

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"ESTUDIO DE LA CALIDAD Y CARACTERISTICAS DE LA
ATENCION MEDICA DEL NIÑO EN LOS HOSPITALES
GENERAL "SAN JUAN DE DIOS" Y ROOSEVELT"

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

POR

EDNA ARACELY CACERES ARCHILA

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE:

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TRABAJO:

INTRODUCCION

ANTECEDENTES

JUSTIFICACIONES

OBJETIVOS

HIPOTESIS

MATERIAL Y METODOS

PRESENTACION DE DATOS

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

"ESTUDIO DE LA CALIDAD Y CARACTERISTICAS DE LA
ATENCION MEDICA DEL NIÑO EN LOS HOSPITALES
GENERAL "SAN JUAN DE DIOS" Y ROOSEVELT"

INTRODUCCION:

En este trabajo se presentan los resultados de un estudio realizado por estudiantes de 5o. año de la carrera de Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala, estudio que formó parte de la carga curricular de la Unidad Salud en la colectividad, en la práctica atención Materno-Infantil, durante el año de 1977.

El objetivo inicial de esta actividad de los estudiantes presegua el propósito de introducirlos en una técnica de evaluación de la calidad de atención que reciben los niños en los dos hospitales más importantes del país con el fin de:

- a) Estimular la auto-crítica de la actuación personal de cada estudiante en la atención de las personas bajo su responsabilidad.
- b) Contribuir al conocimiento de los aspectos administrativos asistenciales que son aplicados y del grado con que estos aspectos contribuyen a determinar la calidad de la atención médica.

ANTECEDENTES:

La medición de la calidad de atención hospitalaria surge en los países desarrollados como una necesidad de establecer la forma en que los servicios institucionalizados de cuidado de la salud de las poblaciones respondían a las políticas de salud, a las aspiraciones de los beneficiarios y a la eficiencia esperada del trabajo en equipo.

El desarrollo acelerado del conocimiento y la tecnología médica en los últimos años influyó en que la atención hospitalaria se hiciese cada vez más compleja, debido, entre otras cosas, a las sub-especializaciones necesarias en el personal de la salud para manejar los aspectos tecnológicos que aquel desarrollo introdujo a la medicina.

Esto a hecho necesario que cada persona que es hospitalizada sea sometida a la actuación de profesionales de distintas disciplinas del campo de la medicina y a la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos y de diagnóstico, muchas veces de alta sofisticación.

Se llega así a hacer más evidente la necesidad del trabajo en equipo, de las evaluaciones periódicas del proceso de recuperación del paciente, y por ende, de la elaboración y constante revisión de todos aquellos que participan en el proceso.

En Guatemala la evaluación o Auditoría médica se ha practicado en forma parcial (evaluación o discusión de casos problemas en los servicios), pero no sistemáticamente. Esta forma de trabajo que en muchos aspectos ha sido positiva y ha contribuido a la estandarización de ciertas normas y procedimientos, pero ha sido utilizada también lamentablemente, como mecanismo de crítica personal a ciertos profesionales que en el transcurso de su vida profesional, como puede ocurrirle a todos, comete errores determinados por distintas causas.

Esta situación que se da en igualdad de circunstan-

cias en otros países ha generado en muchos de ellos una actitud de rechazo a la auditoría o evaluación de la atención médica y el poco o ningún interés por que este procedimiento se establezca como una práctica administrativa necesaria al mejor funcionamiento de los hospitales y a la óptima atención de las personas.

En 1975 el Área de Ciencias de la Conducta de Fase III de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos, con el objetivo de contribuir a la mejora de las prácticas en la carrera de sus estudiantes, inició una actividad de Auditoría Médica en la cual los estudiantes, mediante un formulario elaborado para ese fin, recogían de registros clínicos seleccionados por muestreo, datos acerca de distintos aspectos y pasos del proceso de atención de personas en los servicios. Por razones de tiempo y deficiencia en las boletas de evaluación datos nunca llegó a completarse un estudio con presentación de resultados completos. Sin embargo, la actividad demostró que los estudiantes manifestaban cambios favorables en sus actitudes de trabajo y mayor responsabilidad en el manejo de los registros clínicos de los pacientes bajo su control confirmando de esa manera que la Auditoría Médica realizada en forma sistemática, es un método de enseñanza-aprendizaje útil no solo por la formación del personal Médico, sino también de quienes están iniciándose en las carreras de médico. Estos resultados condujeron a mejorar la actividad docente mediante la elaboración de una papeleta más acorde con los objetivos de aprendizaje la que principió a aplicarse en el año de 1977.

La índole de los estudios que tratan de evaluar la calidad de la atención así como sus métodos, varían según se haga hincapié en la atención del paciente, en la atención médico o de la atención de la salud.

