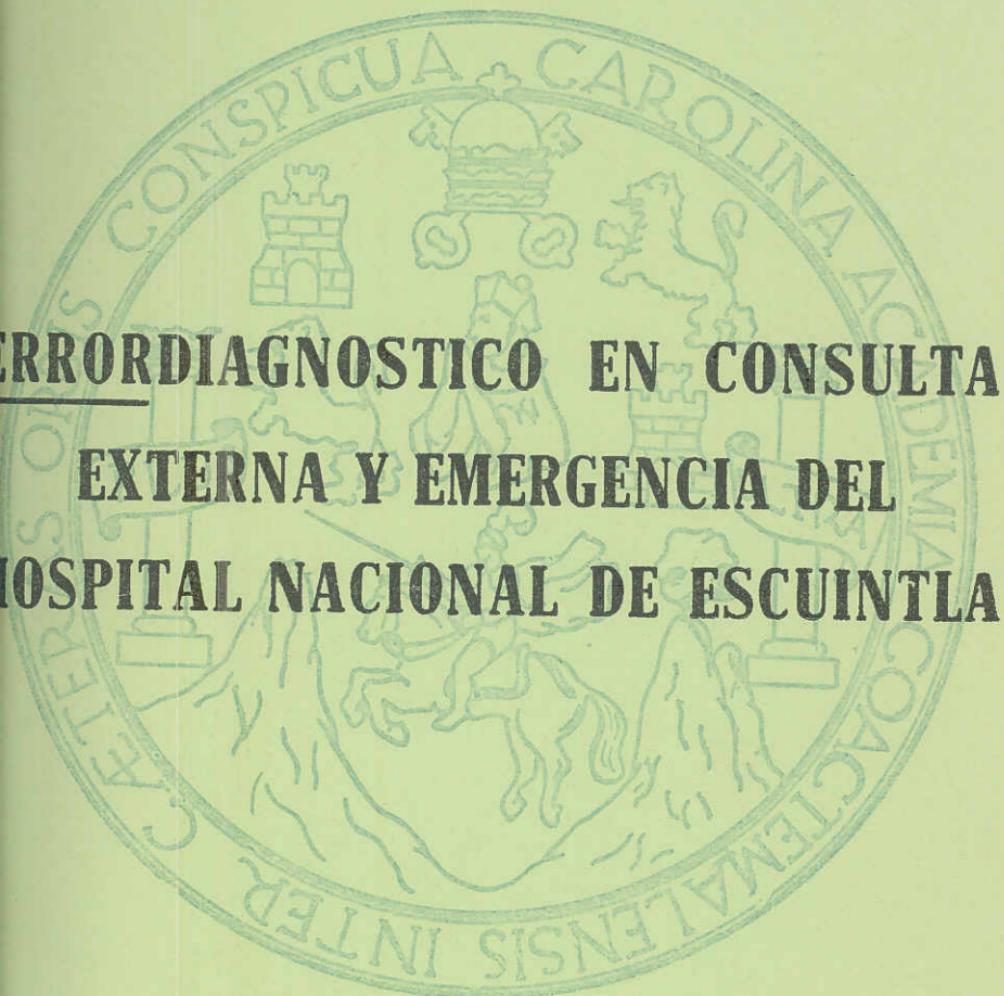


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



ERRORDIAGNOSTICO EN CONSULTA
EXTERNA Y EMERGENCIA DEL
HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA

SOFIA ESPERANZA HERNANDEZ ARGUETA

CONTENIDO

- I. INTRODUCCION
- II. ANTECEDENTES
- III. OBJETIVOS
- IV. MATERIAL Y METODOS
- V. DESCRIPCION DE AREA DE TRABAJO
- VI. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS
- VII. ANALISIS GENERAL
- VIII. CONCLUSIONES
- IX. RECOMENDACIONES
- X. BIBLIOGRAFIA
- XI. APENDICE

I - INTRODUCCION

Es importante conocer cual es el porcentaje de error al hacer un diagnóstico, no solo como dato estadístico, sino también para autoevaluarnos en nuestra conducta como médicos y estimularnos a adquirir nuevos y más conocimientos para bien de nuestra población.

He decidido realizar este trabajo en el Hospital Nacional de Escuintla por las siguientes razones: Por ser un hospital departamental donde recientemente se inició docencia y además por carecer de suficientes medios de ayuda diagnóstica, de recursos físicos y económicos así como de limitado personal médico y para médico. Para la realización de dicho trabajo se tomaron 500 casos de pacientes dados de egreso durante 1978, tomando 100 casos al azar por cada departamento: Cirugía, Medicina, Pediatría Ginecología y Obstetricia. Los parámetros a investigar para establecer la diferencia o posible error diagnóstico serán: Servicio por el cual fueron ingresados los pacientes: emergencia o consulta externa, diagnóstico de ingreso y de egreso, medios diagnósticos utilizados, y si el ingreso fue supervisado y autorizado por el médico de guardia.

Además en el presente trabajo se hará un análisis de los medios de ayuda diagnóstica con que cuenta dicho centro Hospitalario.

Espero que este trabajo contribuya a que conozcamos las posibilidades de error al hacer un diagnóstico. Además espero que pueda ser utilizado por la facultad de medicina, ya que en este Hospital se forma parte de los médicos que ejercerán la medicina - en el futuro.

Para orientar adecuadamente este estudio creí necesario hacer una descripción de lo que es el sistema de aprendizaje orientado por problemas del Dr. Weed, sistema utilizado en facultad de Ciencias Médicas de nuestra Universidad y en las facultades del área. Parámetro que también se investigará revisando en cada papeleta las evoluciones realizadas.

II ANTECEDENTES

Con el fin de buscar información o algunas referencias que ayuden a realizar el presente estudio, encontré que no se ha efectuado otro trabajo que se relacione con el presente en ningún Hospital de la República.

Se investigó acerca de auditorías médicas que hayan realizado en hospitales, encontrándose que solamente en el Hospital General San Juan de Dios se efectuó una, pero que no hay nada escrito concluyente, pues no fue mostrada la papelería respectiva como para hacerle una crítica.

