

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CALIDAD DE ATENCION EN EL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL "PEDRO DE
BETHANCOURT" DE ANTIGUA GUATEMALA

(Estudio retrospectivo del 1 de Agosto de 1994 al 31 de
Enero de 1995)

TESIS

Presentada ala Honorable Junta Directiva
de la
Facultad de Ciencias Médicas
de la
Universidad de San carlos de Guatemala

Por

MIRNA RUTH CORONADO CASTRO

GUATEMALA, JULIO DE 1995

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 5 de julio de 1995
DIF-029-95

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las
Ciencias de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: MAESTRA DE EDUCACION PRIMARIA URBANA MIRNA RUTH
Titulo o diploma de diversificado, Nombres y ape-

CORONADO CASTRO Carnet No. 043004
llidos completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

CALIDAD DE ATENCION EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL

HOSPITAL "PEDRO DE BETHANCOURTH" DE ANTIGUA GUATEMALA

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Asesor
Firma y sello personal

Firma del estudiante

DR. SERGIO CASTAREDA CEREZO
JEFE DE DEPARTAMENTO
DE MEDICINA
Colegiado No. 2713

Revisor
Firma y sello

istro Personal 9506

DC
OS
T (2855)

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

HACE CONSTAR QUE:

El (La) Bachiller: MIRNA RUTH CORONADO CASTRO

Carnet Universitario No. 043004

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al
Titulo de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

CALIDAD DE ATENCION EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL

HOSPITAL "PEDRO DE BETHANCOURTH" DE ANTIGUA GUATEMALA

Trabajo asesorado por: DR. EDGAR DE LEON BARILLAS

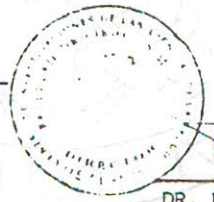
y revisado por: DR. SERGIO CASTAÑEDA CEREZO

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,
firma y sella la presente

ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 5 de julio de 1995

Dr. Edgar de Leon Barillas
DR. EDGAR DE LEON BARILLAS
Por Unidad de Tesis



Dr. Raul Castillo Rodas
DR. RAUL CASTILLO RODAS
DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRIMASE:

Dr. Edgar Axel Oliva Gonzalez
Dr. Edgar Axel Oliva Gonzalez
DECANO

THE STATE OF TEXAS,
COUNTY OF _____

Know all men by these presents, that _____
of the County of _____ State of Texas,
do hereby certify that _____
is the true and correct copy of _____

as the same appears from the records of _____
in the County of _____ State of Texas,
and that the same is a true and correct copy
of the original as the same appears from the records
of _____ in the County of _____
State of Texas.

Witness my hand and seal of office this _____
day of _____ 19____.

County Clerk


Notary Public

NOTARY PUBLIC

Guatemala, Marzo 7 de 1995.

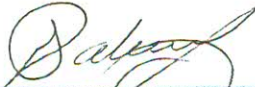
Yo, MIRNA RUTH CORONADO CASTRO, con número de carnet 0043004, estudiante de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, por este medio SOLICITO: Sea autorizado realizar mi trabajo de tesis en el Departamento de Medicina Interna del Hospital Nacional "Pedro de Bethancourth" de la Antigua Guatemala, cuyo tema aprobado es: CALIDAD DE ATENCION EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL " PEDRO DE BETHANCOURTH" DE ANTIGUA GUATEMALA. ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL 1 DE AGOSTO 1994 AL 31 DE ENERO 1995, siendo mi revisor institucional, el Doctor Sergio Castañeda Cerezo, Jefe de Medicina Interna del citado centro asistencial.

Comprometida a cumplir con la reglamentación vigente para estudios de investigación, así como entregar un ejemplar de la tesis a la sección de Docencia e Investigación y a la unidad donde efectúe el estudio.

f. 
Mirna Ruth Coronado Castro.
Carnet No. 0043004

A P R O B A D O :

f. 
Dr. Sergio Castañeda Cerezo
Jefe Depto. Medicina Interna
DR. SERGIO CASTAÑEDA CEREZO
JEFE DE DEPARTAMENTO
DE MEDICINA
Colegiado No. 2713

f. 
Dr. Gustavo Palencia
Coordinador Comité Docencia e
Investigación

MRCC/elcc
c.c.



