo hasta que no se compruebe por laboratorio

rio y se le pueda relacionar con otro estado morboso.

Los estados de desnutrición como tal, y definidos en grados, no se encuentran en la Clasificación Internacional de enfermedades pero son muy frecuentes en los registros hospitalarios de nuestro país. La clasificación de Gómez aún usada seguirá siendo útil en nuestro país, y pasará aún mucho tiempo para substituirla en términos tan simplistas como los descritos en la Clasificación Internacional.

El término Rectocistocele, de amplio uso en el medio guatemalteco incluso por especialistas, es otro diagnóstico, que debe mejorarse y que no debe aceptarse más solo para comodidad del clínico que maneja el caso. Si bien es cierto que la mucosa vaginal está afectada, los órganos que protruyen son diferentes, en uno es el recto y en el otro la vejiga; por ello deben considerarse separadamente. Además son términos muy subjetivos; cuando para un clínico es Rectocistocele grado II para otro puede ser rectociste grado II y cistocele grado I, o visceversa, o cualquier combinación que haría imposible su clasificación en un solo término.

El diagnóstico de plastron apendicular no aparece en la Clasificación internacional de Enfermedades. Plastrón es un Galicismo, que significa Pechera, y su uso puede derivar del proceso que se observa en las apendicitis perforadas en las que se ha formado un absceso. En todo caso Plastrón es un término de amplio uso en nuestro medio. El considerarlo

correcto o incorrecto por no aparecer en la Clasificación Internacional no debe restarle validez ya que identifica un problema quirúrgico muy común y muy comentado entre el gremio médico.

Con todo lo anterior se quiere decir que la medicina es un proceso dinámico ante el cual no debemos permanecer estáticos. Los diagnósticos en cuanto a su terminología, exactitud, precisión, especificidad, etc., son cambiantes y es imperativa la necesidad de que el médico esté al día en el conocimiento de los cambios que imponen los avances en la medicina. Los mismos son la culminación, el producto de un seguimiento tenaz, conciencioso, razonable y dinámico de los registros médicos que han sido elaborados sobre bases científicas para la mejor atención del paciente y de la comunidad.

La necesidad de mejorar los registros clínicos, estandarizarlos desde todo punto de vista (sistema de archivo, numeración, almacenaje, etc.), es un camino largo de recorrer y es competencia de organismos centrales como el ministerio de Salud Pública. Son, así mismo, la base del conocimiento de la patología de una región, o de una área, y constituyen el soporte de los programas de salud en sus aspectos técnicos, así como de orden administrativo y adiestramiento de personal. El mejoramiento de los registros y de la calidad del diagnóstico, se logrará con medidas tales como las auditorías frecuentes y sistemáticas y la promoción del personal capacitado en registros médicos. Esto es considerado hoy

en día como asunto de urgencia para el mejoramiento de los sistemas de salud por el Comité Regional Asesor sobre Clasificación Internacional de Enfermedades de la OPS, organismo Interamericano que ha hecho, múltiples recomendaciones en este sentido a todos los países del continente.

La experiencia de otros países en este campo es muy amplia y debiere de servir de punto de partida para iniciar sistemas de registros médicos y de mejorar del diagnóstico en aquellos países que aún los tienen muy deficientes.

Revisadas las papeletas médicas, se procedió a efectuar la tabulación de las causas morbilidad, y mortalidad, llamando la atención que los diagnósticos de ingreso son en un porcentaje tanto como un 96,6% iguales a los de egreso. En una sola ocasión, se pudo comprobar por anatomía patológica la existencia de un diagnóstico con certeza, v.g. Melanocarcinoma falange distal del dedo medio mano izquierda - así mismo en el rubro A-4, donde se documentaron - por laboratorio 23 casos de amibirosis, 1 caso de tuberculosis documentado por baciloscopía de esputo y en general todos los tipos de fracturas. El resto de diagnóstico son en realidad clínicos. A continuación se detallan los mismos, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades tabuladas en grupos de 150 causas para morbilidad y mortalidad.

Grupos de Causa	No. de casos	Código
A-2 Fiebre Tifoidea	30	001
A-3 Otras Salmonelosis	1	002-003
A-4 Disentería Basilar	48	004-006
A-5 Sin otra especificación CECA SAI	10	008-009
A-6 Tuberculosis Pulmonar, SAI	17	011.9
A-10 Otras tuberculosis incluyendo efectos tardíos.	6	016-019
A-16 Tos ferina	1	033
A-17 Faringitis estreptococcica	1	034.0
A-19 Meningitis Meningococcica	1	036.0
A-25 Sarampión Morbilli	1	055
A-28 Hepatitis Viral	7	070
A-29 Otras virosis (rabia)	1	071
A-31 Paludismo	1	084
A-43 Otras Helmintiasis	100	121-129
A-45 Tumor maligno de la cavidad bucal y faringe	1	140-149
A-47 Tumor maligno del estomago.	2	151
A-55 Tumor maligno del cuello de utero	1	180
A-56 Otros tumores malignos del utero	1	181-182

Grupos de Causa	No. de Casos	Código
A-58 Tumor maligno de otras localizaciones no especificadas	3	155-199
A-59 Leucemia	1	204-207
A-61 Tumores benignos y de naturaleza no especificada	7	210-239
A-64 Diabetes Mellitus	2	250
A-65 Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	76	260-269
A-66 Otras enfermedades de las glandulas endocrina y del metabolismo	1	243-279
A-67 Anemias	125 casos	280-285
A-69 Psicosis	3	290-299
A-70 Neurosis, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos	2	300-309
A-77 Glaucoma	1	375
A-79 Otras enfermedades del sistema nervioso y de los gorgnoas de los sentidos	4	321-389
A-84 Otras formas de enfermedades del corazón	5	420-429