Existen cinco métodos para evaluar la calidad de la atención y son:

- Evaluación de contenido
- Evaluación del proceso

Evaluación de la estructura

Evaluación del resultado

Evaluación de los efectos

Evaluación del Contenido:

Este método de evaluar la calidad de la atención trata de responder al interrogante ¿se ejerce la medicina adecuadamente?. Se aplica principalmente en los hospitales y se lleva a cabo a través de un sistema de comités de control de calidad.

Evaluación del Proceso:

Se inclina hacia el concepto del paciente considerado en conjunto y evalúa no solo la labor del médico sino también las aportaciones de otros trabajadores de salud.

Evaluación de la estructura;

La evaluación de la estructura que conduce a la prestación de atenciones de buena calidad se concentra en los dos primeros elementos y en su organización en un instrumento eficaz para mejorar la calidad de la atención. La estructura se refiere a las instalaciones y al equipo físico. Dotación del personal, preparación del mismo y variables de organización.

Evaluación del Resultado:

Trata de descubrir un aspecto medible del estado de salud de un individuo o de un grupo de individuos y de determinar la variación que ha tenido lugar en este estado de salud como resultado de condiciones que afectan el contenido, el proceso y la estructura de la atención de la salud.

Evaluación del Efecto:

La evaluación del beneficio logrado o del efecto causado debe concentrarse no solamente en el contenido y en el proceso de la prestación de la atención médica y en su amplitud, es decir, en su continuidad y su carácter integral, sino también en la adecuación, la dis-

Auditoría Médica que puede utilizarse para mejorar la atención tanto en forma individual como institucional.

- Estimular a los estudiantes de medicina a que valoren el conocimiento de aspectos administrativos asistenciales que, si son manejados deficientemente, contribuyen a disminuir la calidad de los servicios de la población.

HIPOTESIS:

"LA CALIDAD DE ATENCION QUE SE PRESTA EN LOS DEPARTAMENTOS DE PEDIATRIA DE LOS HOSPITALES GENERAL "SAN JUAN DE DIOS Y ROOSEVELT NO ES TOTALMENTE SATISFACITORIA".

"LOS HOSPITALES GENERAL "SAN JUAN DE DIOS" Y ROOSEVELT TRABAJAN CON NORMAS QUE DEBEN SER RE-ELABORADAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCION QUE PRESTAN".

MATERIAL Y METODO:

En el presente estudio se utilizaron registros clínicos de niños egresados de los Servicios de Pediatría de los Hospitales General "San Juan de Dios" y Roosevelt, ambos dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y utilizados por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, para la formación de sus estudiantes de pre-grado.

El análisis de los datos registrados fué realizado por estudiantes de quinto año de Medicina, utilizando una papeleta elaborada específicamente para el efecto. (se adjunta en anexo un ejemplar de la misma).

Los registros clínicos incluidos en el estudio fueron seleccionados al azar tomándose para el estudio 127, según los libros de egreso de los distintos servicios de los departamentos de Pediatría, durante los meses de enero a diciembre de 1977, constituyendo una muestra, sin pretender que ésta fuera representativa del universo.

Dicha muestra fué seleccionada por los residentes de Educación Médica y el Coordinador de la práctica de atención Materno-infantil y el Catedrático de Ciencias de la Conducta de Fase III, responsable de la Unidad Salud en la colectividad.

En razón de que la actividad se complementó con visitas domiciliarias a cada paciente incluido en el estudio para analizar, aspectos sociales del problema que motivo el ingreso hospitalario, se aseguró que los registros fueran de pacientes con menos de un mes de egreso.

El trabajo de análisis de los registros clínicos efectuados por los estudiantes fué discutido en sesiones de trabajo, a manera de corregir deficiencias.

La tabulación e interpretación final de resultados es el objeto fundamental del presente estudio.

Auditoría Médica que puede utilizarse para mejorar la atención tanto en forma individual como institucional.

- Estimular a los estudiantes de medicina a que valoren el conocimiento de aspectos administrativos asistenciales que, si son manejados deficientemente, contribuyen a disminuir la calidad de los servicios de la población.

HIPOTESIS:

"LA CALIDAD DE ATENCION QUE SE PRESTA EN LOS DEPARTAMENTOS DE PEDIATRIA DE LOS HOSPITALES GENERAL "SAN JUAN DE DIOS Y ROOSEVELT NO ES TOTALMENTE SATISFACITORIA".

"LOS HOSPITALES GENERAL "SAN JUAN DE DIOS" Y ROOSEVELT TRABAJAN CON NORMAS QUE DEBEN SER RE-ELABORADAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCION QUE PRESTAN".

MATERIAL Y METODO:

En el presente estudio se utilizaron registros clínicos de niños egresados de los Servicios de Pediatría de los Hospitales General "San Juan de Dios" y Roosevelt, ambas dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y utilizados por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, para la formación de sus estudiantes de pre-grado.