INDICE

	PAGINA
I	INTRODUCCION 1
II.	DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA 2
III.	JUSTIFICACION..... 3
IV.	OBJETIVOS 4
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA 5
VI.	METODOLOGIA 20
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS 29
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS 41
IX.	CONCLUSIONES 45
X.	RECOMENDACIONES 46
XI.	RESUMEN 47
XII.	BIBLIOGRAFIA 48
XIII.	ANEXOS
	- Boleta de Encuesta 49

I. INTRODUCCION

El Hospital Nacional "Pedro de Betancourth" de Antigua Guatemala, nombrado Hospital Regional, es uno de los más modernos dentro del sistema de salud, contando para sí con instrumentos modernos y especialistas en todas las ramas, lo cual nos da la idea que su situación en lo referente a buena calidad de atención debe ser ideal. Por lo cual, se realizó la presente investigación, en un periodo determinado, analizando el contenido de la historia clínica y la calidad de atención.

El estudio es retrospectivo, utilizando como ya se mencionó anteriormente, expedientes clínicos, seleccionados por el método aleatorio simple. Tal valoración se compara con parámetros ya definidos y de este resultado, diremos si es buena o mala la calidad de atención al paciente.

Específicamente se analizó en el expediente, anamnesis, examen físico, diagnósticos, uso de laboratorios de gabinete, tratamiento, dieta, resúmenes clínicos, hoja de enfrente y presentación, para lo cual se usaron parámetros de calificación analizados por Manuel Barquin, y los resultados evidenciaron, que el grado de calidad es aceptable y que además el hospital resuelve en forma parcial, los problemas de salud de la población.

También se presentan en el presente estudio, algunas acciones tendientes a mejorar la calidad de atención al paciente, de acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

En nuestro sistema de salud, uno de los problemas más relevantes a sido la calidad de atención médica, lo cual ha traído diagnósticos equivocados, estos a causa de un mal interrogatorio, exámen físico deficiente, historia clínica incompleta, falta de recursos en los hospitales para incrementar los diferentes servicios de apoyo tales como: radiología, laboratorios clínicos, patología, banco de sangre, citología, medicina física y rehabilitación, y medicina nuclear, que actuarán dentro del proceso de atención al paciente, lo que nos llevaría a dar adecuado manejo y atención; esto a su vez, a disminuir los días de estancia hospitalaria.

En si, un buen manejo llevará a una mejor calidad de atención, teniendo así, diagnósticos oportunos, tratamientos adecuados.

Tradicionalmente, la atención médica se interpretó como una actividad del médico y se relacionó con el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, es decir, con el ejercicio de la medicina curativa. (1)

Entre los instrumentos con los que se cuenta para evaluar la calidad de atención médica, está la Auditoría Médica, la cual hace un análisis cualitativo de esta responsabilidad; Ella hace una revisión sistemática del trabajo profesional, a partir del estudio de expedientes clínicos y sus resultados tratados con la mayor objetividad; este método no pretende fiscalizar ni sancionar el trabajo del médico, sino por el contrario, pretende establecer para ellos incentivos y estímulos, impidiendo así, repetición de errores.

III. JUSTIFICACION

La mayoría de estudios sobre calidad de atención se ha centrado en el contenido, utilizando tasas o indicadores.

Las investigaciones más recientes se han centrado en la búsqueda sistemática del acierto o error del médico, por medio de la Auditoria Médica, la que a su vez hace una evaluación cualitativa del expediente clínico. Por medio de este método, el médico conoce lo que hace bien o mal y de esta autocrítica se deriva el aprendizaje continuo, pues el médico actualiza conocimientos, esperando así mismo, que a medida que esta internacionalización y esta madurez se vayan produciendo, ellos contribuyan efectivamente a promover los cambios que el sistema de atención y el hospital necesitan para complementar las necesidades de la población, y este proceso constituye también un importante ítem a ser investigado.

MULTIPLE CHOICE

1. The first step in the scientific process is to ask a question. This question should be based on an observation or a problem that needs to be solved. The question should be clear, specific, and measurable. It should also be something that can be tested through an experiment.

2. The next step is to do background research. This involves looking up information about the topic to see what is already known and what has been tried before. This helps to refine the question and to design a better experiment.

3. The third step is to form a hypothesis. A hypothesis is a prediction about what will happen in the experiment. It should be based on the background research and the question. It should be testable and falsifiable.

4. The fourth step is to design an experiment. This involves deciding what to do, what to measure, and how to control the variables. The experiment should be designed to test the hypothesis.