Además al final, expongo como apéndice, el documento de sistema de aprendizaje y atención médica orientado por problemas del Dr. Weed, escrito por el Dr. Víctor Comparini, recopilado de diferentes bibliografías como medio para realizar un buen diagnóstico, - único documento escrito.

III OBJETIVOS

- 1) Establecer el porcentaje de error diagnóstico en pacientes que ingresan por los servicios de emergencia y consulta externa a los diferentes Departamentos del hospital Nacional de Escuintla.
- 2) Determinar con que medios de ayuda diagnóstica cuentan los estudiantes de medicina y médicos de guardia en dicho centro hospitalario.
- 3) Establecer el sexo predominante de ingreso por los servicios de emergencia y consulta externa al Hospital Nacional de Escuintla.
- 4) Establecer los medios de ayuda diagnóstica utilizados en los pacientes ingresados.
- 5) Determinar si hay control por parte de los médicos de guardia a los estudiantes que ingresan pacientes.
- 6) Efectuar un análisis general tomando en cuenta las diferencias encontradas de un departamento a otro y los cambios efectuados en la actualidad.

- 7) Representar mediante gráficas el porcentaje de posible error diagnóstico.
- 8) Evaluar si se lleva el método de aprendizaje y atención médica orientado por problemas.

IV MATERIAL Y METODOS

Para la realización del presente estudio se utiliza lo siguiente:

MATERIALES:

- 1) Una muestra de 500 papeletas de pacientes egresados durante el año de 1978 tomando al azar 100 papeletas por cada departamento: Medicina, Cirugía, Ginecología, Obstetricia y Pediatría, del archivo del Hospital Nacional de Escuintla.

METODOS:

- 1) Se investigan los parámetros siguientes: Servicio de ingreso de los pacientes: Emergencia o consulta externa, Sexo de pacientes, diagnóstico de ingreso y egreso así como los medios de ayuda diagnóstica utilizados, además si el ingreso de los pacientes fue supervisado y autorizado a los estudiantes de medicina por el médico de guardia o jefe de servicio.
- 2) Cuadros y gráficas representativas de acuerdo a las variables antes mencionadas mediante porcentajes y análisis respectivo.
- 3) Se efectuará un análisis general del estudio.

V DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO

El Hospital de Escuintla se encuentra ubicado en el departamento del mismo nombre en la región sur del país. El edificio donde funciona el hospital no es adecuado, ni fue hecho para tal fin.

El hospital regional consta con los siguientes servicios: consulta externa, servicio de emergencia, departamento de medicina, de Cirugía, Ginecología, Obstetricia Pediatría y Pabellones Anti-T.B. contándose además con un equipo de laboratorio, Rayos X, farmacia y archivo; cada departamento está dirigido por un Médico Jefe, un médico de guardia, un interno y estudiantes de 4o. y 5o. respectivamente; el equipo de laboratorio está dirigido por un estudiante en su ejercicio profesional supervisado de la facultad de Ciencias Químicas, 3 técnicas de laboratorio, cuentan con el mínimo equipo pues la mayoría de estudios sofisticados son mandados al laboratorio del hospital General para su realización; en lo que respecta a Rayos X solamente se cuenta con un técnico no existiendo un radiólogo, lo que hace un poco difícil la realización de estudios.

La farmacia es dirigida por un E.P.S. de la Fac. de Farmacia y 2 despachadores de medicina. El archivo, es algo que está en formación en este hospital, pues aún se está organizando y solamente se encuentran en archivo papeletas de 1977 en adelante.

En lo que respecta a la Consulta Externa y - Emergencia hasta 1979 permanecieron unidas. Ahora están separadas, contando cada servicio solamente - con un médico de guardia y estudiantes de Fac. de Medicina constantemente. A partir de 1977 este hospital fue habilitado por la facultad de Medicina para impartir docencia, lo cual ha sido muy positivo, pues hasta el momento se cuenta con una considerable cantidad de internos y estudiantes de 4o. y 5o. año.

VI PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

CUADRO 1

Muestra de Pacientes investigados en los diferentes departamentos del hospital Nacional de Escuinatlá.

	No.	Porcentaje
Total de Pacientes	500	100%
Departamento de Cirugía	100	20%
Departamento de Medicina	100	20%
Departamento de Pediatría	100	20%
Departamento de Obstetricia	100	20%
Departamento de Ginecología	100	20%
Total	500	100%

CUADRO 2

Ingresos por el servicio de Emergencia a los diferentes departamentos del Hospital Nacional de Escuinatlá.

Emergencias	Ptes.	Porcentaje
Departamento de Cirugía	71	24.48%
Departamento de Medicina	79	27.24%
Departamento de Pediatría	18	6.20%
Departamento de Obstetricia	81	27.93%
Departamento de Ginecología	41	14.13%
Total	290	100.00%

Ver gráfica 1

CUADRO 3

Ingreso por el servicio de consulta externa a los diferentes departamentos del Hospital Nacional de Escuintla.

Consulta Externa	Ptes.	Porcentaje
Departamento de Cirugía	29	13.80%
Departamento de Medicina	21	10.00%
Departamento de Pediatría	82	39.04%
Departamento de Obstetricia	19	9.04%
Departamento de Ginecología	59	28.09%
TOTAL	210	100.00%

Ver gráfica 2

Observado los cuadros 2 y 3 podemos decir que el mayor número de Ptes. de la muestra tomada que ingresaron al hospital Nac. de Escuintla lo hacen por el Depto. de emergencia en un total de 290, pudiéndose ver que el mayor porcentaje corresponde al departamento de obstetricia por un 27.93% y el menor porcentaje al Depto. de Pediatría en 6.20% contrario de lo que sucede en los pacientes que ingresaron por el Depto. de consulta externa que el gran número de pacientes ingresó al departamento de pediatría en un porcentaje de 39.04% y el menor número o sea el departamento de Obstetricia en un porcentaje de 9.04%.

