

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**“AUDITORIA MEDICA EN EL DEPARTAMENTO  
DE CIRUGIA DEL HOSPITAL GENERAL  
SAN JUAN DE DIOS, AÑO DE 1974”**

**CARLOS ENRIQUE SALAZAR PAREDES**

Guatemala, Mayo de 1975.

## PLAN DE TRABAJO

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. FORMULACION DE LA HIPOTESIS
- IV. MATERIAL Y METODOS
- V. HISTORIA Y DESCRIPCION DEL MEDIO DE TRABAJO
- VI. QUE ES AUDITORIA MEDICA
- VII. ANTECEDENTES
- VIII. PRESENTACION Y DISCUSION
- IX. CONCLUSIONES
- X. RECOMENDACIONES
- XI. BIBLIOGRAFIA

## I. INTRODUCCION

Es sabido que el mundo es un ente cambiante, por lo tanto, todo lo que nos rodea se encuentra sufriendo éste fenómeno, también cada uno de nosotros diariamente lo sufrimos, muy evidente en nuestra niñez, en menor escala a la mitad de la vida y se evidencia nuevamente al final de la misma. Es así como tenemos tantas cosas que cambian, siendo éste cambio una consecuencia natural de la evolución y perfeccionamiento que los sistemas, en general, sufren con el tiempo. Recordamos, y para ser más específicos, a varios científicos de la antigüedad que luego de haber hecho un importante descubrimiento recibían como "premio", en algunos casos, la horca, en otros la guillotina y en la edad media cuando a pesar de que el mundo se encontraba en un caos general y en un período de estancamiento surgieron muchos valientes científicos de la medicina que a pesar de encontrarse impulsando la verdad fueron perseguidos o muertos por ella. En la actualidad ya no tenemos que enfrentarnos con éste problema, pero existen otros de carácter ideológico a los que debemos enfrentarnos al momento de tratar de introducir un nuevo sistema que producirá cambios en alguna estructura. El tradicionalismo y el sentimiento conservador de muchas personas es lo que nos toca superar para lograr evolucionar y no permanecer como a muchos les gusta: en su mismo estado de conservatismo. Además debemos despertar en los demás el afán de la investigación y por ende de la superación tanto individual como colectiva, para beneficio de la comunidad.

Es así como si hacemos un examen retrospectivo de el grado de evolución que la atención médica tiene en Guatemala, nos daremos cuenta que en los últimos años ha evolucionado relativamente poco y no digamos si hacemos una comparación con otros países, esto será más notorio. Se han introducido algunas mejoras y se han hecho algunos cambios pero falta algo más, algo más profundo que analice retrospectivamente los hechos para obtener conclusiones que tiendan al mejoramiento y superación de las deficiencias que por años han existido. Y como hacerlo?, la respuesta la obtendremos si tenemos algunos conocimientos de un sistema que en nuestro país en la actualidad es considerado como algo nuevo y de reciente introducción, cual

2

es? : es lo que en otros países más adelantados que el nuestro se conoce como "AUDITORIA MEDICA". Se trata este de un sistema de evaluación médica, y no de hacer crítica o fiscalización del trabajo del médico como se cree, sino de hacer una valoración, por un personal adecuado, de la calidad de la atención médica impartida a los enfermos a través del estudio de historias clínicas, entrevistas y análisis de los procedimientos empleados.

El desconocimiento del adecuado concepto, de los propósitos y objetivos que pretende éste sistema y de la inadecuada forma de presentación del mismo, considero que ha sido la causa de que en muchas oportunidades se le haya rechazado o no se le haya dado el interés que se merece. En relación a la presentación del mismo, algunas personas han querido "implantarlo" y esto considero implica obligatoriedad y no concientización para su aceptación. Es así como considero que si se dieran primero los conocimientos básicos en relación al mismo y se hiciera conciencia en el personal de salud de la necesidad que tenemos a diario de encontrar nuevos sistemas y/o superar los que tenemos para dar una mejor y adecuada atención a las personas que nos lo solicitan, creo llegará el momento en que se generalice por todos los hospitales de la república y cada uno de los departamentos que los componen.

El presente trabajo, como dijo con anterioridad el Dr. José Romulo Sánchez López: "no pretende dar la última palabra en relación a este sistema de evaluación médica, sino de aclarar hasta donde sea posible y de dar algunos conceptos y lineamientos de carácter muy general para que los lectores puedan, en un momento dado, estar concientes de su existencia, importancia, alcances y sobre todo que den su anuencia y buena colaboración en caso de ser aceptado el sistema.

Está por demás indicar que el mejor de los logros sería que voluntariamente el Cuerpo Médico, como lo ha sido en otras partes, hiciera uso de este procedimiento y pudiese mejorarlo en su práctica diaria". Además de lo anterior, creo poder hacer una adecuada presentación del sistema, pretendo hacer una aplicación del mismo en el Departamento de Cirugía de el Hospital General San Juan de Dios en relación a una muestra estadística del 50/o de los egresos dados durante el año de 1974. Y los resultados del

mismo van a estar dados por la colaboración que se ha prestado entre si todo el personal de salud que trabaja conjuntamente para dar una buena atención médica a nuestra población y contribuir a mantener el postulado de la OMS en relación a salud: "que no es solo la ausencia de enfermedad, sino también el bienestar: físico, mental y social del individuo".

## II. OBJETIVOS

### A: OBJETIVOS GENERALES

1. Presentar una muestra objetiva y representativamente estadística de la atención prestada a los pacientes egresados del Departamento de Cirugía del Hospital General San Juan de Dios, durante el año de 1974, a través de la utilización del sistema de Auditoría Médica.

2. , Determinar la existencia o no de deficiencias en el seguimiento y tratamiento dado a los pacientes y poder elevar con ello la calidad de la atención médica en general.

3. Conocer las características de la atención que se está ofreciendo a la población, que demanda servicios en el hospital para tratar con ello de mejorar la calidad de la misma.

4. Contribuir a la difusión de un adecuado concepto de los propósitos y objetivos que pretende este sistema y tratar con ello de generalizar su utilización por parte de los diferentes hospitales y sus departamentos.

5. Aportar nuevos datos, experiencias y conocimientos, tratando con ello de despertar inquietudes para futuras investigaciones.

### B: OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Valorar en general en cada una de las historias clínicas de la muestra: en cuanto a su contenido, tomando en cuenta los parámetros de evaluación no necesario, omitido, tardío, insuficiente, excesivo, no valorado, inadecuado; esto en cuanto a lo cualitativo, a lo cuantitativo se le dará tratamiento especial.

2. Determinar hasta que grado se encuentran bien tomados los datos generales.

3. Determinar si el interrogatorio hecho al paciente y/o familiares contribuye adecuadamente para orientar en el motivo de consulta.

4. Valorar si la historia tomada al ingreso es orientadora para el médico tratante.

5. Determinar si el examen físico de ingreso es adecuado o solamente orientado a la región enferma.

6. Relacionar el tratamiento de ingreso con la impresión clínica, para determinar si fué el más adecuado.

7. Determinar la calidad y cantidad de las evaluaciones hechas a cada uno de los pacientes revisando las evoluciones apuntadas para cada uno de ellos.

8. Determinar si la terapéutica fué únicamente quirúrgica o si se utilizaron otros procedimientos de orden médico.

9. Determinar la calidad, propiamente material, de cada una de las historias clínicas en relación a: orden, pulcritud, legibilidad y funcionalidad de cada uno de los elementos que la forman.

10. Justificar la indicación y duración de la hospitalización.

11. Determinar el estado de egreso del paciente y relacionarlo con la impresión clínica de ingreso.

12. Determinar si se hace un resumen adecuado al momento del egreso y/o defunción, según sea el caso.

13. Evaluar cuanto tiempo pasa el paciente, luego de haber sido ingresado, hasta que es evaluado nuevamente y determinar quien es la persona que evalúa más frecuentemente al mismo.

14. Determinar la atención que por parte del servicio social se presta a los problemas de cada uno de los pacientes.

15. Evaluar en general el cumplimiento de las órdenes médicas de laboratorio y determinar causas por las cuales no es posible el adecuado cumplimiento de algunas de ellas.

16. Determinar el tiempo transcurrido desde que se hace una orden médica de laboratorio hasta que se recibe el informe en el servicio que la ha solicitado.

17. Determinar la frecuencia y tipo de complicaciones que se han presentado.

18. Evaluar el manejo de la papelería que corresponde al personal de enfermería y la funcionalidad de ésta.

19. Determinar que si además del tratamiento efectuado se utilizan y hacen consultas con especialistas, determinando el tipo, causa y resultados.

20. Determinar la morbilidad más frecuente.

21. Dar sugerencias y posibles soluciones a los problemas detectados.

### III. FORMULACION DE LA HIPOTESIS

1. La Auditoría Médica es un medio que en general trata de mejorar los sistemas de servicio establecidos para los pacientes.
2. En la actualidad se considera que la atención médica que se dá a la población es lo óptimo, se conocen deficiencias en unos casos y excesos de utilización en otros, de los medios con que contamos, pero por falta de una adecuada evaluación retrospectiva no ha sido posible hacerlos notorios para solucionarlos.
3. El tipo de hoja utilizada para hacer la historia clínica en la actualidad, es insuficiente en espacio y rígida en su contenido.
4. El examen físico es deficiente ya que se enfoca, en la mayoría de los casos, únicamente la región enferma.
5. Que los pacientes en muchos de los casos son considerados como un procedimiento quirúrgico o una entidad patológica y no como persona.
6. La mayoría de los pacientes están el tiempo adecuado en el hospital.
7. Que no se hace una adecuada evolución clínica de los pacientes: porque no se toman en cuenta los resultados de laboratorio dandoles interpretación, no se hacen interconsultas, no se hace un análisis del pronóstico del paciente, no se tiene un resumen adecuado de egreso.
8. Que en relación a la papelería no se tiene una ordenación estandarizada de la colocación de la misma.
9. Que la falta de algunos exámenes de gabinete específicamente Rayos X, podrían ser la causa por la cual se aumenta la estancia de algunos pacientes en el hospital.
10. El personal de enfermería lleva un registro rutinario de la evolución diaria del paciente.

#### IV. MATERIAL Y METODOS

Para efectuar el presente estudio, se hizo primeramente la determinación total de egresos, dados por el Departamento de Cirugía del Hospital General San Juan de Dios, durante el año de 1974. Encontrándose un total de: 2,679 casos y de los cuales se tomó una muestra del 5o/o, lo que nos dió un total de 134 casos. Luego de lo cual se procedió a tomar una de cada 20 historias clínicas, según se iban encontrando en el informe estadístico de egresos del Hospital General San Juan de Dios. El primer problema que se presentó fué el hecho de que dentro del renglón de Cirugía se encuentran incluidas algunas de las historias clínicas de la sección de Especialidades, por lo que hubo necesidad de hacer una nueva revisión, luego de la cual fué posible encontrar en el Archivo Clínico del Hospital General San Juan de Dios un total de 124 Historias Clínicas o sea un porcentaje del 92.53o/o, no siendo posible encontrar 10 Historias Clínicas o sea un porcentaje del 7.47o/o. Los motivos fueron los siguientes: 7 de ellas por encontrarse extraviadas y 3 por error de la numeración del libro de egresos. Es decir que lo planificado fueron 134 Historias Clínicas y lo estudiado 124, que hacen un porcentaje del 92.53o/o. Según las normas estadísticas para que una muestra sea representativa debe darnos un porcentaje mínimo del 70o/o. Dentro de los casos estudiados tenemos 124 en total, de los cuales 119 son vivos y 5 muertos. Entre lo planificado se tenían 6 muertos pero una de las papeletas se extravió, las otras 9 que hacen el total de 10 no estudiadas son de egresados vivos. Además se hizo una revisión previa de todo el material que a la fecha disponemos en relación al tema y además se utilizó la tabla de estadística médica que a la fecha utiliza la facultad de Ciencias Médicas, a la cual se le hicieron algunos cambios y se agregaron aspectos más específicos y relacionados con la Cirugía.

El método empleado fué la tabulación de las historias clínicas estudiadas, tomando en cuenta los siguientes parámetros:

**Primera Parte:**

Datos Generales  
 Interrogatorio.  
 Historia Clínica.  
 Examen Físico de Ingreso.  
 Resumen de Ingreso.  
 Evoluciones Clínicas.  
 Auxiliares Diagnósticos.  
 Dieta.  
 Presentación de la Historia Clínica.  
 Hospitalización.  
 Resumen de Egreso o Defunción.

**Segunda Parte:**

- A. Tiempo de evolución a partir del ingreso del paciente hasta ser visto por los diferentes miembros del cuerpo médico.
- B. El paciente fué evaluado sábado y/o Domingo.
- C. Fué anotada la Impresión Clínica en la hoja de Diagnósticos y comentarios de medicos.
- D. Tiempo transcurrido desde que se dió la orden de ingreso hasta que ingresa el paciente al servicio.
- E. Fue evaluado el paciente por servicio social. Se ayudó a resolver algún problema familiar.
- F. Cumplimiento de órdenes médicas.
- G. Anotación de causas de incumplimiento de algunas órdenes médicas.
- H. Tiempo transcurrido desde la orden médica hasta el cumplimiento y/o ser recibido el informe en el servicio.
- I. Medicamentos empleados.
- J. Diagnósticos definitivos.
- K. Principales complicaciones en el servicio.
- L. Relación entre impresión clínica y diagnóstico definitivo.
- M. Condición del egreso.
- N. Egreso hospitalario.

- Ñ. Notas de enfermería.
- O. Control de medicamentos.
- P. Control de ingestas y excretas.
- Q. Procedimiento Quirúrgico.
- R. Exámenes efectuados.
- S. Reingreso.
- T. Record Operatorio.

Para evaluar cada uno de los parámetros anteriores y recolectar los datos se han tomado en cuenta ciertas normas, en relación a cada uno de ellos; determinando si los mismos eran: no necesarios, omitidos, tardíos, insuficientes, excesivos, no valorados, inadecuados, dándole con ello a cada una de las preguntas formuladas, un puntaje de 2 puntos si se consideraba lo preguntado adecuado, de 1 punto si se consideraba en un aspecto intermedio o de 0 puntos si se consideraba inadecuada. Cada uno de los conceptos utilizados para obtener el puntaje se ampliarán en el apéndice que se encuentra al final, lo mismo que se encuentra el formulario llamado "Tabla de Auditoría Médica" en donde encontramos cada una de las preguntas que forman los parámetros presentados con anterioridad.

El puntaje de cada una de las preguntas es el promedio obtenido de la investigación y suma de las 124 Historias Clínicas estudiadas, esto es en relación a la parte uno. En la segunda parte los parámetros evaluados se analizarán estadísticamente cada uno por separado.

Dicha tabla, se encuentra hecha en base al sistema tradicional, utilizado a la fecha para el seguimiento de los pacientes, pero el "Sistema de aprendizaje y atención médica orientada por problemas." del Dr. Lawrence L. Weed, está siendo introducido para ser utilizado por todos los médicos del hospital, por lo tanto al generalizarse dicho sistema se tendrá que hacer otra tabla adaptada al mismo.

## V. HISTORIA Y DESCRIPCION DEL MEDIO DE TRABAJO

Para ubicar al lector debo indicar que el presente trabajo se efectuó en el Hospital General San Juan de Dios, que se encuentra, desde su fundación, ubicado entre la 1era Avenida y Avenida Elena y las calles 13 y 9a. "A" de la zona uno, en la ciudad capital de Guatemala.

