

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD MATERNO INFANTIL
DESDE LA INCLUSION DEL GRUPO DE ESTUDIANTES DE 5o.
AÑO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS EN EL HOSPI-
TAL NACIONAL DE ESCUINTLA".

TESIS

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

POR

JORGE ANTONIO ESTEBAN MEJIA DAVILA
EN EL ACTO DE INVESTIDURA DE
MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, ABRIL de 1979

ooo0ooo

CONTENIDO

- I INTRODUCCION
- II HIPOTESIS
- III ANTECEDENTES
- IV OBJETIVOS
- V MATERIAL Y METODOS
- VI CONCEPTOS GENERALES
- VII PRESENTACION DE LOS RESULTADOS DE:
 - 1. INGRESOS DE PEDIATRIA 1977/1978
 - 2. MORBILIDAD DE PEDIATRIA 1977/1978
 - 3. ATENCION PRESTADA EN LOS SERVICIOS DE MATERNIDAD POR MES EN LOS AÑOS 1977/1978
- VIII ANALISIS, DISCUSION E INTERPRETACION DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LOS INGRESOS Y MORBILIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA, Y ATENCION PRESTADA EN LOS SERVICIOS DE MATERNIDAD 1977/1978
- IX PRESENTACION DE LOS RESULTADOS DE LA MOR-

/12/

TALIDAD MATERNA, NEONATAL, INFANTIL Y
PREESCOLAR DE LOS AÑOS 1977/1978

- X ANALISIS, DISCUSION E INTERPRETACION DE LOS
RESULTADOS DE MORTALIDAD MATERNA, NEONA
TAL, INFANTIL Y PREESCOLAR MEDIANTE EL A-
NALISIS DE TASAS DE LAS MISMAS.
- XI PRESENTACION DE DATOS DE FICHA DE EVALUA-
CION CLINICA DURANTE LOS AÑOS 1977/1978
- XII ANALISIS, DISCUSION E INTERPRETACION DE LOS
DATOS OBTENIDOS DE LA FICHA DE EVALUACION
CLINICA DURANTE LOS AÑOS 1977/1978
- XIII PRESENTACION, ANALISIS, DISCUSION E INTER-
PRETACION DE LOS INDICADORES QUE MIDEN EL
APROVECHAMIENTO DE RECURSOS.
- XIV PRESENTACION, ANALISIS, DISCUSION E INTERPRE-
TACION DE LOS INDICADORES QUE MIDEN LA CALI-
DAD DE SERVICIOS OTORGADOS.
- XV PRESENTACION, ANALISIS, DISCUSION E INTER-
PRETACION DE LAS ESTADISTICAS DE CONSULTA
EXTERNA
- XVI CONCLUSIONES
- XVII RECOMENDACIONES

/13/

- VII CRITICA Y AUTOCRITICA
- XIX BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

+==+==+==+==+==+==+==+==+==+

La Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala, ha sistematizado con el Ministerio de Salud Pública la inclusión de Estudiantes de todos los niveles de la carrera de Médico y Cirujano dentro de los Programas de Salud.

El interés fundamental del presente trabajo, es correlacionar lo positivo o negativo de la labor realizada por un grupo de estudiantes de 5o. año del programa Materno Infantil durante el primer año de labores en el Hospital Nacional de Escuintla, tomando como base un año anterior a la implantación de dicho programa.

A sabiendas que puede existir diferencia en lo que se refiere a la atención de pacientes consulta Externa, encamamiento, atención materna e infantil y calidad de servicio dentro de los departamentos de Maternidad y Pediatría.

Con la esperanza que los resultados obtenidos sirvan como puntal para el mejoramiento de las actividades a realizarse en el futuro en los Hospitales regionales del país.

H I P O T E S I S

+==+==+==+==+==+==+==+==+

Los servicios de Salud dentro del Hospital Nacional de
Escuintla, mejoraron con la inclusión del Programa Materno
Infantil por la Facultad de Ciencias Médicas.

A N T E C E D E N T E S

+ = + = + = + = + = + = + = + = +

1. DE LEON BARRERA, ERICK

Estudio analítico del Hospital Departamental de
Escuintla, Agosto de 1978

2. AUDITORIA MEDICA

En el Departamento de Pediatría, Hospital San
Benito, Petén. Agosto-Septiembre 1975

3. AUDITORIA MEDICA

Hospitales: General, San Juan de Dios y Roosevelt
por el Dr. Carlos Walheim, próximo a publicarse.

OBJETIVOS

+++++

GENERALES:

- a) Conocer el incremento o decrecimiento en el número de pacientes atendidos durante un período determinado.
- b) Demostrar la diferencia existente en la calidad de servicios prestados.
- c) Determinar el aumento en el rendimiento académico del profesional, el estudiante a graduarse y el estudiante que inicia su formación hospitalaria.

ESPECIFICOS:

- a) Delimitar las necesidades de conservar los programas de la Facultad de Medicina en los Hospitales nacionales.
- b) Demostrar la importancia de implementar los programas de la Facultad de Medicina en los hospitales donde no existen.
- c) Hacer ver el interés puesto por la facultad de Medicina, en mejorar la calidad de servicios a prestar por los estudiantes en las áreas de Salud del Ministerio del ramo.
- d) Delimitar que es necesario incrementar el

/22/

rendimiento de todo el personal de Salud, dentro de las actividades diarias del hospital en relación con el Estudiante de Medicina.

GENERALES:

- a) Conocer el incremento o decremento en el número de pacientes atendidos durante un período determinado.
- b) Demostrar la diferencia existente en la calidad de servicios prestados.
- c) Determinar el aumento en el rendimiento académico del profesional, el estudiante graduarse y el estudiante que inicia su formación hospitalaria.

ESPECIFICOS:

- a) Delimitar las necesidades de conservar los programas de la Facultad de Medicina en los Hospitales nacionales.
- b) Demostrar la importancia de implementar los programas de la Facultad de Medicina en los hospitales donde no existen.
- c) Hacer ver el interés puesto por la Facultad de Medicina, en mejorar la calidad de servicios a prestar por los estudiantes en las áreas de Salud del Ministerio del ramo.
- d) Delimitar que es necesario implementar el

/23/

MATERIAL Y METODOS:

MATERIAL:

RECURSOS FISICOS:

1. Papeletas del Archivo del Hospital Nacional de - Escuintla de los departamentos de Pediatría y Maternidad.
2. Registros de actividades realizadas en los diferentes departamentos por el personal de Externos del Hospital.
3. Instrumento elaborado por la recolección de datos.
4. Papelería y Utiles de oficina.