A-87 Trombosis venosas y embolios	32	450-453
A-88 Otras enfermedades del aparato circulatorio	5	454-458
A-89 Infecciones respiratorias agudas	2	460-466
A-90 Influenza	7	470-474
A-91 Neumonía virica	15	480
A-94 Hipertrofia de las amigdalas y vegetaciones adenoides	2	500
A-95 Empiema y absceso del pulmón	4	510-513
A-97 Enfermedades de los dientes y de sus estructuras del sosten	79	520-525
A-98 Ulcera péptica	2	531-533
A-99 Gástritis y Duodenitis	1	535
A-100 Apendicitis	10	540-543
A-101 Obstrucción intestinal y hernias	42	550-560
A-102 Cirrosis Hepática	4	571
A-103 Colelitiasis y Colecistitis	1	574-575
A-104 Otras enfermedades del aparato digestivo	21	526-577
A-107 Infecciones del riñón	2	590
A-109 Hepeplasia de la prostata	2	600

A-111	Otras enfermedades del aparato genitourinario	44	591-629
A-112	Toxemias del embarazo y del puerperio	6	636-639
A-113	Hemorragias del embarazo y del parto	27	632-653
A-115	Otros abortos y dos no especificados	22	642-645
A-117	Otras complicaciones del embarazo del parto y del puerperio	18	630-678
A-118	Parto sin mención de complicación	115	650
A-119	Infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo	6	680-686
A-120	Otras enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	6 casos	690-709
A-121	Artritis y espondilitis	1	710-715
A-123	Osteomielitis y periostitis	5	720
A-125	Otras enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo.	4	721-734
A-120	Otras enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	6 casos	690-709

A-121	Artritis y Espondilitis	1	710-715
A-123	Osteomielitis y periostitis	5	720
A-125	Otras enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	4	721-734
A-135	Otras causas de Morbilidad y mortalidad perinatales	3	760-769

CAUSA EXTERNA DE LA LESION:

AE-146 las demás causas accidentales 5 casos E900-E949

NATURALEZA DE LA LESION:

AN-138	Fracturas del cráneo	4 casos	N800-N804
AN-139	Fracturas de la columna vertebral y del tronco	6	N805-N809
AN-140	Fracturas de los miembros	12	N810-N829
AN-141	Luxación sin Fracturas	3	N830-N839
AN-142	Torceduras y esguinces de las articulaciones y de los tendones		

músculos adyacentes	10 N840-N848
AN-143 Traumatismos intracraneales (excepto la fractura del cráneo)	11 N850-N854
AN-144 Traumatismos internos del torax abdomen y pelvis	12 N860-N869
AN-145 Laceraciones y heridas	13 N870-N907
AN-146 Lesiones superficiales, contusiones y magulladuras sin alteración de la superficie cutánea	14 N910-N929
AN-148 Quemaduras	15 N940-N949

Como contribución de el presente trabajo en el aspecto de registros médicos , la siguiente parte plantea un sistema del tipo de registro que se debe llevar a cabo en un Hospital por pequeño que este sea.

La observación del registro médico en el Hospital Nacional de San Marcos ha sido descuidada; a dolicé de muchos defectos en cuanto al registro en si a su manera de almacenaje y a la falta de su actualización en cuanto a un archivo pasivo o activo, lo que resta su funcionalidad. Solo la información actualizada sobre estos aspectos permitirán su modificación.

Es responsabilidad de todo un equipo que labora en un hospital de velar por la información que se contiene en los registros médicos, para la modificación en la política del mismo cuando se crea conveniente.

Esta parte no es más que una recopilación que norma el buen funcionamiento de los registros médicos, de lo que actualmente se puede disponer. Esto beneficiará sin duda en un momento dado a la Comunidad, al Hospital, al paciente, así como a la formación del médico, que en última instancia deberá a la hora de una auditoría responder sobre el buen o mal funcionamiento.

SISTEMA DE REGISTROS HOSPITALARIOS.

I. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

El sistema de registros hospitalarios debe organizarse de manera conveniente para que preste servicios al paciente, a la comunidad, a la dirección del hospital, así como al médico. Su finalidad última es la de contribuir al debido cuidado del paciente. Su calidad y exactitud en cuanto a la información contenida en la historia clínica y este disponible y puede ser utilizada, es responsabilidad del personal profesional. Esto resultará en economía y favorecerá la exactitud de información y la buena comunicación; deberá reducirse al mínimo la repetición de esfuerzos, como puede ser la duplicación de

datos, salvo que estos se justifiquen en beneficio del sistema.

Para la buena marcha del mismo es menester:

1. Perfecto conocimiento por parte de la junta directiva del hospital, del cuerpo médico, del director y del oficial de registros hospitalarios de las responsabilidades de cada uno.
2. El estar conciente de dicha responsabilidad garantizará una atención médica de mejor calidad al paciente, quiere decir, el estar convencido que la historia clínica no es un mal necesario, que hay que cumplir solo para los efectos oficiales, sino más bien un instrumento para una mejor atención del paciente, ser fuente de educación para el personal médico, un instrumento de investigación, así como una protección legal para todos los interesados.

II. ESTABLECIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE NORMAS.

Si bien la junta directiva es el organismo máximo en el hospital, es competencia del médico jefe o director del cuerpo médico y personal adjunto, la buena calidad de atención médica. Los registros, en la última instancia, sirven para evaluar la misma atención médica y es obligación del cuerpo médico

adoptar y hacer que se cumplan las normas con las cuales se elaboran las fichas médicas; además de ello es también importante el adiestramiento del personal en el manejo de los registros y la supervisión y evaluación de los mismos.

