

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central shield with a crown on top, flanked by two figures. The shield is surrounded by a circular border containing the text "UNIVERSITAS SAN CAROLUS" at the top and "GUATEMALENSIS INTER" at the bottom. The seal is rendered in a halftone or dithered style.

ANALISIS DEL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO EN  
LAPAROTOMIA EXPLORADORA EN EL HOSPITAL  
NACIONAL DE ANTIGUA "PEDRO DE BETHANCOURT"

CARLOS ENRIQUE GIRON ALONZO

GUATEMALA, AGOSTO DE 1977

## PLAN DE TESIS

- I) INTRODUCCION
- II) OBJETIVOS
- III) MATERIAL Y METODOS
- IV) ANALISIS Y COMENTARIOS
- V) CONCLUSIONES
- VI) RECOMENDACIONES
- VII) BIBLIOGRAFIA

La elaboración de la presente tesis, surgió como una inquietud de la experiencia que me tocó vivir durante la práctica hospitalaria realizada en el Hospital de Antigua "PEDRO DE BETHAN COURT". En los servicios de cirugía así como durante los turnos en la sala de emergencia.

Los errores diagnósticos en pacientes operados de abdomen agudo que se someten a intervención quirúrgica como la laparotomía exploradora y poder determinar las causas o factores que lleven al error diagnóstico a través de la ficha de ingreso y su seguimiento en el servicio interno.

Se tomaron al azar 16 expedientes clínicos de 37 casos que se reportaron sobre la "Laparotomía exploradora" durante un año, comprendido de Abril del 76 - Abril 77.

De éstos 16 casos se encontraron 2 expedientes clínicos sin la Ficha de ingreso (historia clínica), por lo cual se trabajó sobre 14 casos.

Además de los 37 expedientes clínicos se encontraron varios de éstos que no correspondían a casos quirúrgicos, y otros que no aparecieron en el archivo.

Con este trabajo se pretende que mejoren la elaboración de la ficha o historia clínica, adecuada a las necesidades y que lleve registros básicos y que cumpla con los objetivos y poder prestar una mejor atención a los pacientes que concurren al hospital en demanda de asistencia médica y con fines de investigación y evaluación de los casos posteriormente, y así disminuir la incidencia de error diagnóstico.

## MATERIAL Y METODOS

Para la elaboración de este trabajo se revisaron 37 expedientes clínicos sobre intervenciones quirúrgicas por laparotomía exploradora, durante un año (Abril 76 - Abril 77). En el Hospital Nacional PEDRO DE BETHANCOURT. De la Antigua Guatemala.

Estos 37 casos fueron de cirugía pediátrica y de adultos, de los cuales únicamente se sometieron a estudio 14 casos.

Para la realización del presente trabajo se analizó cada expediente a través de una ficha elaborada por la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

## ANALISIS Y COMENTARIOS

- 1.- NOMBRE DEL PACIENTE:  
El nombre del paciente aparece anotado en la historia clínica en el 100.00% de los casos.
  - 1.2) COINCIDE EL NOMBRE DE LA HISTORIA CLINICA CON EL ANOTADO EN LA HOJA DE REGISTRO.  
64.28% (9 casos), los nombres y apellidos de pacientes indígenas se prestan a confusión por la pronunciación o interpretación del que recibe los datos, o los nombres son dados por personas ajenas al paciente.
  - 1.3) EDAD:  
En seis historias clínicas (42.85%), está anotada la edad, lo que en nuestra casuística es evidente que este dato es necesario para un buen manejo de el paciente, de acuerdo a éste parámetro.
  - 1.4) LUGAR DE NACIMIENTO: (Residencia actual).  
No se incluye éste parámetro en la historia clínica, el cual es importante para analizar zonas endémicas, tal como aparecen los; 1.5 y 1.6 la residencia actual y la dirección dada al Hospital, no se puede evaluar por no haber un patrón de comparación en la historia clínica.  
Acatenango zona endémica de Oncocercosis.
- 2.- ANTECEDENTES:
    - 2.1) ANTECEDENTES FAMILIARES:  
De suma importancia en una historia clínica, no aparecen en ninguna ficha clínica.
    - 2.2) PERSONALES NO PATOLOGICOS:  
No se anotaron en el 92.8% que corresponde a 13 historias.

del total. Aparece en una historia de manera insuficiente, éste parámetro se le da poca importancia para los objetivos de éste estudio, correspondiente a un 7.14%.

### 2.3) PERSONALES PATOLOGICOS:

Los cuales no se anotaron en 12 casos (85.71%), y 2 únicos casos anotados de manera incompleta, no obstante que es un dato útil para detectar procesos que pudieran tener origen o relación con procesos morbosos anteriores. (2 casos corresponden a 14.30%).

3.- Encontramos 10 casos con anotación en la historia clínica en forma incompleta lo cual hacen un 72.1%, del total de casos.

Dos casos (14.28%), no se anotó absolutamente ningún dato. En los 2 casos (14.28%), con sus datos completos lo cual indica poca preocupación del que elabora la historia clínica en relacionar la enfermedad actual con el funcionamiento global del organismo.

### 4.- HISTORIA:

#### 4.1) PACIENTE LLEGO: SOLO            ACOMPAÑADO           .

No completada en la historia clínica, ya que ésta información se anota en el libro de registro de ingresos de pacientes en la emergencia anotando el nombre del acompañante y la procedencia del mismo.

Por lo cual no tiene validez por los fines de éste estudio o investigación.

4.2) Se encuentra bien definido en 7 casos lo que corresponde a el 50.00% no completo en 5 casos 38.71%, y confuso

en 2 casos 14.28%. Este último es difícil de analizar, por que la letra es ilegible o bien no definen con claridad el motivo concreto principal de la consulta.

#### 4.3) PRECISION EN FECHA DEL INICIO DE LA ENFERMEDAD:

Se precisó el inicio de la enfermedad en 9 casos 64.30%, y en los restantes 5 casos 35.70%, es confuso, definiendo claramente la fecha del inicio de la sintomatología, posiblemente sucede: Que el paciente no recuerda la fecha del inicio de la enfermedad con claridad o pasaron desapercibidos los síntomas o la cronocidad de las molestias, principalmente en zonas endémicas, lo cual hace difícil definir el inicio de la misma.

#### 4.4) SINTOMAS:

Bien definidos: SI            NO           .

No se define bien la sintomatología en 9 casos (64.28%), Apareciendo anotado en 5 casos (35.71%), por las siguientes: Mala anotación de la referencia del paciente, que el paciente no definió sus síntomas con claridad, lo cual puede obedecer a falta de comunicación adecuada por barreras lingüísticas.

#### 4.5) SIGNOS:

Bien definidos: SI            NO           .