RECURSOS HUMANOS:

1. Asesor y Revisor de la presente Tesis.
2. Personal de Archivo del Hospital Nacional de Escuintla.
3. Colaboradora Especial en la elaboración del informe final.
4. El Autor del presente trabajo

M E T O D O

+==+==+==+==+

1. Se correlacionaron dos años de trabajo, 1977/1978, un año anterior a la implantación del Programa de Externos Materno Infantil y el trabajo realizado en el primer año de Labores Académicas.
2. Demostrar la hipótesis planteada usando los distintos indicadores de calidad de servicio:
 - a) Mortalidad Bruta, Neta.
 - b) Mortalidad Materna
 - c) Mortalidad Fetal Tardía
 - d) Mortalidad Neonatal (temprana y tardía)
 - e) Mortalidad Infantil
 - f) Mortalidad Post-Operatoria
 - g) Índice de Cesáreas
 - h) Mortalidad Anestésica
 - i) Porcentaje de Complicaciones post-operatorias.
3. Indicadores que miden el aprovechamiento de los recursos:
 - a) Índice Ocupacional
 - b) Promedio Estadía
 - c) Índice de Rotación de Camas
 - d) Productividad de Profesionales y Estudiantes
 - e) Índice que relaciona distintos tipos de personal
 - f) Índice de recursos por el tipo de personal
4. Nivel de cobertura alcanzado por los servicios de Pediatría y Maternidad.
 - a) Consulta Externa (atención prenatal, consultas -

/26/
de Pediatría)

b) Número de Ingresos

c) Encamamiento

d) Atención del parto y recién nacido.

5. Auditoría de Eficiencia de la Ficha de Evaluación Clínica de los años 1977/1978, tomando como base los datos a obtenerse según instrumento elaborado para el efecto.

CONCEPTOS GENERALES

+++++

1. INDICADORES QUE MIDEN EL APROVECHAMIENTO DE LOS RECURSOS:

- a) Índice Ocupacional: Establece la relación existente entre los pacientes ingresados y la capacidad real de cama de un hospital.
- b) Promedio Estadía: Es el promedio de asistencia hospitalaria recibida por cada paciente en un período de tiempo. Se acepta promedio de estadía en hospital clínico quirúrgico con obstetricia y Pediatría 10 días.
- c) Índice de rotación de camas: Mide la utilización de una cama durante un período determinado de tiempo.

/27/

d) Productividad de profesionales y estudiantes: Establece la relación entre las horas contratadas o trabajadas por los profesionales y estudiantes, y la actividad realizada o servicios prestados durante estas horas.

e) Índice que relaciona distintos tipos de personal: Es el número de enfermeras por el total de estudiantes que laboran en un hospital.

f) Índice de recursos por el tipo de personal: establece la relación entre el número de camas y el número de estudiantes.

2. INDICADORES QUE MIDEN LA CALIDAD DEL SERVICIO OTORGADO

Este grupo de indicadores tiene como importancia extraordinaria por lo que significan para la salud del paciente, la calidad del servicio que se le presta. De ahí la necesidad de su conocimiento y manejo por todo el personal dirigente del hospital, con el objeto de abordar rápidamente las deficiencias que estén produciendo las desviaciones anormales de los indicadores y superarlos en el menor tiempo posible.

a) Mortalidad Bruta y Neta:

La Mortalidad hospitalaria está dada por la relación entre los egresados fallecidos del hospital y el total de egresos.

b) Mortalidad Materna:

Este indicador es resultado de la relación entre

el total de fallecidos por embarazo, parto o puerperio en un hospital y el total de nacidos vivos en el mismo hospital.

c) **Mortalidad Anestésica:**

Es la relación entre los fallecidos debido a la aplicación de anestecias y el total de casos que han recibido anestesia.

d) **Mortalidad Post-operatoria:**

Relación entre los fallecimientos producidos por complicaciones de intervenciones quirúrgicas y el total de operaciones realizadas.

e) **Mortalidad Fetal Tardía:**

Es la relación entre las muertes fetales tardías y el total de nacidos vivos en el hospital. Los fetos muertos que se incluyen en el numerador de este indicador son los de 28 semanas o más de vida intrauterina.

f) **Mortalidad del recién nacido:**

Relación entre defunciones de los recién nacidos y el total de nacidos vivos. Recién nacidos son comprendidos de 0 a 48 horas, que es el tiempo máximo que permanecen en el hospital.

g) **Indice de Necropsias:**

Relación entre el número de necropsias realizadas y el total de fallecidos del hospital.

h) **Indice de Cesáreas:**

Relación del total de cesáreas realizadas y el total de partos atendidos.

i) **Porcentaje de complicaciones post-operatorias:**

Es la relación entre el total de complicaciones postoperatorias y el total de operaciones. Puede hacerse específico por causas y evalúa la calidad del servicio quirúrgico.

j) **Número de autopsias Clínicas:**

En el Hospital no se efectúan, por la ausencia de Patólogo.

3.

DESARROLLO DE LA PAPELETA DE EVALUACION CLINICA POR PROBLEMAS DEL DR. L. WEED

El sistema por problemas del Dr. Lawrence L. Weed tiene como propósito resolver problemas, no crearlos.

Comenzando por el principio de que la Medicina Moderna es investigación, Weed adoptó los métodos del científico para estructurar su trabajo con pacientes. Es condición sine qua non el científico escribir todo lo que piensa y lo que hace para resolver un problema. Debe ser honesto y humilde acerca de lo que escribe.

Además de ser meticuloso y honesto en su trabajo, el científico maneja los problemas en forma individual.

El Médico debe escribir exactamente cuales datos y cual razonamiento lo llevaron a sus conclusiones y cual será su plan terapéutico. También debe incluir

aquellos problemas que el Médico no entiende, no tiene tiempo de investigar y aquellos para los que no haya solución conocida.

El estructurado sistema de Weed así como al registro médico orientado por Problemas obliga al médico a confesar la incertidumbre de su conocimiento cuando ésta existe. Lo fuerza a exponer su pensamiento y a escribir no solamente lo que sabe y entiende, sino todo lo que lo confunde, los problemas de diagnóstico y los dilemas de tratamiento. Lo que parece extraño es que les guste a muchos. Por qué? porque los libera de la carga sobrehumana de tratar de estar a la altura de expectativas no razonables.

Admitir incertidumbre en el conocimiento es buena ciencia, pero no mala magia.

El médico de orientación científica da la bienvenida a este cambio y no le importa ser medido como otro humano. La capa de mago no puede ser llevada cómodamente en la segunda mitad del Siglo XX.

La filosofía de este sistema se basa en dos hechos; primero: como sistema implica que toda persona que tenga intervención en la atención de pacientes, debe cumplir con su objetivo conociendo conscientemente la razón de su intervención (p. s. el laboratorista, el fisioterapeuta, deben conocer todos los problemas del paciente) y, segundo: Que para la solución científica de un problema éste debe ser claramente planteado. Cuando existen varios problemas, cada uno de ellos debe ser identificado claramente y no manejarlos como si fuese una ensalada de problemas (como se ha hecho hasta ahora).