En el mes de Octubre de 1778 abre sus puertas al público, el nuevo hospital, hecho con los fondos dejados para obras pías por el señor Juan Barreneche. En un principio el hospital fué atendido por los hermanos de San Juan de Dios quienes también lo administraban. El gobierno colonial concedió al hospital unas rentas bajas y posteriormente concedió el arbitrio de la panela. Sus primeros médicos fueron: El Dr. Mariano Rodríguez del Valle y el Dr. Toribio Carvajal. El Dr. José Felipe Flores fué el primer cirujano de este hospital, haciendo innovaciones en las técnicas y procedimientos para atender a los pacientes y destacó por sus inoculaciones cuando en 1780 la ciudad de Guatemala fué atacada por la peste de Viruela, con lo que se dice salvó muchas vidas. En 1795 se mejoraron algunas condiciones por tener mejores ingresos y fue fundado el Servicio de Practicantes Internos, quienes sustituyeron a los hermanos y tenían un sueldo de tres pesos al mes. Las primeras salas fueron bautizadas así: donde se atendían a los heridos Nuestra Señora de Guadalupe, Primera Medicina Sala de San Pedro, la destinada a los pobres Santo Domingo, la Primera Cirugía Sala de San Juan de Dios, la sala de Mujeres Sala de San Rafael que estaba dividida en Cirugía y Medicina. En 1801 se instaló la primera botica, siendo su encargado don Nicolás Javier Guasa. En 1809 se fundó el anfiteatro anatómico, solicitado por el Dr. Francisco Esparragoza, Cirujano y Catedrático. En 1847 fué introducida la anestesia con éter por el Dr. José Luna el 2 de Diciembre, para lo cual se presentaron voluntariamente dos estudiantes siendo ellos, Felipe Arana y José Cañas. En 1881 fué practicada la primera transfusión sanguínea por el Dr. José Monteros, el 26 de Agosto. En 1882 se introduce la antisepsia y asepsia por el Dr. Juan Ortega, quien realizó grandes innovaciones en el hospital y logró que le edificaran una sala de operaciones, lo más moderno y adecuado hasta entonces, logró que le compraran instrumental

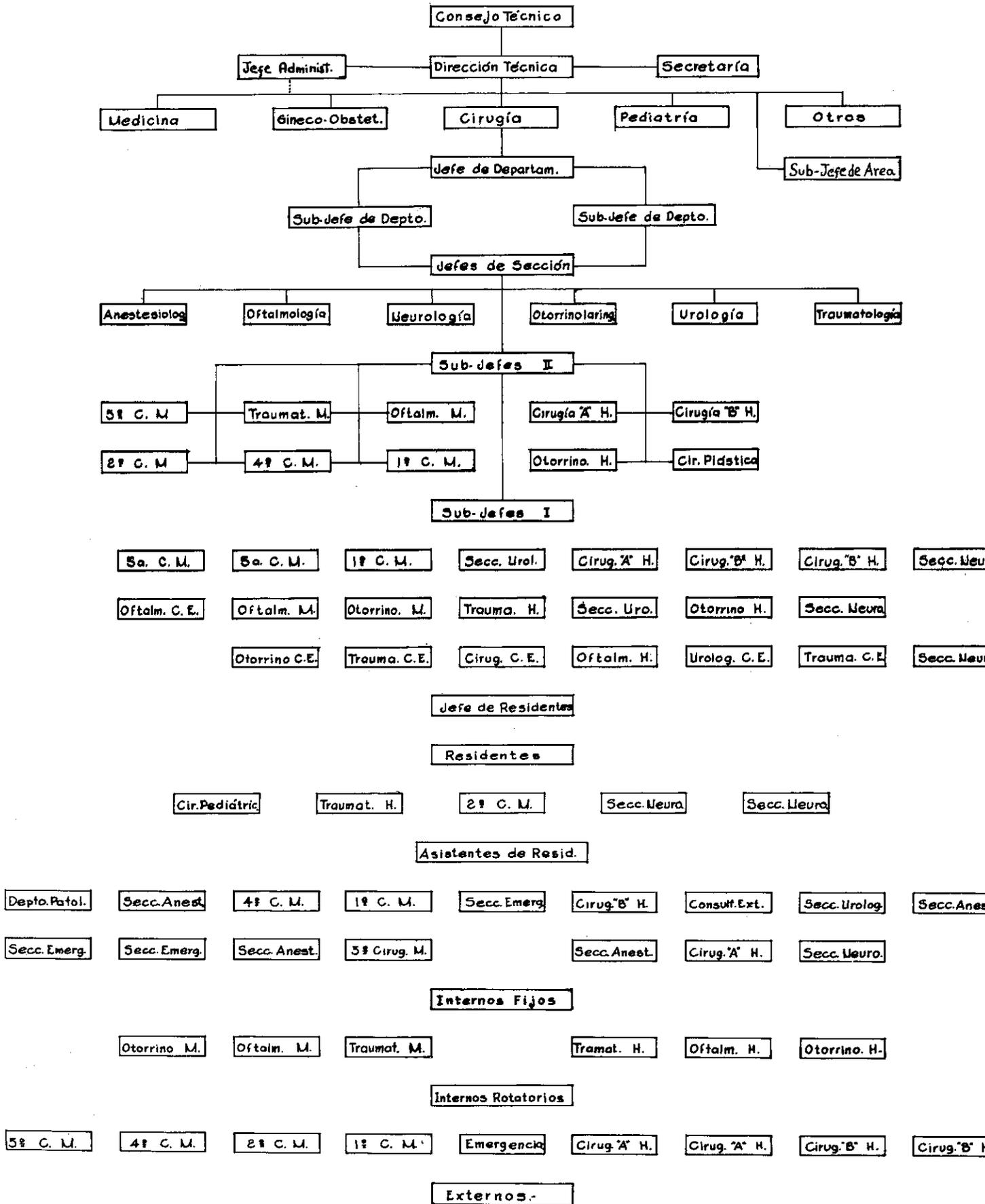
quirúrgico completo y con él dio a la Cirugía un paso gigantesco. En el año de 1886 el hospital había mejorado su construcción, siendo de dos pisos y contaba con casa de salud para hombres y mujeres pero fué destruida por el terremoto de 1917.

Es así como en la actualidad se encuentra funcionando en el mismo terreno que ocupa desde su fundación y está catalogado como Hospital Especializado, en la medida que reúne los requisitos aceptables de infraestructura, organización, servicios, administración y funciona además como Hospital Escuela, o mejor dicho Hospital Universitario. Se encuentra totalmente subvencionado por el estado. Cuenta con los siguientes departamentos: Medicina, Cirugía, Gineco-obstetricia, Pediatría. Contando cada uno de los Departamentos con sus respectivas especialidades, consulta externa y emergencia. Además cuenta con los correspondientes departamentos de administración y de apoyo.

En relación específicamente con el Departamento de Cirugía, ha sufrido en los últimos dos años algunos cambios sustanciales, debidos a modificaciones y ampliaciones que se están haciendo en otros departamentos, por lo que fué necesario en 1973 construir nuevos locales para los servicios de hombres y cerrar casi por completo la sala de operaciones, la cual funcionó unicamente para emergencia, fue así como a mediados de 1974 se inauguró y principió a funcionar la "Nueva Sala de Operaciones" y el local para los servicios de hombres. Este fué un factor preponderante para que durante ese período bajara el porcentaje de operaciones en el Hospital. En la actualidad se encuentra funcionando sin aparentes dificultades.

El siguiente organigrama del Departamento de Cirugía explica su estructura administrativa.

# ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS - GUATEMALA



## VI. QUE ES AUDITORIA MEDICA

### Conceptos Preliminares:

#### Definición del vocablo calidad:

##### 1. Definición de B.C. Payne:

"Calidad es aquel nivel de excelencia producido y documentado en el proceso de diagnóstico y terapia, basado en el mejor conocimiento derivado de las ciencias y las humanidades, y que resulta en la menor morbilidad y mortalidad en la población".

##### 2. Definición de C.B. Esselstyn:

"Los estándares de calidad del cuidado médico deben basarse en el grado en que éste esté disponible, integrado, continuo y documentado, a la vez que en la medida en que el más adecuado tratamiento esté basado en el más exacto diagnóstico y no simplemente basado en la sintomatología".

##### 3. Definición de Lee y Jones:

"Buen cuidado médico es aquella modalidad de medicina practicada y enseñada por los líderes reconocidos de la profesión médica en un tiempo dado o período de desarrollo social, cultural y profesional en una comunidad o grupo poblacional".

#### Las estadísticas de la atención médica:

Los datos estadísticos de las agencias o instituciones que ofrecen servicios médicos, son útiles a sus administradores principalmente en las fases de planificación y evaluación. Los datos pueden usarse para determinar compras, estimar el costo del tratamiento, describir el movimiento de pacientes en cuanto a admisiones, egresos, estancia, consultas, etc. Conocer y comprender la información estadística pasada y presente, contribuye a la formación del juicio administrativo y por lo tanto, a las decisiones futuras.

Las estadísticas de los hospitales, clínicas y sanatorios son de muchas clases ya que dichas instituciones abarcan muy diversos aspectos y actividades. Sin embargo, lo que generalmente comprenden las estadísticas de la atención médica son movimientos relativos únicamente a pacientes en los servicios de hospitalización, emergencias, consulta externa y atención domiciliaria. Dichas estadísticas sirven para describir sintéticamente el trabajo de un establecimiento de atención médica.

A continuación se tratará de definir, dar conceptos básicos y algunos lineamientos de carácter muy general, para que el lector pueda en un momento dado, estar conciente de su existencia, importancia, alcances y utilidades.

### 1. Concepto:

Auditoría Médica: "Es la evaluación retrospectiva de la calidad (contenido) de la atención médica a través del análisis de las historias clínicas (registros médicos)".

Se puede decir más ampliamente que es: "La valoración hecha por los médicos de una institución de salud de la calidad de la atención médica impartida a los enfermos, a través del estudio de las historias clínicas, entrevistas hechas a los pacientes, al personal de salud y otras personas relacionadas con dicha actividad, o el análisis de una muestra estadística y representativa de las historias clínicas y otros, cuando el número es muy elevado.

Hay que dejar claro desde ya que el sistema lo que pretende es hacer una revisión de lo actuado, revisar retrospectivamente el trabajo efectuado en las actividades de salud, por los propios médicos y sin el afán de criticar, sino todo lo contrario, evaluar si el seguimiento de un paciente está bien o mal, si un sistema u otro de la atención médica funciona, si ciertos procedimientos son útiles, etc., para hacer las modificaciones que sean necesarias o continuar en la misma forma, para que las personas atendidas (pacientes) se beneficien.

Hay algunos obstáculos con los cuales ha tenido que enfrentarse la aceptación de éste sistema y la obtención de los mejores resultados: En primer lugar podemos mencionar —El error humano—, por lo que la atención médica no puede ser evaluada con precisión matemática. En segundo lugar, —La existencia de grandes lagunas en el conocimiento total del sistema—, lo que hace aparecer teorías en conflicto y diferencias honestas de opiniones. La medicina tiene mucho de arte y de ciencia inexacta, todavía. Por ello los médicos titubean antes de evaluar el trabajo de otros colegas. Es además, la falta de conocimiento lo que ha hecho que se crea y relacione el sistema con otros, que tienen propósitos muy diferentes, es el caso de pensar que se trata de fiscalizar y sancionar. Hay quienes piensan que se trata de algo similar a una Auditoría de Banco, Auditoría de Guerra, etc., pero veremos más adelante que es totalmente lo contrario. En tercer lugar tenemos: —La resistencia natural que se hace cuando se está tratando de cambiar los antiguos y tradicionales sistemas, por lo que se necesita ser un médico con espíritu y mentalidad científica. Resumiendo, podemos decir que el principal obstáculo es: la resistencia de la profesión médica a la interferencia individual, basada en la idea de que es un sistema para la detección de práctica deficiente, para pillar deshonestos, amenazar de inspección y crítica.

Para completar lo anterior se hace necesario agregar otros aspectos muy importantes, por lo que se presentan a continuación: Qué es posible evaluar?, los propósitos y requisitos, propuestos por el Estadístico guatemalteco Dr. José Romulo Sánchez López.

"Qué es posible evaluar: Evaluar es valorar y en el campo de la salud hay muchas formas de hacerlo, a continuación mencionaré algunos aspectos, sin entrar en detalles sobre cada uno de ellos, ya que serían objeto de un capítulo aparte:

1. Evaluación de la opinión que la población tiene de los servicios de salud; Que incluye al personal, equipo y organización.
2. Evaluar el contenido: En esta forma se pretende conocer, si los aspectos técnicos y científicos se están ejerciendo adecuadamente, mediante normas acordes a los adelantos y a las necesidades de la población.

3. Evaluación del proceso: Si una vez establecido el contenido, se lleva a cabo en una secuencia lógica en el enfoque de medicina integral.
4. Evaluación de la estructura: Es decir, si se tienen los medios necesarios; en personal, equipo e infraestructura y que mediante un manejo adecuado (administración) sean bien utilizados.
5. Evaluación de los resultados: Este tópico es quizá el más conocido, toda vez que las estadísticas son de uso más frecuente, por ejemplo, nos enteramos de el número de nacimientos, de el número de fallecimientos en el país, o bien de el número de cesáreas, operaciones, ingresos y egresos hospitalarios en una unidad; y si estamos más interesados aún llegamos a utilizar los términos como: Tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad materna, esperanza de vida, etc., es decir, en cierto modo, conocemos los resultados de la atención del sector salud. Es importante dejar constancia que cuando se valoran los resultados, malos o buenos, no necesariamente son debidos unicamente a la atención de la salud, puesto que tienen que considerarse otros factores influyentes en las condiciones socio-económicas que determinan el nivel de vida, entre otros, vivienda, alimentación, etc.
6. Evaluación del efecto: Esta valoración es más cualitativa o subjetiva, puesto que tendríamos que medir el grado de felicidad o bienestar de la comunidad, que a la postre es el bienestar colectivo el que deberían perseguir todos los programas nacionales de cualquier sector.

En todo caso, si podemos acercarnos a la verdad de cómo estamos actuando en el campo de la Medicina, sin perder de vista los otros sectores del desarrollo, es decir, deberíamos estudiar los seis aspectos mencionados.

En este momento, cabe presentar el ámbito de acción de la Auditoría Médica, a mi modo de entender es un medio para evaluar esencialmente el contenido, el proceso, la estructura y los resultados de la atención médica. En resumen: valorar la "calidad" que se refiere al "grado de concordancia entre los

principios y normas acordadas y la aplicación de los mismos". Lo más importante de todo es que, si ponemos atención a la concordancia entre los principios y su aplicación y los estudiamos detenidamente estamos ejerciendo una acción eminentemente educativa.

#### **ESBOZO DE ALGUNOS PROPOSITOS Y OBJETIVOS DE ESTE SISTEMA**

Creo que entre otros, los más importantes son:

1. Elevar la calidad de la atención médica.
2. Formar personal por medio de la autoevaluación y disciplina.
3. Estandarizar métodos de evaluación clínica, diagnósticos y tratamientos.
4. Conocer cómo se está llevando a cabo la práctica médica por ejemplo:
  - 4.1. Cuál fue el diagnóstico de el paciente, y si éste fue correcto.
  - 4.2. Cuál fue la Terapéutica instituída y si era la conveniente.
  - 4.3. Si el tratamiento no dió el resultado esperado, a qué se debió.
  - 4.4. A qué se deben las infecciones post-operatorias.
  - 4.5. Si los días de estancia de pacientes son prolongados o se precipitan los egresos.
  - 4.6. Evaluar si algún error o retardo en el tratamiento, está en otros miembros del equipo no médico.

Este punto es importante toda vez que, tomando en consideración el concepto de medicina integral y trabajo de equipo, la evaluación implicará a todo el personal que

labora en un Centro, por lo tanto, deberán conocer de los resultados los departamentos que intervienen en la atención de nuestros pacientes.

### **ALGUNOS REQUISITOS PARA LA CREACION Y LLEVADA A LA PRACTICA DE LA AUDITORIA MEDICA**

Son muchas las etapas que tendrían que llevarse a cabo, pero podemos citar algunas:

1. Existencia de un cuerpo médico motivado y adiestrado en las técnicas del proceso de auditoría.
2. Que haya un buen sistema de registros médicos, para obtener la documentación oportunamente.
3. La creación de Comités Permanentes de Auditoría, en este punto hay discusión sobre si debe estar integrado por médicos generales o médicos especialistas.

Individualmente debiera utilizarse el método, pero si la unidad es un centro hospitalario grande, lo ideal es hacer comités por departamento y aún por servicios o especialidades. De lo que si no debe dudarse es de su capacidad, interés e imparcialidad.

4. El comité creará las normas de Evaluaciones Clínicas, tratamientos, exámenes de laboratorio, etc. que crea más ajustadas a la realidad Nacional, a los adelantos de la ciencia médica, así como le dará la calificación cualitativa y cuantitativa requeridas. A propósito de normas o principios, a un inicio "Saldrán" a base de conocimientos y experiencias previas, de investigaciones, todo lo más sencillas posibles, concordando con el método científico obviamente; con el tiempo se adoptarán las más reales y posibles en nuestro medio.

Una vez formado el comité o los comités se pondrán de acuerdo en revisar (cada semana o mes):

1. La totalidad de los expedientes médicos o una muestra de los egresos.

2. Revisar solamente:
  - 2.1 Los fallecimientos ocurridos en determinado tiempo.
  - 2.2 Las complicaciones post-operatorias.
  - 2.3 Algunas enfermedades en especial, etc.
3. Para ello utilizarán una tabla confeccionada con hallazgos, normas y calificación en punteos.
4. Presentación de lo encontrado a las distintas Jefaturas de la Unidad, a grupos de médicos en revisiones clínicas y discusiones para lo que se crea conveniente decidir una vez encontrado el problema.

Por supuesto que existe en medicina mucho por descubrir o interpretar, hay opiniones diversas, pero en todo caso bien vale la pena hacer un esfuerzo porque los guatemaltecos tengan una mejor atención médica integral, para todos, y de la mejor calidad posible".

