

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

AUDITORIA MEDICA EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA  
DEL HOSPITAL REGIONAL DE COBAN, ALTA VERAPAZ,  
"HELEN LOSSI DE LAUGERUD" DE LOS MESES  
DE JULIO, AGOSTO Y SEPTIEMBRE DE 1978

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por:

RAUL ANIBAL SAN GERMAN DE LA CRUZ

En el acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

## INDICE

Introducción

Objetivos

Material y Método

Antecedentes

Justificaciones

Análisis de los resultados

Conclusiones

Recomendaciones

Bibliografía

ANEXOS

GRAFICAS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Un nuevo, y posiblemente usado, vocabulario está escribiéndose dentro del marco profesional de la medicina en el cual se observa, se utiliza y se analizan las actividades. (3)

Este vocabulario mencionado está relacionado completamente con la auditoría médica para hacer la evaluación retrospectiva de los adelantos en cuanto a la calidad de la atención médica a través del análisis científico de las historias clínicas (5) (13); y tomando en cuenta las necesidades reales y sentidas de salud en la actualidad, ponen en crisis la capacidad de los servicios para responder a la demanda de atención que las poblaciones plantean. (14)

No hay que olvidar que dentro del plan integral de desarrollo con que cuentan todos los países que lo buscan afanosamente tiene que considerarse el avance general de la medicina y que en compañía de la eficiente distribución de todos los recursos podrá lograrse, sin importar el esfuerzo general y así salvar a toda una población del analfabetismo, y, con ello, las condiciones insalubres que sufren las mayorías.

Las estadísticas de hospitales, clínicas y sanatorios son de muchas clases, ya que dichas instituciones abarcan muy diversos servicios, aspectos y actividades. Sin embargo, lo que generalmente comprenden las estadísticas de la atención médica son movimientos relativos únicamente a pacientes en los servicios de hospitalización, emergencias, consulta externa y atención domiciliaria. Dichas estadísticas sirven para describir sintéticamente el trabajo de un establecimiento de atención médica. (10)

De tal manera, pues, en esta oportunidad se hace una revisión retrospectiva del trabajo hospitalario, con la intención de determinar y dejar plasmada la actividad de todo un departamento y con la única motivación de establecer la calidad de la atención médica que está

prestando dicha institución y con el firme propósito que se mejore para el bien de todos los niños que son el futuro del país. El presente trabajo lleva esa intención y es por eso que se ha practicado Auditoría Médica en el departamento de Pediatría del Hospital Regional Helen Lossi de Laugerud de Cobán, Alta Verapaz, durante los meses de julio, agosto y septiembre de 1978.

El Dr. W. R. Heeler preguntó en cierta ocasión por el valor de la auditoría médica y dentro de sus respuestas citó problemas que se encontraron en los sistemas particulares en los Estados Unidos y el Canadá. Además, indicó que el principio de este deseo de auditoría médica debe de ser una verdad clara si queremos mantener a la profesión en una posición honrosa dentro de las actividades de la comunidad.(6)

## OBJETIVOS

### GENERALES:

Conocer en forma objetiva la calidad de la atención médica que se está brindando a los pacientes en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Cobán, tomando como base el trimestre de julio-septiembre de 1978.

Que las diversas autoridades de dependencias estatales (en salud), tomen conciencia de la importancia y eficacia de este método para la cuantificación y evaluación específica del trabajo realizado, tomando en cuenta que sus beneficios son importantes para mejorar y elevar la calidad de la atención médica en nuestro medio.

Hacer conciencia en todos los catedráticos y alumnos de la Facultad de Medicina para que con autoeducación y disciplina adopten este sistema de enseñanza-aprendizaje, teniendo siempre en cuenta que todo lo que se haga, está bien hecho y de acuerdo con las normas estandarizadas que esta práctica conlleva.

### ESPECIFICOS.

Determinar la calidad de la evaluación del paciente antes de su ingreso, en el sentido de investigar diversos tópicos de su padecimiento actual y de instituir la terapéutica adecuada durante su estancia en el servicio.

Determinar si el paciente se evaluó periódicamente, si se analizó su caso, si hubo interpretación de los diversos resultados de laboratorio y si se hizo alguna consideración pronóstica.

- Determinar si hubo buena utilización del laboratorio clínico, del servicio de rayos X y del servicio de patología.

- Conocer la morbilidad más frecuente.

- Determinar si la cantidad y clase de los análisis de laboratorio ordenados, es realmente justificada.

## MATERIAL Y METODO

Este trabajo se realizó tomando en cuenta todos los egresos que hubo durante el tiempo estipulado en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Cobán.

El muestreo y el cómputo se realizó con la revisión y análisis de cada uno de los registros clínicos que se tuvo a la vista, con el fin de aplicar la ficha de recolección de datos y para la tabulación respectiva.

### MATERIAL:

178 registros clínicos de todos los pacientes egresados del Departamento de Pediatría en el tiempo estipulado.

Elaboración de la ficha de recolección de datos que contiene las siguientes secciones:

- Datos generales
- Antecedentes
- Historia
- Examen físico de ingreso
- Resumen de ingreso
- Evoluciones clínicas
- Auxiliares diagnósticos
- Terapéutica médica
- Dieta
- Presentación del registro clínico
- Resumen de egreso y defunción
- Cumplimiento de órdenes médicas
- Medicamentos empleados por enfermedad
- Diagnósticos definitivos
- Principales complicaciones en el servicio
- Condición de egreso
- Notas de enfermería

- Control de medicamentos
- Calificación de los exámenes efectuados
- Días de hospitalización por cada uno de los pacientes

#### RECURSOS FISICOS:

Se utilizó la planta física del hospital.

#### RECURSOS HUMANOS:

Asesores del presente trabajo, el personal que labora dentro del Departamento de Pediatría, miembros del personal médico y el personal del Departamento de los Registros Médicos.

#### METODO:

Elaboración y tiraje específico de la ficha de recolección de los datos por cada registro clínico estudiado.

Una vez recolectados todos los datos, se tabuló, graficó y analizó; aplicándose diversos procedimientos estadísticos que permitieron considerar la veracidad de los datos obtenidos.

La forma de puntuación que sirvió de base para la tabulación por cada uno de los aspectos investigados fue:

Adecuado o no necesario	2 puntos
Tardío o insuficiente	1 punto
Omitido o no valorado	0 puntos
Excesivo o inadecuado	1 punto

De acuerdo con el punteo obtenido se calificó cada registro clínico como Excelente, Muy bueno, Regular o Deficiente.

Es necesario en estos momentos aclarar que para el desarrollo del presente estudio, se omitieron todos los ingresos a la sección de recién nacidos por ser niños de muy poca edad dentro del ambiente hospitalario y además, porque no se lleva un registro clínico completo, a no ser que se haga manifiesta alguna anomalía.

## ANTECEDENTES

La auditoría médica como técnica para la evaluación del trabajo hospitalario y de salud en general, data aproximadamente de unas tres a cuatro décadas y es un procedimiento que se practica en todo el mundo y principalmente en los países desarrollados, que en un momento dado se preocupan por el mejor desenvolvimiento de todos los campos productivos y el accionar diario de los problemas de la salud. Lo más importante es que se aplican técnicas que se han generalizado en todos los hospitales, preocupándose directamente por el tipo de calidad de atención médica que se presta a la población.

Desde su apareamiento se ha venido mejorando grandemente este tipo de actividad, tomando en cuenta que es un medio esencialmente válido desde todo punto de vista y es un instrumento que influye en todo el personal laborante en los servicios de salud, porque hace que se preparen convenientemente para lograr mejores condiciones de vida y que la morbilidad en general sea detectada adecuadamente.

En América, este sistema de evaluación se está aplicando casi generalmente en todos los países y aún las universidades, juntamente con los hospitales-escuela y directamente las Escuelas de Medicina, lo están adoptando como parte de los estudios generales relacionados con el post-grado académico. Por ejemplo, en el estado de Arkansas, Estados Unidos, se fundó un comité en el que participaron autoridades del hospital, de la universidad y específicamente de la facultad de medicina, buscando la posibilidad de obtener apoyo financiero para un programa médico regional que sirviera de modelo para estabilizar la calidad del seguimiento. Dicho programa se aprobó y financió durante los siguientes cinco meses y los resultados obtenidos fueron muy satisfactorios.(2)

Además, dentro del trabajo hospitalario se han formado comités específicos para que el control del trabajo generalmente no sufra atrasos innecesarios y, para el efecto, se formaron comités para

auditorías dentro del personal de enfermería, dando más realce a la responsabilidad que todo trabajador hospitalario debe mantener para el mejor funcionamiento de sus servicios para informar al médico sobre el récord clínico y la evaluación de cada uno de los pacientes. (2)

En América Latina actualmente se conocen estudios prospectivos que se han realizado en Argentina, Chile y México en donde los resultados son muy aceptables. En México los estudios se han tornado interesantes por la forma y dinámica sistemática como se están efectuando desde hace 7 años. (5)

Guatemala es nueva en el campo de la auditoría médica. Los estudios sistematizados se iniciaron a partir de los últimos 8 años, y aunque hay personas versadas en la materia, contándose con la bibliografía adecuada y siendo el medio propicio para poner los programas en práctica, se tropieza con la realidad de no poseer las técnicas adecuadas y métodos adaptados a nuestro medio.