De éste parámetro se inscribieron los signos de manera clara y definida en 4 casos (28.57%), en los restantes 10 casos (71.42%), los signos no son anotados con claridad. Es evidente que este gran porcentaje de errores correspondan al médico tratante, ya sea por omisión al anotarlos o que no se verificó un examen físico completo, sólo se puso atención en el problema por el cual se consultaba y/o bien al poco tiempo dedicado al paciente por la afluencia numerosa de los mismos, o porque los médicos practicantes no

han recibido una formación académica satisfactoria en la facultad de medicina sin una supervisión adecuada y periódica, así como la mala comunicación docente de la facultad formadora de profesionales de la medicina y el Hospital que no elabora programas docentes ni supervisa el trabajo de los estudiantes.

#### 4.6) CONCIDEN CON EL DIAGNOSTICO DE INGRESOS:

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_.

En 10 de los casos (71.42%), coinciden los signos y síntomas anotados con el diagnóstico de ingreso.

En 4 de los casos (28.57%), no existía relación entre la semiología y el diagnóstico, el cual puede deberse a lo siguiente: Que no se anotaron los signos y síntomas, que algunos pacientes tenían más de un diagnóstico, que el diagnóstico se confirmaba por medio de exámenes complementarios o si el diagnóstico definitivo era quirúrgico.

#### 5.- EXAMEN FISICO DE INGRESOS:

- 5.1) 5 historias clínicas (35.71%), se anotó al respecto general del paciente a su ingreso, el resto 9 casos (64.28%), no se consideró, por no aparecer ningún dato al respecto, lo que evidencia falta de registro de un dato esencial, importante e imprescindible para el manejo del paciente. Pudiendo clarificar la poca preocupación del médico al no anotar éste dato, por exceso de trabajo, o que no haya percibido el estado general del paciente, lo cual indica mala práctica de la medicina por considerarse que es la base de la misma, el examen físico del paciente para un buen diagnóstico y manejo del mismo.

#### 5.2) ESTATURA:

Este dato no aparece anotado en la historia clínica, valioso para en el manejo del paciente, ya que el mismo determina parámetros de estatura propios de nuestro medio y además para valorar el grado de crecimiento y desarrollo del paciente, y el manejo terapéutico del mismo.

#### 5.3) CIRCUNFERENCIA CEFALICA:

Dato no anotado en ningún registro médico revisado de pacientes, principalmente en niños, aunque en el presente estudio el 90% de los casos son adultos.

#### 5.4) TEMPERATURA AL INGRESO:

Se encontró anotado en el 11 de las historias clínicas ... (78.57%) anotado, en la mayoría de los casos sirve de ayuda para el diagnóstico y el manejo del paciente o en casos de emergencia a tiempo corto.

#### 5.5) RESPIRACIONES POR MINUTO:

Anotado en 5 de los casos (35.71%), mientras que en los 9 casos restantes (64.28%), no fue anotado. Aunque en la historia clínica haya para éste signo vital un espacio especial, principalmente cuando va asociado a problemas pulmonares o séptico que altera el metabolismo del organismo.

#### 5.6) PULSO:

En 6 de los casos (42.85%), se encontró anotado éste dato, en los restantes 8 casos (57.74%), éste dato no está registrado lo que evidencia poca preocupación para anotarlo, que éste siendo un signo importante para el manejo de el paciente en caso de insuficiencia cardíaca.

#### 5.7) PRESION ARTERIAL:

Al igual que el anterior éste parámetro no se encontró un alto porcentaje de pacientes, 5 casos (35.22%), en los 9 casos restantes (64.28%), éste se encontró anotado éste sig no vital.

De estos 5 casos hay 2 niños a los cuales no se les pudo tomar éste signo (Por falta de equipo adecuado), otros 2 casos corresponden a adultos jóvenes de 17 y 24 años respectivamente, que probablemente no se consideró importante éste dato, y en el último caso de un anciano que es imprescindible la toma de la presión arterial y anotación de la misma.

#### 5.8) CABEZA:

Se registró éste dato en 6 casos (42.65%), no así en 8 casos (57.14%), generalmente se evalúa si la lesión primaria reside en ella o bien como en ciertos casos éste dato no se anotó por falta de tiempo.

#### 5.9) FONDO DE OJO:

En un alto porcentaje de los casos 92.85% (13 casos), no se describe si se efectuó el examen o lo consideraron sin importancia en la patología del paciente. En el único caso anotado no hay descripción detallada de los hallazgos al realizar éste examen.

#### 5.10) OIDOS, NARIZ Y GARGANTA:

En 6 de los casos aparece éste dato (42.85%), y en 8 casos restantes (57.14%), no se tomó en consideración, en los casos anotados únicamente aparece un cheque "NEG".

#### 5.11) BUCODENTAL:

Este parámetro en que la mitad de los casos (50.00%), no se encontró dato alguno y en ellos los casos restantes se a-

notó un cheque negativo. Resulta difícil determinar la validez del examen, si se realizó o simplemente se chequeó el parámetro o consideraron innecesario hacer anotación.

#### 5.12) CUELLO:

Este parámetro en un 50.00% no se anotó ningún dato al respecto pero posiblemente por considerarlo innecesario en relación con la sintomatología del paciente.

#### 5.13) TORAX:

Este parámetro fue anotado únicamente en dos casos (14.28%), en los 12 casos restantes (85.71%), no se anotó el estado del sistema respiratorio corresponden a pacientes adultos en los cuales es importante evaluar éste aspecto por someterse a intervención quirúrgica, con lo cual se contribuye a disminuir la morbilidad pre-operatoria y las complicaciones post-operatorias.

#### 5.14) ABDOMEN:

En 9 casos (64.28%), se efectuó una evaluación adecuada al abdomen para verificar un procedimiento adecuado de acuerdo a los hallazgos. Los restantes 5 pacientes (35.71%), se anotó el examen ésta región o la misma no fue anotada cuidadosamente por alguna circunstancia, ya que siendo éste el registro más importante, esperaríamos encontrar un 100.00% de las anotaciones de éste parámetro, objeto de procedimiento quirúrgico y motivo del presente estudio.

#### 5.15) REGION PERINEAL:

En ningún caso se realizó éste examen, el cual aporta varios datos del paciente con éste tipo de patología.

#### 5.16) REGION INGUINAL:

En éste parámetro no se realizó o no se anotó el examen de

esta región en 11 pacientes (78.57%), considerando la importancia de este examen de ésta área, en éste tipo de pacientes que presentan problemas abdominales que pueden determinar el origen del problema. Tan sólo en 3 casos (21.42%), se realizó este examen y/o se anotó.

#### 5.17) MUSCULO ESQUELETICO:

Evaluated en 3 casos (21.42%), y en un elevado % de 78.57 %, no fue evaluado, siendo éste factor importante para de terminar el estado nutricional y el desarrollo del paciente principalmente si el mismo es quirúrgico.