Si bien el médico o médicos, o el personal directivo son los encargados de elaborar las normas, al oficial de registros no se le puede delegar la obligación que se cumplan. El hacer lo anterior distanciaría sus buenas relaciones con los médicos, indispensables en el trabajo hospitalario. La función del oficial es notificar las deficiencias o incumplimientos de principios aprobados por la junta directiva. Es necesario el comité de historias clínicas del hospital, el cual está encargado de velar por el cumplimiento de las normas para la elaboración de las mismas, comité que cuando juzgue necesario, reportará a los responsables de las deficiencias encontradas. El oficial de registros colaborará con el comité, como su asesor y técnico.

En última instancia es el médico que se encuentra en contacto con los pacientes el que responderá por la buena calidad de la historia. De allí que muchos pasos en la elaboración de la ficha médica como: notas de evolución, anamnesis, examen físico y epicrísis son recomendadas a médicos externos, internos o residentes pero en última instancia, la revisión de esos pasos son responsabilidad del médico de sala y quien debe firmar cualquier asunto cuasi-legal.

Responsabilidad del médico director del Hospital: aunque directamente no tiene que ver en la elaboración de las historias clínicas, debe cumplir ciertas responsabilidades: elegir a una persona con la suficiente formación en cuanto a la elaboración de registros hospitalarios, organización, y dirección de los mismos bajo normas establecidas, y decida aspectos como: tamaño, clase, manera de archivo, etc. Efectuado lo anterior, debe determinar claramente sus funciones y obligaciones para la buena relación con el personal médico y comités. Por otro lado, debe planificar las instalaciones y equipo, por último, debe respaldar al encargado cuando no se cumplan las normas, y mantenerlo informado de los últimos avances en cuanto a registro. Ello presupone que el director es conocedor del sistema.

Obligaciones del oficial de registro: Son las inherentes a la organización y dirección del sistema de registros y se pueden enumerar así:

1. Establecimiento, análisis y evaluación técnica de historias clínicas;
2. Conservación de historias;
3. Mantenimiento de registros secundarios (tarjetas de índices);
4. Preparación de estadísticas;
5. Colaboración con el cuerpo médico;
6. custodia de las historias clínicas con carácter ético;
7. Supervisión fomento y promoción del personal a su cargo en cuanto a nueva información.

manejo de la misma.

La calidad de la historia clínica y el uso que de ella se haga, depende de la habilidad y diplomacia del oficial, para hacer comprender el valor de la misma. Su habilidad para facilitar información y el deseo de fomentar la misma entre el cuerpo médico y el personal a su cargo constituyen sus metas.

Su misión primordial será organizar, dirigir, para que su departamento funcione al mínimo de tiempo, esfuerzo y costo. Esto presupone el conocimiento de las leyes que rigen la entrega de información, de los diversos tipos de numeración, archivo, de la preparación de índices y además del conocimiento en cuanto al adelanto en materia de equipo de registros hospitalarios. La evaluación definitiva del sistema dependerá del uso que se haga del mismo y que supone la disponibilidad de la historia clínica para:

1. Beneficio del paciente en el caso de enfermedades futuras.
2. Medio auxiliar en investigaciones clínicas y estadísticas;
3. Como instrumento administrativo para la planificación y evaluación del programa del hospital;
4. En los procedimientos legales o quasi-legales y
5. Comprobación de datos por parte de terceros que han de hacerse cargo del pago de costos,

o reducción de los mismos.

Responsabilidad del médico: el mantenimiento de una buena historia está regido en cada localidad por reglamientos, normas y disposiciones del cuerpo médico y del hospital. Debe evitarse en lo posible la dualidad de historias clínicas ya que se da el caso de que el médico en su clínica particular tiene un tipo de historia diferente a la del hospital, la cual queda relegada o sin llenarse. Es importante que el médico escriba la terminología en forma clara y concisa - para no prestarse a malas interpretaciones; evitar en lo posible el uso de taquigrafía médica, muchas veces de carácter local y que resulta incomprendible - para el que no las conoce.

El uso de diagnósticos incompletos, muchas veces, muchas veces existentes, denota en el médico falta de actualización y desconocimiento de los adelantos en el campo de la medicina. No está demás mencionar que así es como dejan de utilizarse o se pasan por alto otros servicios que son útiles para mejorar la calidad del diagnóstico, tales como laboratorio clínico, RX y otros .

Comités del cuerpo médico: el comité de historias clínicas y el de histología son los que afectan más directamente al depto. de registros hospitalarios. El oficial de registros, debe asistir a las reuniones - del comité y ofrecer asesoramiento profesional cuando lo soliciten los miembros del mismo, pudiendo actuar como secretario. Lo mismo sucede cuando hu

biere auditoría médica. El oficial de registros de be colaborar con los comités antes de las reuniones, dando o facilitando las historias seleccionadas, así como las estadísticas pertinentes. Todo ello está enmarcado dentro del concepto ético de la confidencialidad.

III. UBICACION Y EQUIPO:

La ubicación y el equipo es una de las condiciones importantes que todo sistema de registros hospitalarios debe brindar, contribuyendo a:

- a) mejor y rápido servicio de los pacientes tanto internos como externos;
- b) espacio o lugar adecuado para que el equipo médico pueda completar o estudiar los casos interesantes; y
- c) en última instancia, para fines administrativos con el fin de llevar índices de pacientes, morbilidad etc.

El lugar debe ser estratégico para que todos; los servicios que necesitan del sistema de registros-hospitalarios puedan hacer uso del mismo, por ejemplo: cerca del sector de ingreso de pacientes, del consultorio externo y de la oficina administrativa. Por otra parte debe ser de fácil acceso al personal , que no labora en horas ordinarias, y deban utilizar los índices de pacientes, sin desatender sus obligaciones. En relación al lugar deben considerarse varios aspectos

1. espacio suficiente para las historias, personal y equipo.
2. Local funcional para la distribución lógica de las zonas de trabajo.
3. Facilitar la comunicación entre el departamento y otros.
4. Buenos medios de transporte en todas sus formas.