Sin embargo, se han publicado varios trabajos realizados en diversos centros hospitalarios del país con resultados bastante aceptables. Dentro de los trabajos hasta la fecha publicados, se pueden citar las auditorías médicas realizadas en los departamentos de Pediatría Medicina, Obstetricia y Cirugía del Hospital General San Juan de Dios; Obstetricia y Pediatría del Hospital Roosevelt. Obstetricia del Hospital de Mazatenango. Pediatría del Hospital de San Benito, Petén y trabajos realizados en el Hospital San Juan de Dios de Quezaltenango.

Es de hacer notar que la mayoría han sido tesis presentadas al honorable tribunal examinador en el acto de investidura de médicos y cirujanos.

## JUSTIFICACIONES

Tomando en cuenta que el grupo más vulnerable de la población en general es el que corresponde al infantil, y más aún, el de la clase socio-económica baja, debemos de mejorar la calidad de la atención médica que se le brinde con la finalidad de proteger a todo el potencial que el día de mañana será la población viviente y que hoy constituye el futuro del país.

Fomentar en todo el gremio médico la necesidad de hacer una evaluación para la determinación específica de la calidad de diagnóstico y el tratamiento instituido a los pacientes reclusos en determinados servicios y particularmente en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Cobán. No puede faltar tampoco el seguimiento de cada uno de los casos con la finalidad de conocer a fondo cada caso y que la evaluación final antes de su egreso sea la mejor y la más adecuada, de acuerdo con la edad y su situación económica.

Siendo el área rural en donde se instalan los más pobres recursos en salud y en donde se hace mal uso de los mismos, según lo comprueba el Ministerio de Salud y otras dependencias y organizaciones a nivel mundial, la auditoría médica juega un papel importantísimo porque se puede programar y evaluar como técnica específica que en adelante se utilice como método de cuantificación y evaluación de dichos programas, para su mejoramiento.

## ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Todos los datos que a continuación se presentan son el reflejo fiel de la revisión y análisis de los 178 egresos que se efectuaron en el período de tiempo antes mencionado.

Cuadro No. 1 Datos generales:

Aspectos	Adecuado	Inadecuado	Omitido
Nombre	177	-	1
Edad	178	-	-
Sexo	178	-	-
Lugar de nacimiento	153	-	25
Residencia habitual o proced.	147	-	31
Asistencia a la escuela	102	-	76
Total promediado de la sección	155	-	33

Gráfica No. 1

En esta sección el aspecto menos evaluado adecuadamente es la asistencia a la escuela; pero hay que tomar en cuenta que todos los niños que entraron a nuestro estudio tienen edad escolar.

El lugar de nacimiento y la residencia habitual así como la procedencia son importantes ya que epidemiológicamente es necesario saberlos para tratar de correlacionar los posibles diagnósticos.

**Cuadro No. 2 Antecedentes:**

Aspectos	Adecuado	Inadecuado	Omitido
Familiares	72	-	106
Personales no patológicos	80	-	98
Personales patológicos	79	-	99
Aparatos y sistemas	53	1	124
Terapéutica y exámenes de los problemas resueltos antes de su ingreso al servicio	28	-	150
Total promedio de la sección	64	1	115

Ver gráfica No. 2

Esta sección es muy importante dentro del contenido general de la historia de cada uno de los pacientes; sin embargo, se evaluó adecuadamente en 64 pacientes de acuerdo con el promedio de la sección, siendo omitido en 115 pacientes.

**Cuadro No. 3 Historia:**

Aspectos	Adecuado	Inadecuado	Omitido
Motivo de consulta	164	3	11
Quien dio la información	160	3	15
Cronología del padecimiento actual	154	8	16
Características de signos y síntomas	104	10	64
Tratamientos recibidos por el motivo de consulta	45	2	31
Total promediado de la sección	125	5	47

Ver gráfica No. 3

En lo que concierne a la historia, en términos generales, es adecuada en la mayoría de los casos, ya que casi todos los niños por la edad y por no poder expresarse, siempre llegan acompañados de sus padres o cuando menos de una persona que proporciona la información.

**Cuadro No. 4 Examen físico:**

Aspectos	Adecuado	Inadecuado	Omitido
Inspección general	155	7	16
Temperatura	156	-	32
Pulso	141	-	37
Respiraciones	86	-	92
Talla	3	-	175
Peso	27	-	151
Estado nutricional	51	4	123
Tensión arterial	12	-	166
Circunferencia cefálica	5	-	173
Cabeza	60	42	76
Ojos (incluye fondo de ojo)	49	68	61
Oídos, nariz y garganta	88	42	48
Buco dental	36	35	107
Cuello	29	3	146
Glándulas mamarias	5	3	170
Caja torácica y pulmones	159	5	14
Area precordial	15	-	163
Abdomen	148	8	22
Perineal y genitales	39	3	136
Músculo-esquelético	147	7	24
Neurológico	38	2	138
Total promediado de la sección	68	33	98

Ver gráfica No. 4

Siendo el examen físico un aspecto generalmente importantísimo para el establecimiento del diagnóstico inicial, se nota que cada una de las historias revisadas adolece de aspectos que bien vale la pena revisar uno por uno. Así está demostrado

que los signos vitales se omiten en aproximadamente el 17o/o del total estudiado.

También podemos observar que la talla y el peso se miden en porcentaje demasiado bajo y esto influye para formarnos la primera aproximación diagnóstica. Es de hacer constar que en el servicio de la emergencia, que es donde se realiza el mayor número de ingresos, no se cuenta con aparatos adecuados para tal finalidad (infantómetro), realizándose hasta que el paciente llega al servicio. Lo mismo sucede con el manguito para evaluar y revisar la tensión arterial.

Es de hacer notar que: cabeza, ojos, oídos, nariz, garganta, buco dental, cuello, glándulas mamarias, área precordial, genitales y examen neurológico se evalúan en porcentaje demasiado bajo; por lo que su evaluación únicamente se realiza cuando el paciente presenta patología alguna y que haya necesidad de anotarse. Otro aspecto no menos importante lo constituye el estado nutricional dentro de lo que es examen físico. Este se escapa a la evaluación realizada por el encargado de efectuar el ingreso, ya que del total de pacientes únicamente en el 28.7o/o se hizo evaluación adecuada.

Cuadro No. 5 Evoluciones clínicas

Aspectos	Adecuado	Inadecuado	Omitido
Son anotadas diariamente	136	39	3
Datos subjetivos y objetivos	136	36	6
Análisis del caso	128	37	13
Fecha, nombre y firma del médico	153	16	9
Interpretación de laboratorios	86	19	73
Interpretación de plan terapéutico	34	15	129
Interpretación de interconsultas	5	9	164
Consideraciones pronósticas	1	2	175
Total promediado de la sección	69	21	71

Ver gráfica No. 6

Llama la atención que a pesar de que la gran mayoría de las historias clínicas presentan la evolución diaria, no satisfacen en su totalidad. El balance promediado es negativo y se podría considerar que la razón específica se deba directamente a que no se hacen las interpretaciones respectivas de los resultados de laboratorio, del plan terapéutico y las reconsultas respectivas. Además, es penoso que únicamente un paciente de 178 haya tenido el privilegio de que se le haya hecho consideración pronóstica de su caso clínico.

De tal manera que de nada sirve que se haga evolución diaria a cada paciente, si no se hace a conciencia y si se va a dejar un gran vacío que nunca se podrá llenar aunque el jefe del servicio conozca específicamente todos los casos, o cuando menos, el 70o/o del total.

Respecto al resumen de ingreso, en donde se hace énfasis en la impresión clínica y a la lista inicial de los problemas, se considera como adecuada en 174 pacientes y únicamente en tres

de ellos se omitió. (ver la gráfica número 5).

**Cuadro No. 6 Auxiliares diagnósticos y terapéutica médica:**

Aspectos	Adecuado	Inadecuado	Omitido
Indicación de informes de lab.	166	7	5
Indicación de informes de Rx.	166	3	9
Indicación de informes de Patología	167	1	10
Promedio de la sección	166	3.6	8
Terapéutica médica:			
Indicación	164	8	6
Dosis y frecuencia	164	6	8
Vías de administración	167	4	7
Orden de omisión medicamentosa	162	5	11
Promedio de la sección	164	6	8

Ver gráficas Nos. 7 y 8

Los rubros anteriores indican que tanto los auxiliares diagnósticos como la terapéutica médica sí fueron bien utilizados y respondieron a las necesidades que se plantearon y exigieron de acuerdo con el diagnóstico y el problema que en cada caso se manejó. Los aspectos que se omitieron fue porque el paciente tardó menos de 24 horas y/o su egreso fue voluntario.

