

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"AUDITORIA MEDICA EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
EN EL HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE"

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Medicas de la
Universidad de San Carlos

Por

ALFREDO ELADIO CAMPOSECO ALVAREZ

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Agosto de 1975.

PLAN DE TESIS

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- ANTECEDENTES
- 3.- FORMULACION DE HIPOTESIS
- 4.- OBJETIVOS
- 5.- MATERIAL Y METODOS
- 6.- RECOLECCION DE DATOS Y TABULACION DE LOS MISMOS
- 7.- PRESENTACION Y COMENTARIOS DE LOS DATOS OBTENIDOS
- 8.- CONCLUSIONES
- 9.- RECOMENDACIONES
- 10.- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Para que la práctica médica hospitalaria se lleve en forma satisfactoria, es fundamental que el Médico que tenga a su cargo determinado servicio, esté al tanto de la forma en que sus pacientes son manejados. Para ello es necesario que con cierta regularidad sea efectuada una revisión de sus Historias Clínicas. Pues, "si estas son de buena calidad hacen un claro criterio clínico; proporcionan una valiosa instrucción y aseguran una mejor atención del paciente".

Es aquí donde la Auditoría Médica juega un papel importante, ya que engloba lo necesario para el estudio de "La calidad de la atención Médica" dada al paciente, pues ésta queda reflejada en los datos obtenidos en cada una de los historiales clínicos llevados para el caso.

El concepto de Auditoría no es como piensa la mayoría, que es un método de crítica al médico, sino que es una revisión de la práctica, no de los que la practican.

Para ello, el presente trabajo trata de la revisión del 10% de las papeletas del año 1973, de los pacientes dados de alta en los servicios de Medicina del Hospital General de Occidente, con sede en Quezaltenango.

~~Sirva ello para analizar y corregir posibles errores cometidos en la práctica antes mencionada.~~

ANTECEDENTES

La práctica de Auditoría Médica no es de reciente introducción, ésta tuvo su inicio en los Estados Unidos de Norteamérica en el año de 1910, ésta fue creada debido a que en ese tiempo se contaba con una profesión sobre cargada y formada en gran parte por médicos que tenían una educación pobre. El primero en hacer una revisión sistemática y una evaluación científica de la atención médica fue FLEXENER, cuyo informe fue ampliamente discutido y a su vez revelador.

Por los años de 1962 á 1916, CODMAN hace un estudio en la misma forma y rinde un informe respecto a la calidad de cirujanos existentes en Norteamérica.

Hace unos 20 años cualquier forma de Auditoría tomó la forma de "Revisión de Esquemas". En la actualidad es designada como una herramienta para un propósito particular, es una documentación objetiva por y para los doctores. En otras palabras es "la evaluación de la calidad de la atención médica tal como está reflejada en las historias clínicas".

Actualmente ésta trata de contemplar una forma adecuada para llevarla a la práctica, y que a su vez sea aceptada como una norma en todos los hospitales cualquiera sea la condición de éstos. La mayoría de personas o comités que se han dedicado a ella ven que es una forma práctica y

científica de proporcionar Educación Médica. Además para que el cuerpo médico la acepte como una práctica rutinaria. Si fuera adoptada, se vería la calidad de la atención proporcionada a los pacientes, con ello se trataría la forma en la cual deberían ser atendidos los pacientes.

Una de las formas para poder introducir Auditoría Médica, es el desarrollo de un "criterio esencial", el cual es definido: "como esos elementos de diagnóstico y tratamiento, los cuales son esenciales para el cuidar propio de cualquier paciente con una condición específica". Para poder llegar a este "Criterio Esencial", debe de tenerse un especial cuidado en la anotación de los registros, examen físico y laboratorio, así como rayos x y exámenes especiales del paciente.

Debe también tomarse en cuenta que existen tres principales categorías de información:

- 1.- Datos generales registrados, examen físico, laboratorio y procedimientos radiológicos, los cuales confirman el diagnóstico, influyen la elección o aplicación del tratamiento y ayuda a establecer pronóstico.
- 2.- Tratamiento específico el cual es bien sabido que es eficaz.
- 3.- Procedimientos o tratamientos los cuales son contraindicados.