#### 5.18) NEUROLOGICO:

Aspecto de mucha importancia, más en pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente y en quienes debe valorar se una respuesta de tipo nerviosa, no se evaluó y anotó en el 100.00% de los casos.

Aunque éste parámetro no se encuentra en forma aislada en la historia clínica.

#### 5.19) PIEL Y FANERAS:

En un alto porcentaje de pacientes éste aspecto no se evaluó y/o no se anotó lo cual corresponde a 78.57%, (11 casos), únicamente se registró éste dato en 3 pacientes (21.42%).

#### 5.20) ESTADO NUTRICIONAL:

En un solo caso se registró la evaluación de éste parámetro (7.14%), al ingreso del paciente, el cual tiene incidencia sobre el pronóstico del tratamiento tanto médico como quirúrgico.

El mismo no se anotó en 13 casos (92.85%), ni posteriormente ya que no determinan las características ni grado de desnutrición, para dar una buena preparación y disminuir el riesgo de mortalidad.

#### 6.- RESUMEN DE INGRESO

Este parámetro no puede ser evaluado, puesto que en ninguna Historia o ficha clínica se encontró anotado.

#### 7.- EVOLUCIONES CLINICAS:

7.1) En el 100% de los casos no existe evolución clínica diaria del paciente, solamente aparecen evoluciones esporádicas, las cuales no determinan si el proceso morboso del paciente se exacerbó; casi siempre fue el residente el llamado de emergencia para evaluar al paciente, cuando enfermería no ta alteraciones en el problema del mismo.

#### 7.2) ANOTACIONES ESPORADICAS:

Únicamente se encontró que un 42.85% (6 casos), de las evoluciones clínicas, las cuales podemos clasificarlas en:

Concretas: en éste parámetro encontramos 4 casos los cuales representan 66.66% del total de casos.

Impresias: Encontramos en 2 casos, que corresponden 33.33% lo que revela que a veces se anota un elevado porcentaje de emergencia.

#### 7.3) FECHA Y HORA DE LA EVOLUCION:

En el total de casos analizados encontramos que el 100% de los casos no se anotó la hora de la evolución, únicamente la fecha de la misma.

Dato sumamente importante, tanto para la administración de medicamentos como para evaluar la evolución clínica del paciente.

#### 7.4) NOMBRE Y CATEGORIA DE QUIEN EVALUA AL PACIENTE:

Únicamente en 2 casos se encontró anotado el nombre del

médico que evaluó al paciente, así como la categoría del mismo que equivalen a 33.33%.

Los 4 casos restantes no se anotó en la mayoría de veces la categoría de quien realizó la evolución, y en otro caso lo único que aparece es el nombre de quien realizó la evolución. Además en algunas evoluciones aparece únicamente la firma del médico o clave del mismo, muchas de las firmas son ilegibles.

#### 7.5) NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN DA ORDENES MEDICAS:

De los 14 casos sometidos al estudio el 71.42% lo que equivale a 10 casos, se encontró anotada la firma y el nombre del médico tratante, en los restantes casos pudimos observar que únicamente aparece la firma no así el nombre del médico.

#### 7.6) NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ANOTA LA EVOLUCION:

Se encuentra registrado en 6 casos y en los restantes 8 casos no aparece ninguna evolución clínica.

En 5 casos se encontró la firma y el nombre de quien anotó la evolución (83.33%).

En 1 caso restante (16.66%), se encontró únicamente la firma no así el nombre.

Es notorio que se ha puesto poca precaución en definir claramente el nombre y cargo de la persona que ejecuta la nota de evolución, lo que dificulta muchas veces el manejo del paciente por determinado médico.

#### 7.7) INTERPRETACION DE RESULTADOS DE EXAMENES DE LABORATORIO:

En 12 fichas clínicas (85.71%), no aparece ninguna interpretación de los datos de laboratorio, únicamente en 2 casos, (14.28%), se hace mención de los resultados de laboratorio; lo cual es importante para tomar decisiones en ca

sos de urgencia.

Es frecuente en los hospitales éste fenómeno, el médico ordena los exámenes de laboratorio, no los evalúa ni anota en la evolución en relación a la patología a estudiar.

#### 7.8) INTERPRETACION DE RESULTADOS DE RAYOS X:

13 de los pacientes (92.85%), no hay anotada ninguna interpretación de rayos "X" lo cual puede deberse a que aunque interpreten las radiografías, por el médico tratante no se haga ninguna anotación al respecto o bien que muchos de los pacientes no se les haya ordenado Rayos "X", y el poco conocimiento de los estudiantes (externos e internos) en la interpretación de los estudios radiológicos.

#### 7.9) HAY RESUMENES PERIODICOS:

En 13 casos (92.85%), no se encontró ningún resumen del caso del paciente y mucho menos resúmenes periódicos, únicamente un caso de estos se encontró anotado un resumen de caso y de órdenes.

#### 8.- AUXILIARES DIAGNOSTICOS:

##### 8.1) EXAMENES DE LABORATORIO:

Este parámetro para su estudio lo clasificamos en:

Exámenes necesarios, Excesivos, Insuficientes:

En nuestro medio y en éste tipo de pacientes especialmente, los exámenes de laboratorio que se puedan efectuar, con los recursos de la institución, los cuales son insuficientes para llegar a un diagnóstico preciso. En el presente estudio encontramos que se efectuaron exámenes necesarios en dos casos (14.28%) exámenes excesivos no se consideró ningún caso, y en la mayor parte de pacientes los exámenes fueron insuficientes, lo que corresponden a 12 casos (85.71%).

## 8.2) LAS ORDENES DE RAYOS "X" SON:

A) Necesarios, B) Excesivas, C) Insuficientes.

En éste parámetro encontramos al analizar la importancia de éste factor, en ésta clase de pacientes, en que la mayor parte de los mismos están catalogados como emergencias quirúrgicas y de edad avanzada.

En dos casos (14.28%), fueron catalogados como necesarios en el manejo del paciente.

En ningún caso fue excesiva la evaluación de Rayos "X". En los restantes 12 casos se consideraron insuficientes en (85.71%), Ya que éste recurso determina un alto porcentaje de error diagnóstico en abdomen agudo por la parotomía exploradora.

En otros casos se debe a la falta de recurso humano que pueda laborar en las 24 horas diarias, principalmente cubriendo las emergencias.

## 8.3) LOS INFORMES SE RECIBEN OPORTUNAMENTE:

Encontramos que en 13 casos (92.85%), fueron recibidos oportunamente únicamente se encontró un caso, en el cual no se recibió oportunamente el resultado, posiblemente porque el paciente tenía tiempo de estar encamado y los rayos "X", fueron evaluados el día siguiente o porque no se pudo disponer de ellos por algún factor no relacionado con el manejo del médico o puramente de tipo administrativo.