Para tratar cada problema debe primero comprenderse y definirse y luego solucionarse. En Medicina se identifican los problemas por medio de los datos subjetivos y objetivos que se obtienen del paciente, luego se analizan y diferencian de problemas parecidos por el diagnóstico diferencial. La solución de los problemas se hace con un plan de acción y la ejecución del mismo, y el seguimiento o evolución nos señalará que la resolución está próxima o no; en este último caso debe reiniciarse el proceso para definir mejor el problema inicial.

PARTES DEL SISTEMA:

El sistema esta compuesto de tres partes:

- a. - Registro Clínico
- b. - Auditoría
- c. - Intervención

1. - EL REGISTRO CLINICO:

El registro orientado por problemas es el instrumento del concepto; no es el principio ni el fin del sistema, así como saber cómo funciona un piano, no hace un pianista sino que ello requiere coordinación de la mente y el cuerpo, además de autodisciplina y práctica.

- a) Datos Básicos: Se consideran datos básicos los elementos que son indispensables para definir los problemas y consisten en los datos del interrogatorio, del examen clínico y los exámenes paraclínicos mínimos. Debe sin embargo hacer se una definición precisa de cuales datos básicos se necesitan en el lugar en donde se usan, los re

querimientos varían de lo que se necesita en Guatemala a lo que en Alaska, según los factores epidemiológicos, así como las variaciones en relación al sexo, edad, etc.

Es obvio que las salas de emergencia y las consultas externas necesitan registros más lacónicos, sin que se descuiden los datos, de trascendencia (interrogatorio, exámen del estado general y de la región enferma y plan terapéutico) - ya que generalmente se persigue resolver problemas episódicos.

Sin embargo debe existir una conducta definida para analizar obligada y cuidadosamente el problema cuando:

El mismo episodio se ha repetido con frecuencia. Episodios se prolongan más de un tiempo definido. Aparecen complicaciones.

La obtención de los datos básicos puede ser efectuada en algunos aspectos por computadoras a encomendada al personal auxiliar entrenado al efecto. Por ejemplo, la medición de signos vitales, exámen del cuello, abdomen, pelvis, extremidades a enfermeras entrenadas.

- b) Lista numerada de todos los problemas: Esta lista equivale a la de diagnósticos, pero se diferencia en que ella se lista cada uno y todos los problemas que se hayan identificado entre los datos básicos en las esferas físicas, psíquicas, interaccional y ambiental, al nivel de precisión que pueden dar los datos obtenidos.

Como ejemplo prodríamos decir que existe una

neumonía, sin embargo, la causa solo la podremos definir hasta que la etiología haya sido identificada.

Existen dos grupos de problemas:

Activos: Es algún aspecto del paciente que tras torna o hace peligrar su salud y que requiere atención ulterior para hacer un diagnóstico y tratamiento del mismo, aunque su actividad en ese momento sea mínima se incluyen inclusive los problemas potenciales. Por ejemplo: a) Hipotiroidismo controlado con tiroides: b) Potencial de trombosis de miembros inferiores (como su cedería en un paciente operado cuya edad mayor de 40 años y obeso)

Resueltos: Como se indica, estos problemas ya no serán activos e importan por las secuelas - que pudieran haber dejado o las defensas que el paciente posea.

Los niveles de definición de un problema, van de lo menos a lo más preciso; quedándose uno con el nivel para el cual hayan bases suficientes y así se pueda avanzar la definición desde un signo o síntoma a la alteración fisiopatológica correspondiente y en última instancia la causa.

La flecha que sigue a cada problema únicamente se deja de anotar cuando el problema está resuelto, mientras tanto permanece como un problema activo. Encima de la flecha se anota la fecha de la evolución en la cual se encuentran las bases para avanzar el grado de definición al nuevo nivel.

La lista de problemas debe constituir la primera hoja del registro clínico, así el Dr. R.E. Easton (Norfolk), -

Va.) hace el símil entre los registros orientados según la fuente (el sistema convencional) y los libros sin índice y explica que la mayor diferencia entre el viejo estilo y el orientado por problemas es la lista de problemas que funciona como un índice.

- c) Plan Inicial. Los tres elementos que debe incluir el plan inicial, son: Diagnósticos, terapéuticos y Educativos.

Plan Diagnóstico: Incluye los procedimientos necesarios para definir la extensión o severidad de un problema o los necesarios para diferenciar este problema de otros parecidos, es decir un diagnóstico diferencial.

Este proceso no ha quedado nunca escrito en los registros clínicos, lo que los hace prácticamente inútiles como documentos científicos y educativos, y con ello se ha perdido gran cantidad de material de investigación.

Las posibilidades que quieran diferenciarse quedan anotados, así como debajo de cada una de ellas los medios por los que se pretende identificar la posibilidad.

La lógica del juicio clínico se hace evidente y puede enseñarse y aprenderse más fácilmente.

El diagnóstico diferencial debe incluir las posibilidades diagnósticas. Así como solamente los medios con que se cuenta para diferenciarlas y no ser una demostración de erudicción ni catálogo de procedimientos que no se efectúan.

En la solicitud para exámenes, consultas, etc. se debe incluir la lista completa de los problemas, así como la pregunta que necesita ser aclarada por el examen o consulta. La respuesta debe contestar claramente la pregunta, además de la descripción o resultado del examen

y también las sugerencias oportunas, de manera que la persona consultada participa en el manejo de pacientes y no funciona simplemente como un técnico que da resultados.

Plan Terapéutico: Por cada problema, igual que la lista usual de órdenes médicas, sirve a la enfermera para conocer con cuál problema está relacionado la orden y por lo tanto ella será partícipe del manejo del paciente y no solamente alguien que ejecuta órdenes sin saber claramente la razón de las mismas.

En el margen derecho se anota la fecha y las iniciales de la persona que trasladó la orden al kardex o a la solicitud del examen.

Plan Educativo. Se ha sabido desde hace mucho tiempo que la educación de los pacientes es importante en el tratamiento de los mismos, pero rara vez se efectúa y casi nunca se ha anotado. La estructura del registro médico hace obligatorio, en el sistema de Weed que el plan educativo del paciente quede anotado y sea efectuado.

La falta de conocimiento del paciente y la comprensión por el paciente de su enfermedad y su manejo ha sido un problema máximo en el caso de los desórdenes psiquiátricos.

El plan debe ser enfocado en lo que se relaciona al paciente y su enfermedad, así como la relación del problema con la familia y la comunidad del paciente.

- d) Seguimiento de cada problema: Se efectúa por la evolución de cada problema, así como por hojas de gráficas y se concluye con un sumario de egreso de ca-

da problema.