CUADRO 4

Pacientes ingresados según servicios de emergencia y consulta externa por sexo al hospital nacional de Escuintla.

Departamento	No. de Ptes.	Sexo	
		M	F
Emergencia	290	95	195
Consulta Externa	210	65	145
TOTAL	500	160	340

CUADRO 5

Distribución de los Ptes. ingresados por los servicios de emergencia y consulta externa según sexo.

Emergencia	No. de Ptes.	Sexo	
		M	F
Dept. de Cirugía	71	42	29
Dept. de Medicina	79	46	33
Dept. de Pediatría	18	7	11
Dept. de Obstetricia	81	--	81
Dept. de Ginecología	41	--	41
TOTAL	290	95	195

Consulta Externa	No. de Ptes.	Sexo	
		M	F
Dept. de Cirugía	29	15	14
Dept. de Medicina	21	10	11
Dept. de Pediatría	82	40	42
Dept. de Obstetricia	19	--	19
Dept. de Ginecología	59	--	59
TOTAL .	210	65	145

Analizando los cuadros 4 y 5 podemos ver que de los 290 pacientes que ingresaron por la emergencia 95 fueron del sexo masculino y 195 del sexo femenino, ingresando la mayor cantidad de mujeres al departamento de Obstetricia, y de hombres al departamento de medicina por el servicio de consulta externa; de los 210 pacientes que ingresaron, 65 fueron del sexo masculino y 145 del sexo femenino se puede observar que la mayor cantidad de hombres ingresaron al departamento de pediatría y de mujeres al departamento de Ginecología.

CUADRO 6

Número de pacientes estudiados, con o sin diagnóstico que fueron ingresados a los diferentes departamentos del hospital Nacional de Escuintla.

Departamento de Cirugía	No. de Ptes.	Porcentaje
Diagnóstico de ingreso	80	80.00%
Sin diagnóstico	19	19.00%
Diagnóstico Inespecífico	01	11.00%
TOTAL	100	100.00%

Diagnóstico de Egreso igual

52 pacientes

Diagnóstico de Ingreso

Se puede observar que de los 80 pacientes que se ingresaron con diagnóstico, al departamento de cirugía, solamente en 52 pacientes fue igual al diagnóstico de egreso, lo que dará un 65% de porcentaje y un 48% de margen de diferencia o posible error diagnóstico.

CUADRO 7

Departamento de Medicina	No. de Ptes.	Porcentaje
Diagnóstico de Ingreso	73	73%
Sin diagnóstico	8	8%
Diagnóstico Inespecífico	19	19%
TOTAL	100	100%

Diagnóstico de Egreso : 60 pacientes
Igual a Diagnóstico de Ingreso

En este departamento se comprobó que de los 73 pacientes que ingresaron con diagnóstico, solamente en 60 pacientes, fue igual al diagnóstico de egreso, lo que hace un 82.19% con respecto a con 73 pacientes y un 17.81% de margen de diferencia o posible error diagnóstico.

CUADRO 8

Departamento de Pediatría	No. de Ptes.	Porcentaje
Diagnóstico de ingreso	83	83.00%
Sin Diagnóstico	2	2.00%
Diagnóstico Inespecífico	15	15.00%
TOTAL	100	100.00%

Diagnóstico de Egreso - igual : 78 pacientes
al Diagnóstico de Ingreso

En este departamento de los 83 pacientes con diagnóstico de ingreso, fue igual en 78 pacientes lo que correspondió a un 93.97% de porcentaje quedando un margen de diferencia o posible error un 6.03%.

CUADRO 9

Departamento de Obstetricia	No. de Ptes.	Porcentaje
Diagnóstico de Ingreso	86	86.00%
Sin Diagnóstico	0	00.00%
Diagnóstico Inespecífico	14	14.00%
TOTAL	100	100.00%

Diagnóstico de Egreso igual : 86 pacientes
al Diagnóstico de Ingreso

En este departamento se comprobó que de los 86 pacientes que fueron ingresados con diagnóstico, - fue igual para 86 pacientes haciendo un 100%, no encontrándose margen o diferencia de error.

CUADRO 10

Departamento de Ginecología	No. De Ptes.	Porcentaje
Diagnóstico de Ingreso	88	88.00%
Sin Diagnóstico	3	3.00%
Diagnóstico Inespecífico	9	9.00%
TOTAL	100	100.00%

Diagnóstico de Egreso igual al Diagnóstico de Ingreso : 80 pacientes

En este departamento, de 88 pacientes con diagnóstico de ingreso, se pudo comprobar que en un 90.99% fue igual al diagnóstico de egreso, conociéndose un margen de posible error de 9.01%.

CUADRO 11

Número de pacientes estudiados que ingresaron a los diferentes servicios del hospital Nacional de Escuintla con los respectivos diagnósticos

Muestra de Pacientes	No. de Ptes.	Porcentaje
Diagnóstico de Ingreso	410	82.00%
Sin Diagnóstico	32	6.40%
Diagnóstico Inespecífico	58	11.60%
TOTAL	500	100.00%

Diagnóstico de egreso igual al diagnóstico de Ingreso : 346 pacientes

Ver gráfica No. 3

En este cuadro podemos observar que de la muestra tomada (500 pacientes), solamente 410 pacientes tenían diagnóstico de ingreso, de los cuales solamente 346 era diagnóstico igual al de egreso, lo que hace que haya un 84.39% de acercamiento al diagnóstico y un 15.61% de diferencia o posible error.