Lo anterior puede ser estandarizado generalmente, pues si se toma en cuenta este criterio esencial, en cualquier departamento podría instalarse un sistema de Auditoría Médica.

ca bien llevadero.

Pero no solo el criterio esencial es fundamental para Auditoría Médica, sino a su vez se necesita de un grupo o comité para el efecto. Para formar un comité de esta categoría es preferible que sus integrantes (principalmente Médicos), sean voluntarios, pues estos no buscarían beneficio con la Auditoría Médica, ya que si estos son nombrados podría caerse en un auditaje viciado o interesado.

Además, para una práctica profesional hospitalaria - adecuada no solo es recomendable este comité, sino también otro tipo de grupos, que son llamados grupo consultivo del hospital, siendo éstos:

- 1.- El de Eficiencia y Admisión
- 2.- El de Archivo Clínico o Documentación Clínica
- 3.- El de Farmacia
- 4.- El de Histopatología o de Tejidos.

Los miembros que integren estos comités, pueden ser:

- 1.- Permanentes: pudiendo ser éstos, independientemente del jefe de los servicios médicos o jefe del cuerpo médico.
- 2.- Temporales: los cuales pueden ser nombrados de la siguiente forma: a) por elección directa de la asamblea general, de todos los integrantes del cuerpo médico externo, 2) nombrados parcialmente por la asamblea general por una parte, y por las autoridades de la institución y 3) la asamblea general propone un número mayor de candidatos que el total de los puestos del comi-

té y las autoridades del hospital seleccionan, de entre ellos los que consideren idóneos.

Es recomendable efectuar Auditoría Médica en la siguiente forma:

- 1.- Revisión de un Servicio: Semanal o Mensualmente, de acuerdo a la cantidad de historias o según movimiento.
- 2.- Revisión de un Departamento: Cada cuatro revisiones de un servicio.
- 3.- Revisión Regional: Cada mes, seis meses o al año.

Usada la Auditoría Médica en una buena forma puede permitir a los doctores la eficiencia de sus métodos, identificar donde es necesario recursos extras y donde se están desaprovechando recursos, da recomendaciones apropiadas con la fuerza de información estadística exacta y usable - que refuerce sus consejos.

Para poder lograr Auditoría Médica, la creación de planes piloto cuyo resultados serían reportados al año o dos de su inicio crearían beneficio pues al ser vistos por los Médicos y lo eficaz que es, sería adoptado por sí mismos.

FORMULACION DE HIPOTESIS

- 1.- Auditoría Médica corrige los errores cometidos en la práctica médica.
- 2.- Se mejora la atención a los pacientes.
- 3.- Mejora historia clínicas, las cuales en su mayoría de veces son deficientes y no prácticas, debido a la cantidad de papel utilizado.
- 4.- Historias tomadas al paciente son demasiado escuetas, no dándole importancia a incisos importantes tales como: Datos Generales, Interrogatorio, Evolución y Resumen de Egreso.
- 5.- Detecta tiempo de estancia de paciente, ya que una mayor estancia crea "días estancia" demasiado prolongados, que afectan el movimiento en las salas.

OBJETIVOS

GENERALES:

- 1.- Paciente que ingrese a los servicios sea manejado en buena forma, lo cual crearía una mejor atención para el mismo.
- 2.- Que sean interpretados los resultados de laboratorio, Rayos X, programas terapéuticos y que a su vez se tome en cuenta resumen de egreso y defunción.
- 3.- Que sirva como material de estudio y con ello se mejore la práctica médica.

ESPECIFICOS:

- 1.- Que talla y peso sean valorados, así como signos vitales, ingesta y excreta.
- 2.- Que datos generales del paciente sean tomados, pues éstos son demasiado escasos.
- 3.- Que ingreso de pacientes sea bien valorado.

MATERIAL Y METODOS

Fue tomada una muestra del 10% de total de egresos - que hubo en el Hospital General de Occidente, en los departamentos de Medicina, tanto de hombres como de mujeres en el año 1973. Para ello se utilizó un método retrospectivo.

MATERIAL:

- 1.- Recolección de datos estadísticos en el departamento respectivo.
- 2.- Revisión de Historias Clínicas proporcionadas por el archivo.
- 3.- Tabla guía para la evaluación correspondiente, según tesis del Dr. Luis Alberto Caballeros Coronado.