5. The fifth step is to collect data. This involves carrying out the experiment and recording the results. The data should be collected in a systematic and organized way.

6. The sixth step is to analyze the data. This involves looking at the results and seeing if they support the hypothesis. It may involve using statistics or other mathematical tools.

7. The seventh step is to draw a conclusion. This involves summarizing the results and stating whether the hypothesis was supported or not. It also involves discussing the implications of the results and any limitations of the experiment.

8. The eighth step is to communicate the results. This involves writing a report or giving a presentation about the experiment and the results. This allows others to see what was done and to learn from the experience.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL:

- Evaluar la calidad de atención en el departamento de medicina interna del Hospital Nacional "Pedro de Betancourth" de Antigua Guatemala.

B. ESPECIFICOS:

- Demostrar las normas de los servicios médicos prestados en consulta externa, emergencia y encamamiento.
- Cuantificar el grado de coordinación alcanzada entre los diferentes servicios de atención y los servicios de apoyo (radiología, laboratorios, medicina física, rehabilitación, etc).
- Evaluar el nivel de desempeño del personal médico hospitalario.

IV. OBSERVATIONS

REMARKS

The first observation was made on 10/10/54 at 10:00 AM. The sky was clear and the temperature was 75°F. The wind was light and from the east. The water was calm and the surface was smooth. The bottom was sandy and the water was clear. The fish were seen at a depth of 10-15 feet. The fish were small and appeared to be of the same species. The fish were seen in a group of about 10-15 individuals. The fish were seen in a group of about 10-15 individuals.

DISCUSSION

The observations were made in a shallow lagoon. The lagoon was about 100 feet long and 50 feet wide. The water was about 10 feet deep. The bottom was sandy and the water was clear. The fish were seen at a depth of 10-15 feet. The fish were small and appeared to be of the same species. The fish were seen in a group of about 10-15 individuals. The fish were seen in a group of about 10-15 individuals.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

Antes de empezar el tema a tratar, es conveniente definir el concepto de Hospital: "Hospital es la parte integrante de una organización médica y social, cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar. (1)

El Hospital es también un centro de formación de personal médico-sanitario y de investigación bio-social. En este país, las circunstancias políticas, sociales, culturales, etc. posibilitaron algún tipo de experiencia localizada o generalizada (piloto o masiva) en esta marcha hacia el hospital moderno.

Si observamos la gran separación que existe aún entre las actividades preventivas, el escaso seguimiento de los pacientes luego de ser dados de alta en el hospital, la internación indiscriminada de todo tipo de pacientes en los hospitales, el uso poco eficiente de los recursos, los costos elevados de una tecnología médica cuya aplicación no caracteriza por lo racional, la formación de los médicos en los hospitales que orientan a la super especialización y a la atención de patologías no frecuentes. Y aquí es en donde debemos remitirnos nuevamente a lo ya expresado con respecto a la eficiencia y a la efectividad de la atención de salud, así como la eficiencia, es decir, la combinación óptima de recursos para obtener el mejor de los resultados.

En relación con la función asistencial del hospital, resulta importante precisamente en este punto, marcar la diferencia que existe entre la calidad de la atención y la complejidad de los servicios en que ésta presta, ya que muchas veces, son considerados como equivalentes.

FUNCIONES DOCENTES DEL HOSPITAL:

Las funciones del hospital comprenden tres aspectos:

- a. Servicio.
- b. Docencia.
- c. Investigación.

El primer objetivo es servicio a la población las 24 horas con personal especializado, tanto médico como paramédico.

La docencia comprende en servicio, la tarea de la

Universidad, al formar la mayor parte del recurso humano que actuará en el hospital y comunidad.

La investigación es el substractun indispensable de la enseñanza por ser la forma por excelencia de desarrollar el raciocinio a través de la aplicación del Método Científico.
(1)

Muchos gobiernos están trabajando en la extensión de los servicios de salud a toda la población, lo cual llevó a la Tercera Asamblea Mundial de la Salud en 1977, a declarar que "LA PRINCIPAL META SOCIAL DE LOS GOBIERNOS DE LA OMS EN LOS PROXIMOS DECENIOS DEBE CONSISTIR EN ALCANZAR PARA TODOS LOS CIUDADANOS DEL MUNDO EN EL AÑO 2000 UN GRADO DE SALUD QUE LES PERMITA LLEVAR UNA VIDA SOCIAL Y ECONOMICAMENTE PRODUCTIVA".
(3)

Los objetivos centrales de estas decisiones son:

- a. Incorporar a la atención de salud, los núcleos de población actualmente marginados.
- b. Mejorar, ampliar y racionalizar los servicios otorgados a aquellos grupos que actualmente brindan dicho beneficio, y
- c. Establecer bases sólidas de desarrollo para atender nuevas demandas de atención surgidas del incremento de la población y de los cambios en su estructura, en cuando a edades y distribución urbana o rural.