## 9.- TERAPEUTICA MEDICA:

### 9.1) LOS MEDICAMENTOS SON INDICADOS OPORTUNAMENTE:

En 13 casos de pacientes (92.85%), los medicamentos fueron ordenados o indicados oportunamente, puesto que la ficha clínica, contiene órdenes médicas, así como una hoja

adicional, muchas veces se inicia la administración de medicamentos inmediatamente en emergencia o en la sala.

En un sólo caso no se ordenó oportunamente en la sala, el medicamento, quizá porque la primera impresión clínica no lo requería.

En el paciente encamado es difícil evaluar éste parámetro ya que la visita médica se realiza en días alternos.

### 9.2) TODOS TIENEN JUSTIFICACIONES PARA TRATAR LAS MANIFESTACIONES PATOLOGICAS DEL PACIENTE:

En 13 de los pacientes (92.85%), los medicamentos fueron ordenados adecuadamente para tratar las manifestaciones patológicas del paciente; un factor importante para ordenar los medicamentos es que los mismos se indican sin una justificación científica, sino por la impresión clínica del médico; otro factor es la falta de medicamentos específicos. Sin la comprobación por laboratorio de la efectividad del medicamento.

El único caso negativo (7.14%) que se encontró fue posible por falta de conocimiento de la terapéutica del caso o por equivocación del médico tratante.

### 9.3) LA POSOLOGIA SE AJUSTA A LAS CONDICIONES DEL PACIENTE:

Encontramos que el 100.00% de los casos, la posología ordenada del medicamento se ajustaba a las condiciones generales del paciente se hace notar que la mayoría de paciente ( casos ) estudiados son adultos.

### 9.4) LAS VIAS DE ADMINISTRACION SON LAS MAS ADECUADAS:

En el 100.00% de los casos, los medicamentos se administraron por la vía más adecuada, utilizando con más frecuencia la vía parenteral (IV, IM). por la urgencia del caso o

porque otra vía inaccesible, como en el caso de problemas abdominales.

9.5) SE APLICAN DE ACUERDO A LA FRECUENCIA ESTABLECIDA EN EL ORDEN:

En el 100.00% de los casos se encontró anotada, cumpliendo con la orden impartida por el médico tratante evidencia de este parámetro la preocupación por parte del personal de enfermería el cumplimiento en el manejo correcto paciente.

9.6) HAY COMENTARIO DEL MEDICO RESPECTO AL CUMPLIMIENTO DE LA TERAPEUTICA:

En ningún caso evaluado aparece comentario alguno del médico respecto al cumplimiento de la terapéutica y en relación con el parámetro anterior en cuanto a la frecuencia en el cumplimiento de la orden médica.

9.7) SE OMITEN OPORTUNAMENTE LOS MEDICAMENTOS:

Se tomó como indicador cuando un medicamento fue omitido oportunamente en la orden médica como en el control de medicamentos de enfermería. De lo anterior en el 100.00% de los casos no se omitieron los medicamentos oportunamente.

Se evaluó con base a la papelería de control de medicamentos de enfermería, donde aparece, el inicio de la administración de medicamentos, no así la omisión del mismo en algunos casos. Creo que este factor se debe a la gran cantidad de pacientes en el servicio y el poco recurso humano que labora en el mismo.

Otro factor importante es que las visitas médicas no se realizan diariamente, lo que contribuye a reforzar lo anteriormente expuesto.

10.- DIETA:

Este parámetro no se puede evaluar debido a que no se cuenta con bases para efectuar éste estudio.

11.- REPRESENTACION DEL EXPEDIENTE CLINICO:

11.1) LAS FORMAS IMPRESAS ESTAN ORDENADAS:

Este parámetro en el 100.00% de los casos, los expedientes clínicos, no se encontraron debidamente ordenados, lo que dificulta el estudio del mismo, puesto que el ordenamiento se presenta en forma no lógica ni precisa.

11.2) EL ORDENAMIENTO PERMITE HACER ESTE ESTUDIO:

En los 14 casos revisados sí se pudo realizar éste estudio, pese a que el ordenamiento del mismo no es normal o correcto.

11.3) ES LEGIBLE TODO EL DOCUMENTO:

En 6 de los casos (42.85%), no era legible completamente el documento, relacionados con los diferentes tipos de escritura lo cual dificulta lectura, en los restantes 9 casos (64.28%) era legible el expediente en su totalidad, por lo anterior vemos que una mayoría elevada de datos sí eran legibles y/o comprensibles.

12.- HOSPITALIZACION:

12.1) DADAS LAS CONDICIONES DEL PACIENTE ERA NECESARIA LA HOSPITALIZACION:

En el 100.00% de los casos era necesaria la hospitalización máximo éste estudio en donde todos los casos llegaron a resolverse quirúrgicamente y la mayoría de éstos de urgencia.

### 12.2) LA DURACION DE LA HOSPITALIZACION FUE:

La evaluación de éste parámetro es muy difícil de establecer, debido a que a) No se realiza una evaluación médica diaria; b) No hay ordenes médicas diarias. Sin embargo el período promedio de hospitalización por paciente fue de 14 días.

### 12.3) COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD:

Al igual que en el parámetro anterior no puede especificarse si hubo complicaciones y de que índole en el post-operatorio.