RECOLECCION DE DATOS Y TABULACION DE LOS MISMOS

Se consultó el archivo del Hospital General de Occidente, tomándose una muestra del total de egresos habidos en los departamentos de Medicina el cual fue de 1018 pacientes. De ellos se tomó una muestra del 10% (100 papeletas), que corresponden respectivamente a 1000 egresos.

Para la tabulación de los mismos se procedió a darles una valoración a cada uno de los incisos presentes en la tabla guía, los cuales son: Datos Generales, Interrogatorio, Examen Físico, Evolución, Auxiliares Diagnósticos, Terapéutica Médica, Hospitalización y Presentación de Historias Clínicas, Notas de Defunción y Alta, y si, éstas habían sido No Necesarias, Omitidas, Tardías, Insuficientes, Excesivas, No valoradas o Inadecuadas. Dándole a cada una de las anteriores la valoración de 0 a 2 puntos, según fuera anotado o no se encontrara presente en la papeleta, luego sumó la calificación dada de las papeletas de la muestra (100 papeletas), se multiplicó por 100 y se dividió entre el número de papeletas.

PRESENTACION Y COMENTARIO DE LOS DATOS OBTENIDOS

A) DIAGNOSTICO MAS FRECUENTE DE EGRESO

A continuación se presentan los principales diagnósticos, poniéndose según orden de frecuencia.

- 1.- Enterocolitis
- 2.- Tuberculosis Pulmonar
- 3.- Hepatitis Viral
- 4.- Desnutrición
- 5.- Neumonía
- 6.- Parasitismo Intestinal
- 7.- Anemia por Deficiencia de Hierro
- 8.- Cirrosis Hepática
- 9.- Leucemia Mieloide Aguda
- 10.- Estenosis Mitral
- 11.- Arterioesclerosis
- 12.- Fiebre Tifoidea
- 13.- Etilismo Crónico
- 14.- Accidente Cerebro Vascular
- 15.- Úlcera Péptica
- 16.- Colecistitis Crónica Calculosa
- 17.- Derrame Pleural
- 18.- Tuberculosis Intestinal
- 19.- Embolia Cerebral
- 20.- Tétanos
- 21.- Ansiedad

- 22.- Mordedura de Serpiente
- 23.- Epilepsia Psicomotora
- 24.- Glaucoma
- 25.- Bronquitis Asmatiforme
- 26.- Orquitis
- 27.- Cirrosis Portal
- 28.- Hepatitis Sub-aguda
- 29.- Pterigión
- 30.- Carcinoma de Células Basales
- 31.- Epistaxis
- 32.- Gastritis
- 33.- Disquinesia Biliar
- 34.- Insuficiencia Cardíaca
- 35.- Esclerosis en Placas
- 36.- Portador Sano de Salmonella
- 37.- Enfermedad Pulmonar Crónica
- 38.- Hipertiroidismo
- 39.- Piodermitis
- 40.- Amenorrea
- 41.- Distonía Neuro-Vegetativa
- 42.- Hematemesis
- 43.- Bursitis
- 44.- Polineuritis
- 45.- Hipotiroidismo
- 46.- Artritis Aguda
- 47.- Artritis Reumatoidea
- 48.- Adenocarcinoma del Colon Estado B
- 49.- Insuficiencia Renal
- 50.- Hipertensión Arterial
- 51.- Fibrosis Pulmonar
- 52.- Shigelosis
- 53.- Carcinoma de Vesícula
- 54.- Reflejo Vago Vagal

- 55.- Carcinoma de Cérnix
- 56.- Neurosis de Conversión
- 57.- Comunicación Interauricular
- 58.- Epilepsia (gran mal)
- 59.- Psoriasis.

Como se puede apreciar en los departamentos de medicina tanto de hombres como de mujeres, se atienden una gran variedad de enfermedades, De la 11ava. en adelante - por lo general tuvieron una frecuencia de 1, en el presente estudio, ya que las primeras 10 fueron las más frecuentes - pudiéndose apreciar en la tabla No. 1.