CUADRO 12

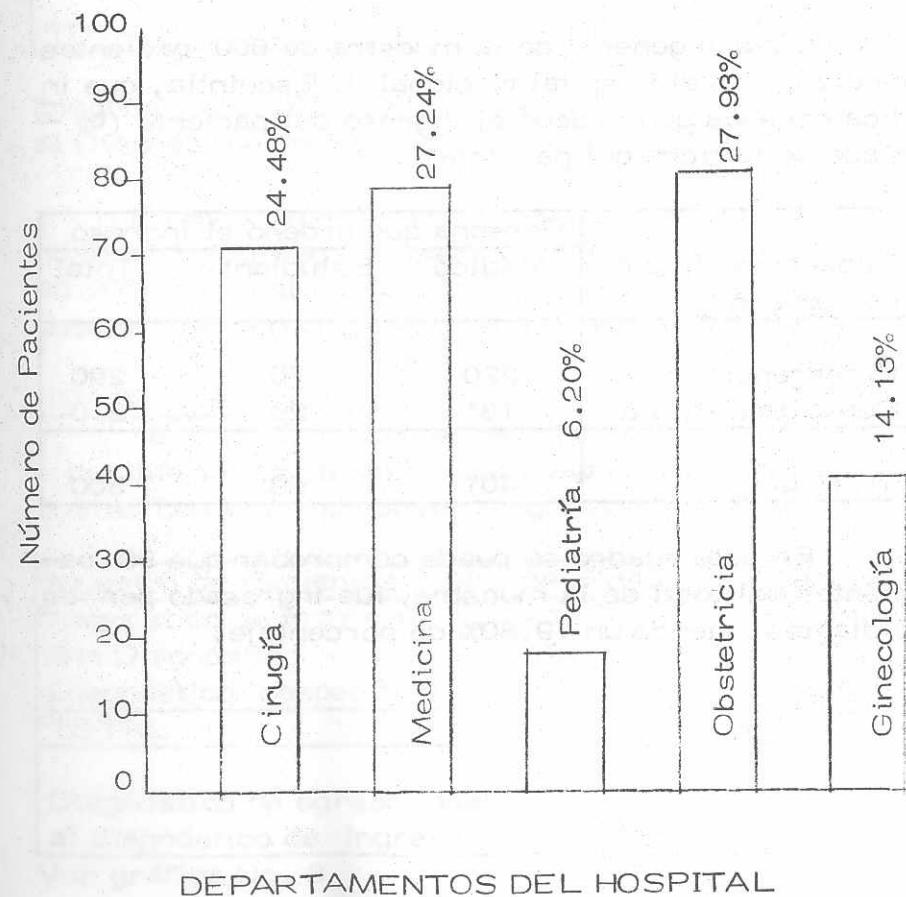
Cuadro general de la muestra de 500 pacientes realizado en el hospital Nacional de Escuintla, que indica persona que ordenó el ingreso del paciente (tomado de la ficha del paciente)

Departamento don de Ingresó	Persona que ordenó el ingreso		
	Médico	Estudiante	Total
Emergencia	220	70	290
Consulta Externa	181	29	210
TOTAL	401	99	500

En este cuadro se puede comprobar que 99 pacientes del total de la muestra, fue ingresado por estudiantes, siendo un 19.80% de porcentaje.

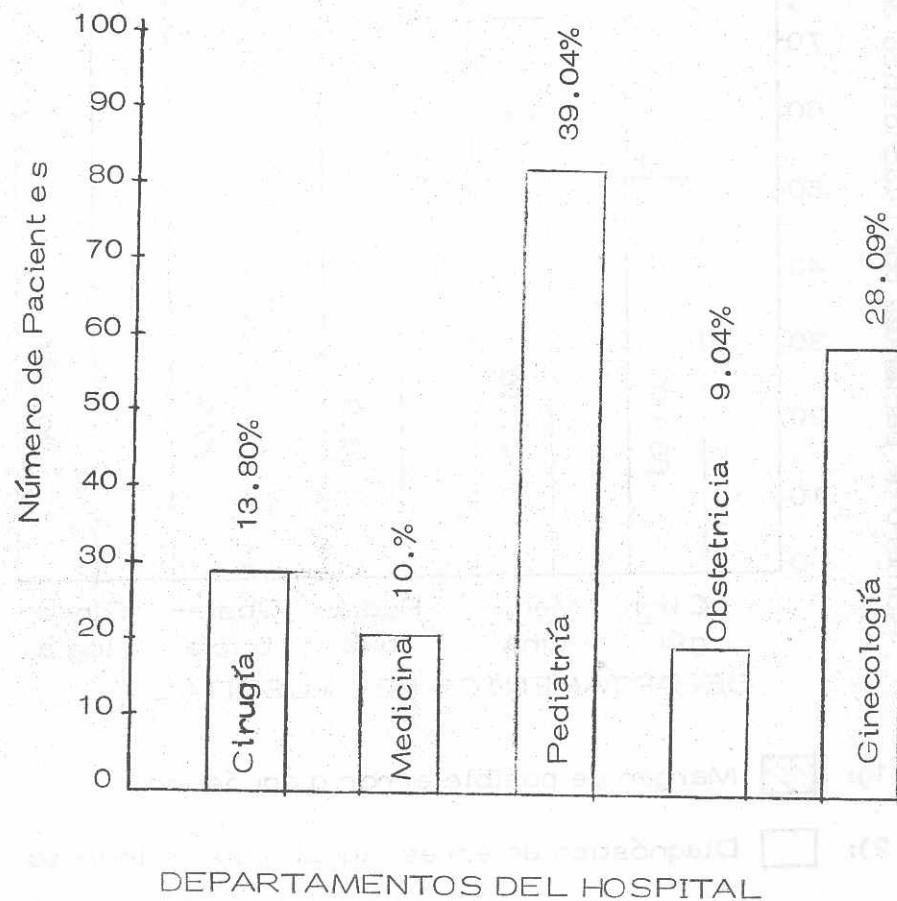
Gráfica #1

y % de Pacientes ingresados por el Servicio de Emergencia a los diferentes departamentos del Hospital Nacional de Escuintla.