## VII. ANTECEDENTES

El sistema de Auditoría Médica, como vimos con anterioridad, es de aceptación voluntaria, por lo tanto su apareamiento fué motivado por la necesidad de mejorar la calidad de la atención médica, que en algún momento se vió que tenía algunas deficiencias. Por el carácter de el sistema en sí sus orígenes son recientes y hay que darles los méritos del mismo, como sucede con todos los avances científicos, a los países desarrollados, tanto capitalistas como socialistas, en los cuales el sistema tiene unos cuantos años, que no pasan de dos décadas, de estarse utilizando. Es así como lo que se ha evaluado ha ido con el paso de los años cada vez siendo más especializado, ya que en un principio se evaluaron instituciones de salud en su totalidad, luego se fué haciendo por departamentos, llegando hasta en la actualidad a hacerlo por enfermedades específicas llegando a determinarse la calidad de la atención médica en cada una de ellas, pero no llega sólo hasta aquí, ya que también se tienen como resultado del estudio de muchos casos conclusiones de la forma como debe seguirse un caso de una patología determinada, es decir que hacer a su ingreso, como seguirlo durante su estancia hospitalaria y cuando darle egreso. Ha llegado a tal grado que en los Estados Unidos motivó a los médicos también a autoevaluarse, ya que se dice que los conocimientos de la medicina tienen en la actualidad una vida media de 5 a 7 años, por lo que se dió voluntariamente y de origen espontáneo la Re-certificación, que es un examen anual con lo que el médico se actualiza. No debemos dejar atrás a nuestros países Latino-americanos, mencionaremos a México y a Chile que tienen un poco más de 10 años de conocer el sistema pero de utilizarlo un poco menos. México le ha dado mucha importancia y es así como desde Marzo de 1973, en el Instituto de Seguridad Social, se le utiliza sistemáticamente.

En nuestro país, lo que de Auditoría Médica se sabe es muy poco, se desconoce por el momento la opinión que el médico guatemalteco tiene con respecto al sistema, pero considero que por la falta de conocimientos del mismo sería desfavorable a la fecha. No hay publicaciones que se encuentren al alcance de todos los médicos, y digo de todos los médicos porque para principiar a introducirlo en nuestro medio hay que

hacer conciencia en cada uno de ellos de aceptar los cambios que la evolución del conocimiento humano y específicamente médico van dando para mejorar en general a la Medicina. Considero que sería útil desde ya motivar a las personas conocedoras del sistema a que lo comuniquen a sus colegas y poderlo generalizar algún día, no quiero decir con lo anterior que no se esté haciendo nada a la fecha, si se está haciendo y considero que con una mejor visión, con los estudiantes de Medicina de los últimos años.

En nuestro medio en el Hospital General San Juan de Dios específicamente en el Departamento de Pediatría se están haciendo los primeros intentos por establecer el sistema definitivamente. Hay una tesis sobre este tema "Auditoría Médica del Departamento de Medicina del Hospital General San Juan de Dios" por el Dr. Luis Caballeros Coronado. Hay también un trabajo efectuado en la Práctica de Electivo por la estudiante de Medicina Ivette Eugenia Lam Cifuentes, titulado "Auditoría Médica en la Cuna No. 1, del Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios. Agosto de 1974".

Además, la Facultad de Ciencias Médicas está principiando a utilizarlo con estudiantes de la Fase III, para evaluar la calidad de los Departamentos de Gineco-obstetricia y Pediatría de los Hospitales General y Roosevelt, el objetivo de éstos últimos es más que todo para el conocimiento y práctica del sistema, pero considero que también dará resultados que se han de tomar muy en cuenta para mejorar las condiciones de dichos Departamentos. Lo presentado con anterioridad es lo que he podido saber que se ha hecho en nuestro medio, se desconoce el conocimiento y utilización del sistema por alguna otra institución, aunque en el Instituto de Seguridad Social de nuestro país se están haciendo y comunicando a algunos elementos del cuerpo médico, los conceptos básicos y algunos lineamientos para utilizarlo.

Espero que dentro de muy pocos años se encuentre generalizado a todos los médicos de nuestro subdesarrollado país y contribuir con ello a mejorar las condiciones de la salud de los guatemaltecos que tanto la necesitan.

## VIII. PRESENTACION Y DISCUSION

### Información General.

A continuación se hará la presentación y discusión de los datos obtenidos. En primer lugar tenemos algunos datos que no fueron obtenidos con la "Tabla de Auditoría Médica", pero son importantes y por ello los consideramos en el inicio del presente estudio, se obtuvieron del formulario No. 182 tabulado por el Departamento de Estadística del Hospital General San Juan de Dios.

#### 1. EDAD:

Es de hacer notar que la edad es un factor muy importante en la Medicina, ya que de ella depende la aparición de mucha patología en el ser humano, lo mismo que la posibilidad de resolverla quirúrgicamente.

Cuadro No. 1

Distribución por edad. Muestra del 50/o, Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, 1974.

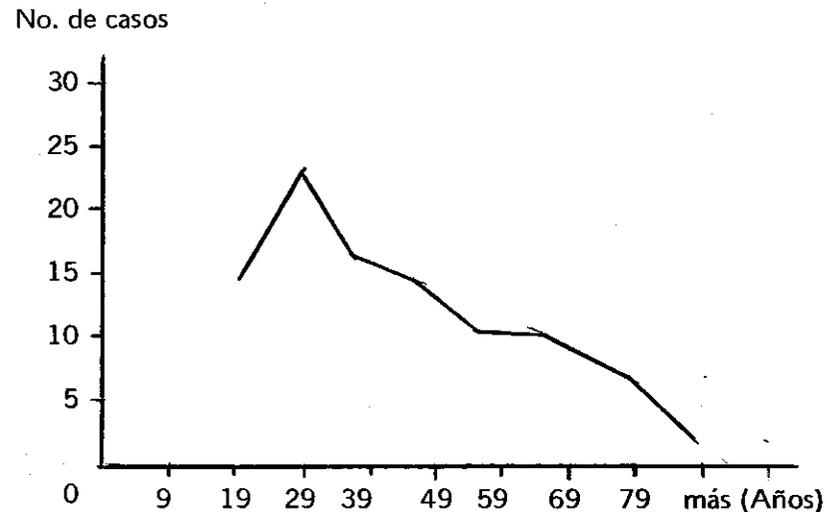
Edad	No. de casos	Porcentaje
Total	124	100.00
10 a 19 años	17	13.70
20 a 29 años	27	21.77
30 a 39 años	22	17.74
40 a 49 años	18	15.32
50 a 59 años	14	11.29
60 a 69 años	14	11.29
70 a 79 años	9	7.26
80 y más años	2	1.61

Fuente: Formulario 182 tabulado por el Departamento de Estadística del Hospital General San Juan de Dios, 1974.

La razón por la cual el cuadro anterior se inicia con la edad de 10 años se debe a que el Departamento de Cirugía únicamente recibe pacientes de 13 años en adelante, por ser de adultos y el paciente con menos edad encontrado fué de 13 años. El mayor de ellos de 83 años. Teniendo un promedio de 40 años. La gráfica siguiente nos presenta más claramente lo expuesto con anterioridad.

**Gráfica No. 1**

**Distribución por edad. Muestra del 50/o, Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, 1974.**



Es de hacer notar que hay pacientes de considerable edad en un regular porcentaje: un 31.45o/o que pasan de los 50 años y quienes, se puede decir, son factor de alto riesgo quirúrgico, pero en la mayoría de los casos responden bien al tratamiento, ya que se tienen evaluaciones adecuadas a la edad del paciente, previo someterlo a un procedimiento quirúrgico.

## 2. SEXO:

También es importante por el hecho de que la patología que tiene solución quirúrgica es diferente entre los sexos y su

aparición en los mismos, ya que hay diferencias anatómicas sustanciales, entre un sexo y el otro.

Como vemos en el cuadro siguiente, hay un cierto predominio por parte del sexo Femenino con un 53.22o/o en relación al Masculino que tiene un 46.78o/o. Esto está determinado, como ya se dijo, por la patología en sí, la forma como se manejan los servicios, los recursos, tanto humanos como materiales con que cuenta cada uno de los mismos, etc.

**Cuadro No. 2**

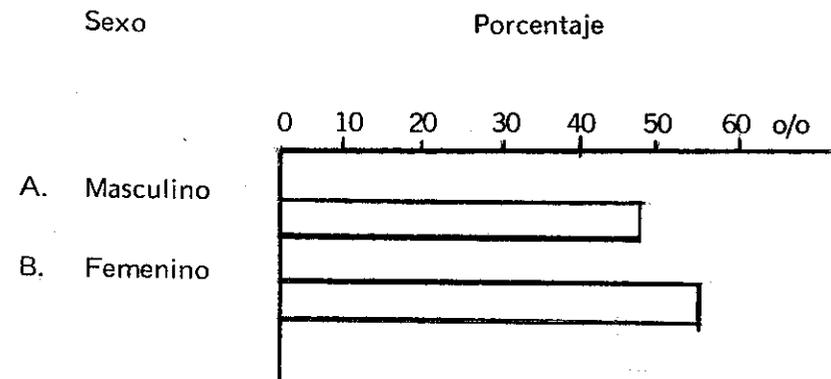
**Distribución por sexo. Muestra del 50/o, Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, 1974.**

Sexo	No. de casos	Porcentaje
Total	124	100.00
A. Masculino	58	46.78
B. Femenino	66	53.22

Fuente: Formulario 182 tabulado por el Departamento de Estadística del Hospital General San Juan de Dios, 1974.

**Gráfica No. 2**

**Distribución por sexo. Muestra del 50/o, Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, 1974.**



### 3. DIAS DE ESTANCIA:

Los días de estancia de un paciente indican en primer lugar que su estadía puede ser rápida o prolongada, lo cual va a ser ventajoso en el pronóstico del paciente en sí, además nos indica un factor favorable en el costo del tratamiento, ya que a más días de estancia mayor es el costo por paciente para el Hospital. Otro factor que se ve es el que como sabemos muchas de las operaciones son electivas y con una estancia prolongada de un paciente, se está privando a otros de la oportunidad de que sean atendidas sus necesidades, resolviéndoles su problema.

**Cuadro No. 3**

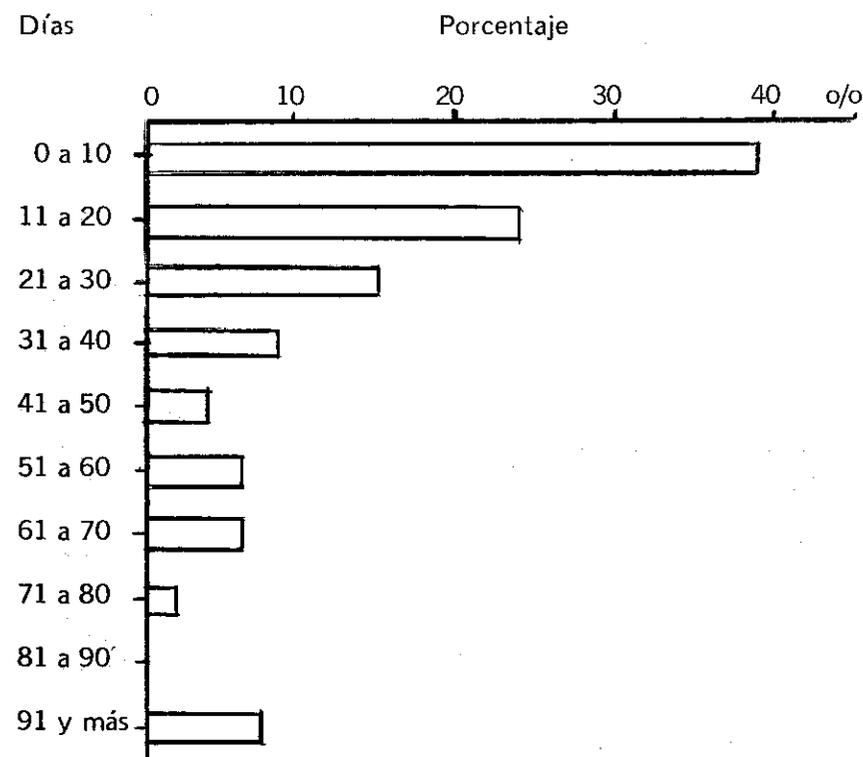
**Días de estancia. Muestra del 5o/o, Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, 1974.**

Días	No. de Casos	Porcentaje
Total	124	100.00
0 a 10 días	49	39.52
11 a 20 días	29	23.38
21 a 30 días	18	14.52
31 a 40 días	8	6.45
41 a 50 días	3	2.42
51 a 60 días	5	4.03
61 a 70 días	5	4.03
71 a 80 días	1	0.81
81 a 90 días	0	0.00
91 y más días	6	4.84

Fuente: Formulario 182 tabulado por el Departamento de Estadística del Hospital General San Juan de Dios, 1974.

**Gráfica No. 3**

**Días de estancia. Muestra del 5o/o, Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, 1974.**



En los datos presentados con anterioridad vemos que la mayoría de los pacientes los encontramos agrupados dentro de los que estuvieron la menor cantidad de días. Un 39.52o/o menos de 10 días y un 23.38o/o menos de 20 días lo que hace un total de 63.9o/o. Tenemos también que el paciente que estuvo menor tiempo fué 1 día y el que estuvo mayor tiempo fué 158 días, con lo cual nos da un promedio de 24 días por paciente hospitalizado, lo que es alto, porque lo aceptable en promedio para Cirugía según la O.M.S. es de 10 días. Si hacemos un análisis de los tres datos presentados, encontramos que la mayoría de los pacientes permanecen un período mayor que el adecuado, ya que la mayoría de los procedimientos efectuados, como se verá más

tarde son electivos y por lo tanto los pacientes ingresan ya con sus estudios hechos. Pero hay un factor que considero aclara lo anterior y es la restricción que se hizo durante el principio del año de 1974, por no haber sala de operaciones funcionando adecuadamente. Considero que en estudios posteriores se bajará el promedio de días de estancia por paciente. No debemos olvidar que también hay muchos casos de pacientes crónicos, que hacen que el promedio suba un poco más.

#### 4. LUGAR DE PROCEDENCIA:

##### Cuadro No. 4

Lugar de procedencia por departamentos. Muestra del 50/o, Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, 1974

Departamento	No. de casos	Porcentaje
Total	124	100.00
1. Guatemala	92	74.19
2. Suchitepéquez	4	3.22
3. Santa Rosa	4	3.22
4. Escuintla	4	3.22
5. Jalapa	3	2.42
6. Jutiapa	3	2.42
7. El Progreso	2	1.61
8. Chiquimula	2	1.61
9. San Marcos	2	1.61
10. Totonicapán	2	1.61
11. El Petén	1	0.81
12. Quezaltenango	1	0.81
13. Zacapa	1	0.81
14. Huehuetenango	1	0.81
15. Sacatepéquez	1	0.81
16. Honduras	1	0.81

Fuente: Formulario 182 tabulado por el Departamento de Estadística del Hospital General San Juan de Dios, 1974.

Cada uno de los hospitales nacionales de la capital tiene asignado el lugar de servicio de recepción de pacientes a un determinado grupo de departamentos de la república y corresponde al Hospital General San Juan de Dios los siguientes departamentos: 1.- Escuintla. 2.- Chiquimula. 3.- Suchitepéquez. 4.- Jalapa. 5.- El Progreso. 6.- San Marcos. 7.- Totonicapán. 8.- Huehuetenango. 9.- Alta Verapaz. 10.- Baja Verapaz. Ambos hospitales (General San Juan de Dios y Roosevelt) Nacionales de la capital deben recibir pacientes de los Hospitales Regionales de la República.

Analizando el cuadro anterior tenemos que la ciudad capital es el lugar de procedencia de la mayoría de los pacientes con un total del 74.19o/o y de otros departamentos el resto que hacen un 25.81o/o, pero encontramos que hay algunos pacientes a los cuales no les correspondía haber sido admitidos por pertenecer a los Departamentos que no le están asignados al Hospital General San Juan de Dios y entre ellos tenemos: Santa Rosa con 4 casos, El Petén con 1 caso, Sacatepéquez con 1 caso, que hacen un 4.84o/o. En la capital para la admisión de los pacientes en los Hospitales Nacionales es necesario que pertenezcan a determinadas zonas de la misma, pero no se investigó éste dato, ya que al ser un paciente de la capital, en el renglón del lugar de procedencia se pone: Guatemala o ciudad y debería ponerse la dirección del paciente, lo cual es un dato más importante y a pesar de ello se omite. También tenemos un caso procedente de Honduras, pero no hay restricciones en relación a la procedencia internacional, en ese caso se desconoce el motivo por el cual se ingresó a ese paciente teniendo procedencia del vecino país, ya que el procedimiento efectuado fué electivo, se justificaría el ingreso por la emergencia.

## 5. EGRESOS POR SERVICIOS:

Cuadro No. 5

Egresos por servicio. Muestra del 5o/o, Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, 1974.