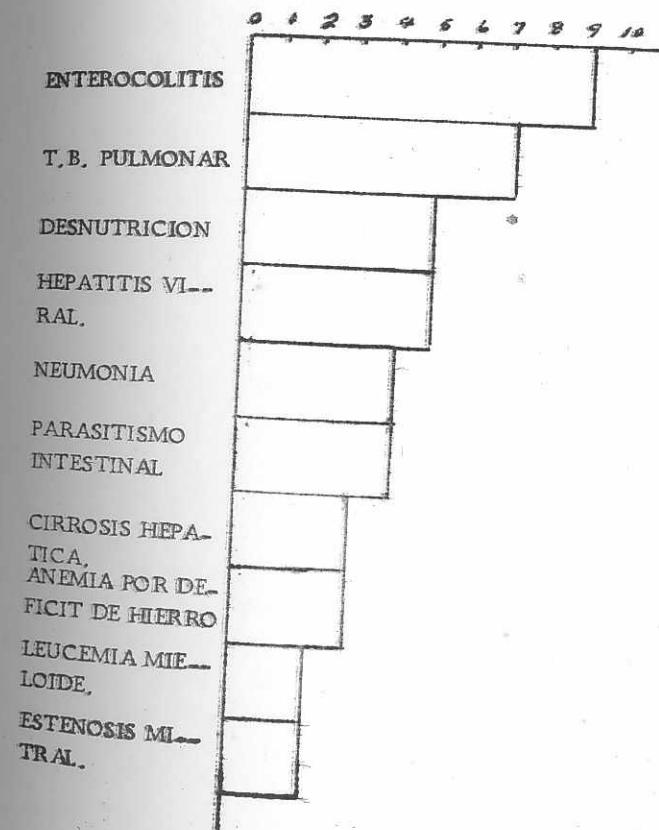
TABLA No. 1

DIEZ PRINCIPALES DIAGNOSTICOS EN MEDICINA

1.- Enterocolitis	9
2.- Tuberculosis Pulmonar	7
3.- Desnutrición	5
4.- Hepatitis Viral	5
5.- Neumonía	4
6.- Parasitismo Intestinal	4
7.- Cirrosis Hepática	3
8.- Anemia por Déficit de Hierro	3
9.- Leucemia Mieloide Aguda	2
10.- Estenosis Mitral	2

Ver Gráfica No. 1.

En la tabla No. 1, se aprecia que la enfermedad que más alta frecuencia de incidencia dio, fue la Enterocolitis,



GRAFICA No. 1.

seguida de la Tuberculosis y Desnutrición lo cual nos demuestra que siguen siendo unas de las principales enfermedades en los países en los cuales las condiciones higiénicas, son precarias y el nivel cultural bajo vienen predominando, tal como el nuestro, al igual que los demás. Excepcionalmente la Leucemia Mieloide Aguda y la Estenosis Mitral, que vienen siendo enfermedades de poca frecuencia.

Comparándolas con el estudio hecho en los departamentos de Medicina del Hospital General de la ciudad de Guatemala, donde las tres primeras fueron, en orden de frecuencia: Desnutrición, Diabetes Mellitus e Infección Urinaria, habiendo una marcada diferencia para los procedimientos en un país como el nuestro, cabría esperarse que en ambos estudios, hubiera una semejanza, pero solo la encontramos en la Desnutrición. Enfermedades gastrointestinales en el Hospital de Guatemala no ocupó un lugar principal, lo que podría ser debido a una condición higiénica mejor, aunque el tipo de pacientes según su condición económica que acuden en ayuda a ambos Hospitales es la misma. En cuanto a Tuberculosis en el Hospital de Occidente, en cuya región existe un Hospital específico para este tipo de enfermedad como lo es el Rodolfo Robles, aún siguen acudiendo y son tratados en dicho Hospital General.

B) EVALUACION DE HISTORIAS CLINICAS

a) DATOS GENERALES

1.- Edad	58%
2.- Nombre	74%
3.- Sexo	69%

4.- Raza	22%
5.- Alfabeta	19%
6.- Analfabeta	19%
7.- Religión	9%
8.- Lugar de Nacimiento	42%
9.- Ocupación	34%
10.- Procedencia	43%
11.- Otras Residencias	31%

b) INTERROGATORIO

12.- Antecedentes familiares	32%
13.- Antecedentes personales patológicos	46%
14.- Antecedentes personales no patológicos	43%
15.- Cronología del padecimiento actual	67%
16.- Aparatos y Sistemas	44%
17.- Terapéutica y exámenes previos	39%

c) EXAMEN FISICO

18.- Inspección general	79%
19.- Talla	3%
20.- Peso	12%
21.- Temperatura oral	51%
22.- Respiraciones	39%
23.- Tensión Arterial	52%
24.- Pulso Periférico	50%
25.- Cabeza	53%
26.- Pupilas, Balance Muscular y Fondo de ojo	48%
27.- Otorrinolaringología	46%
28.- Buco Dental	48%