La Evolución: Es necesario que en su anotación queden registrados los datos subjetivos, los objetivos, el análisis del problema, así como el plan que se seguirá.

Las Gráficas: Debe llevarse la evolución de un fenómeno que se esté midiendo con frecuencia en forma gráfica para así poder correlacionarlo con los otros fenómenos que suceden. Por ejemplo, en un paciente cirrótico hacer gráficas sobre niveles de proteínas séricas, peso, perímetro abdominal, grado de adema periférica, etc.

El sumario de egreso: Este debe sintetizar la evolución de cada uno de los problemas así como la importancia relativa que se le dio a cada uno. Debe incluirse las manifestaciones subjetivas, objetivas, el análisis, así como el plan que se tiene para el seguimiento del paciente y la conducta o parámetros que se crea necesario continuar observando.

La calidad de las evoluciones o del sumario podrán ser "perlas" o anotaciones totas y depende del que las escribe y no del sistema. Si no hay nada que agregar de un problema o es necesario anotar nada en la evolución.

AUDITORIA: Ha sido hasta ahora difícil hacer auditoría de los procedimientos y de los costos de cada enfermedad o problema, porque ha existido poca definición en el manejo y solución de los mismos.

EGRESOS PEDIATRIA 1977

MESES	INGRESOS	DÍAS ESTANCIA
Enero	98	538
Febrero	87	575
Marzo	111	488
Abril	107	463
Mayo	78	314
Junio	54	302
Julio		
Agosto		
Septiembre	52	700
Octubre	107	463
Noviembre	78	314
Diciembre	54	302
TOTAL	1,035	5,554

PRESENTACION, ANALISIS, DISCUSION E INTER-
PRETACION DE DATOS OBTENIDOS

/38/

EGRESOS PEDIATRIA 1977

MESES	INGRESOS	DIAS ESTANCIA
Enero	98	536
Febrero	87	375
Marzo	111	488
Abril	107	463
Mayo	75	314
Junio	54	302
Julio	95	625
Agosto	117	672
Septiembre	55	700
Octubre	107	463
Noviembre	75	314
Diciembre	54	302
TOTAL	1,035	5,554

CUADRO No. 1

/39/

INGRESOS PEDIATRIA 1978

MESES	INGRESOS	DIAS ESTANCIA
Enero	24	180
Febrero	19	91
Marzo	47	304
Abril	26	280
Mayo	88	800
Junio	67	400
Julio	48	208
Agosto	64	460
Septiembre	78	224
Octubre	95	552
Noviembre	101	405
Diciembre	74	758
TOTAL	731	4,662

CUADRO No. 2

/40/

MORBILIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA /77

Gastroenterocolitis Aguda	282
Bronconeumonía	193
Desnutrición Protéico Calórica	96
Pielonefritis	18
Sarampión	21
Paludismo	15
Sepsis Neonatal	11
Parasitismo Intestinal	15
Amebiasis	10
Fiebre Tifoidea	13
DHE	6
Meningitis	6
Obstrucción Intestinal	8
Convulsiones Tónico Crónicas	7
Tétanos	5
Hidrocefalea	6
Otros	329
TOTAL	1,041

CUADRO No. 3

/41/

MORBILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA 1978

Gastroenterocolitis	269
Bronconeumonía	158
Desnutrición Protéico Calórica	46
Sepsis	26
Tuberculosis	15
Pielonefritis	5
Meningitis	12
Anemia	7
Paludismo	13
Parasitismo	15
Sarampión	10
Asma Bronquial	15
Intoxicación Alimenticia	9
Convulsiones Tónico Clónicas	10
DHE	59
Fiebre de Etiología	6
Otros	46
TOTAL	721

CUADRO No. 4

ATENCION PRESTADA EN LOS SERVICIOS DE MATERNIDAD
POR MES AÑO 1977

	Partos Eutócicos	Distócicos	Abortos	Días Estancia
Enero	124	22	50	365
Febrero	98	18	50	364
Marzo	132	17	62	421
Abril	113	21	40	426
Mayo	115	21	52	576
Junio	97	13	48	370
Julio	147	22	66	686
Agosto	122	30	64	593
Septiembre	60	5	30	300
Octubre	113	21	40	426
Noviembre	115	21	52	576
Diciembre	97	12	48	370
TOTAL	1,333	223	602	5,464

CUADRO No. 5

ATENCION PRESTADA EN LOS SERVICIOS DE MATERNIDAD,
POR MES AÑO 1978

	Partos Eutócicos	Distócicos	Abortos	Días Estancia
Enero	90	14	48	370
Febrero	50	20	3	274
Marzo	82	25	34	325
Abril	81	21	6	440
Mayo	102	43	43	145
Junio	90	32	35	122
Julio	93	41	33	134
Agosto	102	37	38	130
Septiembre	106	10	42	116
Octubre	149	20	42	169
Noviembre	115	17	71	137
Diciembre	144	25	38	170
TOTAL	1,204	305	433	2,541

CUADRO No. 6

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS OBTENIDOS EN LOS INGRESOS DE PEDIATRIA Y ATENCION DE PARTO EN MATERNIDAD

En el año de 1977 existieron un total de 1041 ingresos en Pediatría, de los cuales el total de días estancia fue de 5.83 habiendo una diferencia de 310 para 1978 donde el total de ingresos fue de 731, con un promedio de días estancia de 6.24 (cuadros Nos. 1. y 2.) El margen tan amplio se puede ver en el aumento de control del paciente en consulta externa, donde la contribución de la evaluación estudiantil, disminuyó el número de ingresos en Pediatría y en el total de la población del hospital.

En cuanto a la mortalidad general de ambos años, no disminuyó, ya que el 10% correspondió del total de 1977 en relación al 10.81 de 1,978 (cuadros Nos. 7 y 8).

En maternidad, el total de partos en ambos años cambió siendo un total de 1554 para 1988 y de 1499 para 1978, además de existir diferencia en razón de atención de abortos de 602 en 1977 a 433 en 1978. Sin embargo existe la diferencia mayor en cuanto a la atención quirúrgica del parto ya que en 1977 el índice de cesáreas era alto del 16.75 al 24.50 de 1978 (cuadros 5 y 6), sin embargo en 1977 existieron 8 defunciones del total, por causa materna, donde la contribución de la evaluación estudiantil, disminuyó el número de ingresos en Pediatría y en el total de la población del hospital.