El concepto de atención médica ha sido motivo de múltiples y variadas interpretaciones vinculadas a la evolución histórica de los servicios de salud y a las concepciones políticas, económicas y sociales que han impulsado o influido en su desarrollo. Una definición tradicional de atención médica se relacionó con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, es decir, con el ejercicio de la medicina curativa.

En el caso de ésta investigación, al tratar de atención médica, se hace referencia al conjunto de servicios de salud dirigidos a la atención de personas y que comprenden en forma integral, acciones preventivas, curativas y de rehabilitación ejercidas tanto por el médico como por los demás miembros del equipo de salud.

Las organizaciones y los programas que conforman el componente institucional de la atención médica, son el producto de la combinación de valores, aspiraciones y expectativas, etc. de la sociedad. En otras palabras, las

bases de la estructura de la atención médica, están dadas por la interacción de una serie de entidades y organizaciones médicas y privadas; algunas creadas como el resultado de la iniciativa y de la asociación tanto de las comunidades como de los grupos profesionales.

ORGANIZACION SEGUN NIVELES DE ATENCION:

a. PRIMER NIVEL:

Comprende acciones más elementales e indiferenciales del sistema y constituye el punto de contacto con la comunidad y el punto de entrada en el sistema de atención.

b. SECUNDARIO Y TERCIARIO:

Corresponde a agrupaciones de servicios de diferente grado de especialización y complejidad, mayor ascendente que actúan en general sobre la base de referencias, generales en el primer nivel, de los individuos y situaciones de salud que requieran atención especializada.

"La expresión técnica-administrativa de las interrelaciones de los niveles de atención, están dadas por la modalidad regionalizada de organización de los servicios de salud". (3)

Según un artículo en el Hospital de Patan, Nepal, referente a la atención primaria en Hospitales, el Consejo determinó que las prioridades del hospital fueron las siguientes:

- a. Atención médica primaria de salud (conducta departamental ambulatorio).
- b. Atención médica secundaria, pero no terciaria, por medio de los departamentos de medicina, cirugía, pediatría, obstetricia y ginecología.
- c. Capacitación de personal de salud para todo paciente.
- d. Apoyo al programa de atención primaria del distrito.

La atención médica primaria resulta más costosa en el hospital, debido al mayor volumen de sus gastos generales y a la utilización de indagaciones y tratamientos caros e innecesarios. En el antiguo hospital, los enfermos que necesitaban un tratamiento de medicina general, eran atendidos en su mayoría por un especialista de medicina interna.

En Nepal, la atención de atención médica primaria...

hospitales es muy grande y en algunas zonas, los puestos de salud se verían desbordados si los enfermos afluyen a ellos en gran número.

Los médicos generalistas atienden la salud de urgencias, los especialistas y sus internos, atienden a sus respectivos enfermos en las salas y aplican disposiciones especiales para los enfermos remitidos. Por lo general, el sistema funciona bien, pero su éxito depende en gran medida de la comunicación y de la educación.

Una ventaja de la prestación de atención médica primaria en el hospital es que da ocasión para otras actividades de atención primaria.

"La presentación de atención médica primaria en el hospital crea el marco para otras actividades de atención primaria de salud. (5)

FUNCIONES DEL MEDICO EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD:

El médico de familia constituye una categoría de médico en la atención primaria que ejerce sus funciones alrededor de la unidad familiar, más que en relación con el paciente en forma individual.