29.- Cuello	48%
30.- Glándulas Mamarias	29%
31.- Tórax Posterior	80%
32.- Tórax Anterior	75%
33.- Genitales	23%
34.- Recto	9%
35.- Músculo Esquelético	56%
36.- Neurológico	36%

d) EVOLUCION CLINICA

37.- Consideraciones Pronósticas	68%
38.- Interpretación de Resultados de Laboratorio	40%
39.- Interpretación de Interconsultas	32%
40.- Interpretación del Programa Terapéutico	22%

e) RESUMEN DE EGRESO O DEFUNCION

41.- Diagnóstico	30%
42.- Resumen de defunción	0%
43.- Resumen de Tratamiento	41%
44.- Pronóstico	46%

Ver Figura No. 2

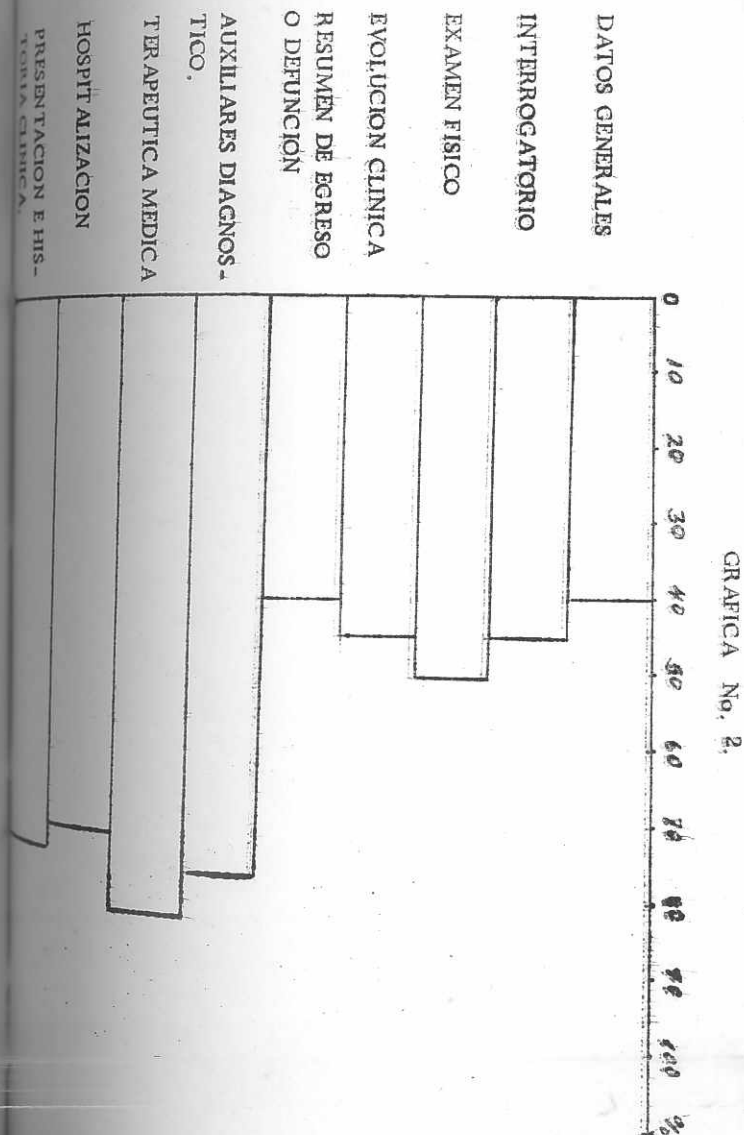
CUADRO No. 2

PORCENTAJES SEGUN GRUPO DE DATOS

<u>GRUPO DE DATOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Datos Generales	41.27%
Interrogatorio	46.83%
Examen Físico	52.31%
Evolución Clínica	47.50%
Resumen de Egreso o Defunción	42.75%
Auxiliares Diagnósticos	76.35%
Terapéutica Médica	85.00%
Hospitalización	72.25%
Presentación de Historia Clínica	76.62%

Ver Gráfica No. 2.