El análisis de los datos registrados fué realizado por estudiantes de quinto año de Medicina, utilizando una papeleta elaborada específicamente para el efecto. (se adjunta en anexo un ejemplar de la misma).

Los registros clínicos incluidos en el estudio fueron seleccionados al azar tomándose para el estudio 127, según los libros de egreso de los distintos servicios de los departamentos de Pediatría, durante los meses de enero a diciembre de 1977, constituyendo una muestra, sin pretender que ésta fuera representativa del universo.

Dicha muestra fué seleccionada por los residentes de Educación Médica y el Coordinador de la práctica de atención Materno-infantil y el Catedrático de Ciencias de la Conducta de Fase III, responsable de la Unidad Salud en la colectividad.

En razón de que la actividad se complementó con visitas domiciliarias a cada paciente incluido en el estudio para analizar, aspectos sociales del problema que motivo el ingreso hospitalario, se aseguró que los registros fueran de pacientes con menos de un mes de egreso.

El trabajo de análisis de los registros clínicos efectuados por los estudiantes fué discutido en sesiones de trabajo, a manera de corregir deficiencias.

La tabulación e interpretación final de resultados es el objeto fundamental del presente estudio.

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

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 ☐
- 4.2 MOTIVO DE CONSULTA: Preciso ☐ Confuso ☐ Completo ☐
- 4.3 PRECISION EN FECHA DE INICIO DE LA ENFERMEDAD: si ☐ NO ☐
- 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 ☐
 Evaluado 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 ☐

7. EVOLUCIONES CLINICAS:

7.1 ANOTADAS DIARIAMENTE: SI ☐ NO ☐

7.2 CONCRETAS: SI ☐ NO ☐

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 COMENTARIOS DEL MEDICO RESPECTO AL CUMPLIMIENTO DE LA TERAPEUTICA
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 CLÍNICO:

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 ☐

12.4 COMPLICACIONES IATROGENICAS: SI ☐ NO ☐

Especificar:

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 ☐

14. EVALUACION DEL PACIENTE DURANTE LA HOSPITALIZACION:

14.1 FUE EVALUADO EL PACIENTE POR EL JEFE DEL SERVICIO AL INGRESO:

SI ☐ NO ☐ No se puede determinar ☐

14.2 CUANTO TIEMPO TRANSCURRIO DESDE EL INGRESO DEL PACIENTE
SER EVALUADO? _____ horas.

14.3 QUE CATEGORIA DE MEDICO EVALUO MAS FRECUENTEMENTE AL PACIENTE

Jefe de Servicio ☐ Residente ☐ Interno ☐ Externo _____

15. TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE QUE SE DIO LA ORDEN DE INGRESO HASTA EL
PACIENTE INGRESO EFECTIVAMENTE AL SERVICIO: _____ horas.

16. HAY ANOTACION DE INCUMPLIMIENTO DE ALGUNAS ORDENES MEDICAS (ANOTE EN
LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES):

INCUMPLIMIENTO EN ORDENES DE:	CAUSAS			OTRAS:
	FALTA DE PERSONAL:	FALTA DE EQUIPO:	FALTA DE MATERIAL:	
1. Laboratorio				
2. Rx.				
3. Patología				
4. E.K.G.				
5. Interconsultas				
6. Medicamentos				

17. ELABORAR UN INFORME QUE INCLUYA:

- A. Interpretación general del caso, mediante el análisis de lo aspectos positivos y negativos encontrados en el Expediente Clínico estudiado.
- B. Conclusiones.
- C. Recomendaciones para mejorar la atención de casos semejantes a nivel hospitalario.

PRESENTACION DE DATOSDATOS GENERALES DEL PACIENTE:HOSPITALES
GENERAL ROOSEVELT

%

1.1	Anotación del nombre completo	91.52	89.70
1.2	Coincidencia del nombre en la historia clínica con el anotado en la hoja de registro.	93.22	98.52
1.3	Anotación correcta de la edad	88.13	85.29
1.4	Dato completo sobre lugar de nacimiento	74.57	77.94
1.5	Dato completo sobre residencia	93.22	91.17
1.6	Coincidencia de la dirección dada al hospital.	91.52	89.70

ANTECEDENTESHOSPITALES
GENERAL ROOSEVELT

%

2.1	Anotación sobre los antecedentes familiares de importancia	44.06	32.35
2.2	Anotación suficiente de antecedentes personales no patológicos.	74.57	50.00
2.3	Anotación suficiente de antecedentes personales patológicos.	81.35	66.17

REVISION POR SISTEMASHOSPITALES
GENERAL ROOSEVELT

%

3.1	Anotación completa de datos	71.18	61.76
3.2	Anotación adecuada de datos	66.10	63.23

HISTORIA

HOSPITAL	
GENERAL	ROOSEVELT
%	

4.1	Paciente llega acompañado	98.30	100.00
4.2	Anotación del motivo de consulta con:		
	Precisión	71.18	73.52
	Confuso	11.86	13.23
	Completo	16.94	31.23
4.3	Anotación con precisión de la fecha de inicio de la enfermedad.	83.05	89.70
4.4	Anotación bien definida de síntomas	76.27	75.00
4.5	Anotación bien definida de signos.	74.57	73.52
4.6	Coincidencia de los mismos con el diagnóstico.	88.13	89.70