En la práctica, el médico en la atención primaria de la salud, tiene que desempeñar numerosas y variadas funciones, algunas de las cuales ya han estado ejerciendo, pero hay otras que se requieren. Actualmente como resultado de la Declaración de Alma-ATA, en sí, el médico tiene que actuar como clínico, como organizador, como supervisor y como profesor. La función principal del médico es ser un buen clínico. (8)

De acuerdo a la experiencia en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" y el municipio Habana Vieja, en donde se utiliza la historia clínica como documento único en el que se registran, tanto las consultas del médico de la familia como del especialista, usándose también como vínculo para la solicitud de interconsultas, anotación de resultados y remisiones al hospital, así como el resumen de hospitalización y las recomendaciones al médico de la familia para el seguimiento del paciente. Cuando el paciente ingresa en una sala de la especialidad donde está constituido, el grupo funcional lo hace en la sala atendida por dicho grupo con el objeto de mantener la continuidad de la atención y profundizar en la relación médico-paciente. (7)

La educación médica deberá estar dirigida a permitir a los alumnos una visión integral del hombre en sus niveles biológico, psicológico y social, y tal percepción de...

estar presente y ser favorecida a lo largo de todo el currículo y no ser únicamente el objeto de una disciplina o un conjunto de disciplinas más o menos aisladas del contexto general del proceso de formación de Médicos, OPS y la OMS en la III Reunión de Ministros de Salud de las Américas en Santiago de Chile, Chile en 1972, se indica: "Esa reforma se caracteriza por ser integral, en cuanto en unidad de objetivos para realizar la salud como función biológica y fenómenos normales y patológicos del individuo y de las comunidades, con el aporte simultáneo y sistematizado de los principios y técnicas que explican su origen y concurren a la prevención o curación cuando así procede; multiprofesionalizal, porque procura preparar y capacitar en la universidad en un proceso gradual en la que se coordinan las ciencias básicas clínicas y sociales a los profesional y técnicos de salud. (6) Luego de toda esta investigación sobre hospital y atención médica, conoceremos como evaluar el Juicio Clínico del Médico.

ELEMENTOS DE LA EVALUACION DE LA COMPETENCIA:

La evaluación de la competencia clínica entraña tres elementos de importancia crítica: medición, criterios y juicio.

La eficiencia, medida desde el punto de vista del desempeño del médico y la pericia, medida a partir de los resultados de ese desempeño observados en el paciente. Hasta la fecha, los esfuerzos desplegados por evaluar el juicio clínico han llevado a medir el alcance de la intervención de un médico (proceso) con estudios de observación y a inferir en la prevención de la discapacidad (producto). Lamentablemente, estos métodos no son económicamente apropiados para uso general en la medición objetiva del proceso o del producto en la práctica clínica.

Sin embargo, se pueden simular problemas de los pacientes como medio práctico de estimar ambos elementos.

Con este método se evalúa la competencia con una estimación de la eficiencia y pericia, demostradas por las personas que adoptan decisiones y los grupos que tratan una o más enfermedades, concentrándose en elementos específicos de la actuación del médico en lo relativo al diagnóstico y terapia.

ATENCION MEDICA:

"Es la aplicación de todos los conocimientos médicos relevantes, la investigación básica y aplicada para aumentar éstos conocimientos y hacerlos más precisos, los servicios de todo el personal en un trabajo sobre evaluación de la calidad de la atención médica: Evaluación del proceso de atención médica desde el punto de vista de la interacción entre el médico y el paciente" (10)

De acuerdo a tres estudios de indole general sobre evaluacion de la calidad: 1) un ensayo más reciente de Peterson, brinda una valiosa evaluacion de este tema. 2) es un informe de Lerner y Riedel, se analiza un trabajo reciente sobre la calidad y se plantean varias cuestiones de importancia general.

DEFINICIONES DE CALIDAD:

1. Efecto de la atención sobre la salud del individuo y de la población.

Mientras que la calidad es el resultado de la maquinaria, de la atención médica en forma de mejor salud, la eficiencia se refiere a la perfección con que se trabaja cada una de las partes: de la maquinaria, a la corrección de su funcionamiento conjunto y al costo de ese funcionamiento. En pocas palabras, la calidad se relaciona con los resultados y la eficiencia en el proceso de la atención. La mejora de la calidad debe verificarse con mediciones directas de las mejoras de la salud del individuo y de la población atendidos. (10)

2. Idea extraordinariamente difícil de definir.

CRITERIOS DE CALIDAD:

Son juicios de valor que se aplican a distintos aspectos, propiedades, componentes o alcances de un proceso denominado "Atención Médica".

En un estudio se evaluó a 24 "funcionarios administrativos" que aplicaban, en conjunto, 80 criterios para evaluar la atención del paciente. Los autores de tal estudio llegaron a la conclusión de que la atención del paciente, al igual que la moral, no se puede considerar como un concepto unitario y "...al parecer es probable que nunca se llegue a un único criterio general para medir la calidad de la atención del paciente.