Como se aprecia en el cuadro No. 2, los datos generales son evaluados en un 41.27% del total de papeletas. El interrogatorio un 46.83% de las papeletas analizadas está evaluado, examen físico en un 52.31%, traduciendo esto en un inicio malo para el paciente, pues la deficiencia en cuanto a su evaluación de ingreso se traducirá a una impresión clínica dudosa. Notas de evolución fueron bien valoradas en un 47.50%, y notas de defunción y alta en un 42.75% lo cual confirma un mal manejo de los pacientes.



C) CUMPLIMIENTO DE ORDENES MEDICAS

LABORATORIO

Si	93%
No	4%
No necesarias	3%

RAYOS X

Si	58%
No	4%
No necesarias	38%

PATOLOGIA

Si	16%
No	1%
No necesarias	83%

ELECTROCARDIOGRAMA

Si	11%
No	0%
No necesarias	89%

INTERCONSULTAS

Si	21%
No	0%
No necesarias	79%

MEDICAMENTOS

Si	98%
No	1%
No necesarias	1%

De lo anterior podemos apreciar que: las órdenes de laboratorio fueron cumplidas en un 93% en contra de un incumplimiento del 4%, siendo las restantes no necesarias para hacer un 100%. Rayos X se cumple en un 58%, no en un 4%, el resto no son necesarias. Patología es un 16% si se cumplen, 1% no se cumple y un 83% no son necesarias, a pesar que es uno de los pocos exámenes que se solicitan, en su totalidad si son cumplidos. Electrocardiograma se cumple en un 11%, siendo no necesarias un 89%. Interconsultas se piden pocas pero se cumplen las que se solicitan, siendo un 21% que si se cumplen y el resto no son necesarias. Medicamentos si se cumplen en un 98%, el 1% no se cumple. Las causas de incumplimiento de órdenes de laboratorio, fue sin causa justificada algunas, y otras por no haber material. Los medicamentos por falta de material y el incumplimiento de patología no tiene causa justificada.

D) El tiempo transcurrido en el cual fue solicitado el examen o consulta y su recibo en el servicio, es como se demuestra a continuación:

LABORATORIO

1-3 días	93.27%
3-10 días	4.90%
más de 10	1.92%

RAYOS X

1-3 días	87.27%
3-10 días	12.72%
más de 10	0%

PATOLOGIA

1-3 días	0%
3-10 días	0%
más de 10	100%

ELECTROCARDIOGRAMAS

1-3 días	100%
3-10 días	0%
más de 10 días	0%

INTERCONSULTAS

1-3 días	98.79%
3-10 días	1.20%
más de 10	0%

Las órdenes de laboratorio en un 93.27% fueron de 1-3 días, cumpliéndose prontamente. El 4.90% de 3-10 días y el 1.92% más de 10 días, llama la atención que un porcentaje alto de exámenes de laboratorio sea tan tardío su cumplimiento ya que muchas veces se necesita su informe prontamente, esta tardanza posiblemente sea que se retienen en el laboratorio los resultados, o a que no se cuenta con una organización adecuada entre el personal. Rayos X se cumplen de 1-3 días en un 87.27% demostrándose con ello una

eficiencia en este servicio, sin embargo un 12.72% se obtiene su informe de 3-10 días, esto podría explicarse a que es el personal de cada uno de los servicios los encargados de su obtención. Patología en un 100% se cumplen más de 10 días, ya que no existe un departamento para el caso en el Hospital General de Occidente y dichos exámenes tienen que ser enviados a la ciudad de Guatemala. Electrocardiograma en su totalidad 100% se cumplen en 1-3 días, siendo prontamente. Interconsultas el 85% se cumple de 1-3 días 10% de 3-10 días y el 5% en más de 10 días, debido posiblemente a falta de comunicación entre los distintos facultativos o estudiantes de medicina encargados de los pacientes. Medicamentos se cumple en casi su totalidad de 1-3 días y el poco porcentaje que no, es debido a que a veces hay falta de medicamentos o no existen en el hospital.