La dieta fue muy aceptable ya que los requerimientos siempre estuvieron adecuados, máxime cuando se trató de un caso de desequilibrio hidroelectrolítico en que el cálculo de las soluciones tiene que ser bien balanceado. (véase gráfica No. 9).

La presentación del registro clínico manifestó que el 77o/o tuvo la enumeración cronológica de los impresos, tuvo pulcritud y legibilidad aceptable tanto de los médicos como de las enfermeras. (véase gráfica No. 10).

Seguidamente se analiza casos que para algunos no debería considerarse adecuada su hospitalización por el tipo de morbilidad que presentan y la gravedad del caso; pero hay que tener en cuenta que al hospital se ingresa a pacientes por presentar alguna fractura por simple que sea; y los objetivos no son únicamente colocar su aparato de yeso y evaluar su egreso, sino cuenta grandemente las condiciones generales que presenta dicho paciente cuando llega hasta el servicio. Se hace ver ésto porque la gran mayoría de los pacientes para llegar hasta el hospital tienen que caminar grandes distancias, tanto a pie como en vehículos, lo que hace que aparezca edema, y al momento de su consulta esto implica no poder administrar el tratamiento de inmediato, sino hay que esperar varios días hasta que desaparezca. (Véase gráfica número 11).

Para concluir el análisis específico de todas estas secciones, se evaluará lo que concierne al resumen de egreso o defunción. Para el efecto se presenta el siguiente cuadro:

**Cuadro No. 7 Resumen de egreso o defunción:**

Aspectos	Adecuado	Inadecuado	Omitido
Lista clasificada de diagnósticos	70	16	92
Resumen de evolución	55	38	85
Resumen de tratamiento	38	35	105
Indicaciones a la familia	22	11	145
Promedio de la sección	46	25	107

Véase la gráfica No. 12.

Este cuadro juntamente con el de los antecedentes y en gran parte con el del examen físico, indica que no está bien del todo, pues no es posible que un paciente egrese y que en su registro clínico no se haga tan siquiera un pequeño resumen de

su estancia en el hospital y del éxito alcanzado en el tratamiento instituido. De tal manera que en la mayoría de los casos no se sabe si el paciente egresó mejorado, igual o en peores condiciones que a su ingreso. Tampoco se sabe si la familia recibió las indicaciones respectivas en su etapa de convalecencia.

El tiempo de evaluación del paciente en horas a partir de su ingreso hasta ser visto por el jefe del servicio que en este centro hospitalario funge como médico de guardia de turno fue el siguiente:

**Cuadro No. 8 Tiempo de evaluación del paciente:**

Tiempo	Número	o/o
0:00 - 0:59	47	26.32
1:00 - 1:59	21	11.96
2:00 - 2:59	15	8.40
3:00 - 3:59	10	5.60
4:00 - 4:59	8	4.48
5:00 - 5:59	1	0.56
6 horas y más	32	17.92
No evaluados *	18	10.08

\* Esta evaluación fue posterior a las 24 horas después del ingreso del paciente y la realizó el estudiante rotatorio del servicio en práctica de Medicina Integral o el Interno del servicio. (Véase la gráfica No. 13). Además fueron ingresados 26 pacientes por el médico de guardia que equivale al 14.66o/o.

Todo esto indica que la mayor parte de los pacientes es vista dentro de las primeras 3 horas después de su ingreso, llamando la atención el número de pacientes que es evaluado después de 6 horas de su ingreso.

Los ingresos efectuados por el médico de guardia incluye los evaluados en la Emergencia durante los turnos y los que ingresan por el servicio de Consulta Externa.

La evaluación de los pacientes no evaluados por el médico, fue efectuada por el estudiante rotatorio del servicio. Llama especialmente la atención, porque se supone que éste está aún en la etapa de aprendizaje y no hay ninguna razón específica que justifique este abandono.

La evaluación de la sección de admisión en el que se evalúa el tiempo transcurrido desde que se ordenó el ingreso hasta que se hizo realmente efectivo, se presenta a continuación.

**Cuadro No. 9 Tiempo transcurrido desde que ordenó ingreso hasta hacerse realmente efectivo:**

Tiempo	Número	o/o
0:00 - 0:30	66	36.64
0:31 - 1:00	59	33.00
1:01 - 1:30	23	13.00
1:31 - 2:00	24	14.00
2:01 - 2:30	1	0.56
2:31 - 3:00	1	0.56
3:00 horas y más	3	1.68
Ignorados	1	0.56

Ver gráfica No. 14.

El servicio de admisión si funciona adecuadamente, ya que la mayor parte de los ingresos se realizan dentro del tiempo estipulado de la primera media hora después que se ordenó dicho ingreso. Se desconoce la causa específica por el que tuvieron que esperar tanto tiempo para su ingreso respectivo 3 pacientes; y que

al final de cuentas es un porcentaje demasiado bajo.

**Cuadro No. 10 Cumplimiento de órdenes médicas:**

	NUMERO			JUSTIFICADA	
	CUMPLIDAS	NO CUMPLIDAS		SI	NO
Hematología	240	220	20	240	-
Heces	245	200	45	245	-
Orina	245	215	30	245	-
Coprocultivos	95	85	10	85	10
Urocultivos	75	52	23	70	5
Hemocultivos	73	60	13	65	8
Gram y cultivo de diversos materiales	27	24	3	20	7
KOH	7	7	-	7	-
Ziehl Neelsen	9	9	-	9	-
Glicemia	9	9	-	7	2
N. de Urea	17	15	2	15	2
Creatinina	17	15	2	15	2
Proteínas y Rel a/g	15	5	10	15	-
VDRL	17	10	7	15	2
<b>RAYOS X</b>					
Rx de Tórax	122	122	-	100	22
Rx de MSI	17	15	2	17	-
Rx de MSD	15	15	-	15	-
Rx de MII	16	13	3	15	1
Rx de MID	9	9	-	9	-
Rx de cráneo	5	5	-	5	-
Interconsultas	15	10	5	15	-

De acuerdo con los datos generales presentados, se concluye que los exámenes de rutina (hematología, heces y orina), son los más solicitados. En segundo término los cultivos

de diversos procesos sépticos.

Por diversas causas, como por ejemplo el egreso voluntario del paciente a petición de sus padres o familiares, porque no hubo equipo adecuado o porque hizo falta personal, no se cumplió con varias órdenes pero en general nos indica el presente cuadro que el 86.59o/o de todos los exámenes ordenados son cumplidos. Lo que más satisface es que el 95o/o tienen justificación debida. Es decir, que al laboratorio y al departamento de rayos X no se les da exceso de trabajo.

Se verificó 9 exámenes de Ziehl Neelsen habiéndose cumplido y justificado los 9 en niños cuya edad osciló entre los 10 y los 12 años, habiéndose comprobado el problema de tuberculosis pulmonar, habiendo recibido su tratamiento correspondiente.

El conocimiento de la morbilidad más frecuente en nuestro medio es uno de los objetivos del presente trabajo de investigación. Debido a las condiciones deficientes desde el punto de vista sanitario en que se desenvuelve la mayor parte de personas en el área rural, junto con las precarias condiciones de subsistencia, establece que las 10 causas de morbilidad son:

La morbilidad más frecuente en nuestro medio es uno de los objetivos del presente trabajo de investigación. Debido a las condiciones deficientes desde el punto de vista sanitario en que se desenvuelve la mayor parte de personas en el área rural, junto con las precarias condiciones de subsistencia, establece que las 10 causas de morbilidad son:

Cuadro No. 11 Morbilidad más frecuente:

Nombre	Número	Porcentaje
Parasitismo intestinal	83	20.85
DPC todos los grados	43	10.75
Bronconeumonía	32	8.00
Anemia	31	7.75
DHE todos los grados	18	4.45
GECA	13	3.35
Moniliasis oral	11	2.75
Sarampión	9	2.25
Sepsis	8	2.00
Sarcoptiosis	7	1.75

Véase gráfica No. 15

Si se toma en cuenta las estadísticas generales de las diferentes instituciones de salud, nuestro medio no es la excepción, en el sentido de que el parasitismo intestinal, las enfermedades respiratorias y la desnutrición proteínico calórica son los flagelos que más afectan a la población infantil de todos los países socio-económicamente bajos.