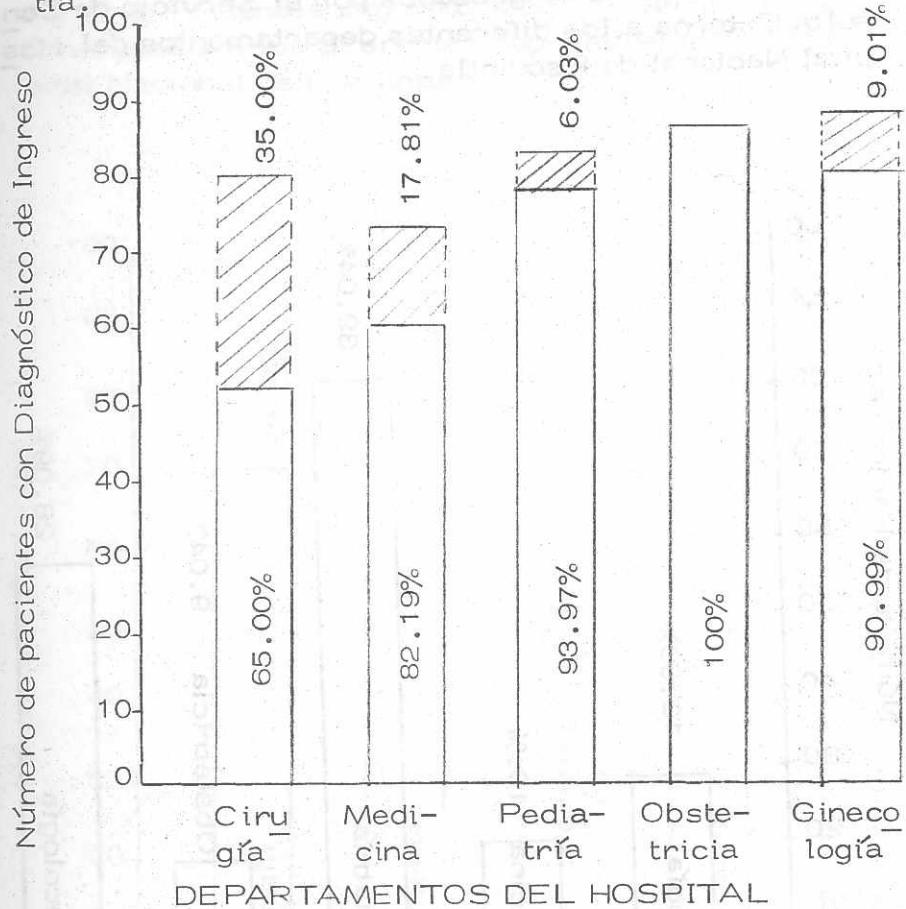
Gráfica #2

y % de Pacientes ingresados por el Servicio de Consulta Externa a los diferentes departamentos del Hospital Nacional de Escuintla.



GRAFICA No. 3

Porcentaje del margen de posible error diagnóstico - en cada departamento del Hospital Nacional de Escuin tla.



1): Margen de posible error diagnóstico

2): Diagnóstico de egreso igual a Dx de Ingreso

VII ANALISIS GENERAL

Después de haber considerado todos los aspectos anteriores podemos hacer las siguientes consideraciones:

El Hospital funciona con una consulta externa solamente cuatro horas, bastante poco comparado con las horas de trabajo que se llevan a cabo en la emergencia que funciona el resto de las horas del día.

Los pacientes que ingresan al departamento de Cirugía en su mayoría son a consecuencia de accidentes que ocurren durante los fines de semana que solo funciona la emergencia, o de pacientes referidos de lugares cercanos que llegan ya cuando la consulta externa no está funcionando, los pacientes que ingresan al departamento de Obstetricia son en su mayoría madres en espera de dar a luz, por lo que obviamente no hay mucha posibilidad de error Dx.

Con respecto a la diferencia de posible error en el diagnóstico en unos servicios que otros, creo que se debe a que en el departamento de Obstetricia el diagnóstico es más evidente, aparte de que en este servicio se da mayor atención médica que a otros del hospital, también se puede decir que en algunos departamentos del hospital el interés que ponen sus jefes de servicio y la autoridad que infunden en sus estudiantes es bastante serio, creo que es necesario mencionar que el posible error diagnóstico mayor que se dio

en el departamento de cirugía se debe a que aquí se comprueba de una manera positiva en la mayoría de los casos si el diagnóstico de ingreso corresponde al encontrado, caso que no sucede en otros servicios como: Medicina y Pediatría que la mayoría de los casos se hace por diagnóstico clínico, pues el problema que representa la falta de medios para llegar a un diagnóstico adecuado es grande, pues el hospital cuenta solamente con un laboratorio incompleto en medios y personal, no existiendo medios humanos de turno para laboratorios ni rayos X, además no se cuenta con la ayuda que ofrecería personal médico adiestrado para Radiología y Laboratorio y por ende los casos a veces son manejados tomando en cuenta solamente Historia y Examen Clínico.

Por todo lo anterior explicado y tomando en cuenta la deficiencia de medios adecuados para llegar a un diagnóstico se hace mucho más necesario la utilización del método de Weed, para poder estudiar los pacientes en toda su extensión pudiéndose superar al menos en un porcentaje aceptable estas deficiencias y claro, esto se puede llevar a cabo a base de una buena supervisión médica a los estudiantes de cuarto, quinto y sexto año, obligándoseles como se hace en otros hospitales a llevar a cabalidad el método del Dr. Weed.

VIII CONCLUSIONES

- 1) Se estableció que el porcentaje de posible error en el diagnóstico en la muestra de pacientes estudiados y que tenían diagnóstico de Ingreso (410) fue de 15.6% habiendo coincidido en un 84.39%.
- 2) Se pudo establecer que el departamento en el que más posible error en el diagnóstico hubo fue en Cirugía, con un 48% en relación a sus pacientes ingresados con diagnósticos de Ingreso que fueron 80 pacientes.
- 3) Se estableció que en departamento de Obstetricia el margen de posible error en el diagnóstico fue de 0% en relación a sus pacientes con diagnóstico de ingreso que fue de 86 pacientes.
- 4) Los medios de ayuda diagnóstica utilizados fueron solamente, rayos X, Hematología, Heces, Orina, Gota Gruesa.
- 5) De todos los pacientes de la muestra tomada, fueron ingresados por emergencia en porcentaje de 31.81% por estudiantes, lo que determina poco control de los médicos de guardia con respecto al estudiante.