E) CONDICIONES DE EGRESO DE LOS PACIENTES

Curados	7%
Mejorados	68%
No mejorados	19%
Muertos	6%
Autopsias	0%

Respecto a lo anterior el porcentaje de no mejorados se eleva debido a que familiares de los pacientes muchas veces piden el egreso del mismo según sea su condición. Autopsias aunque existe una Morgue en el Hospital muy raramente se efectúan, en el análisis presente no se encontró ninguna anotación al respecto.

F) RELACION ENTRE IMPRESION Y DIAGNOSTICO DE EGRESO

Del total de la muestra (100 papeletas), SI hubo relación en un 72% de las papeletas y NO lo hubo en un 28%.

G) DIAS ESTANCIA

Respecto a esto, la estancia fue de 20.66 días, siendo el promedio aceptado de 14 días; notándose un incremento de 6 días sobre el necesario, traduciéndose esto en un promedio de casi el 42.8% de estancia.

ANALISIS DE PAPELETAS CON CONDICIONES DE EGRESO DE DEFUNCIONES

Del total de la muestra 6 papeletas fueron defunciones, que viene a representar el 6% de ella. Cinco por ciento fue en medicina de hombres y uno por ciento en la de mujeres. A continuación su análisis:

DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES

- 1.- TB Pulmonar
- 2.- TB Intestinal
- 3.- Embolia Cerebral
- 4.- Desnutrición
- 5.- Derrame Pleural
- 6.- Insuficiencia Cardíaca

Se puede apreciar que es la tuberculosis la causa más

frecuente de defunción pues en dos casos se presentó ésta.

REVISION DE LAS HISTORIAS

Datos Generales	15.15%
Interrogatorio	18.05%
Examen Físico	16.22%
Evolución	52.08%
Defunción o Alta	6.25%
Auxiliares Diagnósticos	66.66%
Terapéutica Médica	72.22%
Hospitalización	87.50%
Presentación de Historia	54.16%

De lo anterior podemos darnos cuenta que únicamente los auxiliares diagnósticos, la terapéutica médica, y la hospitalización tienen más altos porcentajes. Las notas de evolución son llevadas en regular forma. Presentación de la historia es deficiente pues le corresponde un porcentaje medio. Lo que más llama la atención es que, se toma muy escasamente las notas de alta o defunción pues es a ella a quien le corresponde el porcentaje más bajo; y lo más fundamental que en este caso en particular debería tomarse mucho en cuenta. Datos generales, interrogatorio y examen físico son tomados en cuenta muy pobremente.

CUMPLIMIENTO DE ORDENES MEDICAS

Las órdenes de laboratorio y medicamentos fueron ambas cumplidas en un 100%. Rayos X fue cumplida en un 33.33%, no cumplidas en un 16.66% y no necesarias en un

50.0%. Patología fue cumplida en un 33.33% y no necesaria en un 83.33%. Interconsulta cumplida en 33.33% no necesaria en un 66.66%. Está demás decir que patología, un porcentaje elevado no fue necesario, cuando cabría esperarse un cumplimiento del 100% y en igual forma su ordenamiento, por tratarse de este caso en particular.

CAUSA DE INCUMPLIMIENTO DE ALGUNAS ORDENES

Sólo hubo en dos papeletas y la causa en ambas fue por falta de material.

RELACION ENTRE IMPRESION CLINICA Y DIAGNOSTICO DEFINITIVO

Esta estuvo así:

Si	33.33%
No	66.66%

Lo cual podría tomarse como una mala evaluación a su ingreso.

El promedio de días estancia fue de 20 días, parecido al promedio total de la muestra.