En cuando a la mortalidad general de ambos años, no disminuyó, ya que el 10% correspondió del total de 1977 en relación al 10.81 de 1978 (cuadro Nos. 7 y 8)

En maternidad, el total de partos en ambos años cam-

bió siendo un total de 1,554 para 1977 y de 1499 para 1978, además de existir diferencia en razón de atención de abortos - de 602 en 1977 a 433 en 1978. Sin embargo existe la diferencia mayor en cuanto a la atención quirúrgica del parto ya que en 1977 el índice de cesáreas era alto del 16.75 al 24.50 de 1978 (cuadros 5 y 6), sin embargo en 1977 existieron 8 defunciones del total, por causa materna, en contraposición a 1978 donde solo hubieron 3 (cuadros 7 y 8)

El promedio parto diario continuó en una variación del 4.25 para 1977 a 4.10 para 1978; la diferencia en promedio de abortos por día únicamente fue de 1649 para 1977 a 1186 para 1978. El promedio de días estancia disminuyó en 1978 de 1.31 a 2.53 en 1977 (cuadros 5 y 6).

24	2	3	-	1	Junio
28	10	4	-	1	Julio
28	10	2	1	2	Agosto
28	4	3	1	-	Septiembre
24	-	7	4	1	Octubre
25	8	-	1	-	Noviembre
25	2	3	-	1	Diciembre
327	58	38	18	8	TOTAL

/46/

DATOS DE MORTALIDAD MATERNA, NEONATAL, INFANTIL
Y PREESCOLAR DURANTE EL AÑO DE 1977 PRESENTADOS
POR MES

MESES	Materna	Neonatal	Infantil	Preescolar	Total Gral.
Enero	-	1	3	4	27
Febrero	2	1	3	6	34
Marzo	-	3	7	5	33
Abril	-	-	2	5	23
Mayo	-	4	1	5	29
Junio	1	-	3	2	24
Julio	1	-	4	10	39
Agosto	2	1	2	10	39
Septiembre	-	1	3	4	25
Octubre	1	4	7	-	24
Noviembre	-	1	-	5	25
Diciembre	1	-	3	2	25
TOTAL	8	16	38	58	347

CUADRO No. 7

/47/

DATOS DE MORTALIDAD MATERNA, NEONATAL, INFANTIL
Y PREESCOLAR DURANTE EL AÑO 1978 PRESENTADOS POR
MES

MESES	Materna	Neonatal	Infantil	Preescolar	Total Gral.
Enero	1	-	1	3	21
Febrero	1	4	2	2	28
Marzo	-	1	2	7	34
Abril	-	1	2	7	26
Mayo	-	6	7	4	34
Junio	-	1	-	2	12
Julio	-	-	-	2	12
Agosto	-	-	5	1	22
Septiembre	-	1	2	3	16
Octubre	-	-	2	2	18
Noviembre	-	-	1	3	17
Diciembre	1	-	8	3	19
TOTAL	3	14	32	39	259

CUADRO No. 8

/48/

Tasa de Mortalidad Infantil

$$= \frac{\text{No. de defunciones de menores de un año de edad ocurridos en una zona geográfica dada durante un año dado}}{\text{No. total de nacimientos vivos ocurridos en la población de la misma zona durante el mismo año.}} \times 1000$$

1. Tasa de Mortalidad Infantil 1977:

$$\frac{38}{1,556} \times 1000 = 24.42$$

1.1 Tasa de mortalidad infantil 1978

$$\frac{32}{1,509} \times 1000 = 21.21$$

Tasa de Mortalidad NEONATAL

$$= \frac{\text{No. de defunciones de niños de menos de 28 días de edad ocurridos en una Zona geográfica dada durante un año}}{\text{No. total de nacimientos vivos ocurridos en la misma zona durante el mismo año}} \times 1000$$

2. Tasa de Mortalidad Neonatal 1977

$$\frac{16}{1,556} \times 1000 = 10.28$$

2.1 Tasa de mortalidad Neonatal 1978

$$\frac{14}{1,509} \times 1000 = 9.28$$

/49/

Tasa anual de Mortalidad Materna

$$= \frac{\text{No. de Defunciones por embarazo, parto o puerperio ocurridos en mujeres - de un área dada en un año dado}}{\text{No. total de nacimientos vivos ocurridos en la misma área durante el mismo año.}} \times 1000$$

3. Tasa de Mortalidad Materna 1977

$$\frac{8}{1,556} \times 1000 = 5.14$$

3.1 Tasa de Mortalidad materna en 1978.

$$\frac{3}{1,509} \times 1000 = 1.99$$

Se nota que en la tasa de mortalidad infantil no existe diferencia marcada en relación al número de ingresos en sus respectivos años.

En cuanto a la tasa de mortalidad neonatal, se puede hacer la misma observación que en la anterior.

En cambio en la tasa de mortalidad Materna, la diferencia es bastante notoria. Es importante señalar que el número de cesáreas el año 1978 aumentó notablemente en contraposición a la disminución de mortalidad en este año.

PRESENTACION DE DATOS FICHA DE EVALUACION CLINICA AÑO DE 1977

1. METODO DE WEED EN LA PAPELETA DE INGRESO

PEDIATRIA
Si 0 0%

MATERNIDAD
Si 0 0%

/50/

No 0 100% Si 50 100%

2. METODO DE WEED EN LA PAPELETA DE EGRESO

PEDIATRIA			MATERNIDAD		
Si	0	0%	Si	0	0%
No	50	100%	No	50	100%

3. PAPELETAS SIN EL METODO DE WEED

PEDITRIA			MATERNIDAD		
Si	47	94%	Si	50	100%
No	3	6%	No	0	0%

4. ORDENES MEDICAS DIARIAS

PEDIATRIA			MATERNIDAD		
Si	38	76%	Si	39	78%
No	12	24%	No	11	22%

5. Resumen de Ordenes Semanales

PEDIATRIA			MATERNIDAD		
Si	0	0%	Si	9	18%
No	50	100%	No	41	82%

6. EVOLUCION DEL METODO DE WEED

PEDIATRIA			MATERNIDAD		
Si	3	6%	Si	0	0%
No	47	94%	No	50	100%

7. LABORATORIOS MINIMOS

PEDIATRIA			MATERNIDAD		
Si	31	62%	Si	0	0%
No	19	38%	No	50	100%

/51/

8. LABORATORIOS EXTRAS

Pediatría y Maternidad 0 - 100%

PRESENTACION DE DATOS FICHA DE EVALUACION CLINICA
AÑO 1978.