Existen otros problemas que deben confrontarse como por ej: el espacio por año. No se puede medir el espacio en función del tamaño del hospital sino por la clase de labor que éste realiza: las altas, defunciones, el archivo de historias clínicas así como otros registros, el tiempo de conservación de los mismos, con factores que influyen en el trabajo y en el espacio reservado a los documentos. En todo caso, si se trata de un hospital nuevo, la experiencia de los años o bien la comparación con otras instituciones similares, daran la pauta de manejo. La tendencia de la medicina actual es a mantener al paciente hasta donde sea posible fuera de la institución hospitalaria, esto trae como consecuencia que las historias sean más breves y que la capacidad de archivo de las mismas sea mejor. Sin embargo, el decir historias breves no quiere decir incompletas.

En cuanto al equipo para archivar los registros médicos se ha adoptado casi con uniformidad el sistema de estantería dada su funcionalidad, la menor cantidad de espacio a ocupar y su fácil manejo.

Este aspecto sin embargo debe depender de las características de cada hospital; otros usan por ej: archivadores con 4 o 5 gavetas, De acuerdo al tipo de hospital el departamento de registros hospitalarios puede gozar de otras prerrogativas como las siguientes: en un momento dado, cuando el depto. de archivo ya no reune las condiciones de funcionamiento puede descentralizarse; es decir tener anexos estratégicamente bien establecidos y equipados para no sacrificar la funcionalidad instalando por ejemplo: montacargas, uso de cable, transportadores de cesta de tela metálica y tubos neumáticos, etc. otras instalaciones muy convenientes son dictafonos para completar las historias clínicas, salas o despachos de discusiones para reuniones de comité de registros, estudiantes de profesiones de la salud etc.

IV. SISTEMA DE ARCHIVO.

La finalidad del archivo es facilitar en forma rápida, datos completos cuando sea necesaria su obtención. El proceso comprende 4 fases:

1. Organización del material para cada paciente.
2. Identificación de cada historia
3. Colocación de las historias en el archivo
4. Control de las mismas cuando se efectúa muestreo para determinar al archivo pasivo del activo.

Lo anterior debe establecerse dependiendo del tipo de hospital, del local, del movimiento y disposiciones a normas que rigen el archivo de documentación.

lativo a la papeleta única a cada paciente ya sea - nuevo o viejo. Tiene el inconveniente que con ingresos frecuentes tenga que reordenarse al fichero y cambiar números. Al contrario del anterior, su aplicación es buena cuando el movimiento es poco; de lo contrario, si el paciente asiste seguido al consultorio externo, el expediente resulta voluminoso aunque actualizado.. Si se da el caso de que solo en una ocasión haya sido ingresado y su control ambulatorio lo haya llevado por muchos años, el registro hospitalario no se encuentra en las mismas condiciones de actualización. En forma general debe evitarse y solo considerarse como forma intermedia entre lo que es el anterior sistema, mientras se adopte el de numeración única.

Numeración Anual:

Es útil cuando se utiliza la numeración correlativa. Los registros se identifican con las dos últimas cifras de cada año o con las letras a determinar. La finalidad es obtener las historias clínicas por año. Sin embargo, la omisión de los números o las letras, que es un riesgo frecuente no compensa las ventajas del sistema .

Agrupación de dígitos:

No es constante su uso ya que en un momento dado habrá tantas historias como dígitos, y corre el riesgo de errores en la identificación. Aun así cuando se usen los dígitos en vez de grupos de 1 o 2 dígitos, deberá hacerse en grupos de cuatro o siete; por

ej: es más fácil identificar con la vista o captar 19-76-82 o 38-1- 59; que el 197-682, o el 38-159.

Sistema de dígito terminal:

No tiene que ver este método con el número asignado, sino con la manera de archivar. La manera de hacerlo consiste en dividir en cien secciones determinadas del número 00 a 99 , luego se procede a colocar las historias de acuerdo a sus 2 últimos dígitos. En caso de haber mayor existencia de registros médicos se recurre a los dígitos medios. Si el archivo es muy grande se recurrirá con cada subdivisión a el uso de otros 2 dígitos, con lo cual son 10.000 las subdivisiones, o en caso de archivo pequeño al dígito medio, dando lugar a 1000 subdivisiones. Tiene la ventaja de evitar errores en el archivo y reduce la transposición y errores de lectura y además distribuye por igual el trabajo. Se presta a la desventaja de que cuando hay historias voluminosas estas pueden dividirse y dejar solo el último volumen. Los primeros volúmenes pueden archivarse separadamente, y no se sacarán de su archivo salvo cuando sean solicitados especialmente.

Carpetas con marcas de colores:

La codificación de las carpetas con bandas de colores ha sido posible gracias a la numeración con el dígito terminal pues asigna a cada división o subdivisión bandas de determinado color con lo cual se facilita su clasificación y reduce la posibilidad de

error al archivar. Si este sistema se utiliza con el método de numeración correlativa en lugar de la numeración correlativa en lugar de la numeración única hay que descartar muchas carpetas porque la clave de sus colores no corresponde a los nuevos números asignados a los documentos.

Archivo para números consecutivos (método convencional)

Su ventaja estriba en su fácil uso; sin embargo su utilidad se logra con la numeración correlativa con lo cual se tienen en el archivo las historias activas. Con el archivo de dígito terminal la numeración correlativa agrupa las historias activas a cada subdivisión. Cuando se proyecte tal cosa el oficial de archivo encontrará más fácil reunir unos miles de historias que se han estado usando por números consecutivos antes de agruparlos conforme la sección de dígitos terminales.