- 6) Se comprobó que en ninguna de las papeletas revisadas se llevó a cabalidad el método del Dr. Weed.
- 7) Se estableció que el sexo predominante de ingreso por el servicio de emergencia y consulta externa del hospital, fue el sexo femenino ya que de las muestras tomadas que fue de 500 pacientes, 340 fueron del sexo femenino y 160 del sexo masculino.
- 8) Se comprobó que el mayor ingreso de pacientes por emergencia son al departamento de Obstetricia.
- 9) El mayor número de ingreso de pacientes por consulta externa fue al departamento de pediatría.

IX RECOMENDACIONES

1. Hacer conciencia en los médicos de Guardia del Hospital Nacional de Escuintla, y jefes de sala que el control y docencia a los futuros médicos en formación es indispensable, constituyendo a ello a disminuir el error diagnóstico.
2. Hacer incapié que el método orientado por problemas del Doctor Weed constituye en la formación profesional a darse cuenta de la totalidad de problemas del paciente para su mejor estudio.
3. Hacer saber a Salud Pública de lo deficiente que es en dotar de tan poco material de ayuda diagnóstica, tan indispensable en un Hospital como lo es el Hospital Nacional de Escuintla.
4. Solicitar la realización de auditorías médicas – especialmente en Hospitales y su respectiva publicación para un mejor control y poder superar todas las deficiencias Hospitalarias.

X BIBLIOGRAFIA

- I. Diccionario Médico. Salvat Editores S.A.
Sección de Lexicología Médica, Dr. José M. -
Mascaro.
Impreso en España 1972.
- II. Documento Sistema de Aprendizaje y Atención
Médica Orientado por Problemas del Dr. Víctor
M. Comparini A. con la siguiente bibliografía.
 1. HURST, J.W. and H.K. Walker: The problem Oriented System, Symposium. Atlanta, Ga. del 11 al 13. IX. 72.
 2. MAZUR, W.P. The vitre balance approach to the problem Oriented practice. Publicado en The problem oriented system symposium. 11- 13- IX. 72
 3. HURST, J.W. How to create a continuous learning system. Am. J. of cardiology, 29: 889, 1972.
 4. HURST, J.W. and H.K. Walder: The problem oriented system me. Medcom Press, 1972.
- III. Archivo Hospital Nacional de Escuintla.

XI APENDICE

DEFINICION Y ACLARACION DE TERMINOS

CONSIDERACIONES SOBRE DIAGNOSTICO:

DIAGNOSTICO:

Parte de la medicina que tiene por objeto la identificación de una enfermedad fundándose en los signos de ésta. El diagnóstico puede ser:

BIOLOGICO: El que tiene por base pruebas experimentales en animales.

CLINICO: Fundado exclusivamente en los síntomas manifestados por el enfermo.

DIFERENCIAL: Determinación de la enfermedad que sufre un paciente después del estudio comparativo de los síntomas y lesiones de las diferentes dolencias que le afligen.

EXCLUSION: Reconocimiento de una enfermedad - después de haber eliminado la posible existencia de otras enfermedades.

FISICO: Determinación de una enfermedad por inspección palpación, percusión y auscultación.

TOPOGRAFICO: Determinación de la región donde orienta la enfermedad.

COMO HACER EL DIAGNOSTICO:

Para llegar a un diagnóstico definitivo y a la vez dar una buena atención al paciente es necesario hacerlo por el sistema de problemas del Dr. Lawrence L. Weed que tiene como propósito resolver problemas y no crearlos.

Como se ha dicho que la medicina moderna es investigación el Dr. Weed adaptó los métodos por problemas debiendo ser meticulosos y honestos para manejar los problemas, escribiendo no solamente lo que sabe y entiende, sino también lo que lo confunde, los problemas de la filosofía del sistema de Weed se basa en dos hechos:

PRIMERO: Como sistema implica que toda persona que tenga intervención en la atención de pacientes, complicando con el objetivo de conocer concientemente la razón de su intervención.

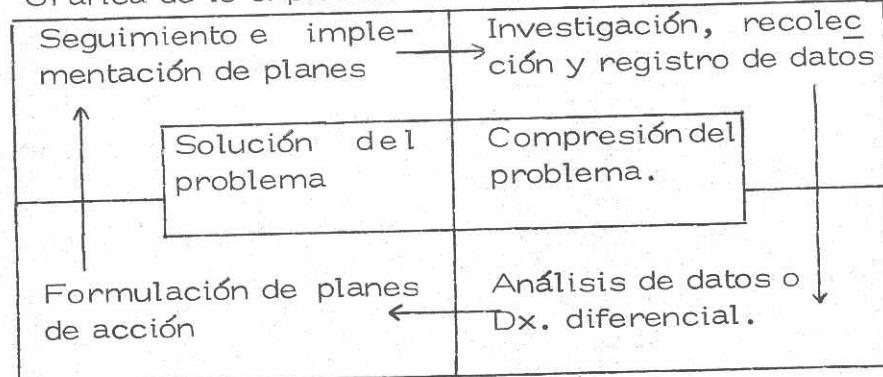
SEGUNDO: Para la solución científica de un problema este debe ser claramente planteado; cuando existen varios problemas cada uno de ellos debe ser claramente planteado; cuando existen varios problemas cada uno de ellos debe ser identificado claramente y no manejarlos como si fuera ensalada de problemas.

Para tratar cada problema primero debe comprenderse, definirse y luego solucionarse.

En la práctica médica se identifican los problemas por medio de datos subjetivos y objetivos obteniéndose del paciente, luego se analizan y diferencian los problemas parecidos por el diagnóstico diferencial.

La solución de los problemas se hace con un plan de acción y ejecución del mismo, el seguimiento y evolución nos señalará que la solución está próxima o no.

Gráfica de lo explicado anteriormente.