GRAFICO I

### ANALISIS GRAFICO DE LOS SIGNOS DE LA HISTORIA DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS

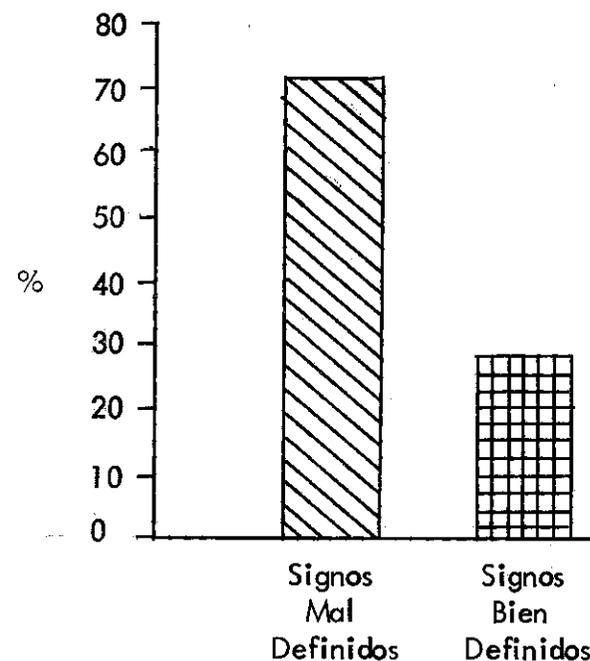


GRAFICO II

MOTIVO DE CONSULTA DEL PACIENTE A SU INGRESO

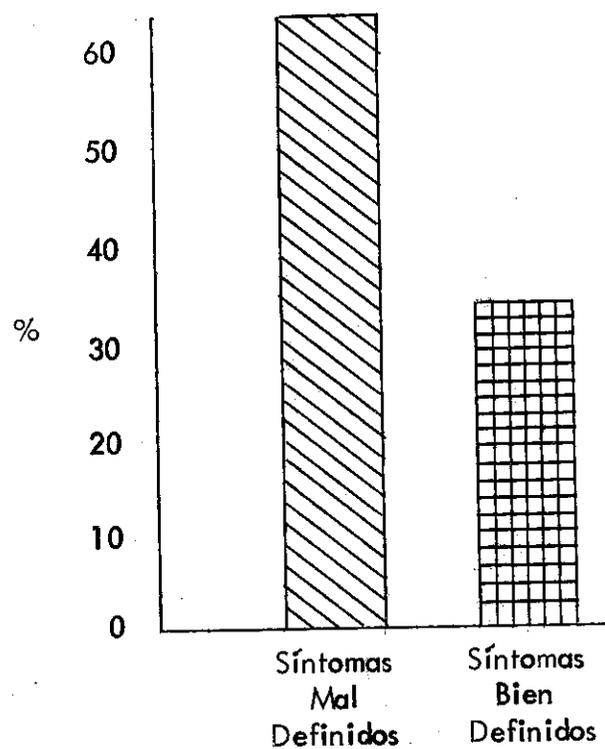


GRAFICO III

MOTIVO DE CONSULTA DEL PACIENTE A SU INGRESO EN RELACION A LA FORMA ANOTADA EN LA FICHA CLINICA

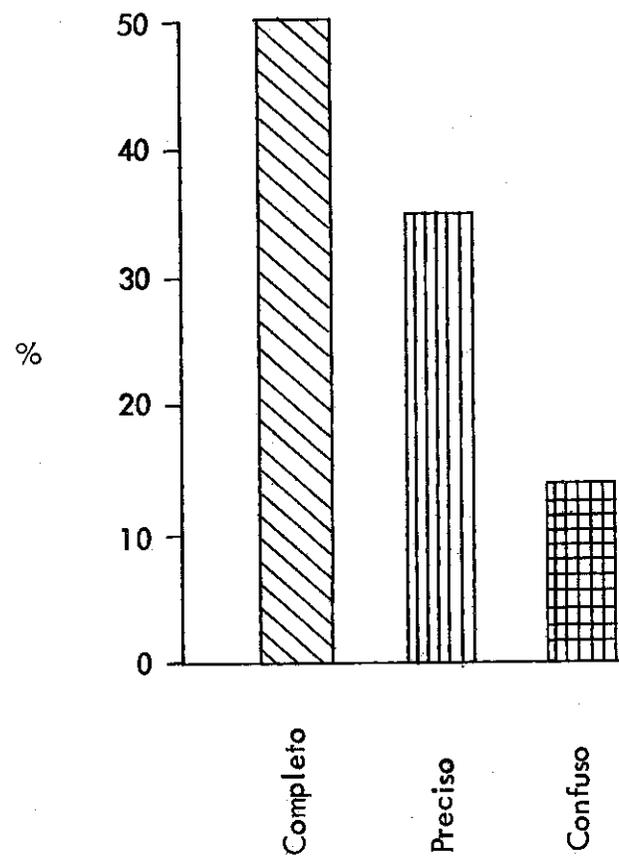


GRAFICO IV

SIGNOS Y SINTOMAS DE LA HISTORIA CLINICA  
DEL PACIENTE QUE COINCIDEN CON EL  
DIAGNOSTICO DE INGRESO

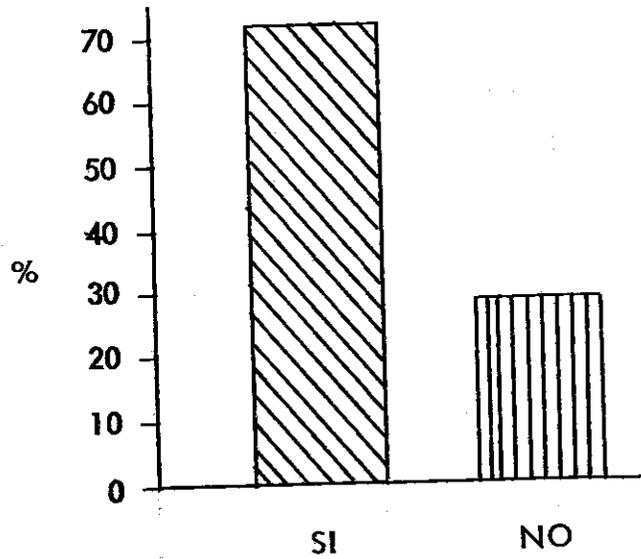


GRAFICO V

SIGNOS VITALES DEL PACIENTE A SU INGRESO

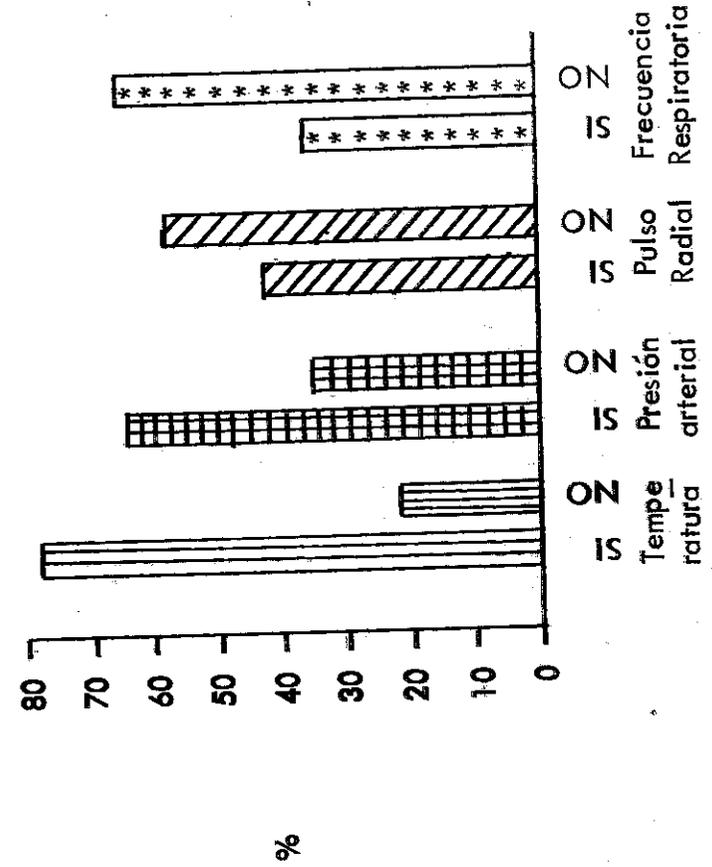


GRAFICO VI

EXAMEN FISICO

EVALUACION DEL EXAMEN FISICO DE ABDOMEN  
AL INGRESO DEL PACIENTE

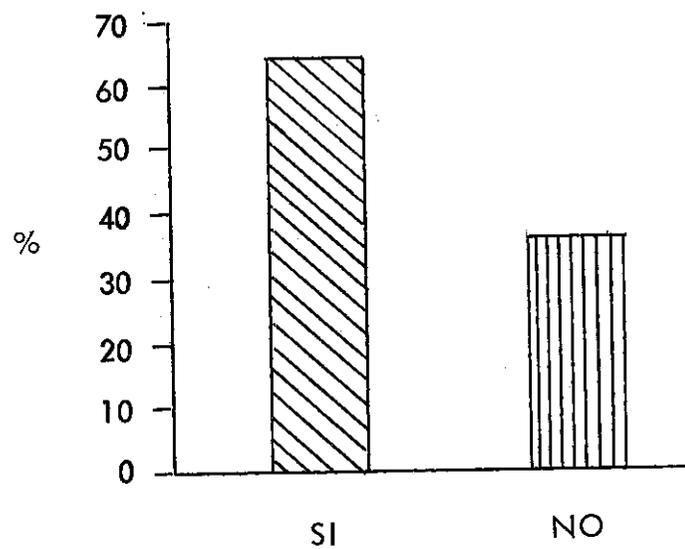
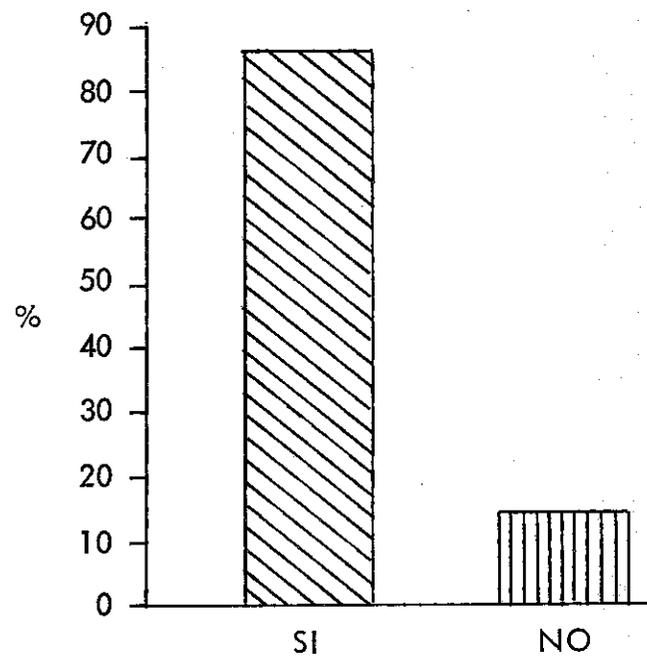


GRAFICO VII

EXAMEN FISICO

EVALUACION DE EXAMEN FISICO DEL TORAX AL  
INGRESO DEL PACIENTE



## CONCLUSIONES

- 1.- La evaluación de todos los parámetros contemplados en la historia clínica de ingreso, determinan que un alto porcentaje se omiten datos referencias, lo cual revelan que es deficiente y que pueden influenciar en el pronóstico del paciente.
- 2.- La ficha impresa de la historia clínica de ingreso es incompleta pues no contempla datos importantes para la evolución clínica del paciente.
- 3.- Los datos generales del paciente tales como: Edad, sexo, estado civil ocupación, origen, religión y residencia actual y dirección de la misma; deben aparecer en el encabezamiento de la historia clínica como primera referencia del paciente.
- 4.- Los antecedentes en general no aparecen anotados en un gran porcentaje de los casos, por las siguientes razones:
  - a) Que la forma impresa no detalla las distintas clases de antecedentes, así como el perfil social.
  - b) Que el médico tratante no le preste importancia a los mismos y no los anote en la historia clínica.
- 5.- En la parte que se refiere a la revisión por sistemas, hay ésta descripción en forma completa, pero en la mayoría de los casos no se anotó ningún dato o bien no se evaluaron estos aspectos.