Hablando específicamente sobre el parasitismo intestinal se ve que lo más frecuente fue: áscaris 38 casos, uncinaria 35 casos, trichiuris trichiura 22 casos, giardia lamblia 7 casos y amibas 3 casos.

Dada esta condición y la relación específica que existe entre parasitismo y anemia, sitúa a ésta en el tercer lugar de la tabla general de morbilidad. Correlacionándolas se demuestra y confirma que la infestación por parásitos intestinales (principalmente la uncinariasis) es causa directa de anemia.

Un aspecto que para el desarrollo general de las actividades del Departamento de Pediatría es muy complaciente, es que de los 178 ingresos se comprobó que en el 94/o/o hubo correlación entre la impresión clínica de ingreso y el diagnóstico definitivo, tomando en cuenta que las principales causas de complicación del paciente en el servicio no modificó en lo absoluto dicha relación. Así pues, la bronconeumonía por aspiración y la moniliasis oral no afecta ni influye en lo anteriormente expuesto.

Los medicamentos más empleados teniendo como base objetiva las 10 causas de morbilidad son los siguientes:

Cuadro No. 12 Medicamentos empleados con más frecuencia:

Nombre	Número	Porcentaje
Mebendazol	53	22.79
Penicilina Procaína	34	14.62
Sulfato ferroso	28	12.04
Ampicilina	23	9.89
Penicilina Cristalina	17	7.31
Hidratación IV	13	5.59
Nistatina	10	4.30
Sulfisoxasole	7	3.01
Acido Acetil salicílico	7	3.01
Cloroquina + Primaquina (Tx instituido por SNEM)	6	2.58

Véase la gráfica número 16.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, se confirma que el tratamiento sí estuvo adecuado y ajustado a las necesidades de cada caso de morbilidad. El Mebendazol, la Penicilina y el Sulfato Ferroso fueron los más frecuentemente usados.

El tiempo de hospitalización por cada uno de los pacientes es un aspecto importante, ya que si éste se prolonga demasiado resulta muy oneroso porque en la actualidad el costo "día-paciente" ha ascendido en niveles muy altos, como consecuencia directa del problema inflacionario a nivel mundial.

Cuadro No. 13 Días de hospitalización:

Días de hospitalización	Total	Porcentaje
0 - 4	37	20.72
5 - 9	47	26.32
10 - 14	21	11.86
15 - 19	30	16.90
20 - 24	18	10.09
25 - 29	8	4.49
30 - 34	2	1.12
35 - 39	5	2.90
40 y + días	10	5.60

Véase la gráfica No. 17

El movimiento de pacientes en el servicio es adecuado porque si se hace una revisión específica, más del 50o/o están hospitalizados de 0-14 días. Esto da la pauta que no hay retención de pacientes y que la terapéutica médica que se instituye también es adecuada, como se analizó en su oportunidad.

Finalmente, después del análisis concienzudo de todas las secciones de la ficha de recolección de datos, se obtuvo la calificación final y que a continuación se presenta.

Cuadro No. 14 Calificación final:

Aspectos	Número	Porcentaje
Deficiente	5	2.90
Regular	36	20.18
Satisfactorio	100	56.00
Muy bueno	34	19.04
Excelente	3	1.88

Ver gráfica No. 18

No se podía juzgar a priori sobre el resultado de esta investigación, sin tomar en cuenta todos los datos recabados por las diferentes fichas y por los diferentes registros clínicos analizados. Por todos estos resultados se concluye que el Departamento de Pediatría trabaja adecuadamente. No se niega que hay pocas cosas graves que señalar, pero que en un momento dado es fácil corregirlas para el desarrollo de un mejor trabajo del Departamento y que redunde en bien de todos los pacientes recluidos en la pediatría.

## CONCLUSIONES

Se confirma una vez más que la auditoría médica es la técnica más apropiada para la evaluación de la calidad de atención que se brinda en los servicios de salud, ya que demuestra objetivamente todos los errores en que se incurre y además dá la pauta de toda la metodología a seguir para corregir dichos errores.

Sabiendo que todos los países socio-económicamente bajos presentan un índice demasiado alto de desnutrición proteínico calórica, no justifica que el servicio de emergencia de este centro, donde se efectúa la mayor parte de los ingresos a la pediatría, carezca de los aparatos adecuados para la medición del peso y la talla de los niños, que son datos muy importantes para la correlación y el diagnóstico específico de su déficit nutricional.

El examen físico de ingreso de los pacientes pediátricos se hace adecuadamente únicamente en el 38.64o/o del total.

Menos del 50o/o de todas las evoluciones clínicas se realizan adecuadamente, si se toma en cuenta la anotación diaria, los datos subjetivos y objetivos, el análisis del caso, la interpretación de los resultados de análisis de laboratorio y las consideraciones pronósticas.

La terapéutica médica que se establece en el departamento es muy aceptable, ya que en el 92o/o de todos los casos estudiados se hizo satisfactoriamente.

Las órdenes médicas se cumplen aproximadamente en 88o/o

Se confirma, una vez más, que el problema nutricional y el parasitismo intestinal; son las causas más frecuentes de morbilidad en los niños contribuyendo de esta manera que se mantengan con bajo peso y retardo en su crecimiento y desarrollo normales.

## RECOMENDACIONES

Que se adopte la Auditoría Médica como sistema metódico en todos los servicios de salud, utilizándola como técnica que permita evaluar en cualquier momento, el rendimiento y la calidad de la atención médica que se brinda a todas las personas que requieren de los servicios respectivos.

Dotar de aparatos y material adecuados, los servicios en donde efectúa la mayor parte de los ingresos, para que la evaluación final redunde en beneficio de los mismos.

Hacer conciencia en todo el personal médico que la historia y examen físico de ingreso son elementos muy importantes para hacer un diagnóstico correcto y que la terapéutica instituida brinde los mejores frutos. Y así que la recuperación de la salud del paciente se logre en el menor tiempo posible y sin mayores complicaciones.

Hacer conciencia en el personal médico para que se le de la importancia que se merece el resumen de egreso o de defunción, de tal manera que brinde información del tratamiento específico y la evolución presentada por determinado paciente. Esta información es material de suma importancia para la investigación de los problemas de salud y para la determinación de las mejores soluciones institucionales.

## BIBLIOGRAFIA

Barquín, Manuel. Dirección de Hospitales.  
3a. Edición. México 1972, pp 117-122.

Walkley Jr., Philip H., University Hospital develops model  
quality assurance program, Hospitals J.A.H.A. 50, September  
1976, pp 73-75.

British medical Journal. Audit Again, pp 714-15, September  
1976.

Scharg Peter E. Is Audit Relevant to the Medical Wards of  
Teaching Hospital. Arch Intern Med. Vol. 136 January 1976,  
pp 77-80.

Orozco García, Tácito Guillermo, Auditoría Médica en el  
Departamento de Pediatría del Hospital de San Benito, Petén,  
de los meses agosto y septiembre de 1975. Tesis de Médico y  
Cirujano. Universidad de SAN Carlos de Guatemala, 1977. 56  
páginas.

The Medical Journal of Australia. Medical Audt, July 1976,  
pp 75-76.

McColl Ian, Macke, Cristine, Communication as a method of  
medial audit. The Lancet pp 1341-1343, June 1976.

Caballeros, Luis A., Auditoría Médica en el departamento de  
Medicina en el Hospital General San Juan de Dios, año de 1973.  
Tesis de Médico y Cirujano. Universidad de San Carlos de  
Guatemala, 1974. 37 páginas.

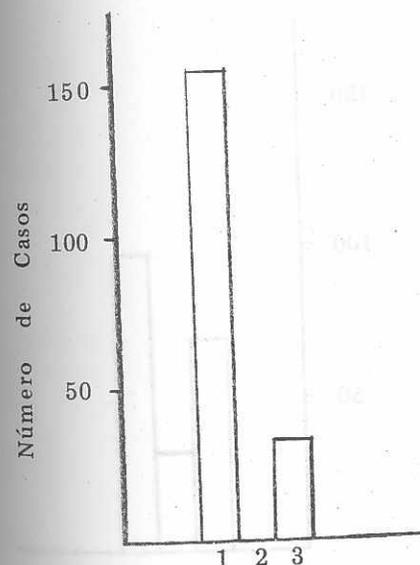
Camposeco A., Alfredo E., Auditoría médica en el  
Departamento de Medicina del Hospital Genera San Juan de

Dios de Occidente, 1974. Tesis de Médico y Cirujano.  
 Universidad de San Carlos de Guatemala presentada en 1975.