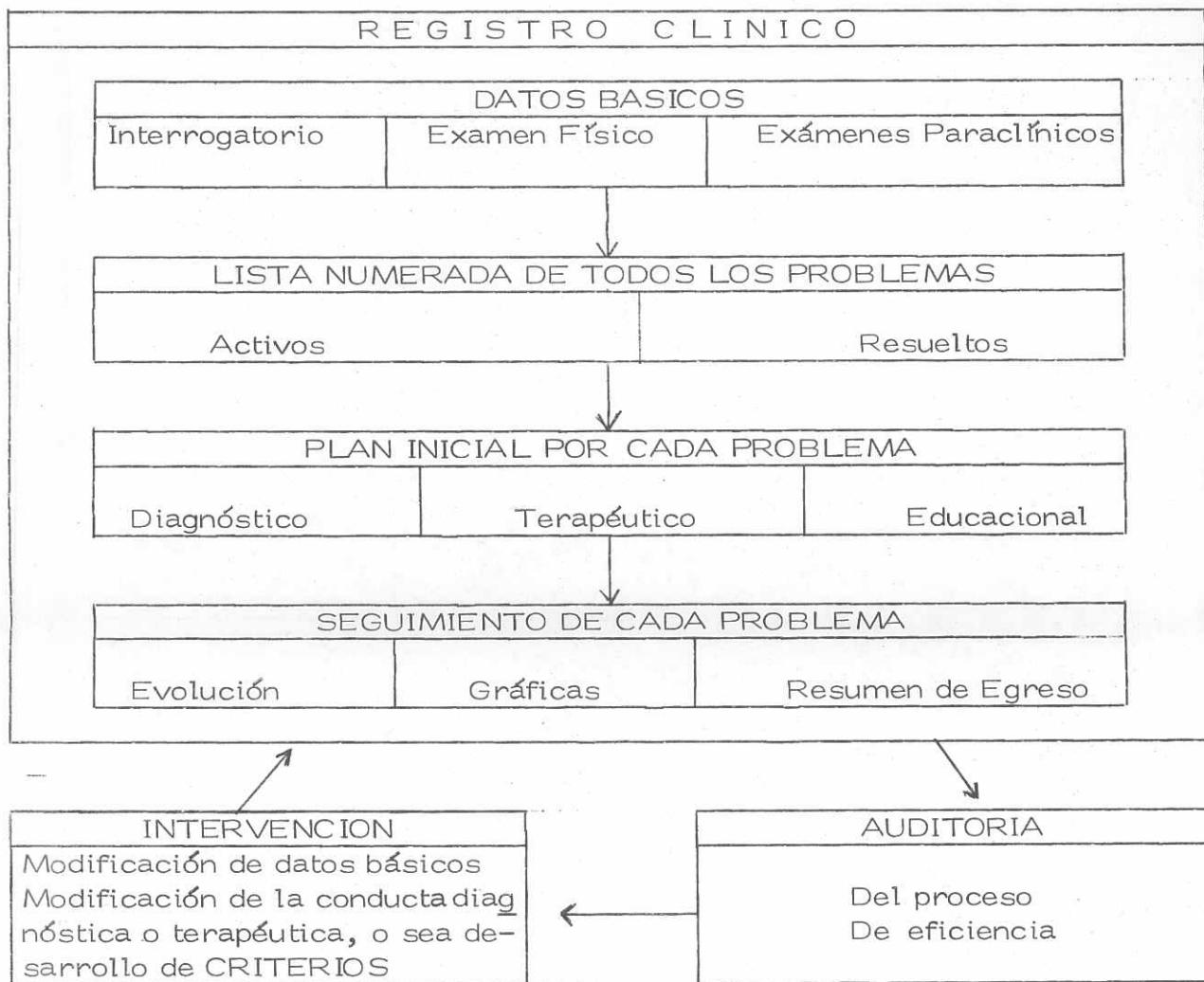


PARTES DEL SISTEMA:

El sistema está compuesto de tres partes

1. Registro Clínico
2. Auditoría
3. Intervención

ESQUEMA DE LAS PARTES DEL SISTEMA.



1. EL REGISTRO CLINICO.

El registro clínico orientado por problemas es el instrumento del concepto, el cual no es el principio ni el fin del sistema. Este registro consiste en lo siguiente:

Datos básicos, Lista numerada de todos los problemas, Plan inicial de cada problema. Seguimiento de cada problema.

a.- DATOS BASICOS. Se consideran los elementos que son indispensables para definir los problemas, consistiendo en los datos del interrogatorio, del examen físico y los exámenes para-clínicos mínimos. Los datos básicos dependen del lugar donde se usen, de factores epidemiológicos así como las variaciones en relación al sexo, edad, etc.

Hay que hacer notar que es obvio que en las salas de emergencias y consultas externas se usen registros más lacónicos por supuesto sin descuidar los datos de trascendencia como lo son el interrogatorio, examen del estado general y de la región enferma y plan terapéutico. - Sin embargo debe existir una conducta definida para analizar obligada y cuidadosamente el problema cuando el episodio se ha repetido con frecuencia, cuando los episodios se prolongan más de un tiempo definido y cuando aparecen complicaciones.

La obtención de los datos básicos puede ser efectuada en algunos aspectos por personal auxiliar de enfermería entrenado por ejemplo, la medición de signos vitales, examen del cuello y extremidades.

b.- LISTA NUMERADA DE TODOS LOS PROBLEMAS. Esta lista es equivalente a la de diagnósticos, pero se diferencia en que en ella se lista cada uno todos los problemas que se hayan identificado entre los datos básicos en las esferas físicas, psíquicas, interaccional y ambiental.

Como ejemplo podríamos decir que existe una neumonía, sin embargo la causa sólo la podemos definir hasta que la etiología haya sido identificada.

Existen dos grupos de problemas: Activos y Resueltos.

ACTIVOS. Es algún aspecto del paciente que trastorna o hace peligrar su salud y requiere atención ulterior para hacer un diagnóstico y tratamiento del mismo aunque la actividad del problema en ese momento es mínima.