1. METODO DE WEED EN LA PAPELETA DE INGRESO AÑO 1978

PEDIATRIA			MATERNIDAD		
Si	41	82%	Si	25	50%
No	9	18%	No	25	50%

2. METODO DE WEDD EN LA PAPELETA DE EGRESO

PEDIATRIA			MATERNIDAD		
Si	37	74%	Si	21	42%
No	13	26	No	29	58%

3. TOTAL SIN METODO DE WEED DE 100 PAPELETAS

9= 9%

4. ORDENES MEDICAS DIARIAS

Si	49	98%	Si	48	96%
No	1	2%	No	2	4%

5. RESUMEN DE ORDENES SEMANALES

PEDIATRIA			MATERNIDAD		
Si	43	86%	47	si	94%
No	7	14%	3	no	6%

6. EVOLUCION DIARIA METODO DE WEED

PEDIATRIA

Si	47	94%
No	3	6%

MATERNIDAD

Si	30	60%
No	20	40%

7. LABORATORIOS MINIMOS (HECES, ORINA Y HEMATOLOGIA)

PEDIATRIA

Si	46	92%
No	4	8%

MATERNIDAD

Si	8	16%
No	42	84%

8. OTROS LABORATORIOS

PEDIATRIA

Si	14	28%
----	----	-----

MATERNIDAD

0	=	100%
---	---	------

Análisis, Discusión, e interpretación de los Datos de Ficha de evaluación clínica, comparativamente años, 1977/1978.

1. Evaluación del Método de Weed en la papeleta de ingreso. En 1977 se revisaron el total de 100 papeletas correspondientes a ese año, encontrándose que el 100% no fueron elaborados por dicho método, haciendo siempre la aclaración que el programa Materno Infantil no había sido implantado por la Facultad de Medicina, sin la correspondiente evaluación del desarrollo de las papeletas. En contraposición a 1978 que dio como resultado que de 100 papeletas, 41 en Pediatría = 82% y Maternidad, 25 = 50% presentaba el desarrollo de problemas al ingreso, es in-

terezante notar que las que lo presentaban fueron elaboradas por Internos o residentes, en horas de la madrugada, concretándose a los problemas obvios del paciente, presentándose únicamente como una impresión clínica. Sin embargo, en el departamento de maternidad, el 50% de papeletas que no presentaron el método, el 25% fueron efectuados por estudiantes.

2. Evaluación del Método de Weed en la Nota de Egreso.

En 1977, de 100 papeletas evaluadas en los dos departamentos, no se encontró ninguna nota elaborada por el método de problemas. En 1978 se registraron 37 papeletas con los datos requeridos (74%), sin el método 13 (26%). En este caso es interesante notar la existencia de notas de descargo de responsabilidades no elaborados por el método de Weed en un 13% y notas sin la correspondiente elaboración en el otro 13%.

En la maternidad se presenta el fenómeno de 29 papeletas sin método de Weed (58%) y 42% con una elaboración completa. De este 58%, un 50% es atribuible a los egresos dados en fin de semana por parte del cuerpo Médico donde las notas fueron escritas con datos mínimos sin mayor trascendencia, el 8% restante, no fueron elaborados adecuadamente.

3. Total de Papeletas evaluadas sin el Método de Weed.

En 1977 el 97% no presentaron indicios de ser llevados por problemas y el 3% aparecen notas esporádicas con los requisitos necesarios estipulados por la facultad de Medicina, lo contrario sucede en 1978 donde 91% de papeletas del total, son llevadas por el Método de problemas, el restante 9%, fue llevado parcialmente, o no se registró.

Se puede observar que el registro diario y su evolución fueron llevados con todos sus datos en un margen que sobrepasa a años anteriores plenamente por el grupo de estudiantes.

4. Evolución diaria llevada por el Método de Weed.

En el año 1977 se presentaron 97 papeletas sin dicha evolución por problemas, las 3 papeletas presentando el método de las 100 evaluadas coinciden por ser efectuadas por la misma persona en el Departamento de Pediatría. En lo que respecta a 1978, corresponden del 100% de las investigaciones a un 77% que presentan el método descrito, correspondiendo 47 a Pediatría y 30% a Maternidad, las 3 papeletas en Pediatría que no presentaron método adecuado, hay que hacer notar que la primera presenta nota de descargo el primer día en un lapso menor a 8 horas, las dos restantes, una coincidió en ser llevada en el período de semana santa, fechas de feriado al grupo estudiantil, la otra no fue llevada por dicho método. En el departamento de Maternidad, únicamente se encontraron con el total de datos, 30 papeletas, (60%). En este rubro es significativo el hecho que la estancia de una paciente en el caso de multíparas es de horas, incluso la estancia de primíparas es reducido al mínimo.

5. Evaluación de Ordenes Médicas Diarias.

En el año de 1977 este renglón de gran importancia, en el tratamiento, arroja datos interesantes de 100 papeletas. El 77% fueron llevadas con un registro diario y el 33% no, el promedio de días sin nota desde la fecha de ingreso o entre el día en algunos casos - fue alto, pues se observaron papeletas con una nota

a intervalos de 4 a 7 días con un promedio de 1,72 días.

En el año 1978 se encontraron 97 papeletas con órdenes diarias, dato comparables con el 3% de notas sin registro diario.

6. Evaluación de resúmenes semanales y Pos-Parto y Post-Operatorio de Ordenes Médicas.

Se presenta en 1977 del total de papeletas de Pediatría, el 100% no presentan resúmenes de órdenes semanales, en Maternidad el 39% si presentaron resúmenes Post-Operación y Parto. En 1978 se da el fenómeno de 100 papeletas, el 90% presentaron resúmenes semanales, distribuyéndose el 10% de esta forma: el 7% no presentaron resúmenes de órdenes en Pediatría de las cuales el 100% de pacientes no cumplieron una semana como mínimo de estadía por diferentes razones.

En cuanto a Maternidad es notorio que el 47% presentaron todos los datos Post-Parto y resúmenes Post-Operación y semanales. El 3% restantes fueron deficientes en sus datos.

7. Evaluación de Laboratorios Mínimos

En 1977 se presentaron para Pediatría un 62% que presentaban heces, orina, hematología en contraposición a Maternidad, donde el 100% no presentaron ni un solo laboratorio, en 1978, Pediatría presentó un 96% de Laboratorios mínimos; el 4% restante presentaban órdenes de Laboratorio dadas y un mínimo de 1 día estancia por diferentes razones; es necesario hacer notar que en Maternidad solo el 18% presentaron laboratorios mínimos, en estas circunstancias se puede hacer un aclaración que las órdenes de laboratorio no son cumplidas por el personal de enfermería, razonando la escasez de personal o falta de necesidad por el tiempo de estancia de los pacientes.

INSTRUMENTO DE RECOPIACION DE DATOS DE LA FICHA CLINICA						
No. de Papele ta	Edad	Sexo	METODO DE			Sin Mé- todo de Weed
			Ingreso	Egreso	Weed	
			SI	NO		
					Ordenes Médicas	
					Resúmen de Ordenes	
					Lab. Mínimos	
					Labe. Especia lizados	

INDICADORES QUE MIDEN EL APROVECHAMIENTO DE LOS RECURSOS

1. INDICE OCUPACIONAL

Establece la relación existente entre los pacientes ingresados y la capacidad real de cama de un hospital, se obtiene:

$$\text{Total Días pacientes} \times 100 = \frac{1477 \times 100}{43740} = 33.7\% \text{ en 6 meses}$$

No. máximo posible de días.