EXAMEN FISICO:

HOSPITAL	
GENERAL	ROOSEVELT
%	

5.1	Anotación del aspecto gral	77.96	85.29
5.2	Anotación de estatura	40.67	77.94
5.3	Anotación de circunferencia cefálica.	18.64	25.00
5.4	Anotación de temperatura	93.22	92.64
5.5	Anotación de respiraciones	79.66	92.64
5.6	Anotación de pulso	77.96	88.23
5.7	Anotación de cabeza	94.91	92.64
5.8	Anotación de fondo de ojo	23.72	0.00
5.9	Anotación de oídos, nariz y garganta.	94.91	80.88
5.11	Anotación buco-dental	79.66	79.41
5.12	Anotación de cuello	86.44	88.23
5.13	Anotación completa por inspección, palpación, percusión y auscultación del torax	42.37	45.58

5.14	Anotación completa por inspección, palpación, percusión y auscultación del abdomen.	52.54	51.47
5.15	Anotación completa de región perineal (genitales y recto)	47.45	64.70
5.16	Anotación de región inguinal	35.59	30.88
5.17	Anotación del sistema músculo esquelético.	59.32	83.83
5.18	Anotación del sistema neurológico.	54.23	67.64
5.19	Anotación de piel y faneras	49.15	83.83
5.20	Anotación del estado nutricional:		
	Anotado al ingreso	47.45	44.11
	Anotado tardíamente	27.11	17.64
	Anotado adecuadamente	35.59	39.70
5.7	Anotación de presión arterial	16.94	13.23
	Considerada innecesaria	40.67	33.82

RESUMEN DE INGRESO

	HOSPITALES	
	GENERAL	ROOSEVELT
6.1	Anotación de datos generales	77.96 70.58
6.2	Anotación del motivo de consulta.	88.13 75.00
6.3	Anotación de impresión clínica	91.52 82.35
6.4	Anotación de lista de problemas.	64.40 54.41
6.5	Anotación de plan terapéutico	74.57 76.46
6.6	Anotación de pronóstico	20.33 00.00

EVOLUCIONES CLINICAS

	HOSPITALES	
	GENERAL	ROOSEVELT
	%	
7.1	Anotadas diariamente	86.44 80.88
7.2	Anotadas concreta y precisamente.	67.79 50.00
7.3	Anotada fecha/hora de evolución.	89.83 86.76

7.4	Anotación del nombre y categoría del médico que evalúa al paciente.	55.93 35.29
7.5	Anotación del nombre y firma de órdenes médicas.	77.96 83.83
7.6	Anotación del nombre y firma de quien anota la evolución	84.74 85.29
7.7	Anotación de la interpretación de resultados de exámenes de laboratorio.	40.67 39.70
7.8	Anotación de interpretación de rayos X	40.67 39.70
7.9	Anotación de resúmenes periódicos	38.98 35.29

AUXILIARES DIAGNOSTICO:

	HOSPITALES	
	GENERAL	ROOSEVELT
	%	
8.1	Los exámenes de laboratorio fueron necesarios.	74.57 66.17
8.2	Las órdenes de Rayos X fueron necesarios.	64.40 53.23
	Los informes de los mismos recibidos oportunamente.	37.28 30.88
8.3	Los exámenes de Patología fueron necesarios.	13.35 16.17
	Los informes de los mismos recibidos oportunamente.	5.08 11.76

TERAPEUTICA MEDICA

	HOSPITAL	
	GENERAL	ROOSEVELT
	%	
9.1	Los medicamentos se inician oportunamente.	89.83 86.76
9.2	Tienen justificaciones para manifestaciones patológicas.	77.96 83.83
9.3	La posología ajustada a condiciones.	88.13 91.17
9.4	Las vías de administración fueron adecuadas.	94.91 92.64

9.5	Su aplicación de acuerdo a frecuencia establecida.	fre-83.25	89.70
9.6	Comentario del médico con respecto al cumplimiento de terapéutica.	22.25	4.41
9.7	Se omiten oportunamente los medicamentos.	79.66	77.94

DIETA

		HOSPITAL	
		GENERAL	ROOSEVELT
		%	
10.1	Es precisa la dieta en cuanto a:		
	Cantidad	37.28	42.64
	Contenido	49.15	54.41
	Cumplimiento de horario	64.40	69.11
10.2	Se cumple la orden de dieta	76.26	73.52