Sistema de Control:

El control de retiro de los registros es otro aspecto tan importante como ordenar las historias clínicas con eficacia y precisión. El mejor método es el uso de fichas de solicitud o tarjetón que debellar los datos; nombre de la persona, número de historia clínica, fecha, lugar, y que reduce el uso de copias. Estas fichas para su uso adecuado deben ser de tamaño regular y deben dejarse en los sobres de la historia clínica, cuando ha sido solicitada la

misma.

Documentos sueltos:

Todos los documentos, ya sea de laboratorio, de anatomía patológica, consultas anteriores, que puedan y deban archivarse mientras la historia clínica no se encuentre en su sobre, debe hacerse en el mismo, de lo contrario se extraviarán o bien se retardará su incorporación a la ficha.

V. ARCHIVO DE PACIENTES AMBULATORIOS, DE URGENCIA Y DOMICILIARIOS:

Todo hospital debería mantener un archivo de pacientes ambulatorios, de emergencia y domiciliarios por razones de administración y buena atención del paciente, incluidos los de medicina legal, de enseñanza e investigación. Su mantención al día facilitará la buena atención. Cuando intervienen enfermeras, terapeutas o internos la anotación de estos datos es importante para anotar los servicios dados al paciente por los mismos.

Los pacientes ambulatorios se definen tanto los externos, como aquellos que reciben servicio, tratamientos o recomendaciones de otros departamentos, estando hospitalizados también. Caso de pacientes externos son aquellos que acuden al consultorio para recibir tratamiento de tipo odontológico, por ej: , u otro.

Hay problemas en cuanto a las historias de el paciente ambulatorio. El primero es el de como registrar los datos de estos pacientes y coordinarlos ; y el segundo, que datos hay que registrar de los pacientes internos. Ello está determinado para los fines a que vayan a ser utilizados.

Los datos a registrar dependeran de las funciones del hospital en cuanto a la atención del paciente, la necesidad del médico de disponer de ellos, del interes del personal en su conjunto, de la organización de las historias para su uso en el consultorio externo y en el fomento de la buena atención al paciente.

Cuando se ofrecen servicios a pacientes tales como los ambulatorios por ej: Rx hay que registrar en ese depto. los servicios prestados y se archivarán en su ficha clínica. De igual manera estos servicios que se anotan cuando se envía al paciente a otro servicio por ej: con el terapeuta, los datos anteriormente pueden ser de utilidad para el terapeuta, como las anotaciones de éste, cuando el paciente sea enviado a otro servicio. Hay formularios que están entrando en boga que incluye en orden cronológico ; anotaciones de internistas, trabajadores sociales, enfermeras et. que definen mejor el problema del paciente desde el punto de vista multidisciplinario. Como siempre, la fecha, firma y nombre del que ve al paciente es de suma importancia y deben evitarse abreviaturas, firmas ilegibles, etc.

Otras conveniencias para el paciente ambulatorio son:

1. Libro de registro parecido al libro de citas
- 2, Índice de diagnóstico

En la actualidad sobre este último aspecto son pocos los Hospitales que llevan el mismo. La teoría de que "Si" el paciente puede caminar, su enfermedad no puede ser muy importante", ya no rige, y al presentar los cuidados de pacientes ambulatorios abarcan en muchos casos pítates, muchas enfermedades que en otro tiempo no se consideraba motivo de hospitalización.

La preparación de un índice de diagnósticos de pacientes ambulantes requiere una minuciosa planificación para garantizar que los resultados justifiquen el trabajo que representa. Es preciso tomar ciertas medidas a fin de que los diagnósticos inconsecuentes a los términos vagos inclasificables no vengan a recargar la historia.

Un posible sistema es aquel en que el año civil es la unidad de tiempo comparable a un "ingreso". Todos los diagnósticos activos importantes(nuevos o tiguos) se registrarán una vez durante ese período. El análisis de los diagnósticos de pacientes ambulatorios realizados todos los años indicará la variedad y distribución de los problemas médicos. Por ej: el médico interesado en las investigaciones sobre la diabetes podrá añadir para su estudio las historias de

pacientes ambulatorios a los de pacientes hospitalizados.

Envío de pacientes para ser sometidos a pruebas o tratamientos especiales exclusivamente.

Muchas veces pacientes son enviados por médicos de sus clínicas que se encuentran fuera del hospital, a que se les efectúen pruebas tales como Rx pruebas especiales (urocultivos etc) debiendo remitirse al médico los informes respectivos para que formen parte del archivo que llevan.

Estas pruebas están supeditadas a que se registren en formularios especiales o bien en cartas especiales del médico en donde consta el diagnóstico e información necesaria para llevar a cabo la prueba o bien los tratamientos. Esta información, por otra parte, deberá rendirse al departamento de registros, hospitalarios para su inclusión dentro del índice general de pacientes. En algunos casos, como cuando se someten a radioterapia el paciente deberá dar su consentimiento firmado en formulario especial. Otros hospitales donde la organización es completa - en cuanto al registro médico único, puede darse el lujo de mantener en las fichas únicas los informes, esta conveniencia debe sopesar las ventajas antes que los inconvenientes.

Historias clínicas en casos de urgencia

Un paciente externo de urgencia, se define co

mo el que ingresa al servicio de urgencia o su equivalente de un hospital, para el diagnóstico y tratamiento de un estado patológico que requiere la inmediata atención del médico, del dentista o servicios a fines.

Esta definición destaca la necesidad de un lugar para un servicio inmediato. Esto es natural porque por razones médico-administrativas puede ocurrir que durante el día estos pacientes sean atendidos en el consultorio externo, y por la noche, o fuera de las horas de servicio externo, se les atienda en una sala de urgencia o de accidentes situada junto a la entrada de ambulancias.