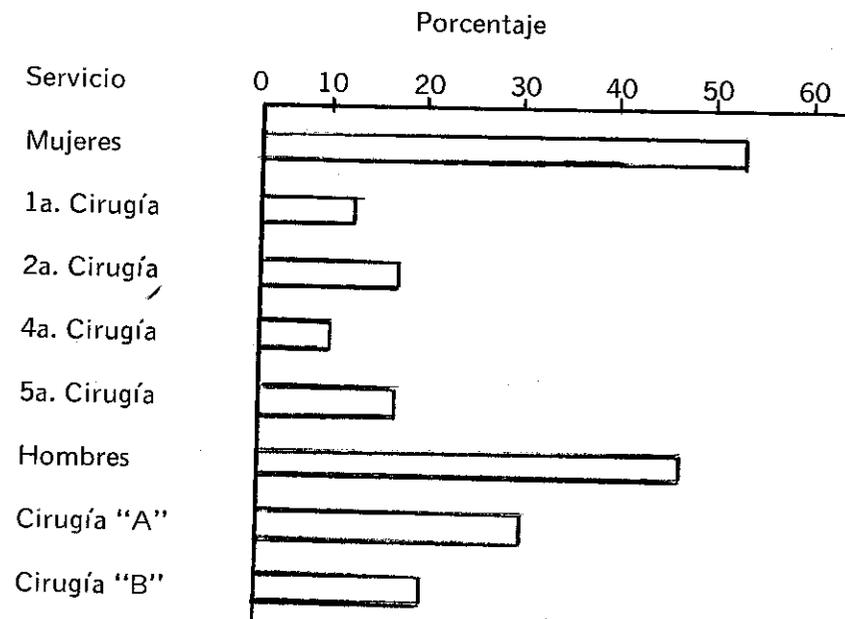
Servicio	No. de Casos	Porcentaje
Total	124	100.00
Mujeres	66	53.22
1a. Cirugía	13	10.48
2a. Cirugía	21	16.93
4a. Cirugía	12	9.68
5a. Cirugía	20	16.13
Hombres	58	46.78
Cirugía "A"	34	27.42
Cirugía "B"	24	19.35

Fuente: Formulario 182 tabulado por el Departamento de Estadística del Hospital General San Juan de Dios, 1974.

La cantidad de pacientes egresados por cada servicio es variable en relación a sexos ya que el número de salas es diferente, pero comparandolas por sección, se puede decir en mujeres que es similar en dos de ellas y un poco más baja en las otras a pesar de que la 5a. Cirugía tiene el menor número de camas, tiene el segundo porcentaje en egresos. En relación a las dos salas de hombres la "A" tiene una mayor cantidad de egresos, pero ésto se debe a que en ese servicio se encuentra una sección exclusivamente para los pacientes operados de emergencia y eso hace que tenga un mayor porcentaje de egresos.

Gráfica No. 4

Egresos por servicio. Muestra del 5o/o, departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, 1974.



## SECCION PRIMERA.

A continuación se presentan y discuten los resultados obtenidos en la primera sección de la "Tabla de Auditoría Médica" con sus respectivos porcentajes, indicándose que se procedió a calificar de 1 a 100 puntos y con la cual se puede valorar de una mejor forma el contenido de la atención médica en datos reales.

En primer lugar se hace un listado de las calificaciones de cada una de las preguntas, las que se hacen acompañar de su respectivo porcentaje. Luego tenemos una agrupación de los parámetros evaluados, sacada del promedio de cada una de las

preguntas; y por último discutir cada una de las preguntas por separado, quiero dejar aclarado desde ya que aquellas que no sean mencionadas es debido a que no se encontró anomalía alguna al hacer el estudio.

Es de aclarar que en cirugía por la modalidad de la atención médica por lo regular se le hacen sus estudios en la consulta externa a pacientes con diagnósticos que son obvios y al ingresarseles se les evalúa detenidamente por lo que ésta evaluación es la que se tomó en muchos de los casos para sacar la calificación, los que ingresaron por emergencia en todos se encontró historia clínica y de ella se tomaron los datos. Unicamente hubo dos historiales clínicos en los cuales no se encontró ni historia de ingreso ni evaluación clínica del paciente en el servicio, sino que unicamente evoluciones, ésto afectó algunos aspectos en la calificación.

He tratado de ser lo más imparcial posible y mi única intención es ayudar a mejorar la atención médica que se brinda en el Hospital General San Juan de Dios.

**Calificación y porcentajes de la primera parte, muestra del 50/o, diagnósticos de egreso del Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, 1974.**

	Califi- cación	Porcen- taje
<b>DATOS GENERALES:</b>		
1. Nombre	1.96	98.0
2. Edad	1.95	97.5
3. Sexo	1.95	97.5
4. Asistencia a la escuela	1.88	94.0
5. Lugar de nacimiento	1.93	96.5
6. Residencia habitual-procedencia	1.93	96.5

### INTERROGATORIO:

	Califi- cación	Porcen- taje
7. Antecedentes familiares	1.60	80.0
8. Antecedentes personales no patológicos	1.84	92.0
9. Antecedentes personales patológicos	1.95	97.5
10. Aparatos y sistemas	1.84	92.0
11. Terapéutica y exámenes previos	1.91	95.5

### HISTORIA

12. Cronología del padecimiento actual	1.95	97.5
13. Características de signos y síntomas	1.95	97.5
14. Motivos de consulta	1.96	98.0

### EXAMEN FISICO DE INGRESO:

15. Inspección general	1.15	57.5
16. Estado nutricional	0.58	29.0
17. Estatura y talla	0.79	39.5
18. Peso	0.85	42.5
19. Temperatura	1.26	63.0
20. Respiraciones	1.64	82.0
21. Tensión arterial	1.56	78.0
22. Pulso	1.75	87.5
23. Cabeza	1.20	60.0
24. Fondo de ojo	0.48	24.0
25. Otorrinolaringología	0.51	25.5
26. Buco dental	1.67	53.5
27. Cuello	1.10	55.0
28. Tórax	1.06	53.0
29. Area precordial	1.08	54.0
30. Glándulas mamarias	1.35	67.5
31. Abdomen	1.37	68.5
32. Genitales y/o ginecológico	1.10	55.0
33. Recto (tacto rectal)	1.34	67.0
34. Músculo esquelético	0.41	25.0
35. Neurológico	0.11	5.5

### RESUMEN DE INGRESO

36. Impresión clínica	1.95	97.5
37. Lista de problemas	0.26	13.0
38. Plan terapéutico de ingreso	1.86	95.0

	Califi- cación	Porcen- taje
<b>EVOLUCIONES CLINICAS:</b>		
39. Son puestas diariamente	1.87	93.5
40. Describe signos y síntomas del día	1.54	77.0
41. Razona los hechos	1.26	63.0
42. Firma y clave del médico	1.96	98.0
43. Consideraciones pronósticas	1.01	55.0
44. Interpreta resultados de laboratorio	0.94	47.0
45. Interpreta resultados de interconsultas	1.75	87.5
46. Interpreta plan terapéutico	0.87	46.5
47. Describe indicaciones al paciente	0.41	25.0

#### AUXILIARES DIAGNOSTICOS:

48. Indicación e informe de laboratorio	1.91	95.5
49. Indicación e informe de Rayos X	1.87	93.5
50. Indicación e informe de patología	1.91	95.5

#### TERAPEUTICA MEDICA:

51. Indicación	1.98	99.0
52. Posología	2.00	100.0
53. Vía de administración	1.99	99.5
54. Tiempo de omitido el medicamento	1.96	98.0

#### DIETA:

55. Tipo	2.00	100.0
56. Cumplimiento del horario	2.00	100.0

#### PRESENTACION DE LA HISTORIA CLINICA:

57. Ordenamiento de las formas impresas	1.49	74.5
58. Pulcritud	1.50	75.0
59. Legibilidad	1.59	79.5

#### HOSPITALIZACION:

60. Indicación	1.96	98.0
61. Duración	1.94	97.0

#### RESUMEN DE EGRESO O DEFUNCION:

	Califi- cación	Porcen- taje
62. Diagnóstico	1.92	96.0
63. Resumen de defunción	1.88	94.0
64. Resumen de tratamiento	0.50	25.0
65. Pronóstico	0.41	20.5
66. Indicaciones a la familia y/o paciente	0.32	16.0
67. Indicaciones al médico de consulta: externa	0.16	8.0
68. Resumen de evaluación en la hoja de salida	0.29	14.5

#### Cuadro No. 6

Calificación y porcentaje según grupos variables. Muestra del 50/o, Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, 1974.

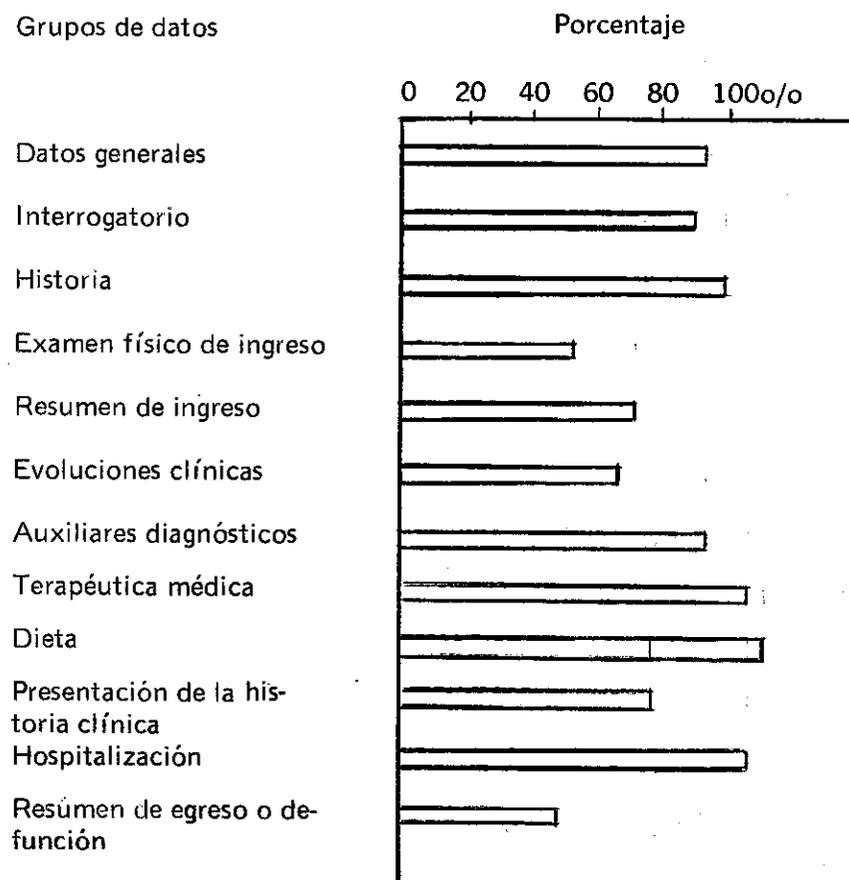
Grupo de Variables	Calificación	Porcentaje
Promedio total	1.62	81.0
A. Datos generales	1.93	96.5
B. Interrogatorio	1.82	91.0
C. Historia	1.95	97.5
D. Examen físico de ingreso	1.03	51.5
E. Resumen de ingreso	1.35	67.5
F. Evoluciones clínicas	1.29	64.5
G. Auxiliares diagnósticos	1.89	94.5
H. Terapéutica médica	1.97	98.5
I. Dieta	2.00	100.0
J. Presentación de la historia clínica	1.52	76.0
K. Hospitalización	1.95	97.5
L. Resumen de egreso o defun- ción	0.78	39.0

En primer lugar tenemos los Datos Generales con una calificación de 1.93 (96.5o/o), la cual, comparada con otros estudios lo esperado sería el 100o/o, pero a que se debe esto: fueron encontrados dos historiales clínicos sin historia clínica por

lo que se encuentra omitido el nombre en 2 casos, el resto se encontró que la mayoría no son puestos completos o un nombre y un apellido los segundos representados unicamente por sus iniciales, considero que sería adecuado que siempre se pusiera el nombre completo del paciente. La edad se encontró omitida en 3 casos, lo mismo que el sexo. La asistencia a la escuela omitida en 11 casos, lugar de nacimiento y residencia habitual en 4 casos.

**Gráfica No. 5**

**Calificación en porcentaje según grupos de variables. Muestra del 5o/o, Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, 1974.**



El interrogatorio lo encontramos con una calificación de 1.82 (91.0o/o). Y se debe a que: Antecedentes familiares, omitido en 22 casos, insuficiente en 3 y excesivo en 1. Antecedentes personales no patológicos: omitido en 7 casos, insuficiente en 2 y excesivo en 1. Antecedentes personales patológicos: omitido en 7, insuficiente en 2 y excesivo en 1. Aparatos y sistemas: omitido en 6, insuficiente en 2 y excesivo en 1. Terapéutica y exámenes previos: no necesario en 38, esto se debe a que en este grupo se encuentran aquellos pacientes ingresados por la emergencia ó por consulta externa con recomendación de alguna autoridad extra o intra-hospitalaria, lo anterior no quiere decir que ingresen pacientes por emergencia sin exámenes previos, sí ingresan la mayoría de los que van a sala de operaciones por lo menos con los básicamente necesarios, además se encuentran en el grupo pacientes en los cuales no se consideró necesario hacer exámenes (ni siquiera de rutina). Es de hacer notar que si aparecen algunas de las respuestas catalogadas como excesivas se debe a que en algunas de las historias clínicas revisadas se encontró un material de evaluación clínica que en un 75o/o investiga éstos aspectos y descuida los demás, a ello se debe lo anterior.

La historia tiene una calificación de 1.95 (97.5o/o) la cual se puede considerar buena, ya que si recordamos que ésta puede ser, si está bien tomada, la base hasta en un 70o/o para llegar al diagnóstico. Unicamente falta o sea que se encontraron omitidas sus preguntas en 2 casos, o sea las dos historias clínicas que nunca se hicieron.

El examen físico de ingreso se encuentra con una calificación de 1.03 (51.5o/o) lo cual nos demuestra que es deficiente en casi todos sus aspectos y por lo cual consideramos por separado cada uno de los datos investigados. La inspección general: se encuentra no valorada en 45 de los casos y de los que si se tomó en cuenta en 22 es insuficiente. El estado nutricional: factor muy importante en toda persona que va a ser sometida a un procedimiento quirúrgico, ya que se espera que sea el óptimo, pero en 73 de los casos no fué valorada, y de los valorados en 28 casos fué insuficiente. Estatura: Factor que puede dejar de valorarse en algunos casos según el estado de ingreso del paciente por lo que se consideró: no necesaria en 31 casos y no se valoró en 78. Peso: no necesario en 32 casos y no valorado en 67.

Temperatura: no valorada en 46 casos. Respiración: no valorada en 21 casos. Tensión arterial: esta parte del examen físico no debería ser pasado por alto en ningún momento pero encontramos que no fué valorada en 25 casos. Pulso: no valorado en 13 casos. Cabeza: no se valoró en 12 casos, pero del resto valorados 74 fue insuficiente. Fondo de ojo: es discutible si a todos los pacientes se les debe hacer fondo de ojo aunque no lo necesiten (en el Departamento de Cirugía), habiendo algunos pacientes en los que puede ser considerado como no necesario y se encontraron 31, en el resto 93 no fue valorado. Otorrinolaringológico: se repite lo del reglón anterior por lo que fue innecesario en 31 y no valorado en 90, se valoró en 3 pero insuficiente. Buco dental: no valorado en 15, en el resto fué valorado pero insuficiente en 87 de los casos. Cuello: no valorado en 12, el resto valorado y de los cuales 93 fueron insuficientes. Tórax: no valorado en 9, en el resto si valorado pero insuficiente en 80 de los casos. Area precordial: no valorada en 13 casos, el resto valorado pero insuficiente en 66 casos. Glándulas mamarias: no necesario en 58 casos (ya que no es indispensable que se examine en el sexo masculino, aunque hay patología de las mismas, además se consideró los casos femeninos entrados por emergencia) no valorada en 15, el resto que se valoró fue insuficiente en 40 casos. Genitales: a toda persona se le deben de examinar pero se consideró innecesario en 20 casos por las condiciones del paciente a su ingreso, en 24 fue tardío, en su mayoría a personas del sexo femenino y fué la evaluación ginecológica, en 26 de los valorados fué insuficiente y no se valoró en 31 de los casos. Recto: Se considera tacto rectal en éste renglón siendo no necesario en 60 casos, tardío en 5, insuficiente en 5, y no valorado en 30 de los casos. Músculo esquelético: no valorado en 78 e insuficiente en 28 casos. Neurológico: no valorado en 107 e insuficiente en 6 casos.

El resumen de ingreso que se encuentra con una calificación total de 1.35 (67.5o/o) y se debe a lo siguiente: la impresión clínica omitida en 2 casos. La lista de problemas: procedimiento que no ha sido aceptado por el universo del cuerpo médico en el Hospital General San Juan de Dios, hasta la fecha es el motivo por el cual la calificación en éste reglón es baja, encontrándose omitida en 110 casos y valorada unicamente en el resto que son 13 casos. Plan terapéutico de ingreso se encontró omitido en 6 casos.