- 10 - Fajardo G., Teoría y Práctica de la Administración de la Atención Médica y de hospitales. La Prensa Mexicana, 1970 Capítulo 18. (mimeografiado).
- 11 - Bobenrieth, Manuel A., Indicaciones útiles para la evaluación del trabajo hospitalario. 1971-3 páginas. (mimeografiado).
- 12 - JAMA, Audit, 237 (7) pp 643-644. Febrero de 1977.
- 13 - Sánchez L., José Rómulo. La verdad de la auditoría médica. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas, 1975. 5 pags. (mimeografiado).
- 14 - Waldheim C., Carlos A., Normas de la Atención en Salud. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. 6 pags. (mimeografiado).
- 15 - Morales de Fortín, Annette. Elementos básicos a tomarse en cuenta en la elaboración de objetivos en salud. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas (mimeografiado).

GRAFICA No. 1

Datos generales

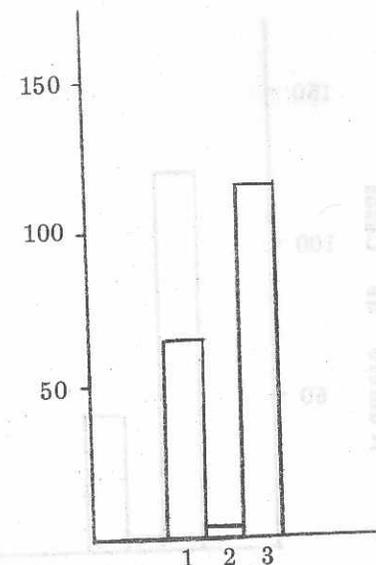


Aspectos evaluados

- 1 = Adecuado  
 2 = Inadecuado  
 3 = Omitido

GRAFICA No. 2

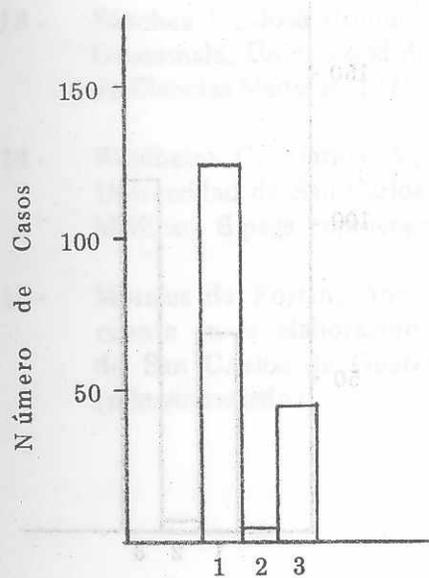
Antecedentes



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.

GRAFICA No. 3

Historia



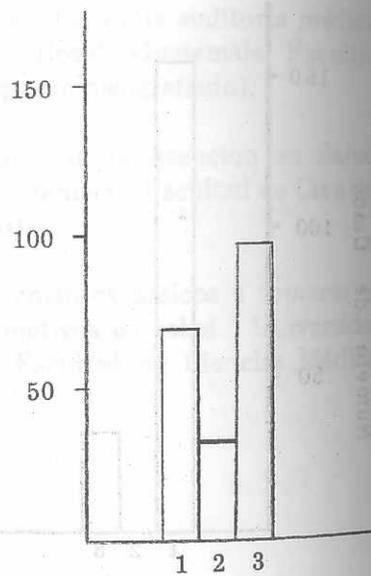
Aspectos evaluados

- 1 = Adecuado
- 2 = Inadecuado
- 3 = Omitido

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.

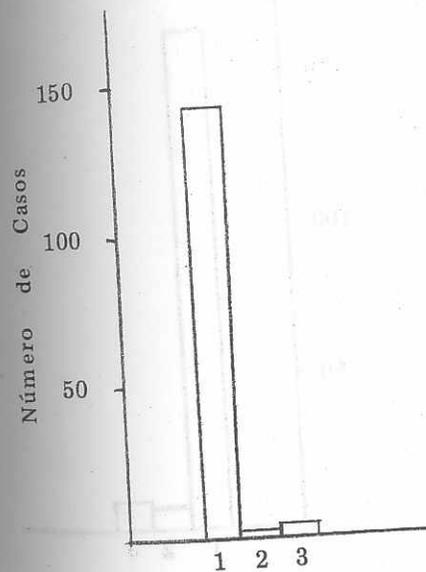
GRAFICA No. 4

Examen físico



GRAFICA No. 5

Resumen de ingreso

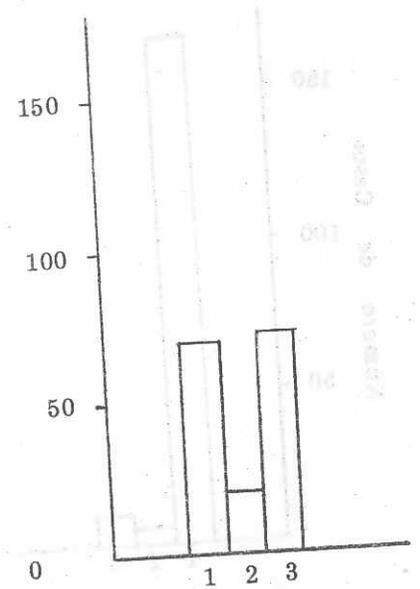


Aspectos evaluados

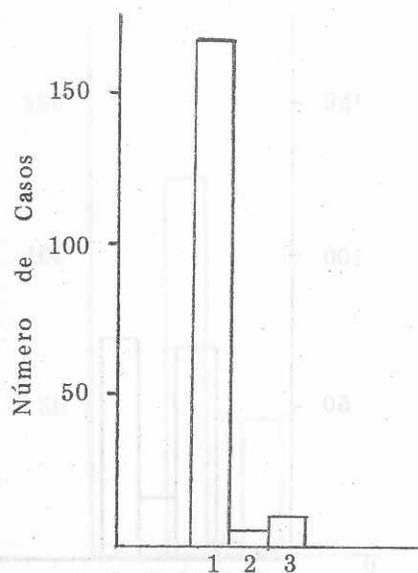
- 1 = Adecuado
- 2 = Inadecuado
- 3 = Omitido

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.

GRAFICA No. 6  
Evoluciones Clínicas



GRAFICA No. 7  
Auxiliares diagnósticos

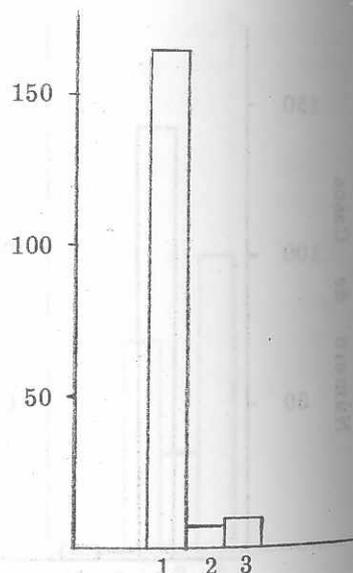


Aspectos evaluados

- 1 = Adecuado
- 2 = Inadecuado
- 3 = Omitido

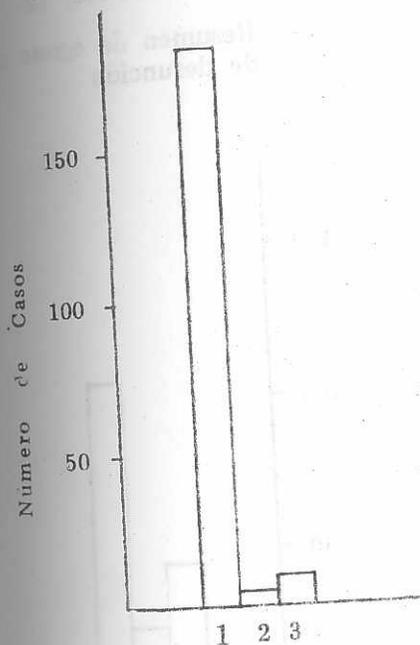
FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.