La necesidad verdadera o aparente de atención inmediata, la posibilidad de lesión o trastornos, grave y el hecho de que intervenga la responsabilidad por daños o terceros crea necesidades especiales en el registro de datos de pacientes de urgencia. Estas necesidades son de dos clases :

La primera es la de llevar un libro de registro encuadrado o de hojas sueltas, en el que se anoten la fecha, hora de admisión, nombre, dirección, sexo, edad, médico o institución que envió al paciente, manera en que llegó el paciente, naturaleza de la lesión o diagnóstico, servicios prestados, descripción sobre el lugar de destino del paciente, hora de salida, médico tratante, nombre del servicio, y firma de la enfermera o de otra persona que dé la salida al paciente.

so "crónico" caiga en el olvido, es importante utilizar formularios del tipo administrativo, en los que se establezca con anticipación el plan a seguir y un sistema de recordatorio que garantize el examen del paciente a su debido tiempo.

Coordinación de datos:

Desde el punto de vista del cuidado del paciente, el sistema más conveniente consiste en guardar toda la historia clínica en una carpeta, de tal manera que el médico tenga a mano todos los antecedentes cuando lo atienda. Cuando las distancias y los medios de transporte de documentos lo permiten, el sistema de historia clínica única es el mejor para ello.

Tal vez la coordinación no parezca tan importante y por eso puede romperse en el caso de los pacientes sometidos a "Pruebas especiales o solo a tratamiento". No obstante, si en el índice general figura una ficha de todos estos pacientes, cuando acuden a la sala de urgencia y a otros servicios se acallará rápidamente si se trata de un antiguo paciente; el conocimiento de las pruebas de laboratorio o de otra índole por medio de la historia clínica puede ser importante.

Anotaciones de datos por el personal para médico y los registros departamentales:

La atención del paciente continua siendo cada

vez más compleja, y requiere, además de los cuidados de enfermería, los servicios de especialistas paramédicos, tales como los dietistas, fisioterapeutas, ergoterapeutas (terapeutas ocupacionales) y trabajadores sociales. Estos servicios se prestan bajo la dirección general del médico que atiende al paciente pero, por lo común cuando no está presente.

Función de los datos registrados por el personal paramédico:

La inmediata anotación en la historia clínica - del paciente de todas las observaciones pertinentes - del personal paramédico es el único medio de comunicación fidedigno entre este personal y el cuerpo médico, y también entre los diversos miembros del grupo paramédico e intervienen en el régimen terapéutico total del paciente. Todas las personas que participan en el cuidado del paciente necesitan poseer datos de actualidad sobre los servicios que otras personas prestan al paciente, la manera en que este reacciona, su evolución y los cambios de tratamiento recomendados.

Esta clase de información se necesita tanto para los pacientes agudos, que reciben tratamiento durante un breve tiempo, como para los que necesitan una atención prolongada, y es todavía más importante en éste último caso. En la historia clínica del paciente deben figurar, resúmenes de las conferencias de evaluaciones y determinación del plan terapéutico. El mejor método para facilitar la debida

atención médica es la anotación por orden cronológico de todos esos datos en la historia clínica.

Notas de evolución:

En estas notas se especifican, a juicio de cada observador el curso que sigue el paciente, incluidas las reacciones al tratamiento, actitudes generales que lo afecten y las indicaciones de cualquier cambio terapéutico. Las observaciones ordinarias, tales como los signos vitales, que generalmente se registran en forma gráfica, no se consideran a este respecto notas de evolución.

Los formularios separados son los más característicos y los que se emplean con mayor frecuencia. La integración de las anotaciones sobre la evolución del paciente en un solo formulario es relativamente nueva. Cualquiera de los métodos tiene sus ventajas e inconvenientes, pero se considera que en las anotaciones cronológicas en la que se reúnen los datos de las diversas disciplinas profesionales, se estimula una mejor atención del paciente por el hecho de compartirse la información; las ventajas exceden a los inconvenientes.

Notas de evolución separadas:

El empleo de notas de evolución distintas para cada especialidad evita la posibilidad de confundir la identidad de la especialidad del observador y permite la continuidad de las notas dentro de la misma. Sin embargo, tiene el inconveniente de aumentar

el volumen de la historia clínica, aunque posiblemente sólo se anoten unos cuantos datos en cada formulario; las anotaciones del personal paramédico pueden pasar más fácilmente desapercibidas al médico y viceversa.

Nota de evolución integradas:

La anotación, por orden cronológico, de las notas de evolución integradas, tiene las siguientes ventajas:

1. Permite a todo individuo que comparta la responsabilidad de atender al paciente leer rápidamente los antecedentes del caso.
2. Reduce la posibilidad de que pasen desapercibidas importantes observaciones; fomenta el registro de datos significativos y concisos y economiza tiempo a los profesionales.
3. Disminuye el número de formularios de distintas clases, con la consecuente disminución del volumen de la historia clínica.
4. Fomenta el concepto de trabajo en equipo .
5. Favorece la pronta anotación de datos sobre el estado del paciente para mantener el orden cronológico.
6. Evita la destrucción injustificada de importan

tes observaciones de enfermería.

Los inconvenientes que tiene el sistema son los siguientes:

1. El formulario no puede ser utilizado por más de una persona al mismo tiempo para registrar o examinar datos.
2. En algunas ocasiones las anotaciones de otros individuos pueden parecer contradictorias a las del médico y, de esta manera, suscitar dudas acerca de la evolución del paciente, y, más adelante crear dificultades en la preparación de resúmenes.
3. Obliga a que cada anotación lleve la firma completa, con la indicación de la disciplina profesional del que la registra.
4. Las anotaciones sobre el estado del paciente se apartan de los informes más detallados de los hallazgos o tratamientos correspondientes a un departamento determinado.
5. Al resumir una historia clínica hay que proceder con gran precaución a fin de diferenciar y seleccionar las opiniones del médico e incluir sólo las que sean pertinentes.