CONCLUSIONES

- 1.- Historial Clínico es tomado en forma deficiente al ingreso de los pacientes; pues datos generales, antecedentes y examen físico no son valorados adecuadamente. Traducción de esto en un mal inicio en cuanto a conducta a seguir en los pacientes.
- 2.- Lo anterior se traduce en una evolución y tratamiento fuera del padecimiento presentado por el paciente, que conlleva a un tiempo de estancia demasiado prolongado individualmente para cada paciente. Siendo un mal empleo de recursos del Hospital.
- 3.- Los exámenes de patología tardan en recibirse su informe, puesto que los mismos tienen que ser enviados a la Capital de Guatemala, previo paso por registros médicos, para luego pasar a transporte y certificación recibo en Guatemala para luego de efectuarse el examen respectivo, envío de vuelta el informe; recibándose dicho resultado en más de 10 días después de su solicitud.
- 4.- Resúmenes de Defunción y Egreso, en su mayoría no son anotados teniendo ambos un 42.75% en su totalidad. Individualmente el resumen de defunción, es valorado en un 0% siendo dicha cifra alarmante.
- 5.- Presentación de Historia Clínica, tiene un 76.62%

siendo elevado pero es debido a que la forma y clave del médico modifica esta cifra, pues la misma es de 95 %, la realidad es que ésta es una forma deficiente, pues al revisar los Historiales Clínicos se encuentran los mismos en forma desordenada, así como también las distintas hojas, su legibilidad, y siendo que a veces es una cantidad enorme de hojas, se traduce en un historial demasiado deficiente y que por lo mismo crea extravío de hojas. Llevando todo esto a un ineficiente Historial Clínico.

- 6.- Relación entre Impresión y Diagnóstico de Egreso hubo relación en un 72% siendo esto bastante aceptable.
- 7.- Hay aceptación de los incisos valorados en la revisión de los Historiales Clínicos de los siguientes: Auxiliares Diagnóstico, Terapéutica Médica, Hospitalización y Presentación de Historia Clínica.
- 8.- El cumplimiento de Ordenes Médicas es satisfactorio, pues las pocas que no se cumplen es debido a falta de Material o Equipo.

RECOMENDACIONES

- 1.- Creación de un Comité de Auditoría Médica en el Hospital General de Occidente, que periódicamente revise Atención de pacientes por medio del Análisis de Historias Clínicas.
- 2.- Extensión del Auditar a otros servicios dentro de la Organización del mismo Hospital.
- 3.- Efectuar en cada paciente el respectivo Resumen de Egreso y Defunción (cuando éste sea necesario), pues si éste es de Egreso, bastará con ello para su ulterior seguimiento en la consulta externa o como un antecedente, si es de defunción para su posible estudio posterior.
- 4.- Creación de un Historial Clínico más adecuado y mejor manejable, con ello se ahorraría material impreso.
- 5.- Organizar funcionamiento de Registros Médicos, pues ellos también juegan un papel importante en el paciente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- A. Lembcke, Paul.
Evolution of the American Audit
Journal of the American Medical Association; Feb. 1967
Traducción O. P. S.
- 2.- Barquin, Manuel.
Organización de la Atención Médica
Editorial Iberoamericana, 1972. Tercera Edición
- 3.- Caballeros Coronado, Luis Alberto.
Auditoría Médica en el Departamento de Medicina del Hospital General San Juan de Dios. 1973
Tesis de Graduación Profesional de Médico y Cirujano.
- 4.- Capstick, Ian.
Need for Pilot Studies in General Practice
British Medical Journal; 16-Feb-74
- 5.- Dudley, Hugh.
Necessity for Surgical Audit
British Medical Journal; 16-Feb-74
- 6.- Guía para la Organización de un Departamento de Registros Hospitalarios
Publicación Científica No. 110, O.P.S. y O.M.S.
Dic. 1964.

7.- Hammond, Keith.
Mejoramiento de las Historias Clínicas de los Pacien-
tes
Clinical Pediatrics, Oct. 1970
Traducción O.P.S.

8.- N. Slee, Vergil.
The Medical Audit
Hospital Progress. Vol 46 No. 1, Enero 1965

9.- Sanazaro, P. J.
Medical Audit (Experience in the USA)
British Medical Journal, 16-Feb-74.

10.- Thould, A. K.
Necessary, But Rigidity Greatest Danger
British Medical Journal, 16-Feb-74.

BR. ALFREDO ELADIO CAMPOSECO ALVAREZ

DR. HECTOR AUGUSTO MORAN ORELLANA
Asesor.

DR. ELMAR DANILO GONZALEZ O.
Revisor.

DR. JULIO DE LEON MENDEZ
Director de Fase III.

DR. MARIANO GUERRERO ROJAS
Secretario General.

Vo. Bo.

DR. CARLOS ARMANDO SOTO G.
Decano. -