Pacientes (días camas)

Indice demás de 90% es reflejo de gran presión sobre el servicio, debiéndose aumentar el número de camas, si se mantienen las cifras más de 6 meses. Indice por debajo de 75% y se mantiene por más de 6 meses es indicativo de una subutilización del servicio, que plantearía una revisión de la política sobre su uso, o la reducción del número de camas.

2. PROMEDIO ESTADIA:

Es el promedio de existencia hospitalaria recibida por cada paciente en un período de tiempo.

$$\frac{14.771}{2576} = 5.7$$

3. Se acepta promedio de estadía en hospital clínico quirúrgico con obstetricia y pediatría = 10 días.

4. INDICE DE ROTACION DE CAMAS:

Mide la utilización de una cama durante un período de terminado de tiempo:

/58/

$$\frac{\text{No. de ingresos } 3642}{\text{No. de camas reales } 243} = 14.9\%$$

No. de camas reales 243

Se deduce que la utilización es alta.

5. Productividad de Profesionales y Técnicos:

Establece la relación entre las horas contratadas o trabajadas por los profesionales y técnicos y la actividad realizada o servicios prestados durante esas horas. Total de consultas efectuadas.

Productividad Médica en consulta:

Total de horas trabajadas o contratadas

$$\frac{4299}{80} = 53.7 \quad 1 \text{ Médico}$$

$$\frac{4299}{600} = 7.5 \quad 5 \text{ Médicos}$$

INDICADORES QUE MIDEN LA CALIDAD DE SERVICIOS OTORGADOS

Este grupo de indicadores tiene como importancia extraordinaria por lo que significan para la salud del paciente, la calidad del servicio que se le presta. De ahí la necesidad de su conocimiento y manejo por todo el personal dirigente del hospital, con el objeto de abordar rápidamente las deficiencias que estén produciendo las desviaciones anormales de los indicadores y superarlos en el menor tiempo posible.

Estos indicadores son:

- Mortalidad Bruta y Neta
- Mortalidad Materna
- Mortalidad anestésica

/59/

- Mortalidad Post-Operatoria
- Mortalidad fetal y Tardía
- Mortalidad del recién nacido
- Índice de necropsias
- Índice de cesáreas
- Porcentaje de complicaciones post-operatorias

A) MORTALIDAD BRUTA Y NETA:

La mortalidad hospitalaria está dada por la relación entre los egresados fallecidos del hospital y el total de egresos.

Cuando el numerador, integrado por los fallecidos, no tiene en cuenta si la muerte ocurrió antes o después de las 48 horas de ingresado el paciente, se llama mortalidad bruta; cuando solamente se toman en consideración los fallecidos de más de 48 horas después de ingresados, el indicador se llama mortalidad neta.

$$A' \quad \text{Mortalidad Bruta: } \frac{\text{Total de fallecidos } 59 \times 100}{\text{Total de egresos } 2449} = 2.4\%$$

$$A'' \quad \text{Mortalidad Neta: } 177 \times 100 = 7.2\%$$

Las cifras aceptadas como normales son hasta un 4% para la mortalidad bruta y de un 2.5% para la mortalidad neta.

B) MORTALIDAD MATERNA

Este indicador es resultante de la relación entre el total de fallecidos por embarazo, parto o puerperio en un hospital y el total de nacidos vivos en ese mismo hospital Mortalidad Materna:

$$\frac{\text{Muertes por complicaciones del embarazo, parto y puerperio durante un período de tiempo}}{\text{Total de nacidos vivos en ese mismo hospital}} \times 1000$$

Total de Nacidos Vivos en el hospital y en el mismo período de tiempo

$$\frac{0}{671} \times 1000 = 0$$

C) MORTALIDAD ANESTECICA:

Es la relación entre los fallecidos debido a la aplicación de anestecias y el total de casos que han recibido anestecia.

Mortalidad anestécica:

$$\frac{\text{Fallecidos por anestecia}}{\text{Total de casos anesteciados}} \times 100$$

Total de casos anesteciados

$$\frac{1}{360} \times 100 = 0.2, \quad 2 \times 1000$$

Se incluyen los anesteciados que mueren por una aplicación quirúrgica.

La mortalidad por anestecia no debe estar por arriba del x 500 (0.2 x 1000), observándose en el Hospital un índice bastante alto.

D) MORTALIDAD POST-OPERATORIA:

Relación entre los fallecidos producidos por complicaciones de intervenciones quirúrgicas y el total de operaciones realizadas.

$$\frac{2}{360} = 100 = 0.5 \times 100$$

Se entiende como muerte post-operatoria aquella relacionada directamente con alguna operación atribuida a alguna complicación de la misma, tales como hemorragia, shock, infecciones.

E) MORTALIDAD FETAL TARDIA:

Es la relación entre las muertes fetales y tardías y el total de nacidos vivos en el hospital. Los fetos muertos se incluyen en el numerador de este indicador que son los de 28 semanas o más de vida intrauterina.

Mortalidad fetal tardía:

$$\frac{\text{Muertes fetales tardías}}{\text{Total de nacido vivos}} \times 100$$

Total de nacido vivos

$$\frac{12}{671} \times 100 = 1.6$$

Se aceptan como cifras normales las inferiores al 2.5%

F) MORTALIDAD DEL RECIEN NACIDO:

Relación entre defunciones de los recién nacidos y el total de nacidos vivos. Recién nacidos son comprendidos de 0 a 48 horas, que es el tiempo máximo que permanecen en el hospital.

Mortalidad del recién nacido:

$$\frac{\text{Defunciones de recién nacido}}{\text{Total de Nacidos Vivos}} \times 100$$

Total de Nacidos Vivos

$$\frac{20}{671} \times 100 = 2.9\%$$

G) INDICE DE NECROPSIAS:

Relación entre el número de necropsias realizadas y el total de fallecidos, del hospital.

Porcentaje de necropsias:

$$\frac{\text{Total de necropsias}}{\text{Total de fallecidos}} \times 100$$

En el hospital no se efectúan necropsias clínicas debido, principalmente, a la falta de una persona con entrenamiento para ello, y a pesar de que la Facultad de Ciencias Médicas tiene estudiantes de 4o. 5o. 6o. año de la carrera.

H. INDICE DE CESAREAS

Relación del total de cesáreas realizadas y el total de partos atendidos.

Porcentaje de cesáreas:

$$\frac{\text{Total de cesáreas realizadas en un período dado}}{\text{Total de partos durante el mismo período.}} \times 100$$

$$\frac{96}{685} \times 100 = 14.01\%$$

A través de este indicador se puede evaluar la calidad del trabajo en cuanto al cumplimiento de las normas obstétricas; se acepta como normal un índice menor de 4.0%

I) PORCENTAJE DE COMPLICACIONES POST OPERATORIAS:

Es la relación entre el total de complicaciones post-operatorias y al total de operaciones.