Este sistema requiere su planificación con la debida anticipación. Es conveniente por ello, el

establecimiento de un comité con representantes en todas las disciplinas interesadas. Algunas de sus funciones podrían ser las siguientes:

1. Señalar objetivos y enumerar ventajas y desventajas.
2. Preparar formularios apropiados para el registro de evolución.
3. Enumerar los formularios que serán reemplazados por este nuevo, tales como los formularios de evolución del médico y el informe de enfermería. En estos el registro de signos vitales, medicación y tratamiento se llevan por separado a las observaciones de enfermería.
4. Preparación de guías especiales para los datos integrados: clases de datos, como se controlaran, cuales quedaran excluidos, quien los registra, como se firmarán las anotaciones, accesibilidad a las historias clínicas, etc.
5. Elaborar planes para la orientación de los miembros del personal interesado.
6. Aprobación final para iniciar el proyecto, que precederá, naturalmente a la formulación lo detallado para la ejecución del plan.

Interconsultas:

Hay pacientes que son enviados por el médico tratante a ciertos servicios para ser sometidos a pruebas, evaluaciones o recomendaciones, que son aspectos que entrañan en la categoría de interconsultas, y que deben diferenciarse de aquellas que se envían para recibir un tratamiento previamente prescrito. La interconsulta generalmente se inicia con una solicitud por escrito del médico tratante, al departamento que ha de prestar el servicio; en esa solicitud, se especifica el propósito y la naturaleza de la consulta deseada, y se proporcionan todos los datos clínicos que pueden necesitar el consultor correspondiente. El informe de los hallazgos, de la evaluación y de las recomendaciones del consultor se registran generalmente en el formulario de solicitud, pero en el caso de algunas pruebas se deben utilizar formularios especiales (vg. pruebas psicológicas, pruebas de fuerza muscular, niveles de capacidad para las actividades de la vida diaria, antecedentes sobre la alimentación).

El informe de acompañar al formulario de solicitud, y debidamente firmado por el consultor debe archivarse con la historia clínica del paciente. En algunos casos, se pueden necesitar temporalmente copias del informe en el departamento como material de trabajo.

Como cuestión de principio fundamental, las instituciones no deberían establecer sistemas de his-

torias clínicas separadas en los departamentos, salvo en la medida que sea necesario para facilitar las actividades cotidianas, la historia clínica única del paciente es el mejor lugar donde archivar toda la información médica sobre el mismo.

Anotación de datos sobre los pacientes en los registros departamentales.

En los departamentos de especialidades a menudo se requieren ciertos datos sobre evaluación y tratamiento para permitir la continuidad de este último o para realizar estudios de casos y preparar informes. Por ejemplo, mientras el paciente está bajo tratamiento, es más fácil llevar el registro diario de datos sobre fisioterapia y ergoterapia en los departamentos correspondientes, siempre que en la historia del paciente se incorporen las anotaciones sobre la evolución que sigue el mismo. Cuando se suspenda el tratamiento estos datos departamentales, deben incorporarse en la historia clínica del paciente, salvo que se proporcione un resumen adecuado.

Algunos departamentos considerarán necesario conservar por algún tiempo sino permanentemente copias de los resultados de exámenes e informes remitidos.

En algunos casos, se utilizarán diversas hojas de trabajo y se registrarán otros datos de breve existencia para los fines inmediatos de tratamiento, pero no se guardarán con carácter permanente en la

historia clínica del paciente ni en el archivo departamental. El plan de seguir para la destrucción del registro departamental se dejará a la discreción del hospital, basada en sus experiencias, necesidades y disposiciones legales pertinentes.

Datos registrados por el servicio social:

La resistencia a archivar en la historia clínica central del paciente sobre antecedentes sociales detallados es justificada, porque estos contienen de tales íntimos no relacionados con la enfermedad, algunos de los cuales son rumores y posiblemente perjudiquen al paciente. Son muchos los hospitales que prefieren que el propio departamento de servicio social facilite en resumen, interpretando el caso, para ser incorporado en la historia clínica del paciente, que contenga sólo los datos utilidad para el médico y otro personal profesional interesado; de este modo la historia completa del caso permanece en el departamento. Esta última se considera más bien como un documento de trabajo que como un documento permanente. Este método es, a menudo, el preferido, siempre que se incorporen en la historia clínica las notas sobre el estado del paciente y los resúmenes del departamento de servicio social.

No obstante se advierte a los hospitales que el archivar por separado cualquier dato relativo al paciente no significa que el expediente deje de estar a la disposición de las autoridades judiciales en los casos pertinentes y por lo tanto no existen tales excep-

ciones por consiguiente, la incorporación a la historia clínica de un resumen preparado por el servicio social, sin que necesariamente forme parte integral de la misma y la destrucción de anotaciones de carácter sumamente personal, una vez cumplido su propósito inmediato, ofrece ciertas ventajas.

Principios de un registro eficaz de datos:

La brevedad, sin sacrificar la anotación de los datos necesarios, es la esencia de un registro eficaz. Las notas de evolución del paciente y los resúmenes preparados por los especialistas paramédicos, deben ser tan breves como permitan la buena comunicación, deben evitar toda jerga profesional y deben tener sentido para todos los miembros del equipo de salud.

Nunca deben aparecer en la historia clínica observaciones críticas sobre el tratamiento administrado por otras personas o bien que resulten lesivas o que revelen algún prejuicio contra el paciente. Es preferible especificar hechos que expresar opiniones. Cuando éstas se expresen, deben indicarse claramente que son las que sostienen la persona que hace anotaciones. Las opiniones que requieren juicio médico sólo serán anotadas por los médicos. La anotación de hechos deben realizarla los que estuvieron presentes en el momento y estén autorizados, a registrar dichos datos.