- 6.- En toda historia clínica aparece el motivo de consulta, algunas veces confuso o incompleto, en muy pocos casos se

precisó concretamente la fecha de inicio de la enfermedad.

Los signos y síntomas de la enfermedad en la mayoría de los casos no están bien definidos lo que representa un problema diagnóstico sin embargo de los signos y síntomas bien definidos en un alto porcentaje, coinciden con el diagnóstico de ingreso.

7.- En todo examen físico de ingreso es importante la evaluación del aspecto general del paciente.

8.- Los signos vitales: PESO, TALLA, P/A, TEMPERATURA, FRECUENCIA CARDIACA, FRECUENCIA RESPIRATORIA. No se encontraron anotados en el 100.00% de los casos.

La temperatura aparece registrada en el 78.57% y la P/A en el 64.28% de los casos estudiados.

La frecuencia respiratoria y el pulso radial aparecen en el 35.71%, 42.85% respectivamente.

9.- En todo paciente quirúrgico para laparotomía exploradora el examen físico de abdomen y del torax es de vital importancia.

El examen físico del torax no se evaluó por no haber anotación en 12 casos (85.71%).

El examen de abdomen fue evaluado en forma completa o adecuada en 9 pacientes (64.28%). En los restantes 5 casos 35.71%, fue incompleto.

10.- En el 100.00% de los casos no hay anotación del resumen de ingreso o enterado de casos en las fichas clínicas revisadas.

11.- No hay anotación de evoluciones clínicas diarias, única-

mente en forma esporádica (a pesar que en éste hospital - hay estudiantes de medicina.)

12.- No se encontraron órdenes médicas diarias; por no realizar la visita médica diaria, sino que en días alternos en los servicios de cirugía.

13.- No se anotó la hora de la evaluación del paciente por el médico tratante, así como la categoría del mismo que fue anotado en 2 casos. En 5 casos se encontró anotado el nombre y la firma de quien realizó la evaluación.

14.- Únicamente en 2 casos se encontró anotado la interpretación de los resultados de laboratorio.

15.- En el 100.00% de los casos los medicamentos fueron ordenados justificadamente, de acuerdo a la patología del paciente. Así mismo las vías de administración fueron las más adecuadas.