GRAFICA No. 8  
Terapéutica médica



GRAFICA No. 9

Dietas



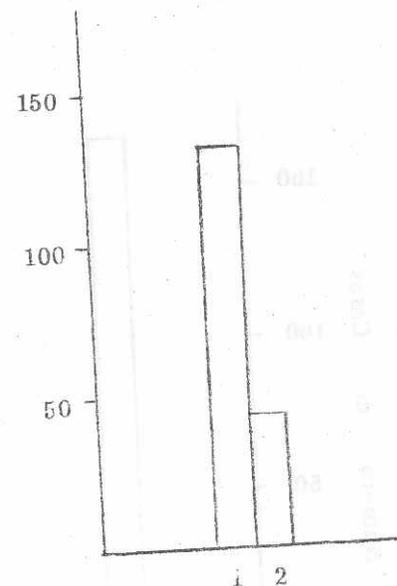
Aspectos evaluados

- 1 = Adecuado
- 2 = Inadecuado
- 3 = Omitido

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

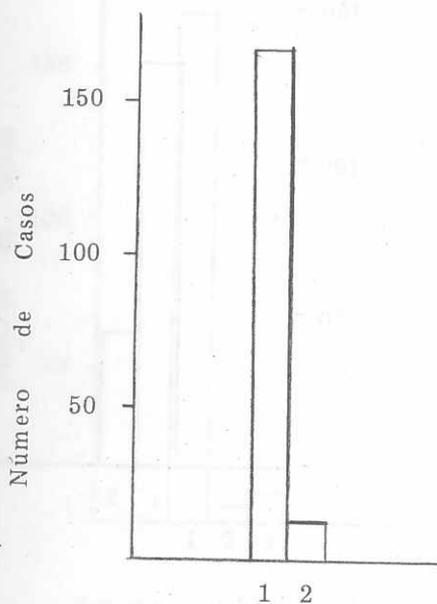
GRAFICA No. 10

Presentación del registro clínico



GRAFICA No. 11

Hospitalización



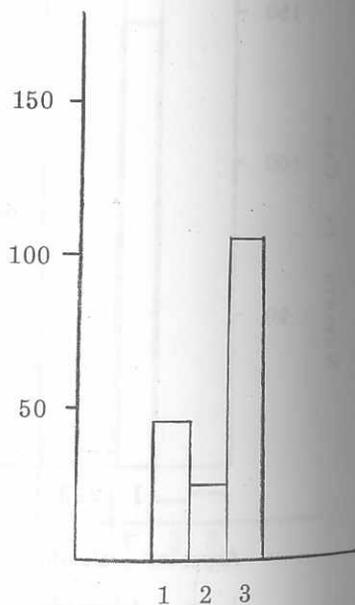
Aspectos evaluados

- 1 = Adecuado
- 2 = Inadecuado
- 3 = Omitido

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.

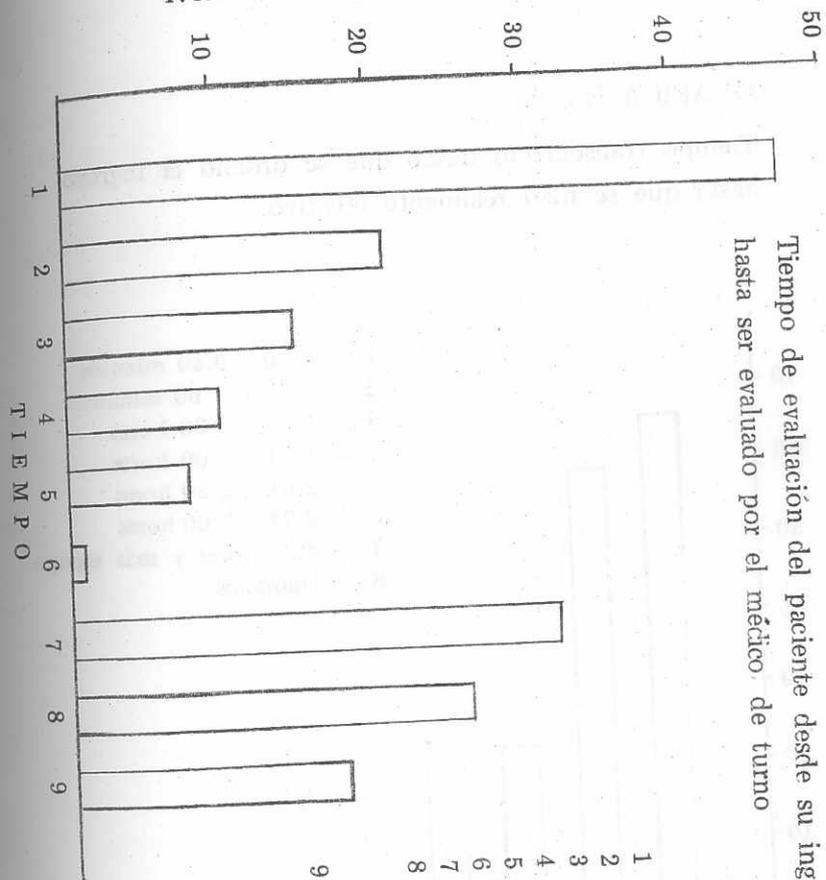
GRAFICA No. 12

Resumen de egreso o de defunción



NUMERO DE CASOS

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.

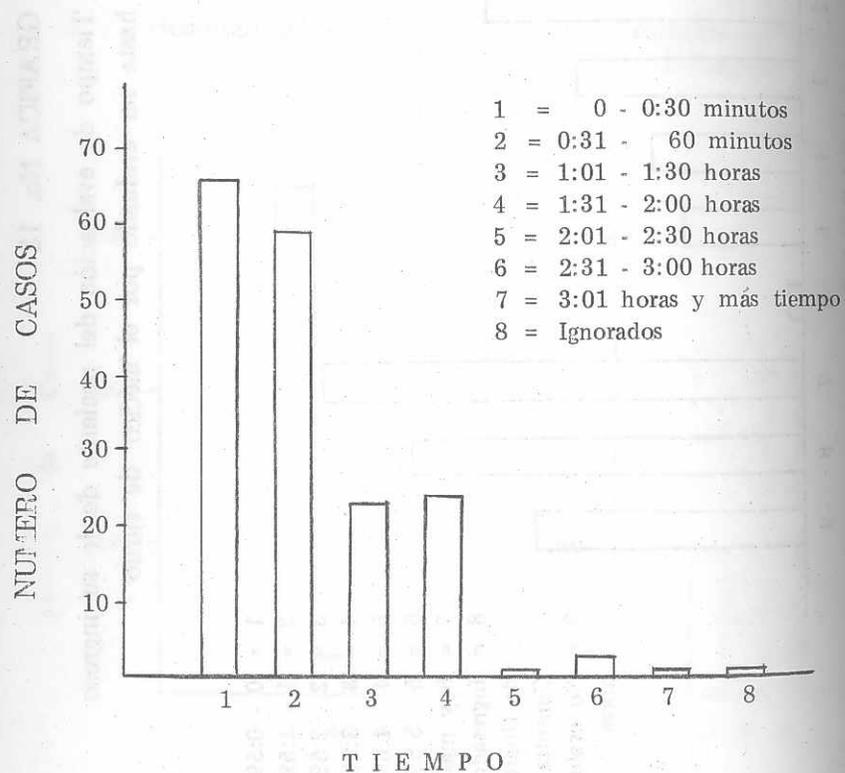


GRAFICA No. 13  
Tiempo de evaluación del paciente desde su ingreso hasta ser evaluado por el médico de turno

- 1 = 0 - 0:59 minutos
- 2 = 1 - 1:59 horas
- 3 = 2 - 2:59 horas
- 4 = 3 - 3:59 horas
- 5 = 4 - 4:59 horas
- 6 = 5 - 5:59 horas
- 7 = 6 y más horas/
- 8 = Ingresados por el Médico de Guardia (turno o por Consulta externa)
- 9 = No evaluados antes de 24 horas.

GRAFICA No. 14

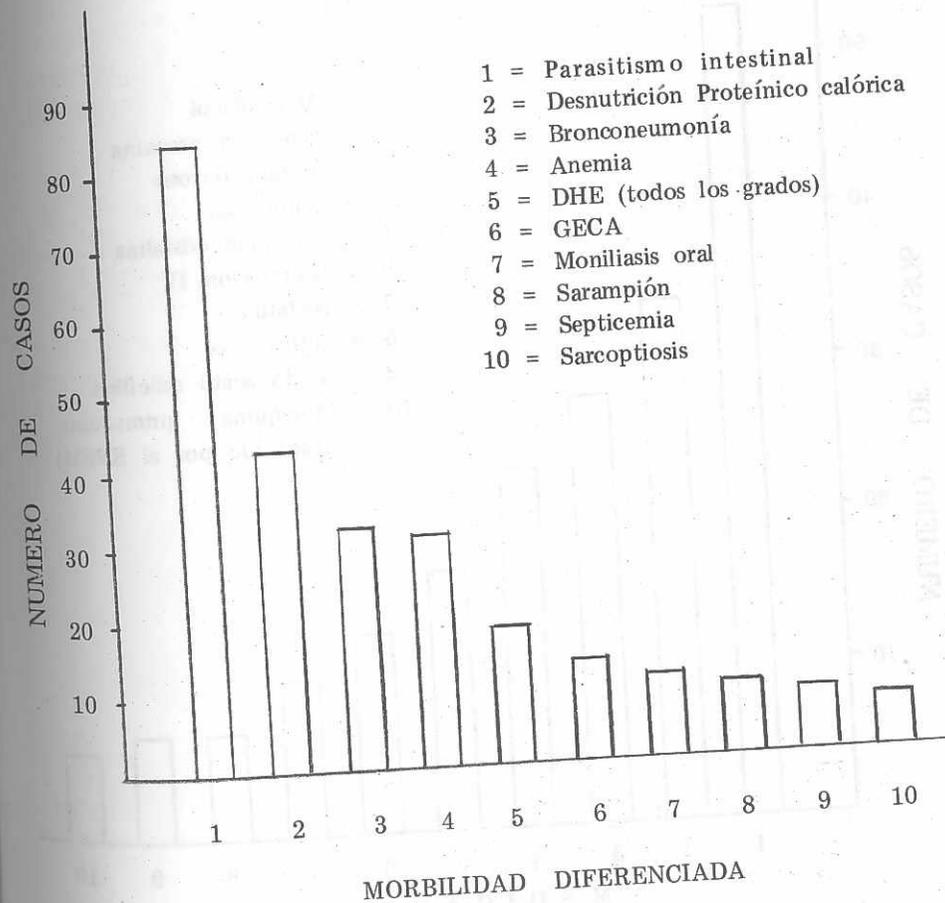
Tiempo transcurrido desde que se ordenó el ingreso hasta que se hizo realmente efectivo.