RESUELTO. Como se indica, estos problemas ya no serán activos pero si 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 puede avanzar la definición desde un signo o síntoma a la alteración fisiopatológica correspondiente y en última instancia la causa. Ejemplo de una lista de problemas:

LISTA DE PROBLEMAS

Sarampión
Parotiditis sin complicación
Fractura de antebrazo izq.
a los 3 a.

Resueltos:

Activos:

Fecha	Fecha
No. 1: Tos y hemoptisis -----	Neumonía basal
derecha <u>fecha</u> -----	Embolia e infarto pulmonar
sec. a 2 -----	

No. 2: Edema en miembro inferior derecho fecha -----
Flebotrombosis de M. inf. derecho -----

No. 3: Alergia a penicilina -----

No. 4: Caries dental ----- Resuelto

La flecha que sigue a cada problema únicamente se deja de anotar cuando el problema está resuelto, mientras 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, la cual funciona como un índice.

c.- PLAN INICIAL POR CADA PROBLEMA. Los tres elementos que debe incluir este plan son: Diagnóstico, Terapéutico y Educativo.

PLAN DIAGNOSTICO. 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, por lo que los hace prácticamente inútiles como documentos científicos y educativos.

El diagnóstico diferencial debe incluir las posibilidades diagnósticas, así como solamente los medios con que se cuenta para diferenciarlos y no ser una demostración de erudición 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 desee o necesi-

ta se le sea aclarada. La respuesta debe contestar claramente la pregunta, además de la descripción o resultado del examen y las sugerencias oportunas, de manera que la persona consultada participe en el manejo del paciente - no funcionando simplemente como un técnico - que da resultados.

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

PLAN EDUCACIONAL. La educación de los pacientes es importante en el tratamiento de los mismos, pero rara vez se efectúa y casi nunca se anota, en el sistema de Weed hace obligatorio que el plan educacional sea 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 educacional 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 las hojas de gráficas y se concluye con un sumario de egreso de cada problema.

LA EVOLUCION. Es necesario que en la anotación queden registrados los datos subjetivos, los objetivos, el análisis del problema, así como el plan que se seguirá.

LAS GRAFICAS. Debe llevarse la evolución - de un fenómeno que se esté midiendo con frecuencia en forma gráfica para poder así correlacionarlos con otros fenómenos que suceden.

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 manifestaciones subjetivas, objetivas, el análisis así como el plan - que se tiene para el seguimiento del paciente y la conducta o parámetro que se crea necesario continuar observando.

La calidad de las evoluciones o del sumario de egreso podrán ser perlas o anotaciones ton-
tas y dependen del que las escriba y no del sis-
tema. Si no hay nada que agregar de un proble-
ma no es necesario anotar nada en la evolución.

2. **AUDITORIA.** Es indispensable hacer saber que existen dos tipos de auditoría una llamada Audi-

toría del proceso y Auditoría de eficiencia que se detallan a continuación.

AUDITORIA DEL PROCESO. Debe efectuarse como sigue, para verificar si éste se cumple a cabalidad y así los registros de un servicio, sección, médico, etc., serán revisados por una secretaria o personal no especializado que separará los registros que por ejemplo no incluyan la presión arterial, peso, examen rectal, o que no tengan listas de problemas, que las evoluciones no sean por problemas o que no tengan resumen de egreso. Esta misma persona que realiza la auditoría también puede tener un instructivo que le indique que por ejemplo: una presión arterial de más de 140/90, una glicemia en ayunas mayor de 130 mgs, sobrepeso de más de 15% deberán aparecer en la lista de problemas como: presión elevada, Hiperglicemia y obesidad.

La revisión podrá hacerse cada 50., 100 regis-
tros por ejemplo.

AUDITORIA DE EFICIENCIA. Esta se debe efectuar para medir parámetros de más trascendencia, por ejemplo: De mortalidad. De duración de estancia. De costos del diagnóstico. De costos terapéuticos, etc.

Obviamente se investigarán los problemas más frecuentes y así se podrá conocer si la morta-

lidad de una enfermedad en ese centro está más alto o más bajo que lo estimado con el resto de centros médicos.

Como cada problema está identificado y están claros los pasos diagnosticados y terapéuticos, se puede analizar si el proceso fue lógico, fue rápido así como su costo si fue adecuado.

3. INTERVENCION. La definición y solución de los problemas frecuentes deben ser manejadas de tal manera que todas las etapas hayan sido definidas y programadas previamente y así se desarrolle una conducta de un departamento, - hospital, etc. Conducta que reflejará el criterio de la institución, así como la política más eficiente y económica en base de la experiencia anterior. Por ejemplo una auditoría en el departamento de medicina muestra una mortalidad por infarto al miocardio de un 40%, obligadamente esto iniciará una discusión para bajarla, si por el contrario se encuentra un 20% y ello se considera parecido a lo que sucede en otras partes del mundo allí se para.

Los resultados de las auditorías conducen a que cuando el procedimiento no se está llevando adecuadamente, se formule una conducta para con los transgresores.

En el caso de la auditoría de eficiencia se utilizarán los resultados para el desarrollo de con-

ductas diagnósticas o terapéuticas, basadas en la experiencia obtenida en el medio, y no serán conductas importadas ni impuestas, sino derivadas de la opinión del equipo médico.

FUENTE BIBLIOGRAFICA:

- 1) Diccionario Médico. Salvat Editores, S.A. Sección de Lexicología Médica, Dr. José M. - Mascaro. Impreso en España 1972.
- 2) Documento Sistema de Aprendizaje y Atención Médica Orientado por Problemas escrito por Dr. Víctor M. Comparini A, recopilado de diferentes bibliografías.

Br.

Hernández
Sofía Esperanza Hernández Argueda

Asesor.

Douglas De León B.

Dr.

Edgar Domínguez
Revisor.
Edgar Leonel Domínguez

rector de Fase III

or Alfredo Nuila E.

Dr.

Raúl Castillo R.
Secretario
Raúl A. Castillo R,

Dr.

Rolando Castillo Montalvo
Decano.
Rolando Castillo Montalvo