PRESENTACION DEL EXPEDIENTE CLINICO

		HOSPITAL	
		GENERAL	ROOSEVELT
		%	
11.1	Las formas impresas están ordenadas.	79.66	77.94
11.2	El ordenamiento permite hacer este estudio.	86.44	92.64
11.3	Es legible todo el documento	79.66	73.52

HOSPITALIZACION

		HOSPITAL	
		GENERAL	ROOSEVELT
		%	
12.1	Dadas las condiciones del pcte. era necesaria la hospitalización	88.13	62.35
12.2	La duración de la hospitalización fué adecuada.	79.66	61.76
12.3	Complicaciones de la enfermedad.	18.64	27.94
12.4	Complicaciones istrogénicas	8.47.	11.76

RESUMEN DE EGRESO O DEFUNCION

		HOSPITAL	
		GENERAL	ROOSEVELT
		%	
13.1	Anotación de datos generales	59.32	50.00
13.2	Anotación de impresión clínica	79.66	45.58
13.3	Anotación de motivo de consulta	61.01	57.35
13.4	Anotación de lista de problemas	44.06	29.41
13.5	Anotación de plan terapéutico	62.71	47.03
13.6	Anotación de evoluciones	76.27	64.70
13.7	Anotación de pronóstico	15.25	8.82
13.8	Anotación de indicaciones a parientes o al mismo paciente.	37.28	36.76
13.9	Anotación de indicaciones al médico de consulta externa	18.64	7.35

EVALUACION DEL PACIENTE DURANTE SU HOSPITALIZACION

		HOSPITAL	
		GENERAL	ROOSEVELT
14.1	Fue evaluado el paciente por el Jefe de servicio.	27.11	16.17
	No puede determinarse	45.76	55.88
14.2	Cuanto tiempo transcurrió desde el ingreso del paciente hasta ser evaluado	4.8hrs.	3.7horas
14.3	Que categoría de médico evaluó más frecuentemente al paciente		
	Jefe de servicio	3.38.	---.
	Residente	35.59	35.59
	Interno	35.59	19.11
	Externo	55.93	41.17
15.	Tiempo transcurrido desde que se dió la orden de ingreso, hasta que el paciente ingreso efectivamente al servicio.	3.2 hrs	4.0 hrs

16. Hay anotación de incumplimiento de algunas ordenes médicas:

Falta de personal	6.77	1.47
Falta de equipo	3.38	7.55
Falta de material	3.38	5.88
Otras.	6.77	13.23

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Dadas las características del material utilizado, así como el que las muestras no pretendieron ser representativas del universo, el análisis se hizo estableciendo el porcentaje de condiciones satisfactorias de anotación de la actuación del personal y de la utilización de los recursos.

La comparación entre los resultados de un hospital y otro, persigue establecer las diferencias entre una institución y otra y detectar en qué medida se da más énfasis a ciertos aspectos de la atención en ambos hospitales.

En la anotación de datos generales del paciente hubo un resultado similar en ambos hospitales, que permite identificar el paciente tanto observación médica como por registro, lo que nos indica que sí se le presta la debida atención a este aspecto en todo registro clínico evaluado. Notamos una ligera disminución en cuanto a datos sobre lugar de nacimiento que, en algunos casos podría ser valioso para fines de acción epidemiológica, aunque si se efectuó en la mayoría de registros una verificación sobre lugar de residencia es muy importante hacer la observación que a cada estudiante tuvo bajo su responsabilidad de evaluación dos pacientes, pero muchas veces fueron el producto de constatar hasta cinco direcciones, por lo que creemos que en realidad la dirección en un alto porcentaje es inexacta. En cuanto a la coincidencia de la dirección dada al hospital y la verificada en visita domiciliaria aunque en mínima parte, se observó que las personas dan datos falsos probablemente por la preferencia que tienen por deter-

minado hospital.

En cuanto a la anotación de antecedentes familiares de importancia, se observa bastante deficiencia que debe corregirse puesto que estos datos nos pueden encaminar hacia un buen diagnóstico.

La anotación de antecedentes personales no patológicos nos señala que los aspectos sociales no se investigan adecuadamente, aspecto que es muy importante, tomando en cuenta que la enfermedad no solo depende del agente patógeno, sino también del ambiente en su sentido global.

Respecto a los antecedentes personales patológicos se observó una disminución en la investigación de ellos en el Hospital Roosevelt.

En cuanto a la historia observamos que, en la mayoría de los casos, los pacientes llegan acompañados por sus padres, quienes pueden proporcionar los datos necesarios. Existió una anotación con precisión de la fecha de inicio de la enfermedad y de síntomas y signos bien definidos, lo que dió una alta coincidencia de los mismos con diagnóstico de ingreso.