El resultado de la atención médica, en términos de recuperación, restauración de las funciones y supervivencia, se ha utilizado frecuentemente como indicador de la calidad de la atención del paciente.

Los resultados siguen siendo en general los indicadores definitivos para dar validez a la eficiencia y calidad de la atención médica.

Otra forma de enfocar la evaluación, consiste en examinar el proceso mismo de presentación, en lugar de los resultados. Esta posición se justifica porque se supone que lo que interesa no es el poder de la tecnología médica de alcanzar los resultados previstos, sino determinar si se ha

calificado lo que ahora se conoce como "buena" atención médica.

Tales estimaciones se fundan en consideraciones como el grado de adecuación, integridad y minuciosidad de información obtenida mediante la historia clínica, el examen físico y las pruebas diagnósticas.

El enfoque que se adopte para evaluar la calidad determina en gran parte, los métodos que se usarán para recoger la información requerida.

Las historias clínicas son los documentos de los que se parte para la mayoría de los estudios sobre el proceso de la atención médica.

Mucho se ha debatido la cuestión de cuán completas son las historias clínicas, así como la posibilidad de establecer si, al evaluar la calidad de la atención sobre la base del contenido de esa historia, se está atribuyendo un valor a la historia clínica o a la atención prestada.

En estudios se demostró que el hecho de que la calidad de la atención debe considerarse de menor valor, se debía en parte a lo que se podía considerar un registro inadecuado (pruebas "presuntas") y en parte a razones que no eran atribuidas al registro (pruebas "reales").

Otros investigadores han intentado subsanar las omisiones en las historias clínicas complementando esos informes mediante entrevistas con el médico a cargo del paciente y efectuando las enmiendas correspondientes.

Otra cuestión metodológica que amerita consideración es establecer si corresponde usar como base para la evaluación, la totalidad de la historia clínica o resúmenes de ella. Otro método de observación directa de las actividades del médico por un colega calificado, aunque presenta limitación, por otras actividades del médico que sabe es observado. Uno de los métodos indirectos de obtener información consiste en estudiar conductas y opiniones que permitan hacer inferencias sobre la calidad.

Cuando vamos a efectuar un muestreo, es necesario especificar con precisión el universo que será objeto del muestreo, el cual, a su vez, depende de la clase de generalizaciones que se quiere hacer. Por lo común, los estudios sobre la calidad se refieren a uno de estos tres objetivos:

1. La atención que realmente presta una categoría determinada de proveedores de atención.
2. La atención que realmente recibe un grupo determinado de personas.

3. La capacidad de un grupo determinado de proveedores de proporcionar atención.

El grado de homogeneidad del universo que se va a muestrear tiene por cierto gran importancia en todo proyecto de muestreo o selección.

La atención médica prestada a uno u otro individuo en una prueba válida de la calidad y no debe existir ninguna o solo una mínima variación aleatoria que sea afectada por el ajuste, según el tamaño de la muestra.

La medición depende de la formulación de patrones, para fines de evaluación de la calidad, los patrones se derivan de dos fuentes:

1. PATRONES EMPIRICOS:

Se derivan de la práctica real y se emplean en general para comparar la atención médica prestada en un ámbito con la de otro o con promedios y escalas de valores estadísticos obtenidos a partir de un mayor número de ámbitos similares.

Estos patrones se basan en niveles de atención cuyo logro puede demostrarse y, por esa razón, gozan de un cierto grado de credibilidad y aceptabilidad.

2. PATRONES NORMATIVOS:

Se derivan, en principio, de las fuentes que fijan legítimamente las normas del conocimiento y la práctica en el sistema de atención médica predominante. Su característica distintiva se centra en que emanan de un conjunto de conocimientos y valores legítimos más bien que de ejemplos específicos de la práctica real.

Los patrones también se pueden diferenciar por su grado de especificidad y de indicaciones detalladas.

Los patrones muy precisos y detallistas, guardan relación con la selección de determinadas clases de diagnóstico para fines de evaluación.

Por supuesto, las dimensiones de la atención y los valores empleados para juzgarlas, están incorporadas en los criterios y patrones usados para su evaluación. Las dimensiones seleccionadas y el juicio emitido respecto de sus valores, constituyen la definición funcional de la calidad en cada estudio.