Evoluciones clínicas la encontramos con una calificación de 1.29 (64.5o/o) y se debe a lo siguiente: Son puestas diariamente en la totalidad de los casos pero son insuficientes en 20. Describe signos y síntomas del día: se encuentra omitido en 12 casos y fué insuficiente en 31 de los restantes. Razona los hechos: omitido en 37 casos, insuficiente en 22 de los casos restantes. Firma y clave del médico unicamente se encontró insuficiente en 2 casos. Consideraciones pronósticas omitida en 53 de los casos, en el resto se valoraron pero se encontraron 9 deficientes. Interpreta resultados de laboratorio: omitido en 57 casos, el resto fué valorado pero insuficiente en 20 de ellos. Interpreta resultados de interconsultas: no necesario 51, el resto que si se les hizo no se interpretó en 13 casos. Interpreta plan terapéutico: omitido en 63 casos, los restantes en que se valoró en 6 fué insuficiente. Describe indicaciones al paciente: omitido en 87 casos, en los restantes valorados habían 6 insuficientes.

Auxiliares diagnósticos en total tienen una calificación de 1.89 (94.5o/o) que es buena en general y se debe a lo siguiente: Indicación e informe de laboratorio: omitido en 4 casos. Indicación e informe de Rayos X: considerado no necesario en 12 omitido en 5 de los casos. Indicaciones e informe de patología no necesario en 31 y omitido en 7 de los casos.

Terapia médica que en total tiene una calificación de 1.97 (98.5o/o) debido a que en Indicación fue tardía en 2 de los casos y Tiempo de omitido el medicamento excesivo en 2 de la totalidad de casos.

Dieta, tipo y cumplimiento tiene la totalidad del punteo lo que quiere decir que se cumple adecuadamente.

Presentación de la historia clínica, las formas impresas se encontraron desordenadas en 32 casos, hubo falta de pulcritud en 31 y no eran legibles en 28 por lo que el punteo total es de 1.52 (76o/o) para éste parámetro.

Hospitalización tiene una calificación total de 1.95 (97.5o/o) debido a que en 2 casos fué inadecuado por tratarse de pacientes de especialidades y uno dudoso porque no se le hizo nada y se egreso con un diagnóstico de una especialidad.

Resumen de egreso o defunción que lo encontramos con una calificación total de 0.78 (39.0o/o) debido a lo siguiente: Diagnóstico: omitido en un caso, insuficiente en 2 y se encontró uno totalmente inadecuado. Resumen de defunción: no necesario en 119 de los casos y el resto o sea 5 en los que fué necesario se encontró omitido en 3 de ellos. Resumen de tratamiento: omitido en 99, en los restantes valorado pero con 9 insuficientes. Pronóstico: Omitido en 113 e insuficiente en 11 de los restantes casos valorados. Indicaciones a la familia y/o paciente omitido en 108 e insuficiente en 10. Indicaciones al médico de consulta externa 114 omitidos, en 10 se tomó en cuenta pero insuficientemente. Resumen de evaluación en la hoja de salida: omitido en 109 e insuficiente en 5 del resto en que se valoró. Es de hacer notar que el resumen de egreso o defunción está muy mal llevado ya que no se hace en la mayoría las cosas anteriormente valoradas, sería de mucha utilidad que a cada uno de los pacientes se le hiciera una buena nota de egreso (vivo o muerto) donde se incluyera todo lo referido con anterioridad lo cual sería de gran ayuda para el médico tratante que seguirá al paciente en otra localidad o departamento del Hospital al consultar o ser seguido por el mismo u otro problema.

## SECCION SEGUNDA.

Tenemos la presentación y discusión de la calificación obtenida en la Segunda Sección de la "Tabla de Auditoría Médica" con sus respectivos porcentajes, aquí se estudiarán por separado cada uno de ellos y la calificación es de tipo cualitativo para los siguientes aspectos evaluados.

### A. Tiempo de evolución del paciente hasta ser visto por los siguientes profesionales.

Cuadro No. 7

Tiempo transcurrido desde el ingreso del paciente hasta ser visto por los distintos profesionales. Muestra del 5o/o, Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, 1974

Tiempo en Hrs.	Jefe del	Residente	Interno	Externo
	Servicio			
	No. o/o	No. o/o	No. o/o	No. o/o
0-24	29-23.37	85-68.54	92-74.19	86-69.35
25-48	17-13.70	7- 5.64	5- 4.03	7- 5.64
49-72	4- 3.22	1- 0.80	3- 2.42	3- 2.42
73 y más	3- 2.42	4- 3.22	1- 0.80	2- 1.61
Indeter- minado:	71-57.25	27-21.77	23-18.55	26-20.96

El cuadro anterior nos muestra la forma como los pacientes fueron evaluados por el personal indicado, unicamente se mencionan los casos que fué posible determinarlo porque se encontró alguna anotación, ya sea en órdenes médicas o en hojas de evolución, pero en muchos de los casos alguno de los profesionales se apropia del paciente de tal manera que parece que él es el único que lo está evaluando diariamente, no existen notas en las cuales se haga mención de que fué presentado al jefe del servicio y cual fué la opinión del mismo, en otros casos el residente que efectúa un procedimiento quirúrgico de un paciente ingresado por emergencia lo continúa viendo hasta que le da su egreso, en el caso del interno y el externo, se puede decir que son las personas que primero evalúan al paciente pero cometen el error, ya que en la mayoría de los casos son ellos los

que hacen las evoluciones, de no mencionar a otros profesionales con los que conjuntamente se está viendo al paciente, otro inconveniente encontrado es que hay algunos servicios que no tienen residente, por lo anterior es que se puso al final el renglón de Indeterminados, porque considero que todo paciente es evaluado en algún momento pero no se hacen las notas pertinentes del caso. Se puede decir entonces que un 75o/o de los pacientes son evaluados por alguno de los profesionales en las primeras 24 horas y el resto en más tiempo, el cual no es posible determinar con exactitud. Figuran el interno, el externo, el residente y el jefe del servicio en ese orden de frecuencia como las personas que sucesivamente evalúan en orden cronológico a los pacientes. Se encontró que en general el paciente más rápidamente evaluado fue a las 6 horas y más tardíamente evaluado fué a los 17 días de estar en un servicio. Es de hacer notar que hay uno de los servicios en que el Jefe del mismo evalúa todos los pacientes y anota en la papeleta su opinión (es uno solo el caso).

#### B. El paciente fue evaluado Sábado y/o Domingo por los siguientes profesionales

En los servicios de adultos los pacientes durante esos días son evaluados por el interno o residente de turno exclusivamente, es lo que se supone, pero se pudo comprobar que no es así, como se puede ver en el siguiente cuadro:

**Cuadro No. 8**

**Evaluación de pacientes Sábado y/o Domingo por los distintos profesionales del servicio. Muestra del 5o/o, Departamento de Cirugía Hospital General San Juan de Dios, 1974.**

	SI		NO	
	No.	o/o	No.	o/o
1. Por el Jefe del Servicio	9	7.26	115	92.74
2. Por el Residente	61	49.20	63	50.80
3. Por el Interno	44	35.48	80	64.52
4. Por el Externo	11	8.87	113	91.13

Es evidente que quien más evalúa al paciente durante esos días es el residente aunque es en un 49.20o/o de los casos, quien por lo regular es el que operó al paciente, luego le sigue el interno quien en la mayoría de los casos es el de turno, luego el externo y por último el jefe del servicio, que es en un solo caso el mismo jefe de un servicio el que los llega a evaluar por lo regular todos los días Sábados y hace evoluciones en cada uno de los evaluados. Lo anterior, en general, nos manifiesta una deficiente evaluación durante esos días hecha a los pacientes, pero es debido a que actualmente no es una evaluación rutinaria, como en otros servicios del hospital, sino que solamente son evaluados los pacientes que se cree lo ameritan.

#### C. Fué anotada la Impresión Clínica en la hoja de Diagnóstico y comentarios médicos de evolución.

Esta hoja en general es muy útil, ya que en ella se puede, si está bien llevada, tener un resumen muy exacto de lo que se piensa realizar con el paciente, en la opinión de todos los profesionales de un servicio que lo evalúan.

**Cuadro No. 9**

**Anotación de la Impresión Clínica en la hoja de Diagnósticos y comentarios médicos de evolución. Muestra del 5o/o, Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, 1974.**

	SI		NO	
	Personal	No. o/o	Personal	No. o/o
1. Por el Jefe del Servicio		45—36.29		47—37.90
2. Por el Residente		55—44.35		37—29.84
3. Por el Interno		64—51.61		28—22.58
4. Por el Externo		63—50.80		29—23.37

No se encontró esta hoja en 32 casos — 25.80o/o

Como vemos es una hoja que a pesar de su importancia se le da poco valor y aceptablemente llevadas no creo haber encontrado más de unas 10, el resto tienen anotaciones de uno o de otro profesional, pero no de la totalidad. Lo más lamentable

es el que no se encontrara esta hoja en 32 casos — 25.80o/o del total y no parece dársele el interés que la misma tiene.

**D. Tiempo transcurrido desde que se dió la orden de ingreso hasta que ingresó el paciente al servicio.**

Es de importancia considerar el tiempo que el paciente tarda en llegar al servicio al cual está destinado y las circunstancias que lo retardaron, las cuales, en algunos casos, pueden ser justificadas, en otros se aduce falta de personal y en otras por negligencia del mismo personal médico y paramédico encargado de llevarlo a efecto rápidamente. Además es un parámetro difícil de evaluar y se hace necesario que esté la papelería completa para determinarlo, se presentan las que si fue posible encontrar el dato y un reglón en que no se pudo determinar por diversas razones, los resultados son los siguientes:

**Cuadro No. 10**

**Tiempo transcurrido desde que se dio la orden de ingreso hasta que ingresó el paciente al servicio. Muestra del 5o/o, Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, 1974**

Tiempo	No. de Casos	Porcentaje
Total	124	100.00
0 a 2 Horas	19	15.32
3 a 4 "	44	35.48
5 a 6 "	20	16.13
7 a 8 "	4	3.33
Indeterminado	37	29.84

**Cuadro No. 11**

**Causas por las cuales no fué posible determinar el tiempo transcurrido desde que se dio la orden de ingreso hasta que ingresó el paciente al servicio, Muestra del 5o/o, Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, 1974.**

Causa	No. Casos	Porcentaje
Total	37	100.00
1. No hay órdenes de ingreso	4	10.81
2. No hay nota de enfermería	20	54.05
3. No hay hora en órdenes médicas	11	29.73
4. No hay hora en notas de enfermería.	2	5.41

Como puede verse en el primer cuadro el tiempo que tardan la mayoría de los pacientes en llegar a su servicio es de menos de 4 horas, a este tiempo se le considera como necesario para hacer los siguientes trámites: pasado por administración, trasladado a su servicio, acomodado en el servicio y haber hecho las anotaciones pertinentes de recibido en el mismo. Los pacientes que tardaron más tiempo no es posible en su totalidad determinar con exactitud todas las razones, pero se encontró, que un grupo de los que tardaron más de 4 horas en llegar a su servicio, de ellos 20 casos en total o sea un 16.13o/o fueron a sala de operaciones previamente y por lo tanto se justifica, en los otros no hay justificación posible de determinar. El promedio en general que tardó en llegar el total de pacientes a su respectivo servicio fué de: 4.2 Horas.

**E. Fué evaluado el paciente por el servicio social**

Unicamente uno de los pacientes se encontró que hubiese sido evaluado por el servicio social y se ignora el resultado de dicha evaluación, ya que no se encontró ninguna nota de evolución u otra al respecto.

**F. Cumplimiento de órdenes médicas**

En realidad el no cumplimiento de órdenes médicas es relativamente muy poco y se puede considerar sin importancia.

Es más importante la no indicación de los mismo, ya que es sabido que cada uno de los servicios efectúa lo que se llama exámenes de rutina y considero que por lo menos esos debería tener cada uno de los pacientes.

### Cuadro No. 12

#### Cumplimiento de órdenes médicas. Muestra del 50/o. Departamento de Cirugía Hospital General San Juan de Dios 1974.

	SI	NO	No Indicado
	No. o/o	No. o/o	No. o/o
1. Laboratorio	118-95.16	2-1.61	4-3.22
2. Rayos X	88-70.96	4-3.22	32-25.80
3. Patología	58-46.77	0-0.00	66-53.22
4. E. C. G.	51-41.13	0-0.00	73-58.87
5. Interconsultas	51-41.13	0-0.00	73-58.87
6. Medicamentos	123-99.20	0-0.00	1-00.80
7. Pre-operatorio	93-75.00	0-0.00	31-25.00

Como puede verse en el cuadro anterior hay 4 casos en los que no se indicó ningún examen de laboratorio. En relación a rayos X es justificable que se encontrara 32 casos (25.80o/o) sin indicación, lo cual en mi opinión es debido a que no se consideraron necesarios, ya que en el Hospital no se efectúan exámenes de rayos X de rutina y en muchas ocasiones los aparatos se encuentran fuera de funcionamiento. En cuanto a Patología, sin comentarios, ya que no es posible determinar quienes ameritaron dicho examen. Electrocardiograma: Sí recordamos, al inicio del estudio determinamos la edad promedio y fué de 40 años lo que quiere decir que la mitad de los casos estudiados o sea 62 deberían tener dicho examen y no lo encontramos indicado en 73 casos o sea que no se le efectuó a 11 pacientes a pesar de que estaba indicado, podrían haber algunos ingresados por emergencia y operados a su ingreso, en el grupo anterior, pero se les debería efectuar en el postoperatorio. Las interconsultas se efectuaron en pacientes que lo ameritaron siendo el 41.13o/o. Medicamentos se le administraron más de alguno a casi la totalidad de casos con excepción de un caso el cual no recibió un solo medicamento. Preoperatorio: se encontró

en la totalidad de los casos que se les efectuó algún procedimiento quirúrgico, los casos en los que no está indicado o sea 31 (25.00o/o) son a los que se efectuó tratamiento médico u otro.

Otro: Es radioterapia, ninguno, estudio, etc.

#### G. Anotación de causas de incumplimiento de algunas órdenes médicas.

El incumplimiento de órdenes médicas es relativamente poco y se resume en lo siguiente: De laboratorio, no se cumplieron 2; una no está anotada y la otra porque el paciente pidió su salida. De rayos X no se cumplieron 4: una por falta de equipo, otra por falta de material, otra no está anotada y la otra la paciente pidió su salida.

#### H. Tiempo transcurrido desde la orden médica hasta el cumplimiento y/o ser recibido el informe en el servicio.

La determinación del presente renglón va a estar condicionada por múltiples factores, pero el más importante de ellos es el que podemos llamar recursos, tanto humanos como materiales y la forma como se utilizan los mismos, por cada uno de los diferentes grupos investigados, valorándolos por el tiempo utilizado en la ejecución y obtención de resultados.

### Cuadro No. 13

#### Tiempo promedio transcurrido desde la orden médica de ingreso hasta el cumplimiento y/o ser recibido el informe en el servicio. Muestra del 50/o, Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, 1974.

	Promedio de Horas
1. Laboratorio	26 Hrs.
2. Rayos X	46 Hrs.
3. Patología	104 Hrs.
4. E. C. G.	72 Hrs.
5. Interconsultas	31 Hrs.
6. Medicamentos	6 Hrs.
7. Pre-operatorio	4:30 Min.

Como puede verse, las horas son lo adecuado para cada uno de los exámenes siendo menor el tiempo cuando el paciente está ingresado por la emergencia. El servicio de rayos X aparece con un buen promedio, pero la realidad es que es un poco más tardado, relativamente ya que el funcionamiento de los aparatos es deficiente. Algo que ha ayudado es que se les pide tarjeta de la Liga contra la Tuberculosis y por lo tanto no se efectúa éste examen de rutina.

### I. Principales medicamentos empleados. Duración en días

La terapéutica medicamentosa guarda un segundo plano en relación a que el primero lo tiene la terapéutica quirúrgica propiamente dicha, los medicamentos por lo regular son utilizados como complemento o dicho en otras palabras —profilácticamente—.

#### Cuadro No. 14

Principales medicamentos empleados. Duración en días. Muestra del 50/o, Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, 1974.

Medicamentos	No. casos	Porcentaje	Promedio
1. Penicilina Procaína	29	23.57	12.0
2. Soluciones I. V.	27	21.95	1.8
3. Ampicilina	17	13.82	9.6
4. Tetraciclina	8	6.50	16.4
5. Gantrisin	6	4.88	13.6
6. Cloranfenicol	5	4.06	10.0
7. Lasix	4	3.25	9.5
8. Neutragel	4	3.25	8.0
9. Estreptomina	4	3.25	15.7
10. Kanamicina	4	3.25	7.5
11. A. S. A.	3	2.44	6.5
12. Peni. Cristalina	3	2.44	4.3
13. Lincocin	3	2.44	30.1
14. Complejo B	2	1.63	6.5
15. Fersamal	2	1.63	40.5
16. Posión Espectorante	2	1.63	19.0

El resto de medicamentos para hacer un total de 28 diferentes, unicamente se emplearon una vez por lo que solamente se hace mención de ellos a continuación: Vasculat, Griseofulvina, Dialgina, Fenobar-belladona, Reserpina, Vitamina C, Prostaflina, Piridium, Sulfaguanidina, Vitamina K, Ecuamil, Garamicina. Siendo éstos unicamente los principales, los secundarios son mucho más, pero usados durante menor tiempo.