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.

GRAFICA No. 15

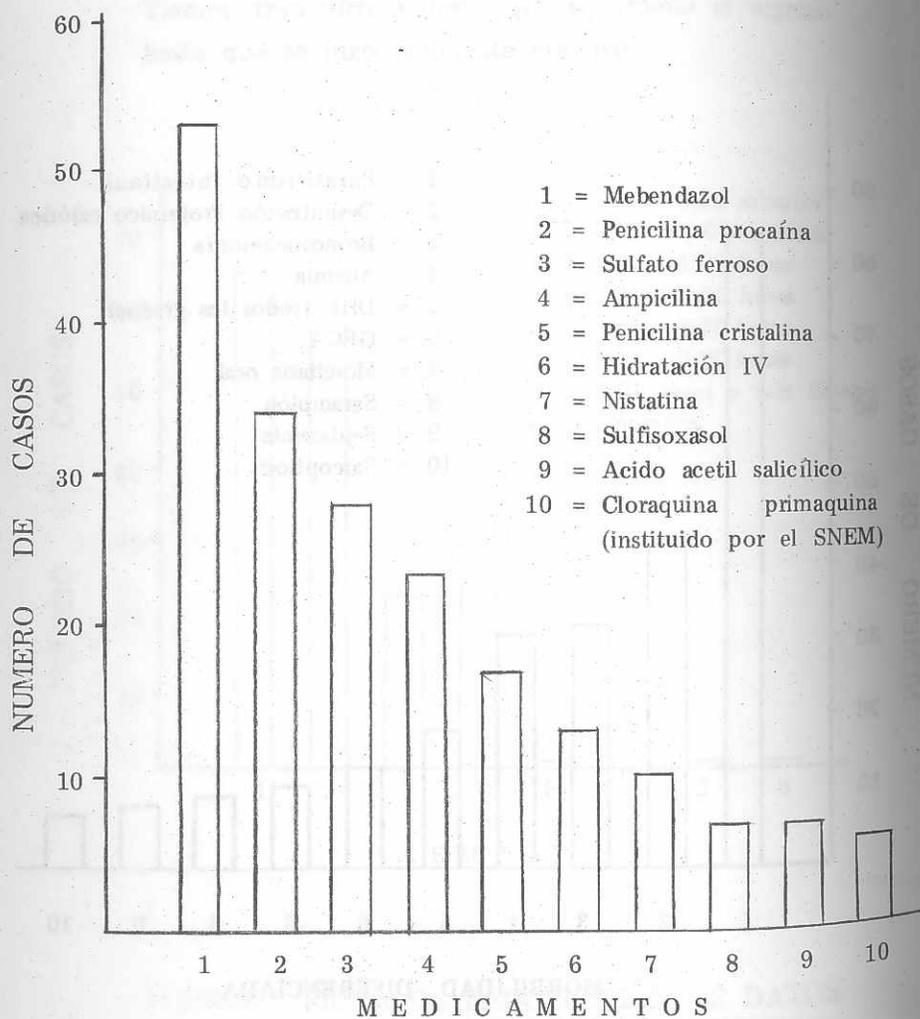
Morbilidad más frecuentemente encontrada



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.

GRAFICA No. 16

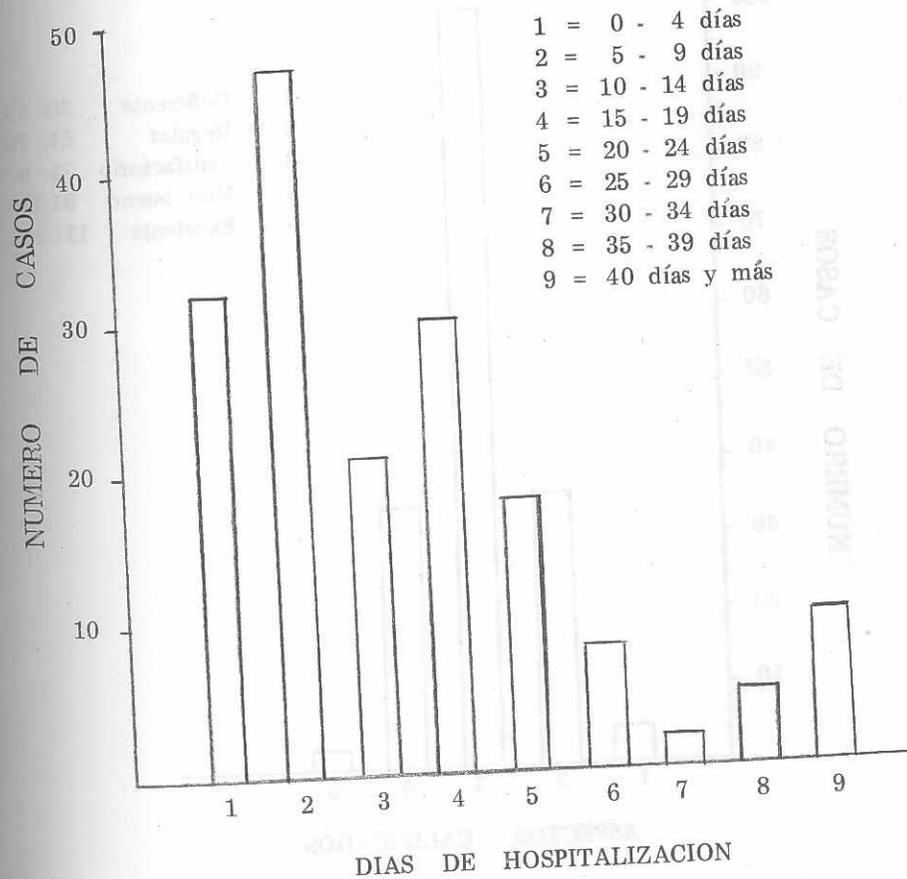
Medicamentos empleados con más frecuencia



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.

GRAFICA No. 17

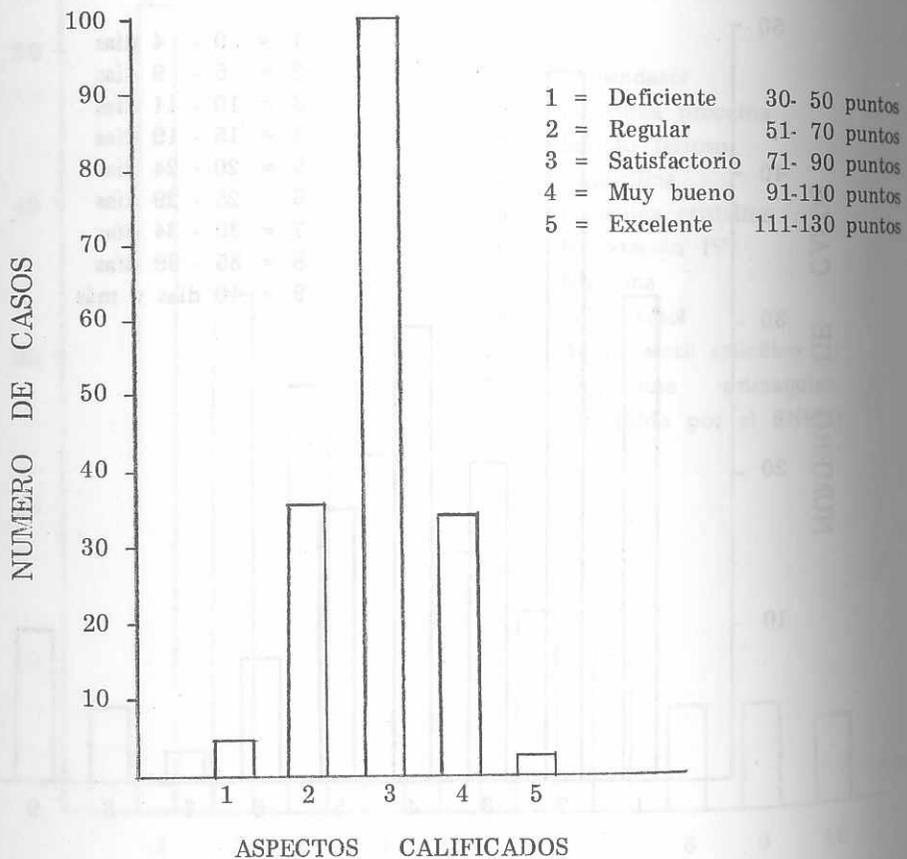
Días de hospitalización



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.