Puede hacerse específico por causas y evalúa la calidad del servicio quirúrgico.

Como límite se ha propuesto el 4% de complicaciones totales; y de infecciosas el 2%.

Cirugía General:
$$\frac{10}{360} \times 100 = 2.78\%$$

Ginecología
$$\frac{4}{78} \times 100 = 5.13\%$$

Obstetricia (cesárea)
$$\frac{18}{96} \times 100 = 18.75\%$$

J) NUMERO DE AUTOPSIAS CLINICAS:

No se efectúan debido a que no hay patólogo en el hospital, las muestras que en raras ocasiones se toman de un cadáver tardan de 30 a 45 días en volver al hospital ya procesados y vistas por un patólogo en Guatemala, otras veces se extravían.

Cesáreas con relación a partos atendidos:

Número de cesáreas por 100

$$\text{Número de partos} = \frac{96 \times 100}{682} = 14\%$$

Tasa mortalidad materna:

Número de madres fallecidas en el parto o puerperio x 1000

Número de Nacimientos.

$$\frac{1}{687} \times 1000$$

ESTADISTICAS DE CONSULTA EXTERNA

Total de Consultas	4,299
Primeras Consultas	3,150
Consultas subsecuentes	1,149
Promedio de Consultas por Médico (Total de Médicos en el Hospital)	2.2
Total de Pacientes Egresados por consulta Externa	1,832

Promedio de Consultas por hora-médico

$$\frac{4299}{80} = 53.7 \text{ un médico en 4 horas}$$

Es de hacer notar que el volúmen de consulta no es igual para todas las especialidades ya que se observa que el movimiento de pacientes en medicina y pediatría es mucho mayor que en las demás especialidades.

Además, el personal que atiende la consulta externa es de dos Médicos Practicantes por especialidad, quienes consultan a un Residente la conducta de la mayoría de las consultas.

No. de Pacientes Ingresados x 100

Total de Ingresos

$$\frac{1832}{3642} \times 100 = 50.3\%$$

CONCLUSIONES

- 1- Se concluye que en lo referente a, mortalidad y morbilidad habida durante los períodos estudiados, la diferencia no fue significativa en ninguna manera, sin embargo es bien sabido que la influencia existente de factores externos sobre dichos aspectos, dista bastante de ser modificada únicamente por la inclusión de estudiantes de medicina y el mejoramiento de la calidad de servicios prestados.
- 2- La calidad de servicios prestados en cada departamento fue notoriamente superada, con la inclusión de estudiantes de medicina tanto es así que la aportación de un seguimiento de cada caso en particular, influyó notable-

mente en un mejor rendimiento de dichos servicios a nivel hospitalario.

- 3- Es por esto que se puede hacer mención de la gran diferencia existente en los períodos estudiados con referencia a la labor realizada en el manejo de fichas clínicas por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas. En relación a la calidad de los registros de años anteriores.
- 4- Se obtuvo una evaluación individual del rendimiento de cada estudiante en particular; y de su labor realizada en actividades hospitalarias, al existir profesores, incluidos en la docencia de los departamentos estudiados, es más con el incremento de material docente y científico, la evaluación del paciente hospitalizado fue más completa, superando a la de años anteriores.
- 5- Con el incremento de docencia en cada grupo de estudiantes condicione a la superación académica del profesional y personal paramédico, factor de mucha importancia en el rendimiento de los servicios prestados.

RECOMENDACIONES:

- 1- Incrementar, grupos de estudiantes de Medicina, de las diferentes áreas de estudio, en hospitales regionales donde no existan.
- 2- Poner de manifiesto a las autoridades de Salud, los datos necesarios, para su concientización, en lo referente a la necesidad de conservar e incrementar los grupos de estudiantes en las dependencias de salud que los necesitan.
- 3- Incrementar en el personal de salud que colabora con los estudiantes de medicina, una adecuada relación interper-

/67/

CRITICA Y AUTOCRITICA

De los único que puedo hacer mención, es que se cuentan con pocos datos para sustentar en una base ya establecida, por las autoridades de salud, y académicas, del papel que ha desempeñado el estudiante de medicina en el desarrollo de la salud en nuestro país.

Es bastante difícil apartarse, del papel que hasta hace poco jugaba, personalmente como estudiante, sin embargo es satisfactorio, poder dar a conocer la realidad vivida durante los años de estudio y labor hospitalaria.

sonal para mejorar el rendimiento de ambos.

- 4- Sacar a luz, la necesidad de incrementar los salarios y ayuda que las autoridades de salud pueden prestar a cada estudiante en particular, basándose en datos concretos que demuestren su efectividad.
- 5- Hacer del conocimiento de cada estudiante y profesor, el papel real que juega en cuanto a su labor a realizar en el desarrollo de nuestro país.

/68/

B I B L I O G R A F I A

1- DE LEON BARRERA ERICK

Estudio Analítico del Hospital Departamental de Escuintla, Agosto de 1978

2- AUDITORIA MEDICA:

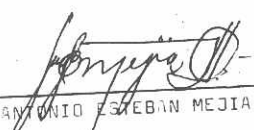
En el Departamento de Pediatría, Hospital San Benito, Petén Agosto, Spetiembre 1975.

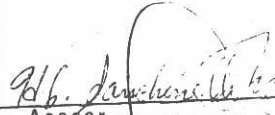
3- AUDITORIA MEDICA
DR. CARLOS WALHEIM

HOSPITALES: GENERAL SAN JUAN DE DIOS Y ROOSEVELT AÑO 1979

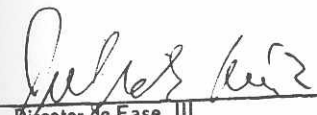
4- WEED L. LAWRENCE

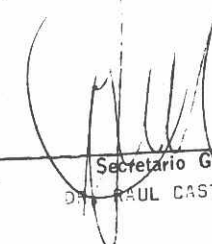
Sistemas de Aprendizaje y Atención Médicos, orientado por problemas.


Br. JORGE ANTONIO ESTEBAN MEJIA DAVILA

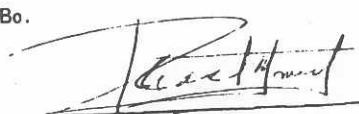

Asesor
Dr. HARRY SANCHINELI


Revisor
DR. MARCO VINICIO DONIS


Director de Fase III
DR. JULIO DE LEON M.


Secretario General
DR. RAUL CASTILLO

Vo.Bo.


Decano
DR. ROLANDO CASTILLO MONT LVO