El examen físico de ingreso dió datos similares en ambos hospitales. Se observó anotación más o menos completa del estado general del paciente, no así en su estatura, sobre todo en el hospital General "San Juan de Dios", con una marcada deficiencia de la misma. Este es un aspecto importante ya que la desnutrición Proteico-calórico, tan común en nuestra gente, con lleva a déficit pondoestatural que es un elemento de evaluación de este problema, el cual deberá ser medido sistemáticamente para mejorar nuestros conocimientos de la situación y su evaluación.

La circunferencia cefálica, dato francamente deficiente en ambos hospitales, también es aspecto básico que no debe omitirse en ningún buen examen físico, ya que ello podría en cualquier momento detectar anomalías relacionadas a

Sabemos que la misma, en cuanto a cantidad y contenido es bastante pobre, pero generalmente el departamento de dietética y nutrición en estos hospitales proveen alimento en masa, y debería ser responsabilidad del médico que lleva el caso el investigar la cantidad y contenido de la misma.

En la presentación del expediente clínico se encuentran las formas impresas ordenadas, permitiendo efectuar este estudio y los registros son legibles.

En cuanto a la necesidad de hospitalización se observó que dadas las condiciones del paciente, era necesaria en la mayoría de los casos en el Hospital General; pero en el Hospital Roosevelt según evaluación de los registros, no se justifica el ingreso de muchos casos, lamentablemente no se especifica causa de porqué se consideró las deficiencias.

En relación a la duración de la hospitalización existió una diferencia marcada entre un hospital y otro en la adecuación incorrecta, no se pudo establecer si fué deficiente o excesiva. Las complicaciones de la enfermedad y complicaciones iatrogénicas más marcadas en el Hospital Roosevelt, probablemente obedecen a la no justificación de hospitalización señalada anteriormente y ellas corresponden a patología pulmonar o contagio con enfermedades infantiles.

El resumen de egreso o defunción es deficiente con menos del 50% de cumplimiento de anotaciones de datos generales, motivo de consulta, lista de problema, impresión clínica, plan terapéutico, pronóstico, indicaciones al paciente o parientes e indicaciones a médicos de consulta externa, lo que nos sugiere que este resumen, en ambos hospitales es llenado deficientemente, lo que es lamentable tomando en cuenta que este resumen debería darnos una idea general del conocimiento del caso para posibles ingresos futuros y facilitar la evaluación del paciente.

La anotación de la evaluación del paciente por Jefe de Servicio durante la hospitalización indica que más o menos en un 50% no puede determinarse y es poca (25%) de registros clínicos evaluados los que contienen la evaluación del mismo.

El residente e interno juega un papel similar en ambos hospitales, siendo el médico externo quien aparentemente evalúa más al paciente

En cuanto al tiempo transcurrido desde el ingreso del paciente hasta ser evaluado, indica 4.8 horas y 3.7 horas en Hospital General y Roosevelt respectivamente, suponiendo que la mayoría de los pacientes que ingresan lo hacen por servicio de emergencia. Esto señala que ese servicio no actúa como tal, sino da la impresión que funciona más como Consulta Externa.

La anotación sobre incumplimiento de algunas órdenes Médicas ocurre por falta de personas y en más alto grado debido a causas denominadas como "otras" (no se especifican) pero en general existe un dato poco significativo de incumplimiento.

CONCLUSIONES:

La anotación del nombre completo permite la identificación del paciente adecuadamente y existe alta coincidencia del nombre anotado en la historia clínica con el anotado en la hoja de registro.

La edad anotada es correcta en la mayoría de casos evaluados.

Se investiga adecuadamente el dato sobre lugar de residencia, pero se observa cierta deficiencia en cuanto al dato de lugar de nacimiento.

Aunque pareciera existir alta coincidencia de la dirección dada al hospital con la verificación posterior hecha por visi-

ta domiciliaria es importante hacer notar que constatar más de una vez las direcciones y únicamente se evaluaron las correctas, esto indica que los pacientes en mayor porcentaje dan un dato inexacto de residencia.

La anotación sobre antecedentes familiares de importancia y personales no patológicos denota que fueron pobremente investigados.

Los datos correspondientes a revisión por sistemas, con resultados similares en ambos hospitales, permiten concluir que no se hace en forma adecuada.

El paciente llega casi siempre acompañado por sus padres, por lo que podemos tener buenas fuentes de datos.

La fecha de inicio de la enfermedad es anotada con precisión.

Hay buena definición de síntomas y signos, coincidiendo los mismos con el diagnóstico de ingreso.

Existe precisión en cuanto a motivo de consulta, pero el dato no es llenado completamente.

El examen físico de ingreso, contiene datos llenados aceptablemente: aspecto general, temperatura, respiraciones, pulso, cabeza, oídos, nariz y garganta, bucodental y cuello.

Es pobre la anotación de la presión arterial en ambos hospitales y, aunque hay justificación de juzgarla innecesaria en buena parte de los casos aparentemente, también se observa que no existen equipos adecuados al paciente y como todo signo vital no debiera omitirse en ninguna situación.