En lo anterior se encontró el caso de un paciente que recibió por largo tiempo una gran cantidad y variedad de antibióticos como se menciona a continuación: Primero Penicilina Procaína por 10 días, luego Garamicina Kanamicina durante 8 días, seguido de Estreptomina Ampicilina durante 14, más tarde de Gantrisin por otros 14 días y para terminar Tetraciclina por 17 días, al parecer el caso no estuvo bien estudiado y por lo tanto se hizo uso inadecuado de una multitud de antibióticos exponiendo innecesariamente al paciente.

En relación a la frecuencia de medicamentos empleados sigue ocupando el primer lugar la Penicilina Procaína, por sus múltiples cualidades, en segundo lugar las soluciones intravenosas, necesarias en todo acto operatorio, seguidas de otros más, principalmente antibióticos. Es de hacer notar que de los 28 medicamentos encontrados que se usaron —principalmente— de ellos 13 son antibióticos, los cuales en la mayoría de los casos están utilizados "profilácticamente".

No hago mención de los secundarios porque son muchos pero si mencionaré que usados por menor período y por lo regular con fines también secundarios, la mayor frecuencia la ocupan las Vitaminas y en segundo lugar los analgésicos.

### J. Diagnósticos definitivos

Por ser muchos los diagnósticos definitivos, en los casos en que la patología puede ser unilateral o bilateral solamente se mencionará ésta sin indicar el lado de la misma, ya que nos extenderíamos mucho y sin necesidad. Considero que se justifica por el hecho de no ser un estudio propiamente patológico sino unicamente de contenido.

Cuadro No. 15

Diagnósticos principales de egreso. Muestra del 50/o  
Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios,  
1974.

Diagnóstico	No. de casos	Porcentaje
1. Hernia inguinal	13	10.48
2. Apendicitis aguda	9	7.25
3. Colecistitis Crónica Calculosa	7	5.64
4. Hernia incisional	5	4.03
5. Hernia crural	4	3.22
6. Varices en Miembros Inferiores	4	3.22
7. Herida cortante dedo (mano)	4	3.22
8. Colecistitis Aguda Gangrenosa	4	3.22
9. Quemaduras en Miembros Inferiores	3	2.42
10. Leiomioma Uterino	3	2.42
11. Ca. Gástrico	3	2.42
12. Fimosis	3	2.42
13. Hemorroides externos	3	2.42
14. Ulceras tróficas Miembros Inf.	3	2.42
15. Lipoma Fosa Ilíaca	3	2.42
16. Adenocarcinoma del Colon	2	1.61
17. Plastrón Apendicular	2	1.61
18. Herida penetrante tórax y abd.	2	1.61
19. Peritonitis sec.: Apéndice roto	2	1.61
20. Politraumatizado	2	1.61
21. Ectasia canalicular —mama—	2	1.61
22. Fibroadenoma —mama—	2	1.61
23. Ostiomielitis miembro inferior	2	1.61

El resto de los diagnósticos solamente aparecen una vez por lo tanto solamente los mencionaremos a continuación: Diastasis leve de los rectos, Infección herida operatoria, Litiasis Ureteral, Hernia umbilical, Cervicitis crónica, Izquemia cardiaca, Absceso esfínter externo, Absceso peri-renal, Adenocarcinoma del Recto, Absceso en cuello, Amiloidosis laringea, Bocio nodular, Pseudo obstrucción intestinal, Nevo pectoral, Amebiasis intestinal, Obesidad, Ca. de esófago, Angina de Ludwig, Neuro-dermatitis, Ca. de vías biliares, Varices esofágicas. Shock séptico, Celulitis miembro inferior, Ileitis regional, Cuerpo

extraño en el signoide, Prolapso rectal, Feocromocitoma descartado, Pancreatitis traumática, Ca. vesical, Herida cortante comisura labial, Absceso pulmonar, Ginecomastia, Relajamiento pélvico, Recto Cisto-celég.11, Enfermedad péptica, Secuelas de poliomielititis, Embarazo ectópico roto, Paquipleuritis.

La variedad de los diagnósticos nos ha hecho difícil su presentación, pero tenemos que la mayoría de ellos tienen solución quirúrgica y otros, en menor cantidad que corresponde su tratamiento a un servicio de cirugía a pesar de que únicamente reciben tratamiento médico, es el caso de abscesos, infecciones locales, etc., y otro grupo más en el cual el diagnóstico de ingreso cambia, ya sea porque se presenta una complicación o porque al hacerle los estudios que el caso amerita se demuestra que es otro el diagnóstico real del paciente.

Se encontró además que en la "Hoja de Salida" no se le da la categoría que tiene cada uno de los diagnósticos al tener varios a su egreso el paciente, y en otros casos no se encuentran anotados en dicha hoja porque no se les da importancia alguna. Es el caso de V.D.R.L. positivo en dos casos a los cuales no se les dió tratamiento durante su estancia en el servicio ni se tomó en cuenta, luego cuando fueron seguidos los pacientes en consulta externa.

## Cuadro No. 16

Diagnósticos secundarios. Muestra del 50/o, Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, 1974.

Diagnóstico	No. de casos
1. TB-pulmonar	2
2. Enfermedad péptica	2
3. Infección local	2
4. Insuficiencia cardíaca	2
5. Colecistitis crónica	2
6. I. R. S.	2
7. Diabetes mellitus	2
8. Shock séptico	2
9. V. D. R. L. positivo	2
10. Hernia umbilical	1
11. Hemotorax-derrame pleural	1
12. Psoriasis	1
13. Neumonía basal izquierda	1
14. Infección herida operatoria	1
15. Enfisema pulmonar	1
16. Convulsión cerebral	1
17. Coma hepático	1
18. Insuficiencia renal aguda	1
19. Desnutrición crónica adulto	1

Los diagnósticos secundarios son en realidad pocos, considero que es debido a que: en primer lugar, no se anotan en la hoja de salida ni en la hoja de comentario de los médicos, que además no se hacen los exámenes de laboratorio que son considerados como rutina en la totalidad de los pacientes y lo peor del caso es que los pocos que se hacen no son interpretados en la mayoría de ellos. Entre dichos diagnósticos encontramos los que motivaron darle egreso, trasladar a otro servicio o tratamiento domiciliario al paciente y no poder efectuar el procedimiento planeado y además tenemos los que causaron complicaciones post-operatorias y en algunos casos la muerte del paciente. Las complicaciones serán tratadas por separados en el siguiente renglón.

## K. Principales complicaciones en el servicio.

## Cuadro No. 17

Principales complicaciones en el servicio. Muestra del 50/o, Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, 1974.

Complicación	No. de casos	Porcentaje
Total	15	12.00
1. Infección local	3	2.42
2. Infección herida operatoria	2	1.61
3. Shock séptico	2	1.61
4. Coma hepático	2	1.61
5. Neumonía basal izquierda	1	0.80
6. I. R. S.	1	0.80
7. Insuficiencia renal aguda	1	0.80
8. Insuficiencia cardíaca	1	0.80
9. Parotiditis	1	0.80
10. Cetonuria	1	0.80

Las complicaciones presentadas por los pacientes son en realidad pocas, pero fatales en unos e inoportunas en otros, impidiendo dar así el tratamiento que se había planificado para la solución del problema del paciente. La totalidad de pacientes que presentaron alguna complicación durante su hospitalización fué de 15 casos (12.00/o) en donde se encuentran incluidos los 5 casos de pacientes fallecidos, las anteriores complicaciones se pueden dividir en preoperatorias, las cuales no permitieron que se efectuara el procedimiento planificado en un grupo de pacientes y por lo tanto fué necesario darles egreso con tratamiento o traslado a otro servicio en donde se le dió la terapéutica específica de la complicación presentada, las otras son las complicaciones post-operatorias que son un grupo mayor y las más fatales para los pacientes, ya que en unos prolongó su recuperación y en otros fueron fatales. En el caso de los pacientes fallecidos, 4 de ellos presentaron la complicación fatal en el post operatorio y uno de ellos por su mal estado general y por tratarse de un caso terminal no fué posible someterlo a ningún procedimiento quirúrgico, por lo que solamente se le dió tratamiento médico paliativo. Es de hacer notar para terminar

este párrafo que ocupan la primera frecuencia las complicaciones de tipo infeccioso, tanto local como sistémico.

**L. Relación entre la Impresión Clínica de ingreso y el Diagnóstico definitivo.**

**Cuadro No. 18**

**Relación entre la Impresión Clínica de ingreso y el Diagnóstico definitivo. Muestra del 50/o, Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, 1974.**

	No. de casos	Porcentaje
Total	124	100.00
1. Si	111	89.51
2. No	11	8.87
3. Indeterminado	2	1.61

Podemos decir que el error diagnóstico es relativamente poco relacionando la Impresión Clínica de ingreso y el Diagnóstico definitivo, encontrado que si había relación en el 89.51o/o de los casos; en los que no hay relación, que son pocos, se dividen en dos grupos unos debidos al resultado de anatomía patológica al hacer la diferenciación histológica de un tumor y el otro grupo en el cual luego de estudiar al paciente se encontró otra patología más importante y diferente a la que había motivado el ingreso, siendo una relación aproximada de uno a uno. Tenemos dos casos en los que no fué posible encontrar la relación, siendo ambos de pacientes fallecidos, en los que por no tener el resultado de la autopsia clínico patológica no es posible determinar la relación, a pesar que en uno de ellos se había efectuado una Laparatomía exploradora sin encontrar patología macroscópica alguna.

**M. Condición de egreso.**

**Cuadro No. 19**

**Condición de egreso. Muestra del 50/o, Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, 1974.**

	No. de casos	Porcentaje
Total	124	100.00
1. Vivos	119	95.97
2. Muertos	5	4.03

Como puede verse la diferencia es muy amplia, siendo posible tener los muertos para estudiarlos en éste caso, ya que en estudios anteriores no ha sido posible obtener los historiales clínicos y poder con ello relacionarlos con los egresados vivos, comparando el porcentaje de muertos, con los que para el año de 1974 sucedieron en realidad en el Hospital General San Juan de Dios, el anterior dato (4.03o/o) es significativo ya que está un poco abajo de éste que es de 4.50/o. Aunque según la O.M.S. para un hospital como el nuestro debería de ser de 2.50/o.

**N. Egreso hospitalario.**

**Cuadro No. 20**

**Egreso hospitalario cumplido después de dada la orden. Muestra del 50/o, Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, 1974.**

Cumplido a su tiempo	No. de casos	Porcentaje
Total	124	100.00
1. Si	113	91.13
2. No	6	4.84
3. Muertos	5	4.03

Cuales fueron las causas de incumplimiento: en dos de los casos no llegaron a traer al paciente, dos casos se agravaron o sea que presentaron alguna complicación lo cual luego de haber ordenado el egreso no fué posible efectuarlo, otro por no tener posibilidades económicas para continuar su tratamiento en su casa, como se había planificado, hubo que retenerlo hasta que se lo proporcionó el hospital, luego de los trámites del caso, el último de los casos no fué posible determinar la causa de que no se le diera egreso tal y como se le había ordenado. El tiempo transcurrido entre la indicación del egreso y su cumplimiento se encontró que es de 8 horas, como promedio, siendo un poco alto pero es debido al incumplimiento y estancia prolongada de los casos ya mencionados. En el cuadro anterior se incluyen los muertos solamente para completar los datos, ya que no entran, por su condición de egreso en un cálculo de tiempo determinado.

Ñ. Notas de enfermería.

Cuadro No. 21

Notas de enfermería. Muestra del 50/o, Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, 1974.

	Si		No		Otros	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
1. Anotó condiciones generales del paciente	120	96.77	1	0.80	3	2.42
2. Anotó cuidados de higiene prestados	120	96.77	1	0.80	3	2.42
3. Anotó observaciones hechas	120	96.77	1	0.80	3	2.42
4. Anotó fecha, hora y firma	120	96.77	1	0.80	3	2.42

Como puede verse en el cuadro anterior, en la gran mayoría 96.77o/o de los casos se encontraron notas de enfermería con las condiciones investigadas, pero con el inconveniente de que son insuficientes y monótonas, se encontró variedad en las mismas luego de haberse efectuado algún procedimiento quirúrgico u otro. Se puede decir en general que si se encuentran presentes pero que el contenido es insuficiente y monótono, a pesar de que espacio para hacerlas más amplias si hay en las hojas de notas de enfermería. En uno de los casos no había ninguna nota en la hoja respectiva y en 3 casos no se encontraron dentro de la papeleta.

O. Control de medicamentos.

Es una hoja muy importante y la cual debe ser llevada periódica y continuadamente ya que refleja la terapéutica medicamentosa, su cumplimiento adecuado va a dar las pautas a seguir por el médico tratante.

Cuadro No. 22

Control de medicamentos. Muestra del 50/o, Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, 1974.

	Sí	No.	Otros
	No. o/o	No. o/o	No. o/o
1. Anotó nombre del medicamento	119-95.96	1-0.80	4-3.22
2. Anotó dosis, vía y hora	119-95.96	1-0.80	4-3.22
3. Anotó fecha de inicio	119-95.96	1-0.80	4-3.22
4. Firma cada vez que lo administra	119-95.96.	1-0.80	4-3.22

Se puede decir que en control de medicamentos es el mejor de los controles llevados por el personal de enfermería, ya que es anotado el medicamento periódica y continuamente por la persona que lo administra en la hoja correspondiente. En uno de los casos, por no haberse administrado ningún medicamento no se encontró y en 4 casos a pesar de que se había indicado en órdenes médicas más de algún medicamento no había dicha hoja.

P. Control de ingesta y excreta

En los casos que fué necesario éste control, se encontró que había sido llevado con exactitud, el cual se hace de rutina en casi todos los pacientes en el post-operatorio y en otros que se considera necesario, según lo amerite el caso, por el estado del paciente. Es por lo tanto muy importante para determinar y valorar la terapéutica que se esté utilizando.

**Q. Procedimientos quirúrgicos. Tipo de procedimiento.**

**Cuadro No. 23**

**Procedimiento quirúrgicos. Muestra del 5o/o, Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, 1974.**

Procedimiento	Número	Porcentaje
Total	93	100.00
1. Hernioplastia*	22	23.65
2. Laparatomía exploradora **	11	11.82
3. Apendicectomía	11	11.82
4. Histerectomía ***	6	6.45
5. Resección de masa	5	5.37
6. Colectomía	7	7.51
7. Safenectomía	4	4.30
8. Injertos	3	3.22
9. Tenorrafia	3	3.22
10. Postectomía	3	3.22
11. Mastectomía	3	3.22
12. Hemorroidectomía	2	2.15
13. Toracotomía	2	2.15
14. Colostomía	1	1.07
15. Ureterolitotomía	1	1.07
16. Drenaje	1	1.07
17. Micro-cirugía laringea	1	1.07
18. Tiroidectomía	1	1.07
19. Resección nevo	1	1.07
20. Lipectomía	1	1.07
21. Rectosigmoidectomía	1	1.07
22. Plastía de labio	1	1.07
23. Gastrostomía	1	1.07
24. Salpingooforectomía	1	1.07

\* Incluye crural, inguinal, umbilical e incisional

\*\* Incluye diferentes procedimientos abdominales y diagnósticos

\*\*\* Incluye abdominal y vaginal

Como vemos la mayoría de los procedimientos efectuados son de carácter electivo y no encontramos procedimientos sofisticados. Es de hacer notar el hecho de que se efectuaron procedimientos de servicios de especialidades u otros, como lo es el caso de la microcirugía laringea que pertenece a Otorrinolaringología, pero éste paciente fué operado en un servicio de cirugía general y no se sabe la razón por la que se hizo ésto, la única explicación que se tiene es que ingresó con orden de un jefe de otro servicio. Además encontramos 6 histerectomías (o/o 6.45) siendo éste un procedimiento perteneciente a otro departamento, en base al diagnóstico de ingreso. Lo mismo que un embarazo ectópico, el cual si se justifica por el hecho de que la paciente consultó a la emergencia de cirugía y allí sufrió shock hipovolémico por lo que se ingresó inmediatamente para su atención.

Entre las operaciones que más se efectúan, como vimos en el cuadro, encontramos las hernioplastías seguidas de otras de localización abdominal como apendicectomía, colectomía, estas dos también las de mayor frecuencia presentes como emergencias.

Es importante hacer énfasis en el hecho de que por lo regular no se anota bien el procedimiento quirúrgico efectuado, en las hojas respectivas y algunas veces no se encuentra correcto ni en el record operatorio.