Índices departamentales:

Ciertos departamentos, particularmente los de patología y de radiología acostumbran llevar índices de diagnósticos. Los requisitos que, a este respecto, exige la comisión conjunta para la acreditación de hospitales se han interpretado generalmente en el sentido de que deben incluirse en estos índices de diagnóstico todos los exámenes por rayos X y todo especimen tesular examinado. No obstante, una reciente interpretación se expresa en los siguientes términos:

"Para los fines docentes, deben llevarse un índice de acuerdo con el diagnóstico patológico de casos interesantes y raros".

"Para los fines docentes, deben llevarse un índice de los exámenes radiológicos de acuerdo con el diagnóstico radiológico de casos interesantes y raros".

CONCLUSIONES

1. El estado actual del diagnóstico en el Hospital Nacional de San Marcos, reúne un 55.9% de diagnósticos correctos; 30.5% de diagnósticos incorrectos y 13.6% de diagnósticos parcialmente correctos en cuanto a los diagnósticos de egreso.
2. El porcentaje de diagnósticos correctos son entidades que pueden dictaminarse pues se encuentran dentro de los diagnósticos de primer y segundo orden de certeza.
3. Los diagnósticos parcialmente correctos son entidades cuya terminología no reúne las características de exactitud, especificidad, o bien por no encontrarse en la Clasificación Internacional de Enfermedades.
4. Los diagnósticos incorrectos por su parte son términos inexistentes en la Clasificación Internacional de Enfermedades o carecen de las características del diagnóstico; exactitud, precision, especificidad, sensibilidad, aun cuando los mismos puedan reconocerse por sus características dentro del primero, segundo ; o tercer orden de certeza .
5. Los resultados del análisis de los registros -

médicos dejan entrever anomalías gruesas tales como ausencia de notas de evolución así como falta de las recomendaciones al paciente al egresar.

6. Siendo el registro clínico la base para la formulación del diagnóstico, las deficiencias anteriores son poderosamente influyentes en el mismo. La falta de evoluciones refleja la falta de seguimiento del paciente o desinterés - del médico por el mismo.
7. Los diagnósticos de egresos y de ingreso son poco modificados al egreso, tanto como un 96%. Esto está relacionado con el punto anterior pues la observación del paciente es deiciente o no existe, o bien por circunstancias propias del paciente al pedir su egreso antes de tiempo, lo cual no permite mejorar el - diagnóstico o impresión clínica del ingreso.
8. La calidad del diagnóstico en el Hospital Nacional de San Marcos puede mejorarse mediante el mejor uso de los recursos humanos disponibles y la reorganización del sistema de trabajo y archivo clínico.

RECOMENDACIONES

1. Es necesario efectuar auditorías médicas en caminadas a observar la calidad de los registros médicos que son el punto de partida de muchos aspectos relativos al manejo del paciente, al trabajo administrativo, así como a la mejora en la formulación del diagnóstico.
2. Para evitar diagnósticos inexistentes o términos erróneos, debe actualizarse la terminología usada en nuestros hospitales departamentales y ello solo se logra con la difusión de información concerniente a la Clasificación Internacional de Enfermedades.
3. Debe sistematizarse la elaboración de registros médicos a todo paciente que ingrese al Hospital Nacional de San Marcos e integrar este registro para su uso en todos los servicios del área.
4. Con la actual política de la Facultad de Ciencias Médicas, el estudiante de medicina que efectúe su externado rural o bien su Ejercicio Profesional Supervisado, debe estar en capacidad de analizar la calidad de los registros como un valioso medio para mejorar la atención en nuestras áreas departamentales y olvidadas en muchos aspectos, entre ellos es

te, especialmente.

BIBLIOGRAFIA

1. Administración Hospitalaria en los Programas de Salud . Selección de trabajos presentados a la primera Conferencia Regional de Hospitales (Bogotá - Colombia, 30 Octubre-4 de Nov. 1966) Publicación Científica No. 155 OSP. Washington, 2 Nov. 1967.
2. Clasificación Internacional de Enfermedades , basada en las recomendaciones de la Octava - Conferencia de Revisión 1965 y adaptada para la Décimonovena Asamblea mundial de la Salud . Vol. 1 OMS, Ginebra 1968.
3. Clasificación Internacional de Enfermedades . Suplemento de adaptación para índice de Diagnósticos Hospitalarios y clasificación de causas de Morbilidad. Publicaciones Científicas No. 178 OSP . Washington D.C. Noviembre 1968.
4. Comité asesor sobre estadísticas de Salud , Tercer Informe Publicaciones científicas No. 103. OSP, Washington, D. C., Septiembre- de 1964.
5. El Servicio de Laboratorio en el Hospital Se gundo Informe del Comité de Expertos en Mé todos de Laboratorio de Salud Pública, Se

rie de Informes Técnicos No. 161, OMS. Gi
nebra 1959.

6. Guía para la Organización de un Departamento de Registros Hospitalarios. Edición original en inglés de la Asociación Americana de Hospitales. Publicaciones Científicas No. 110 OSP, Washington, D.C., Trad. al español por la Oficina Sanitaria Panamericana con el permiso de la Asociación.
7. Las condiciones de Salud en la América. 1961-1964. Publicaciones Científicas No. 138 OSP., Washington D.C. Agosto 1966.
8. Mahlon H Delp. Robert, T. Manning. Procedutica mpedica de Major. Séptima Edición, Trad. al español por el Dr. Hoemro Vela Treviño. Editorial Interamericana, S.A. pag. 28-36.
9. Normas para el Diagnóstico y Clasificación - de la Tuberculosis. Publicaciones Científicas No. 97 OSP. Washington, D.C. Marzo - 1964

Br. Benjamín Factor Calderón García

Dr. Carlos Walhein
Asesor

Dr. Carlos Walhein
Revisor

Dr. Julio de León
Director de la fase III

Dr. Francisco Saenz Bran
secretario

Dr. Carlos Armando Soto
Decano