Los datos llenados al ingreso con deficiencia fueron: estatura circunferencia cefálica, fondo de ojo,

tórax y abdomen (inspección, palpación, percusión y auscultación), región perineal e inguinal, sistema músculo esquelético, neurológico piel y faneras.

El estado nutricional es anotado deficientemente al ingreso, no mejora la evaluación posterior y no es adecuada la evaluación final.

El resumen de ingreso se hace con anotación adecuada de datos generales, motivo de consulta, impresión clínica, plan terapéutico pero deficiente en cuanto a lista de problemas y casi ausencia de pronóstico.

En las evoluciones clínicas anotadas diariamente, con fecha y horario respectivo, nombre y firma de quién da las órdenes médicas, se observa cierta deficiencia en datos concretos y precisos.

La anotación de la interpretación de resultados de laboratorio y de Rayos X es menor del 50%.

La utilización de auxiliares de diagnóstico (laboratorio, rayos X y patología) se adecuaron a la necesidad del caso.

Los informes en el 50% de los casos más o menos fueron recibidos oportunamente.

La terapéutica médica señala la indicación oportuna, justificación para tratar las manifestaciones patológicas del paciente, posología adecuada, vías de administración, aplicación por frecuencia establecida y omisión oportuna.

El comentario del médico respecto al cumplimiento de la terapéutica es francamente deficiente.

La dieta se acopla a su orden y cumplimiento de horario, pero no en cuanto a cantidad y contenido.

La presentación del expediente clínico muestra que las formas están ordenadas, presenta legibilidad, permitiendo efec-

tuar el estudio sin problemas.

Dadas las condiciones del paciente era necesaria la hospitalidad en la mayoría de los casos y la duración fue adecuada en el Hospital General; en el Hospital Roosevelt se encontró diferencia significativa en estos dos aspectos.

Se describieron complicaciones de la enfermedad y iatrogénicas sobre todo en el Hospital Roosevelt.

En el resumen de egreso o defunción la impresión clínica y evoluciones, parecen ser tratados inadecuadamente, pues los datos generales, motivo de consulta, lista de problemas, plan terapéutico, indicaciones al paciente o parientes y sobre todo pronóstico e indicaciones al médico de consulta externa son lleandose pobremente.

En casi la mitad de los casos no puede determinarse si el Jefe de Servicio evaluó al paciente, únicamente el dato es afirmativo en un 25%.

El médico que evalúa más frecuentemente al paciente es el Externo, siguiendo luego el Médico residente e interno igualmente.

El tiempo transcurrido desde el ingreso del paciente hasta ser evaluado fué de 4.8 horas y 3.77 horas para el Hospital General y Roosevelt respectivamente.

El tiempo transcurrido desde que se dió la orden de ingreso hasta que el paciente ingresó efectivamente al servicio fué de 3.24 y 4.03 horas al Hospital General "San Juan de Dios" y Roosevelt respectivamente.

La anotación de incumplimiento de algunas órdenes médicas obedecen a falta de personal y más aún a causas denominadas "otras" (no se especifican).

Se observa que en ambos hospitales existe una deficiencia de la atención médica en general que impide que los recursos existentes en ambos no se utilicen al máximo en el cuidado de la salud individual y colectiva.

RECOMENDACIONES:

Debiera prestarse más atención a la anotación correcta de datos generales del paciente.

Debe aprovecharse al máximo el hecho de que casi la totalidad de pacientes llegan acompañados por sus padres pues ellos son la mejor fuente que tenemos para obtener informes sobre antecedentes familiares, personales patológicos y personales no patológicos del niño.

Deberá hacerse completa y adecuada la revisión por sistema de toda persona atendida, si pretendemos atender la situación total de salud de los pacientes.

La anotación del motivo de consulta debe hacerse con precisión claridad y objetividad.

En todo buen examen físico deben tomarse aspectos básicos sin omitir ningún aspecto.

Por ser Guatemala un pueblo con alta incidencia de desnutrición proteico-calórica se debe prestar la debida importancia a la investigación de sus manifestaciones desde el ingreso de un paciente al hospital, durante su evolución y el egreso.

En el resumen del ingreso debe evaluarse y anotarse el pronóstico del paciente, pues ello es una ayuda muy valiosa para definir la intensidad de atención médica que se le brinde.

Anotar evoluciones clínicas diariamente, tratando de hacerlas concretas y precisas.

Es importante la anotación de interpretación de resultados de laboratorio, Rayos X y patología, pues ellos orientan al médico para iniciar o modificar un plan terapéutico determinado.

La poca puntualidad de los auxiliares diagnósticos para su interpretación es responsabilidad del médico, pues son ellos los que deben mostrar interés por disponer de datos rápidamente.

Es responsabilidad del médico vigilar el cumplimiento de la terapéutica pues de ello depende su posibilidad de hacer juicios correctos acerca de los resultados del tratamiento.