Cualquier juicio emitido respecto de la calidad, es

incompleto cuando se usan solo algunas dimensiones y cuando las decisiones sobre cada una se adoptan basándose en pruebas parciales.

Un problema todavía sin resolver, en la formulación de un sistema de calificación numérica, es la forma de ponderación de los distintos elementos en el proceso de cálculo total.

Existen escalas de medición, dándole un porcentaje a diversos aspectos: Historia clínica 30%, examen físico 34%, uso de laboratorios 26%, terapia 9%, medicina preventiva 6%, fichas clínicas 2%. Total: 107% puntos.

En tal calificación se encuentra problema de interpretación, la calificación numérica asignada con fines de evaluación de la calidad, generalmente carece de intervalos iguales.

El principal mecanismo para lograr un mayor grado de fiabilidad, es la especificación detallada de criterios, patrones y procedimientos empleados para evaluar la atención.

Cuando varios observadores o jueces describen y evalúan el proceso de la atención médica, uno de ellos puede emplear constantemente patrones más rígidos que otro o interpretar patrones previamente determinado en forma más estricta. La eficacia de la atención, como se dijo, para lograr o producir salud y satisfacción, según la definición de una sociedad o sub-cultura particular para cada uno de sus miembros, es el elemento fundamental de comprobación de la validez de la calidad de la misma.

La acreditación de los hospitales, presuntamente una marca de calidad conferida, principalmente por la observación de una amplia gama de patrones de organización en si y por su propia naturaleza, no parece guardar relación con la calidad de la atención.

Se descubrió que los grupos médicos que lograron clasificaciones altas en cuanto a la calidad por el método usado en el presente estudio, fueron los que, en general, se ciñeron más estrictamente a los patrones médicos mínimos citados por el plan de seguro médico.

La creciente presión del público y las recientes leyes promulgadas, han llamado la atención sobre la necesidad de desarrollar un mecanismo formal para utilizar la auditoria en la evaluación de la calidad de la atención médica.

La evaluación de la calidad de la atención médica, se ha centrado generalmente en el rendimiento del médico. Tal evaluación puede ser inadecuada, porque no se ha comprobado que muchas de las acciones de los médicos están relacionadas con la mayoría de la salud.

La calidad de atención que imparte el médico, se ha basado tradicionalmente en su reputación, fundada en la opinión de sus propios enfermos y en la de sus parientes; intervienen juicios subjetivos, por lo tanto, no permiten una evaluación objetiva exacta.

Evaluación es una de las fases del proceso administrativo que consiste en medir los resultados alcanzados en relación con el plan formulado y en volver a planear el trabajo, a fin de hacer las correcciones necesarias, formando así, la fase en que se cierra un ciclo administrativo y se inicia uno nuevo (retroalimentación). Los indicadores o parámetros usados en la evolución, deben reunir los siguientes requisitos:

1. VALIDEZ: Que exista un tipo de correlación positiva entre el indicador y la variable que se intente medir.
2. CONFIABILIDAD: Que sea estable y poco sensible a las imperfecciones; que varíe en relación con el fenómeno y no al azar.
3. FACTIBILIDAD: Que se cuente con el registro de datos, necesarios para confeccionarlos, y que éstos sean fáciles de transformar en un indicador.
4. CALIDAD DE DATOS BASICOS: Que se pueda confiar en la veracidad de los datos básicos.
5. UTILIDAD: Que tenga uso práctico.
6. COMPRENSIBILIDAD: Que sean simples y fáciles de entender.
7. NORMALIZACION: Que pueda utilizarse como regla o medida.

El principal insumo de la unidad, lo constituye el paciente, por lo tanto, el producto es: paciente curado, mejorado, incapacitado o muerto.

En el expediente del paciente, se debe anotar la calidad de los servicios que este recibe del personal médico y paramédico. Como resultado de los servicios de una unidad médica, se espera la mejora del nivel de salud del paciente. De allí la conveniencia de establecer indicadores que puedan cuantificar este hecho.

Aún cuando la atención médica se ha tratado de evaluar por 5 métodos independientes:

1. La estructura.
2. Contenido.
3. El Proceso.
4. El resultado.
5. El efecto en la práctica se encuentran íntimamente ligados entre sí, que es difícil aplicarlos por separado.