## RECOMENDACIONES

- 1.- Elaborar una ficha clínica, que contemple todos los aspectos importantes en el manejo del paciente; desde los datos generales hasta la elaboración del diagnóstico.
- 2.- Exhortar al personal médico y paramédico a que anote de manera concreta adecuada y legible los parámetros anotados en la historia clínica.
- 3.- Definir y anotar los signos y síntomas encontrados en el examen del paciente a su ingreso para el seguimiento del mismo por el personal médico y paramédico de el hospital.
- 4.- Que todo ingreso realizado por el médico practicante, sea revisado por el médico de guardia, antes de ingresar al servicio.
- 5.- Exigir al estudiante de medicina un resumen de ingreso y/o enterado de caso a todo paciente que ingrese al servicio en el cual esté realizando su práctica de medicina.
- 6.- Recomendar la anotación de evoluciones clínicas por el personal médico de el servicio, para el mejor manejo del paciente, principalmente cuando hay practicantes.
- 7.- Cumplir con la anotación de los signos vitales a todo paciente que ingrese al hospital, así como las órdenes médicas.
- 8.- Que la papelería lleve el ordenamiento adecuado del expediente clínico para fines de evaluación y estudio de los pacientes.
- 9.- Anotar la fecha de inicio de omisión de los medicamentos en la hoja respectiva, para un mejor control de los mismos, en beneficio del paciente.
- 10.- Insistir en el personal médico que cuando impartiera órdenes médicas anote su nombre, fecha y hora en que se evaluó al paciente.
- 11.- Se requiere el incremento de mas personal en el departamento de rayos "X" para dar cobertura de atención las 24 horas del día.
- 12.- Ampliar el funcionamiento del actual laboratorio a fin de que realice la mayor cantidad de exámenes como recurso diagnóstico (recursos humano y materiales).
- 13.- Recomendar a la facultad de medicina que nombre una persona idónea, que se encargue de orientar y supervisar a los estudiantes que realicen su práctica en éste centro hospitalario.
- 14.- Incrementar la docencia a nivel médico y paramédico.
- 15.- Organizar y programar actividades académicas dentro del personal médico; y actualización de conocimientos en el personal paramédico.
- 16.- Realizar periódicamente resúmenes de caso y de órdenes con el fin de conocer la evaluación real de el paciente.
- 17.- Anotar un resumen de egreso con el fin de evaluar si el paciente reingresa al hospital o fallece en el mismo y la importancia con fines médicos legales.

HISTORIA CLINICA

Historia clínica #.....

Fecha: .....

NOMBRE DEL PACIENTE .....

DATOS GENERALES .....

MOTIVO DE CONSULTA: .....

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: .....

ANTECEDNETES FAMILIARES DE IMPORTANCIA: .....

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS: .....

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS: .....

PERFIL SOCIAL: .....

REVISION POR SISTEMAS:

CABEZA ..... OJOS .....

NARIZ Y OIDOS .....

BOCA ..... CUELLO .....

TORAX .....

APARATO RESPIRATORIO .....

APARATO CARDIOVASCULAR: .....

APARATO GASTROINTESTINAL: .....

APARATO GENITOURINARIO: .....

MSCULO ESQUELETICO .....

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES:

PESO ..... TALLA ..... TEMP..... PULSO...  
.....RESP..... PRESION ARTERIAL .....

APARIENCIA GENERAL .....

TECUMENTOS .....

GANGLIOS LINFATICOS .....

CABEZA .....

OJOS .....

NARIZ Y OIDOS .....

BOCA Y OROFARINGE .....

CUELLO .....

TORAX .....

ABDOMEN .....

SISTEMA VASCULAR PERIFERICO .....

APARATO GENITAL .....

EXTREMIDADES: .....

DIAGNOSTICO: 1 ..... 2 .....  
3 ..... 4 .....

TRATAMIENTO INMEDIATO .....

HISTORIA CLINICA # .....

MEDICO

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- GARCIA, SOTO CARLOS. TESIS. ABDOMEN AGUDO. GUATEMALA, UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS, FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. 1973. P. 28.
- 2.- DE GANDARIAS, J. SERGIO. ERRORES DE DIAGNOSTICO Y CLASIFICACION DE CIRUGIA DE URGENCIA. (HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS), TESIS. GUATEMALA. UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS, FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. 1971. P. 56.
- 3.- DE MAJOR. Y MAHLON H. DELP. PROPEDEUTICA MEDICA, 7a. EDICION. MEXICO, EDITORIAL INTERAMERICANA. 1970. P. 24.
- 4.- UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA. FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. FASE III. METODOLOGIA CLINICA. 1973. P. 36.
- 5.- GUATEMALA. ANTIGUA GUATEMALA, HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT; ARCHIVOS DEL HOSPITAL. ABRIL 76 - ABRIL 77.
- 6.- CRUZ, JOSE. ABDOMEN AGUDO. TESIS. GUATEMALA, UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS, FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. 1953. P. 36.
- 7.- MENDOZA, JESUS, OBSTRUCCION INTESTINAL, ANALISIS DE 42 CASOS PRESENTADOS EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL DEL 1o. DE JUNIO AL 31 DE JULIO DE 1966. GUATEMALA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. 1966. P. 112.
- 8.- CRUZ AGUILAR, ROBERTO. ANALISIS DE 326 CASOS DE ABDOMEN AGUDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL. GUATEMALA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, 1963. 36 P.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
FASE III  
CIENCIAS DE LA CONDUCTA

ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_  
CARNET: \_\_\_\_\_ EXP. CLINICO No. \_\_\_\_\_  
HOSPITAL \_\_\_\_\_

EVALUACION DE LA ATENCION DE PACIENTES HOSPITALIZADOS:

A- ESTUDIO DEL EXPEDIENTE CLINICO:

1.- DATOS GENERALES DEL PACIENTE:

1.1. NOMBRE: \_\_\_\_\_  
1er. apellido    2o. apellido    1er. nombre    2o. nombre

1.2. COINCIDE EL NOMBRE DE LA HISTORIA CLINICA CON EL ANOTADO EN LA HOJA DE REGISTRO:

SI     NO

1.3. EDAD: años     meses     días

1.4. LUGAR DE NACIMIENTO: Aldea o finca     Cabecera Municipal   
Cabecera Departamental     Zona Capitalina     Domicilio   
Hospital     DATO: Completo     Incompleto

1.5. RESIDENCIA ACTUAL: Finca     Aldea     Cabecera Municipal   
Zona Capitalina     Calle o Avenida y No. de casa    SI     NO   
Dato Completo: SI     NO

1.6. COINCIDE LA DIRECCION DADA AL HOSPITAL:    SI     NO

2.- ANTECEDENTES:

2.1. FAMILIARES DE IMPORTANCIA: SI     NO

2.2. PERSONALES NO PATOLOGICOS: Suficientes     Insuficientes

2.3. PERSONALES PATOLOGICOS: Suficientes     Insuficientes   
No Anotados

3.- REVISION POR SISTEMAS:

Completa     Incompleta     Adecuada: SI     NO

4.- HISTORIA:

4.1. PACIENTE LLEGO: Solo     Acompañado

4.4. SINTOMAS: Bien Definidos: SI  NO

4.5. SIGNOS: Bien Definidos: SI  NO

4.6. COINCIDEN CON DIAGNOSTICO DE INGRESO: SI  NO

5.- EXAMEN FISICO DE INGRESO:

5.1. ASPECTO GENERAL (POR INSPECCION): SI  NO

5.2. ESTATURA: SI  NO

5.3. CIRCUNFERENCIA CEFALICA: SI  NO

5.4. TEMPERATURA AL INGRESO: SI  NO

5.5. RESPIRACIONES: SI  NO

5.6. PULSO: SI  NO

5.7. PRESION ARTERIAL: SI  NO  Innecesaria

5.8. CABEZA: SI  NO

5.9. FONDO DE OJO: SI  NO

5.10. OIDOS, NARIZ Y GARGANTA: SI  NO

5.11. BUCODENTAL: SI  NO

5.12. CUELLO: SI  NO

5.13. TORAX: (INSPECCION, PALPACION, PERCUSION, AUSCULTACION).

Completo: SI  NO

5.14. ABDOMEN: (INSPECCION, PALPACION, PERCUSION, AUSCULTACION).

Completo: SI  NO

5.15. REGION PERINEAL (GENITALES Y RECTO): SI  NO

5.16. REGION INGUINAL: SI  NO

5.17. MUSCULO ESQUELETICO: SI  NO

5.18. NEUROLOGICO: SI  NO

5.19. PIEL Y FANERAS: SI  NO

5.20. ESTADO NUTRICIONAL:

Anotado al ingreso: SI  NO

Tardíamente: SI  NO

Evaluated adecuadamente: SI  NO

6.- RESUMEN DE INGRESO:

6.1. DATOS GENERALES: SI  NO

6.2. MOTIVO DE CONSULTA: SI  NO

- 6.3. IMPRESION CLINICA: SI  NO
- 6.4. LISTA DE PROBLEMAS: SI  NO
- 6.5. PLAN TERAPEUTICO DE INGRESO: SI  NO
- 6.6. PRONOSTICO: SI  NO

7.- EVOLUCIONES CLINICAS:

- 7.1. ANOTADAS DIARIAMENTE: SI  NO
- 7.2. CONCRETAS: SI  NO  IMPRECISAS:
- 7.3. ANOTADA FECHA Y HORA DE LA EVOLUCION: SI  NO
- 7.4. NOMBRE Y CATEGORIA DE QUIEN EVALUA AL PACIENTE: SI  NO
- 7.5. NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN DA ORDENES MEDICAS: SI  NO
- 7.6. NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ANOTA EVOLUCION: SI  NO
- 7.7. INTERPRETACION DE RESULTADOS DE EXAMENES DE LABORATORIO:  
SI  NO
- 7.8. INTERPRETACION DE RESULTADOS DE RX: SI  NO
- 7.9. HAY RESUMENES PERIODICOS: SI  NO

8.- AUXILIARES DIAGNOSTICOS:

- 8.1. EXAMENES DE LABORATORIO SON: Necesarios  Excesivos   
Insuficientes
- 8.2. LAS ORDENES DE RX SON:  
Necesarias  Excesivas  Insuficientes   
Los informes se reciben oportunamente: SI  NO
- 8.3. LOS EXAMENES DE PATOLOGIA SON:  
Necesarios  Excesivos  Insuficientes   
Los informes llegan oportunamente: SI  NO

9.- TERAPEUTICA MEDICA:

- 9.1. LOS MEDICAMENTOS SON INDICADOS OPORTUNAMENTE: SI  NO
- 9.2. TODOS TIENEN JUSTIFICACION PARA TRATAR LAS MANIFESTACIONES PATOLOGICAS DEL PACIENTE:  
SI  NO
- 9.3. LA POSOLOGIA SE AJUSTA A LAS CONDICIONES DEL PACIENTE:  
SI  NO

9.4. LAS VIAS DE ADMINISTRACION SON LAS MAS ADECUADAS:

SI  NO

9.5. SE APLICAN DE ACUERDO A LA FRECUENCIA ESTABLECIDA EN LA ORDEN:

SI  NO

9.6. HAY COMENTARIO DEL MEDICO RESPECTO AL CUMPLIMIENTO DE LA TERAPEUTICA:

SI  NO

9.7. SE OMITEN OPORTUNAMENTE LOS MEDICAMENTOS:

SI  NO

10.- DIETA:

10.1. ES PRECISA LA ORDEN DE DIETA EN CUANTO A:

Cantidad: SI  NO  Contenido: SI  NO

Cumplimiento del horario: SI  NO

10.2. SE CUMPLE LA ORDEN DE DIETA: SI  NO

11.- PRESENTACION DEL EXPEDIENTE CLINICO:

11.1. LAS FORMAS IMPRESAS ESTAN ORDENADAS: SI  NO

11.2. EL ORDENAMIENTO PERMITE HACER ESTE ESTUDIO: SI  NO

11.3. ES LEGIBLE TODO EL DOCUMENTO: SI  NO

12.- HOSPITALIZACION:

12.1. DADAS LAS CONDICIONES DEL PACIENTE, ERA NECESARIA LA HOSPITALIZACION:

SI  NO

12.2. LA DURACION DE LA HOSPITALIZACION FUE:

Adecuada  Excesiva  Insuficiente

12.3. COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD: SI  NO

13.- RESUMEN DE EGRESO O DEFUNCION:

13.1. DATOS GENERALES: SI  NO

13.2. MOTIVO DE CONSULTA: SI  NO

13.3. IMPRESION CLINICA: SI  NO

13.4. LISTA DE PROBLEMAS: SI  NO

13.5. PLAN TERAPEUTICO: SI  NO

13.6. EVOLUCION: SI  NO

13.7. PRONOSTICO: SI  NO

13.8. INDICACIONES AL PACIENTE O A PARIENTES: SI  NO

13.9. INDICACIONES AL MEDICO DE CONSULTA: SI  NO

Br. Carlos Enrique Girón A.

Dr. Gerardo Girón M.  
Asesor

Dr. Arturo Carranza  
Revisor

Dr. Julio de León Méndez  
Director de Fase III

Dr. Mariano Guerrero Rojas  
Secretario General

Vo.Bo.

Dr. Carlos Armando Soto Gómez  
Decano