Debiera manifestarse mayor preocupación médica por el cumplimiento de la dieta en cuanto a cantidad y contenido.

Investigar el porqué en un buen número de pacientes que ingresan al Hospital Roosevelt aparentemente sin justificación y velar por la duración adecuada de la hospitalización.

El resumen de egreso o defunción debe ser motivo de preocupación ya que facilita obtener información sobre el paciente en futuros ingresos y permite realizar investigaciones utilizando poco tiempo en la obtención de los datos.

El médico que hace evoluciones clínicas diarias debe anotar las sugerencias u órdenes hechas durante la visita y quién las efectúa, pues ello ayuda a ver si el personal médico actúa conjuntamente o el servicio solo se encuentra en manos de determinada categoría médica.

Tratar de disminuir el tiempo desde el ingreso de una paciente hasta ser evaluado y el tiempo de la orden de ingreso hasta que el paciente ingresa efectivamente al servicio.

Investigar cuales son las causas "otras" que impiden el cumplimiento de algunas órdenes médicas.

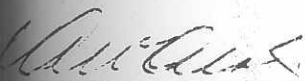
Los hospitales deben revisar y aprobar normas de trabajo con las cuales se asegure que el personal está en condiciones de ofrecer a la población al máximo de su preparación y eficiencia.

Debe estimularse el establecimiento de la Auditoria Médica como un mecanismo técnico-administrativo que asegure la mejor utilización de los recursos institucionales en el cuidado de la salud individual y colectiva.

BIBLIOGRAFIA:

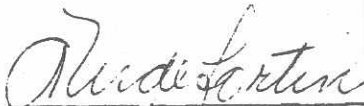
1. Goss, Mary E.W, "Los Objetivos de la Organización y la calidad de la Atención Médica, Resultados de Investigaciones Comparables sobre Hospitales" (S.N.T)
2. Facultad de Medicina de la Universidad de Cornell, Documento reproducido con fines docentes "El Sub-desarrollo de la sociedad o la Salud del Sub-desarrollo".(S.N.T)
3. Navarro, Vicente. The Johns Hopkins University, documento reproducido con fines docentes.
4. Clute, Kenneth F. The General Practitioner: A Study of Medical Education and Practice in Ontario and Nova Scotia. Toronto: University of Toronto Press, 1963, pp. 566.
5. Densen, Paul M. "The Quality of Medical Care" Yale Journal of Biology and Medicine, vol 37, June 1965, pp.523
6. Donabedian, Avedis. "Evaluating the Quality of Medical Care," The Milbank Memorial Fund Quarterly, Health Services Research I Vol 44, No. 3 July 1966, Part 2 pp. 166-206.
7. Ellwood, Paul M., Jr. "Quantitative Measurement of Patient Care Quality" Journal of American Hospital Association, Vol 40, December 1, 1966.
8. Lee, Roger I., and Jones, Lewis W. The Fundamentals of Good Medical Care. Chicago, Illinois: University of Chicago Press, 1963.
9. Shapiro, Sam. End Result Measurements of Quality of Medical Care" The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol 45 No. 2 April 1967, Part I pp. 7 - 30.

10. Willy De Geyndt. Five Approaches for Assessing the Quality of Care. Hospital Administration . Winter 1970.



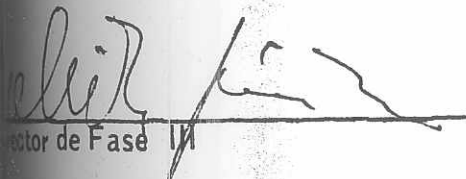
Asesor

Carlos A. Waldheim C.



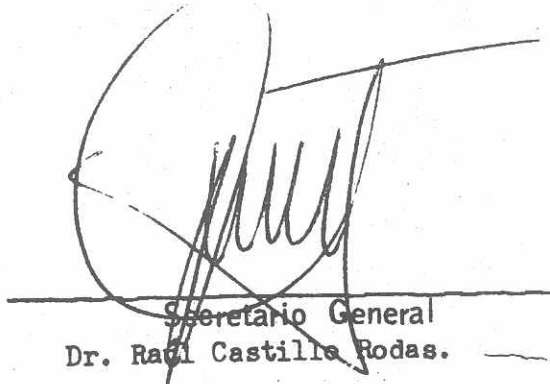
Revisor

Dr. Annette M de Fortin



Director de Fase II

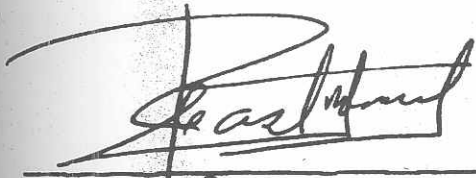
Julio de León M.



Secretario General

Dr. Raúl Castillo Rodas.

Vo.Bo.



Decano

Dr. Rolando Castillo Montalvo