## R. Exámenes de laboratorio efectuados.

Cuadro No. 24

### Exámenes de laboratorio efectuados. Muestra del 5o/o. Hospital General San Juan de Dios, 1974.

Examen efectuado	No. casos	Porcentaje
1. Hemoglobina	114	91.93
2. Hematócrito	114	91.93
3. Recuento de hemograma	114	91.93
4. Orina	94	75.80
5. Heces	82	66.13
6. V.D.R.L.	73	58.87
7. Rayos X. Tórax	73	58.87
8. Química Sanguínea	62	50.00
9. Glicemia	59	47.58
10. Tiempo de coagulación y sangría	26	20.96
11. Rh. y grupo	23	18.55
12. Proteínas y relación A/G	23	18.55
13. Papanicolau-Vaginal	15	12.09
14. Pruebas hepáticas	13	10.48
15. Tiempo de protrombina	12	9.68
16. Bilirrubinas	10	8.06

Se efectuaron otros exámenes pero en cantidades menores a 10 y por lo tanto no se mencionarán, los anteriores son los más frecuentemente encontrados. Se tomó únicamente para el cuadro anterior el que hubiese por lo menos uno de los exámenes enumerados, es decir que la cantidad de los mismos en un solo paciente no se investigó.

Es de suponer que todo paciente que ingresa a un hospital deba tener por lo menos los exámenes de rutina o gabinete como otros les llaman, y como puede verse en general en el cuadro anterior no es así ya que la mayor cantidad de veces que un examen aparece es de 114 y debería de ser 124, para considerar que por lo menos se evaluaron esos aspectos. Es de rutina que a todo paciente se le efectúen, para serle practicado un procedimiento quirúrgico los siguientes exámenes: Hematología,

Heces, Orina, V.D.R.L., Grupo y Rh, Tiempo de Coagulación y sangría, pero no es así, tenemos que: grupo y Rh únicamente se encuentra en 23 de los pacientes o sea un 18.55o/o y el Tiempo de Coagulación y sangría en 26 de los pacientes o sea un 20.96o/o y no digamos de los demás. Así es que en general podemos decir que se hacen relativamente pocos exámenes de laboratorio a pesar de estar indicados o considerárseles rutinarios. O se pierden algunos de ellos.

## S. Reingreso

Cuadro No. 25

### Reingreso de pacientes. Muestra del 5o/o, Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, 1974.

Reingreso	No. de casos	Porcentaje
Sí	19	15.32
No	105	84.68

De los 19 reingresos 15 de ellos (78.24o/o) fueron por la misma causa y 4(ó sea el 21.06o/o) fueron por causa diferente.

Hay cierta cantidad de pacientes que tienen múltiples ingresos al hospital y por lo tanto es importante considerar el motivo. En algunos de ellos se debe a que los procedimientos efectuados necesitan ser continuados o porque no fue satisfactorio el mismo o porque han presentado alguna complicación luego del egreso, otros casos se debieron a que no se encontraba funcionando adecuadamente la sala de operaciones. Hay también otra cantidad, los cuales fueron admitidos, pero por causa diferente o trasladados de otro servicio para que se le efectúe un procedimiento quirúrgico.

## T. Record Operatorio

Cuadro No. 26

**Record operatorio. Muestra del 5o/o, Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, 1974.**

Record operatorio	No. de casos	Porcentaje
Total	93	100.00
Si	75	80.64
No	18	19.36

Es importante hacer notar que el 19.36o/o de los pacientes que se les dió tratamiento quirúrgico, no tienen record operatorio y por lo tanto se puede considerar un factor negativo en muchos aspectos, por ejemplo si en futuras oportunidades se desea saber en realidad el tipo y forma de procedimiento efectuado y las modificaciones anatómicas con él producidas, con mayor razón si un paciente se presenta con una complicación inmediata o relacionada con el procedimiento previamente efectuado, lo cual puede ser desorientador para el médico tratante. Además dentro de los encontrados 5 (5.37o/o) estaban incompletos. En el resto de pacientes no fué necesario, por lo que tenemos que se efectuaron 93 diferentes procedimientos en igual número de casos para la totalidad de los estudiados que fueron de 124 casos. Entre los pacientes hubo necesidad de reintervenir a uno de ellos, por cierto uno que más tarde falleció al complicarse en el post-operatorio por un coma hepático. También se encontraron dos casos en los cuales no había nota operatoria, además de no haber record operatorio, siendo uno de ellos el paciente fallecido mencionado anteriormente.

Espero que lo anterior presentado sea de estímulo a todos los médicos y dejar en el futuro lector la pregunta hecha por el Dr. Juan José Pérez Alvarez en una Jornada Médica del I.M.S.S. "Sabén ustedes de alguna otra profesión o actividad humana que tenga el valor, la honestidad, la sinceridad suficiente para exponerse voluntariamente a sí misma a la crítica de sus compañeros y además autocriticarse, por el bien de los seres a quienes sirve?".

## CONCLUSIONES

1. La auditoría médica es un sistema de evaluación e investigación, que en general estudia el contenido de los servicios de salud, para tratar de mejorarlos en beneficio de los pacientes y por lo tanto su utilización en nuestro medio es posible y necesaria.
2. La auditoría médica en la actualidad es un sistema nuevo, en nuestro medio, que principia a utilizarse, por lo tanto los conocimientos que de él tiene la mayoría de los médicos guatemaltecos son escasos y confusos.
3. En nuestro medio no se conoce un sistema organizado que evalúe la calidad de los servicios de salud.
4. Si existen deficiencias notorias en la atención médica en general, las cuales son posibles de estudiar y modificar y así poder utilizar en una mejor forma los medios con que se cuenta en la actualidad.
5. Las personas interesadas en introducir el sistema, han tropezado con los problemas que todo nuevo sistema tiene que afrontar, como lo es el rechazo y desconfianza por el desconocimiento de los nobles propósitos que el mismo pretende.
6. En el presente estudio fue posible evaluar el 92.53o/o de las historias clínicas del total de la muestra, el resto 7.47o/o (10 historias clínicas) no fue posible obtenerlas, 2 de ellas por error en el número del historial y el resto por encontrarse extraviadas. Es de hacer notar que el porcentaje evaluado es el mayor comparativamente con los estudios anteriores.
7. El punteo total obtenido por el Departamento de Cirugía, según muestra del 5o/o de los egresos para 1974, del Hospital General San Juan de Dios, fue de 81 puntos.

8. El promedio de días de estancia para un departamento de Cirugía es alto, en relación a lo recomendado por la O.M.S. que es de 10 días, se encontró en el presente estudio un promedio de 24 días.
9. A pesar de que al Hospital General San Juan de Dios le corresponden únicamente ingresar pacientes de determinados departamentos de la república, se ingresan de los que no le corresponden, encontrándose un 4.84o/o.
10. Hay servicios dentro del Hospital que a pesar de contar con menos recursos materiales, su rendimiento es mejor en relación a otros con mejores recursos.
11. El examen físico de ingreso se hace dándole énfasis a la región enferma, descuidando las demás partes del mismo.
12. Las evoluciones clínicas son puestas diariamente, pero no dan enfoque a los aspectos importantes como lo son describir los signos y síntomas lo cual se hace sólo en el 77.0o/o el razonamiento de los hechos en el 63.0o/o, las consideraciones pronósticas para el paciente en el 55.0o/o, la interpretación del plan terapéutico en el 46.5o/o y al paciente solamente se le describieron indicaciones de su estado, pronóstico, tratamiento, etc., en el 25.0o/o de los casos.
13. La falta de anotaciones en las papeletas que indiquen las diferentes opiniones de los profesionales de un servicio, hace imposible determinar con exactitud el tiempo que transcurre para que cada uno de ellos evalúe al paciente.
14. Los pacientes que ameritan evaluaciones los días sábado y domingo, les son hechas por el Interno o Residente de Turno.
15. Al darle egreso al paciente se hace resumen de tratamiento en el 25.0o/o de los casos, se considera el pronóstico en el 20.0o/o, indicaciones a los familiares y pacientes solo al 16.0o/o, indicaciones al médico de

- consulta externa en el 8.00o/o, y resumen de evaluación en la hoja de salida solamente al 14.5o/o.
16. La Hoja de Diagnósticos y comentarios médicos, no es utilizada adecuadamente y solamente se hacen anotaciones incompletas y no por la totalidad de personas indicadas en la hoja.
17. Los pacientes por lo regular, desde que se da la orden de ingreso hasta que llega a su servicio transcurren más o menos 4 horas en los trámites pertinentes.
18. El departamento de servicio social, en la presente muestra aparece como no evaluando los problemas de los pacientes, solamente se encontró un caso y se desconoce el resultado de la evaluación, probablemente se deba a que no es rutinaria la evaluación por el servicio social, como en otros servicios.
19. Las órdenes médicas son cumplidas a cabalidad, cuando están indicadas. Y el tiempo empleado en hacerse un examen de laboratorio y recibir el resultado en el servicio es adecuado. Teniendo los siguientes promedios para laboratorio: 26 horas, Rayos X: 46 horas, patología: 104 horas, E.C.G.: 72 horas, interconsultas: 31 horas, medicamentos: 6 horas, pre-operatorio: 4 horas 30 minutos.
20. Entre los medicamentos que más se utilizaron fueron los antibióticos, ocupando el primer lugar las penicilinas, ya que se les encontró indicados como profilácticos o como tratamiento específico en una complicación infecciosa. Salta la duda si es conveniente o no utilizar antibióticos profilácticamente.
21. El diagnóstico definitivo se encontró relacionado con la impresión clínica de ingreso en el 89.51o/o de los casos.
22. Los cinco principales diagnósticos de egreso encontrados son los siguientes: 1. Hernia Inguinal, 13 casos (10.48o/o) 2. Apendicitis aguda, 9 casos (7.25o/o) 3. Colectitis

crónica calculosa, 7 casos (5.64o/o) 4. Hernia incisional, 5 casos (4.03o/o) 5. Hernia crural, 4 casos (3.22o/o).

23. Entre las complicaciones presentadas en el servicio ocupan el primer lugar las infecciosas, tanto locales como sistemáticas.
24. Las notas de enfermería son puestas diariamente, pero son deficientes en su contenido, monótonas y prácticamente rutinarias.
25. Los cinco procedimientos quirúrgicos principalmente efectuados son los siguientes: 1. Hernio-plastías, 22 casos (23.65o/o) 2. Laparatomía exploradora, 11 casos (11.82o/o) 3. Apendicectomía 11 casos (11.82o/o) 4. Histerectomías 6 casos (6.45o/o) 5. Resección de masa 5 casos (5.37o/o). Llama la atención el que las Histerectomías se encuentren ocupando el cuarto lugar en la presente muestra.
26. Que a pesar de que se considera que un grupo de exámenes de laboratorio se deben hacer rutinariamente a los pacientes quirúrgicos, hay gran deficiencia en este aspecto ya que a ninguno de los pacientes se les completaron, así tenemos que al 91.93o/o se le efectuó examen de hematología tiempo de coagulación y sangría al 20.96o/o grupo y Rh a un 18.55o/o y lo peor del caso es el no darles importancia a los encontrados patológicos como lo fue dos casos con V.D.R.L. positivo y no se les dió tratamiento.
27. No se efectúa crónica operatoria ("record operatorio") a la totalidad de los pacientes, ya que de los 93 casos que ameritaron el efectuarles un procedimiento quirúrgico el 80.64o/o si lo tenían, encontrándose 5 incompletos, el 19.36o/o restantes no tenían dicho documento.
28. El presente trabajo no investigó a fondo muchos de los aspectos que son problema y que se encontraron en el desarrollo del mismo, por lo que en futuras oportunidades se hará más a fondo al generalizarse el sistema y llegar a estudiar y analizar casos en especial, enfermedades, tipos de pacientes, etc.

## RECOMENDACIONES

1. Iniciar por medio del Colegio Médico y por la Facultad de Ciencias Médicas y a través de las publicaciones que cada una de estas dos instituciones hacen la distribución de escritos hechos por las personas conocedoras del sistema en donde se les pueda informar ampliamente y dar los propósitos y lineamientos básicos.
2. Motivar a los médicos guatemaltecos para que voluntariamente se den cuenta de la necesidad que existe de mejorar los servicios y la atención médica en Guatemala y aceptar para ellos el sistema de Auditoría Médica.
3. Realizar Seminarios a nivel de hospitales o instituciones para dar a conocer más el sistema y planificar su ejecución.
4. Crear un sistema de Auditoría Médica en cada uno de los hospitales, que luego se hará en cada uno de los departamentos de los mismos.
5. En relación al archivo, en primer lugar mejorar sus condiciones materiales y unificarlo, es decir hacer un local adecuado para el mismo, además crear un reglamento para el control de los documentos en él encontrados y evitar que desaparezcan los mismos, además que se hagan los arreglos necesarios para que se encuentre en servicio las 24 horas del día o por lo menos un período mayor que el actual que es de 8:00 a 15:30 horas.
6. Hacer un estudio o seminario dentro del Hospital General San Juan de Dios para lograr las modificaciones esenciales que se necesitan en relación a la hoja de historia clínica, la cual es rígida y no permite hacer una adecuada evaluación del paciente.
7. En relación a la papelería: Que se insista en el llenado adecuado de la hoja de diagnósticos y comentarios

médicos así como que todas las hojas contenidas en toda historia clínica sean numeradas y rotuladas con los datos que en el margen superior se solicitan.

8. Que se hagan buenas evoluciones diarias, que contengan por lo menos los siguientes aspectos: descripción de los signos y síntomas, razonamiento de los hechos, consideraciones pronósticas, interpretación de resultados de laboratorio e interpretación del plan terapéutico.
9. Que al momento del egreso del paciente se haga una evaluación y una nota de egreso en la que se incluya lo siguiente: El diagnóstico definitivo o los diagnósticos definitivos, colocados en orden de importancia; un buen resumen de defunción, según sea el caso; un resumen de el tratamiento dado en el servicio; considerar cual va a ser el pronóstico; que se le den las indicaciones adecuadas según el caso; si va a continuar su tratamiento en la consulta externa que se den indicaciones al médico de la misma para facilitar y orientar la reconsulta.
10. Que la hoja de salida y la hoja de estadística, sean llenadas clara, ordenada y completamente; que los diagnósticos se pongan en orden de importancia, que no se utilicen abreviaturas y que se escriba con letra de molde.
11. Que la supervisión por parte de los jefes de servicio sea mejorada, lo cual es posible teniendo médicos de tiempo completo o por lo menos de 4 hs. Ya que en la actualidad en 2 hs. tienen que supervisar, hacer docencia, investigar, y el trabajo asistencial del servicio que les corresponde.
12. Que se hagan los estudios pertinentes para luego crear en primer lugar —el comité de tejidos— y en segundo lugar —el comité de infecciones—, para mejorar con ello la calidad del trabajo quirúrgico.
13. Que la Facultad de Ciencias Médicas haga una supervisión más efectiva y continuada, con relación al trabajo desarrollado por los estudiantes.

incompleta, o deficiente y **cero puntos** si no se efectuó ninguna valoración. Si no era necesario anotar el dato la calificación será de **dos puntos**.

### TABLA DE AUDITORIA MEDICA.

A continuación se presentan las diferentes formas utilizadas y los criterios para la obtención de los datos, así como las fuentes de localización de los mismos.

#### 1. Datos Generales:

Nombre, edad, sexo, asistencia a la escuela, lugar de nacimiento, residencia habitual-procedencia, se toman de la hoja de historia clínica, en su primera parte.

#### 2. Interrogatorio:

Los parámetros del 7 al 11 deben ser tomados de la historia clínica en su segunda parte.

#### 3. Historia:

Los parámetros del 12 al 14 deben tomarse de la historia clínica de ingreso.

#### 4. Examen físico de ingreso:

Los parámetros del 15 al 35 no requieren explicación para ser llenados debidamente y la fuente de donde tomarlos, lo que si amerita explicación es que debe de encontrarse en las partes del examen físico valorados todos los aspectos en los lugares del mismo que lo ameriten como lo es: Inspección, palpación, percusión y auscultación para ser considerados adecuados.

#### 5. Resumen de ingreso:

La impresión clínica es parte de la lista de problemas, sin embargo están separados porque tradicionalmente solo se anota la Impresión Clínica. El plan terapéutico de ingreso debe ser revisado en las Ordenes Médicas de Ingreso.

forma: cuando no hubo defunción y por lo tanto no fue necesario su resumen de defunción se dará un punteo de 2 puntos.

### SECCION SEGUNDA:

Nota: en las siguientes casillas donde dice Si o No, solo debe colocarse una X en el dato que corresponde.