GRAFICA No. 18

Calificación final



- 1 = Deficiente 30- 50 puntos
- 2 = Regular 51- 70 puntos
- 3 = Satisfactorio 71- 90 puntos
- 4 = Muy bueno 91-110 puntos
- 5 = Excelente 111-130 puntos

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
HOSPITAL REGIONAL DE COBAN, "HELEN LOSSI DE LAUGERUD"  
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA.

AUDITORIA MEDICA

HISTORIA CLINICA NUMERO \_\_\_\_\_ FECHA DE AUDITAJE \_\_\_\_\_  
PUNTEO TOTAL \_\_\_\_\_ CALIFICACION \_\_\_\_\_

AUDITORIA REALIZADA POR: RAUL ANIBAL SAN GERMAN DE LA CRUZ.

Forma de puntuación:

- Adecuado o no necesario ----- 2 puntos
- Tardío o insuficiente ----- 1 punto
- Omitido o no valorado ----- 0 puntos
- excesivo o inadecuado ----- 1 punto
- Calificación final.

\*\* DATOS GENERALES

1. Nombre				
2. Edad				
3. Sexo				
4. Lugar de nacimiento				
5. Residencia habitual o Proc				
6. Asistencia a la escuela				

TOTAL =

\*\* ANTECEDENTES

7. Familiares				
8. Personales no patológicos				
9. Personales patológicos				
10. Aparatos y sistemas				
11. Terapéutica y exámenes de problemas resultados antes del ingreso al servicio.				

TOTAL =

## HISTORIA

12. Motivo de consulta	
13. Quién dio la información	
14. Cronología del padecimiento actual	
15. Características de signos y síntomas	
16. Tratamientos recibidos por motivo de consulta	

T O T A L =

## \*\* EXAMEN FISICO DE INGRESO

17. Inspección general	
18. Temperatura	
19. Pulso	
20. Respiraciones	
21. Talla	
22. Peso	
23. Estado nutricional (diagnóstico nutricional)	
24. Tensión arterial	
25. Circunferencia cefálica	
26. Cabeza	
27. Ojos (incluye fondo de ojo)	
28. Oídos, nariz y garganta	
29. Buco dental	
30. Cuello	
31. Glándulas mamarias	
32. Caja torácica y pulmones	
33. Area precordial	
34. Abdomen	
35. Perineal y genitales	
36. Músculo-esquelético	
37. Neurológico	

T O T A L =

## \*\* RESUMEN DE INGRESO

38. Lista de problemas	
39. Impresión clínica	

T O T A L =

## \*\* EVOLUCIONES CLINICAS

40. Son anotadas diariamente	
41. Datos objetivos y subjetivos	
42. Análisis del caso	
43. Fecha, nombre y firma del médico	
44. Interpretación de los resultados de laboratorio	
45. Interpretación del plan terapéutico	
46. Interpretación de resultados de interconsultas	
47. Consideraciones pronósticas	

T O T A L =

## \*\* AUXILIARES DIAGNOSTICOS

48. Indicación e informes de laboratorio	
49. Indicación e informes de Rx	
50. Indicación e informes de patología	

T O T A L =

## \*\* TERAPEUTICA MEDICA

51. Indicación	
52. Dosis y frecuencia	
53. Vías de administración	
54. Orden de omisión medicamentosa	

T O T A L =

**\*\* DIETA**

55. Tipo de dieta	
56. Cálculo de requerimientos	

TOTAL =

**\*\* PRESENTACION DEL REGISTRO CLINICO**

57. Enumeración cronológica de impresos	
58. Pulcritud	
59. Legibilidad (de médicos y enfermeras)	

TOTAL =

**\*\* HOSPITALIZACION**

60. Indicación	
61. Duración	

TOTAL =

**\*\* RESUMEN DE EGRESO O DEFUNCION**

62. Lista clasificada de diagnósticos	
63. Resumen de evolución	
64. Resumen de tratamiento	
65. Indicaciones a la familia	

TOTAL =

TIEMPO DE EVALUACION DEL PACIENTE EN HORAS A PARTIR DE SU INGRESO HASTA SER VISTO POR LOS SIGUIENTES PROFESIONALES:

1. Jefe del servicio	
2. Residente de turno	
3. Interno	

ANOTACION DE LA IMPRESION CLINICA EN LA HOJA DE Dx. Y COMENTARIOS MEDICOS DE EVOLUCION POR LOS PROFESIONALES SIGUIENTE:

	SI	NO
1. Jefe del servicio		
2. Interno		

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE QUE SE ORDENO INGRESO HASTA QUE SE HIZO EFECTIVO \_\_\_\_\_ HORAS

FUE EVALUADO EL PACIENTE POR SERVICIO SOCIAL SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**\*\* CUMPLIMIENTO DE ORDENES MEDICAS**

ORDEN	CANTIDAD	CUMPLIDAS	NO CUMPLIDAS
1. Laboratorio			
2. Rx.			
3. Patología			
4. Interconsultas			
5. Medicamentos			

MEDICAMENTOS EMPLEADOS: POR ENFERMEDAD

DIAGNOSTICOS	MEDICAMENTOS								
	PRINCIPAL			N	D	V	OTROS		
	NOMBRE	DOSIS	VIA				NOMB.	DOS	VIA
PRINCIPAL									
SECUNDARIO									
OTROS									

ANOTACION DE CAUSAS DE INCUMPLIMIENTO DE ALGUNAS ORDENES MEDICAS

ORDEN MEDICA	FALTA PERS.	FALTA EQUIPO	FALTA MATERIAL	NO ANOTADA
1. Laboratorio				
2. Rayos X				
3. Patología				
4. E.K.G.				
5. Interconsultas				
6. Medicamentos				

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS (ANOTARLOS)

PRINCIPAL:

SECUNDARIOS:

OTROS.

RELACION ENTRE IMPRESION CLINICA Y Dx. DEFINITIVO:

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

PRINCIPALES COMPLICACIONES EN EL SERVICIO: (ANOTARLAS)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NINGUNA \_\_\_\_\_

CONDICION DE EGRESO: VIVO: \_\_\_\_\_ MUERTO: \_\_\_\_\_

EGRESO HOSPITALARIO: CUMPLIDO A TIEMPO SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

CAUSAS DE INCUMPLIMIENTO:

- Falta de personal \_\_\_\_\_
- Se agravó \_\_\_\_\_
- No llegaron por él \_\_\_\_\_
- No fue anotado \_\_\_\_\_

NOTAS DE ENFERMERIA:

	SI	NO
1. Anotó condición general del paciente		
2. Anotó cuidados de higiene prestados		
3. Anota fecha, hora y firma		

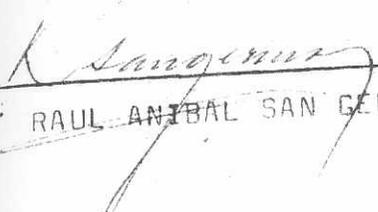
CONTROL DE MEDICAMENTOS:

	SI	NO
1. Anotó nombre de los medicamentos		
2. Anotó dosis, día y hora		
3. Anotó fecha y hora de inicio del medicamento		

CALIFICACION DE LOS EXAMENES EFECTUADOS:

EXAMENES	JUSTIFICACION	
	SI	NO

Cobán, Alta Verapaz 1,979.

  
Br. RAUL ANIBAL SAN GERMAN DE LA CRUZ

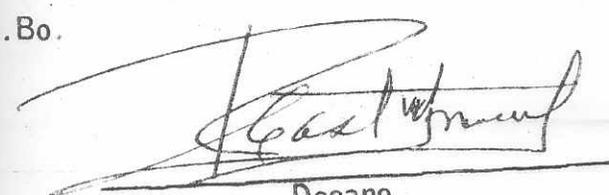
  
Asesor  
FRANCISCO JAVIER TUJAB

  
Revisor  
Dr. CARLOS WALDHEIM

  
Director de Fase III  
Dr. JULIO DE LEON MENDEZ

  
Secretario General  
Dr. RAUL A. CASTILLO R.

Vo.Bo.

  
Decano

Dr. ROLANDO CASTILLO MONTALVO