- A. Tiempo de evolución del paciente a partir de su ingreso hasta ser visto por los siguientes profesionales. No requiere explicación.
- B. El paciente fue evaluado Sábado y/o Domingo por los siguientes profesionales; colocar si o no en las casillas correspondientes.
- C. Fue anotada la Impresión Clínica en la Hoja de Diagnósticos y Comentarios Médicos. Anote una X en la casilla correspondiente.
- D. Tiempo transcurrido desde que se dio la orden de ingreso hasta que ingresó el paciente al servicio. Anote en la casillas horas transcurridas desde que se ordenó el ingreso hasta la primera hora anotada en la hoja de enfermería o sea la nota de recibido del paciente.
- E. ¿Fue evaluado el paciente por servicio social?  
¿Se ayudó en algo a resolver algún problema familiar?  
Se busca este informe en las mismas evoluciones, en notas de enfermería o ficha social y se coloca una X en el lugar correspondiente.
- F. Cumplimiento de órdenes médicas. Cuando no esté indicado uno de los parámetros colocar una X en la casilla de no indicados.
- G. Anotación de causas de incumplimiento de algunas órdenes médicas. No requiere explicación.
- H. Tiempo transcurrido desde la orden médica hasta el cumplimiento y/o ser recibido el informe en el servicio.

11. ————. Presentación de datos estadísticos. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1972. 7p. (Mimeografiado).
12. González M., Fernando. La calidad de los servicios médicos dentro de los regímenes de seguridad social. Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguridad Social, Enero-Marzo 1967. pp11-14. (Mimeografiado).
13. Instituto Mexicano de Seguridad Social. Evaluación específica de la atención médica a partir de los hallazgos de autopsia. s.n.t. 7p. (Mimeografiado).
14. ————. Evaluación específica sobre el envío de pacientes entre las unidades de la región sur del valle de México: evaluaciones de la forma 4-30-8., programa en desarrollo. s.n.t. 5p. (Mimeografiado).
15. ————. Instrucciones de evaluación médica. México, s.e. 1972. p67. (Mimeografiado).
16. Pérez A., Juan J. Evaluación médica. México, Jornadas médicas regionales del I.M.S.S. de Veracruz, Veracruz, julio 17-19, 1974. s.n.t. 20p.
17. Puerto Rico, Universidad. Administración de servicios médicos, curso PMPH 527. San Juan Puerto Rico, Escuela de Salud Pública, 1968. 3p. (Mimeografiado).
18. Sánchez L., J. Rómulo. Administración en salud pública, evaluación. s.n.t. 3p. (Mimeografiado).
19. ————. La verdad acerca de la auditoría médica. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1975. 5p. (Mimeografiado).
20. Sinay S., Naum. Estadística y auditoría. s.l., Servicio de medicina Prof. Dr.: Renato Gasmuri, Hospital Salvador, s.f., s.p. (Mimeografiado).

21. Sinay S., Naum. Informe estadístico auditoría médica. s.l., Servicio de medicina Prof. Dr.: Renato Gasmuri, Hospital Salvador, s.f., s.p. (Mimeografiado).
22. Swarrop, Satya. Estadística sanitaria. Trad. por Ana María Flores. México, Fondo de cultura económica, 1964. pp290-312.
23. The Medical Auditory. Hospital progress, 46 (1): 1-30, January 1965.

Vo. Bo.

Aura E. Singer  
Bibliotecaria

### TABLA DE AUDITORIA MEDICA

Departamento de: CIRUGIA.	Sala	Fecha
Historia Clínica No.		

	No Necesario	Omitido	Tardío	Insufic.	Excesivo	No Valorado	Inadecuado	Calificación
<b>DATOS GENERALES</b>								
1. Nombre								
2. Edad								
3. Sexo								
4. Asistencia a la escuela								
5. Lugar de nacimiento								
6. Residencia habitual – Procedencia								
<b>INTERROGATORIO</b>								
7. Antecedentes familiares								
8. Antecedentes personales no patológ.								
9. Antecedentes personales patológicos								
10. Aparatos y sistemas								
11. Terapéutica y exámenes previos								
<b>HISTORIA</b>								
12. Cronología del padecimiento actual								
13. Característica de signos y síntomas								
14. Motivo de consulta								
<b>EXAMEN DE INGRESO</b>								
15. Inspección General								
16. Estado Nutricional								
17. Estatura – Talla								
18. Peso								
19. Temperatura								
20. Respiraciones								
21. Respiración Arterial								
22. Pulso								
23. Cabeza								
24. Fondo de Ojo								



A.

TIEMPO DE EVALUACION DEL PACIENTE A PARTIR DE SU INGRESO HASTA SER VISTO POR LOS SIGUIENTES PROFESIONALES	HORAS:
1. Por el Jefe de Servicio	
2. Por el Residente del Servicio	
3. Por el Interno del Servicio	
4. Por el Externo del Servicio	

B.

EL PACIENTE FUE EVALUADO SABADO y/o DOMINGO POR LOS SIGUIENTES PROFESIONALES	SI	NO
1. Por el Jefe de Servicio		
2. Por el Residente		
3. Por el Interno		
4. Por el Externo		

C.

FUE ANOTADA LA IC EN LA HOJA DE DIAGNOSTICOS Y COMENTARIOS MEDICOS DE EVOLUCION	SI	NO
1. Por el Jefe de Servicio		
2. Por el Residente de Servicio		
3. Por el Interno de Servicio		
4. Por el Externo del Servicio		

D.

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE QUE SE DIO LA ORDEN DE INGRESO HASTA QUE INGRESO EL PACIENTE AL SERVICIO	HORAS

E.

FUE EVALUADO EL PACIENTE POR SERVICIO SOCIAL	
1. SI	2. NO
SE AYUDO EN ALGO A RESOLVER ALGUN PROBLEMA FAMILIAR	
1. SI	2. NO

F.

CUMPLIMIENTO DE ORDENES MEDICAS			
	SI	NO	NO INDICADO
1. Laboratorio			
2. Rayos X			
3. Patología			
4. E.C.G.			
5. Interconsultas			
6. Medicamentos			
7. Pre-operatorio			

G.

ANOTACION DE CAUSAS DE INCUMPLIMIENTO DE ALGUNAS ORDENES MEDICAS					
	Falta de Personal	Equipo	Material	no Anotado	Otros
1. Laboratorio					
2. Rx.					
3. Patología					
4. E.C.G.					
5. Interconsultas					
6. Medicamentos					
7. Pre-operatorio					

H.

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA ORDEN MEDICA HASTA EL CUMPLIMIENTO y/o SER RECIBIDO EL INFORME EN EL SERVICIO	
	TIEMPO (HORAS)
1. Laboratorio	
2. Rx.	
3. Patología	
4. E.C.G.	
5. Interconsultas	
6. Medicamentos	
7. Pre-operatorio	

I.

	MEDICAMENTOS EMPLEADOS	DURACION EN DIAS
1. Principales:		
2. Secundarios:		
3. OTROS:		

J.

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS	
1.	Principales:
2.	Secundarios:
3.	OTROS:

K.

PRINCIPALES COMPLICACIONES EN EL SERVICIO	
1.	
2.	

L.

RELACION ENTRE IMPRESION CLINICA Y DIAGNOSTICO DEFINITIVO			
1.	SI	2.	NO

M.

CONDICION DE EGRESO			
1.	VIVO	2.	MUERTO

N.

EGRESO HOSPITALARIO		
CUMPLIDO A SU TIEMPO	1. SI	2. NO
CAUSAS DEL INCUMPLIMIENTO:		
FALTA DE PERSONAL QUE DIERA EL EGRESO	No lo llegaron a traer	Se agravo
TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA INDICACION DE EGRESO Y SU CUMPLIMIENTO EN HORAS		

Ñ.

NOTAS DE ENFERMERIA	SI	NO
1. Anotó condición general del paciente		
2. Anotó cuidados de higiene prestados		
3. Anotó observaciones hechas		
4. Anotó fecha, hora y firma		

O.

CONTROL DE MEDICAMENTOS		
	SI	NO
1. Anotó fecha de inicio del medicamento		
2. Anotó nombre del medicamento		
3. Anotó dosis - vía - hora		
4. Anotó firma cada vez que lo administra		

P.

CONTROL DE INGESTA Y EXCRETA		
	SI	NO
1. Anotar soluciones en fecha y hora de inicio y final		
2. Pasar las soluciones en el tiempo ordenado		
3. Se anota la excreta en cantidad		

Q.

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	
Tipo de procedimientos (anótelos):	

R.

EXAMENES - EFECTUADOS		
TIPO DE EXAMENES	JUSTIFICACION	
	SI	NO
Hemoglobina		
Hematócrito		
Recuento y Hemograma		
V.D.R.L.		
Rh y grupo sanguíneo		
Orina		
Heces		
Rx y Tórax		
Otros (especifique)		

	SI	NO
S. RE - INGRESO:		
T. MISMA CAUSA:		
U. RECORD OPERATORIO:		

## NORMAS DE ESTANDARIZACION DE LA TABLA DE AUDITORIA MEDICA\*

### INTRODUCCION:

Siendo la auditoría médica una herramienta útil para conocer la forma en que se atiende a los pacientes y un instrumento de gran valor para mejorarla, el instrumento a usar debe ser llenado en forma clara y firme, con letra de molde. Esté seguro de lo que va a anotar para evitar errores.

### SISTEMA DE CALIFICACION

Se encuentra cada hoja dividida en varias casillas, las cuales después de analizar cada parámetro deben de interpretarse de la siguiente forma:

- a. **NO NECESARIO:** Cuando no era necesario que el parámetro que se está analizando apareciera anotado.
- b. **OMITIDO:** Cuando en la papeleta no aparece el dato buscado.
- c. **TARDIO:** Cuando el dato que se busca lo han colocado tardíamente en la papeleta.
- d. **INSUFICIENTE:** Cuando los datos buscados aparecen en forma insuficiente.
- e. **EXCESIVO:** Si los datos buscados aparecen en mayor cantidad de lo requerido.
- f. **NO VALORADO:** Cuando no se tomó en cuenta dicho dato.
- g. **INADECUADO:** Cuando el dato se tomó en forma inadecuada o equivocada.
- h. **CALIFICACION:** A cada numeral se le dará una calificación de **dos puntos** si la valoración es adecuada, la de **un punto** si se efectuó una valoración en forma parcial,

incompleta, o deficiente y **cero puntos** si no se efectuó ninguna valoración. Si no era necesario anotar el dato la calificación será de **dos puntos**.

### TABLA DE AUDITORIA MEDICA.

A continuación se presentan las diferentes formas utilizadas y los criterios para la obtención de los datos, así como las fuentes de localización de los mismos.

#### 1. Datos Generales:

Nombre, edad, sexo, asistencia a la escuela, lugar de nacimiento, residencia habitual-procedencia, se toman de la hoja de historia clínica, en su primera parte.

#### 2. Interrogatorio:

Los parámetros del 7 al 11 deben ser tomados de la historia clínica en su segunda parte.

#### 3. Historia:

Los parámetros del 12 al 14 deben tomarse de la historia clínica de ingreso.

#### 4. Examen físico de ingreso:

Los parámetros del 15 al 35 no requieren explicación para ser llenados debidamente y la fuente de donde tomarlos, lo que si amerita explicación es que debe de encontrarse en las partes del examen físico valorados todos los aspectos en los lugares del mismo que lo ameriten como lo es: Inspección, palpación, percusión y auscultación para ser considerados adecuados.

#### 5. Resumen de ingreso:

La impresión clínica es parte de la lista de problemas, sin embargo están separados porque tradicionalmente solo se anota la Impresión Clínica. El plan terapéutico de ingreso debe ser revisado en las Ordenes Médicas de Ingreso.

## 6. Evoluciones clínicas:

Los parámetros del 39 al 47 pueden ser llenados sin explicación excepto el número 42 que se refiere a fecha, hora y nombre del médico (clave) se encuentran al inicio de la evolución margen izquierdo y la firma al final de la misma.

## 7. Auxiliares diagnósticos:

Se refiere a que si hubo orden médica, se hizo y si se recibió el informe respectivo el cual se encontrará colocado en el lugar que le corresponde en el ordenamiento de la Historia clínica.

## 8. Terapéutica médica:

Los parámetros del 51 al 53 sin explicación. El número 54 se refiere a que si en la indicación se anotó el período durante el cual deberá ser administrado.

## 9. Dieta:

Sin explicación.

## 10. Presentación de la Historia Clínica:

Para el ordenamiento de formas impresas debe seguirse las normas del departamento (ver al final).

## 11. Hospitalización:

**Indicación:** Se refiere a que si era o no necesaria su hospitalización.

**Duración:** Se refiere a los días de estancia del paciente en el hospital y puede ser tomado de la hoja de temperatura con mejor exactitud.

## 12. Resumen de egreso o defunción:

Los parámetros del 62 al 68 no requieren explicación, excepto el número 63 el cual debe ser llenado de la siguiente

forma: cuando no hubo defunción y por lo tanto no fue necesario su resumen de defunción se dará un puntaje de 2 puntos.

## SECCION SEGUNDA:

**Nota:** en las siguientes casillas donde dice Si o No, solo debe colocarse una X en el dato que corresponde.

- A. Tiempo de evolución del paciente a partir de su ingreso hasta ser visto por los siguientes profesionales. No requiere explicación.
- B. El paciente fue evaluado Sábado y/o Domingo por los siguientes profesionales; colocar si o no en las casillas correspondientes.
- C. Fue anotada la Impresión Clínica en la Hoja de Diagnósticos y Comentarios Médicos. Anote una X en la casilla correspondiente.
- D. Tiempo transcurrido desde que se dio la orden de ingreso hasta que ingresó el paciente al servicio. Anote en la casillas horas transcurridas desde que se ordenó el ingreso hasta la primera hora anotada en la hoja de enfermería o sea la nota de recibido del paciente.
- E. ¿Fue evaluado el paciente por servicio social?  
¿Se ayudó en algo a resolver algún problema familiar?  
Se busca este informe en las mismas evoluciones, en notas de enfermería o ficha social y se coloca una X en el lugar correspondiente.
- F. Cumplimiento de órdenes médicas. Cuando no esté indicado uno de los parámetros colocar una X en la casilla de no indicados.
- G. Anotación de causas de incumplimiento de algunas órdenes médicas. No requiere explicación.
- H. Tiempo transcurrido desde la orden médica hasta el cumplimiento y/o ser recibido el informe en el servicio.

En el caso de que existan varias órdenes sobre cada parámetro debe sacarse un promedio de ellos. Cuando se refiere a exámenes de Laboratorio, debe sacarse de la misma hoja tomando fecha de solicitado y fecha de ser recibido el informe.

- I. Medicamentos empleados. El medicamento principal debe corresponder al principal problema, actuando para ayudar a la solución del mismo o a solucionar alguna complicación surgida en la estancia en el servicio. El secundario es el medicamento que contribuye a mejorar el estado general del paciente, sin interferir con el primario. Otros se refieren a medicamentos utilizados para otra patología que no fué la del motivo de consulta.
- J. Diagnósticos definitivos. Diagnóstico principal es aquel por el cual se ingresó al paciente o el que puso en mayor peligro la vida del mismo. Deben colocarse en el orden de importancia que los mismos tienen.
- K. Principales complicaciones en el servicio. Se refiere a complicaciones que aparecieron cuando el paciente se encontraba en el servicio.
- L. Relación entre Impresión Clínica y Diagnóstico Definitivo. No requiere explicación.
- M. Condiciones de egreso. No requiere explicación.
- N. Egreso hospitalario. Debe colocarse una X en la casilla correspondiente.
- Ñ. Notas de enfermería. No requiere explicación.
- O. Control de medicamentos. No requiere explicación.
- P. Control de Ingesta y excreta. No requiere explicación.
- Q. Procedimientos quirúrgicos. Se anota el nombre de la operación efectuada.
- R. Exámenes efectuados. Anótese con una X si fueron o no efectuados.

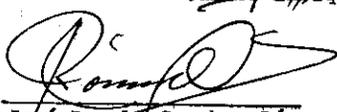
- S. Reingreso. No tiene explicación.
- T. Misma causa. No requiere explicación.
- U. Record operatorio. Determinar la presencia y calidad del mismo.

\*Nota: Para la creación de estas normas se ha tomado como base las normas presentadas por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos. Fase III.

BR.

~~Carlos Enrique Salazar Paredes.~~

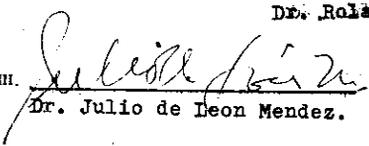
ASESOR:

  
Dr. José Romaldo Sánchez López.

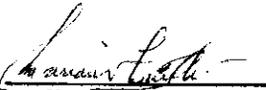
REVISOR.

  
Dr. Rolando Augusto Imeri Lorenzana.

DIRECTOR DE FASE III.

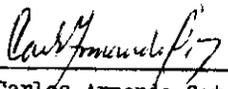
  
Dr. Julio de Leon Mendez.

SECRETARIO GENERAL.

  
Dr. Mariano A. Guerrero Rojas.

Vo. Bo.

DECANO.

  
Dr. Carlos Armando Soto G.