A partir del análisis de los métodos con criterios implícitos, pueden hacerse tres observaciones: en primer lugar, la evaluación del proceso con criterios implícitos, apenas guardaba relación con el resultado medido en el estudio de seguimiento. Se sabe que un método de evaluación de la calidad de atención, basado en un número limitado de enfermedades índice, como indicador de la calidad de la atención que se presta a todas las enfermedades, puede estar sujeto a errores.

La falta de parámetros para medir los logros, ha entorpecido todo lo relacionado con la mejora de atención médica. Si el objetivo de la atención médica es mantener la salud y prevenir y tratar la enfermedad, nos enfrentamos continuamente con una serie de preguntas: Cuál es el valor relativo de cada una de las medidas preventivas y terapéuticas cada vez más numerosas, de los que cada vez más complicados instrumentos diagnósticos, de las responsabilidades y papeles cambiantes del médico y personal de salud auxiliar, de la creciente complejidad de las técnicas quirúrgicas de las modificaciones que se recomiendan en el estilo de vida y de los múltiples programas de salud pública?.

Hay que desarrollar sistemas de medición de resultados para determinar y documentar las prioridades que deben establecerse en todas las actividades de la atención médica y en los gastos.

Hay que eliminar la duplicación de servicios superespecializados como los servicios de cirugía cardíaca abierta, centros de radioterapia y unidades coronarias y de cuidados intensivos. Con ayuda de especialistas de muy diversos campos de la medicina, se confeccionan una lista de procesos para utilizarlos como sucesos sanitarios de alerta en marcos nacionales, locales y en hospitales.

Es claro que el médico no es el único responsable de muchos de los errores por omisión y comisión que desencadenan un suceso sanitario. No obstante, en cualquier tipo de enfermedad, incapacidad y muerte prematura inevitable, el médico tiene la responsabilidad inicial y continua. Es la única persona competente para informar y dirigir profesionalmente al político, al administrador, la industrial, público y el mismo paciente. (10)

Algunos autores la consideran dentro de la metodología de evaluación, esta se basa en revisar los registros clínicos y es conocida como Auditoría Médica, un recurso inmejorable para estimular la autocritica y autoaprendizaje de los médicos, e incluso se han organizado comités de auditoría no son intrahospitalarios, sino externos, a fin de adecuar los primeros a los sistemas de atención médica.

En si, auditoria Médica es una valoración hecha por los médicos del hospital, de la calidad de atención médica impartida a los enfermos a través del estudio de las historias clínicas, de pacientes dados de alta, y obtenidas por muestreo. En tales estudios, se trata de conocer:

- I. Diagnóstico de pacientes y si fué correcto.
- II. Terapéutica que se instituyó.
- III. Si el tratamiento fué adecuado conforme el diagnóstico.
- IV. Si el tratamiento no dió resultados esperados, a qué se debieron.

Tal estudio se lleva a cabo por medio de un Comité de Auditoria Médica (elementos cuerpo médico del hospital).

El criterio para el estudio del expediente, se basará en general, en los datos que valúen todos y cada uno de los elementos utilizados en la elaboración del diagnóstico, y datos relativos a la terapéutica a la que fueron sometidos los pacientes, que demostrarán el tipo de tratamiento empleado y sus resultados.

La evaluación por resultados se limita al análisis de las condiciones del paciente al egresar de la unidad médica o bien a la evaluación de los resultados alcanzados en lo referente a productividad de los instrumentos.

EVALUACION DEL CONTENIDO:

Se lleva a cabo a través de un sistema de comité de control de calidad y comprenden el comité de eficiencia y admisión y el de auditoría médica, exclusivo para evaluar la calidad de atención del paciente.

CON FINALIDAD TRIPLE:

Mejorar la calidad, evaluar y formar personal médico por medio de la autocritica.

El material sobre el cual se lleva a cabo la evaluación es el expediente clínico, es allí donde queda registrada toda la atención que el médico importe al usuario.

Entre las evaluaciones de contenido destacan:
evaluación del expediente clínico, actividades hospitalarias,

ADAPTACIÓN DE UNAS PAZ DE LOS DOCUMENTOS DE LA PATENTE Nº

consulta externa, hospitales, medicina familiar, emergencia, referencias, necropsias, enfermería.

EVALUACION DE RESULTADOS:

Este método considera que el criterio más objetivo para juzgar la calidad de atención médica radica en conocer la modificación del estado de salud del paciente que recibe los servicios, cuantifica por medio de indicadores o parámetros, valora las condiciones de egreso, utiliza parámetros tales como: incapacidades, su frecuencia, días, para comparar la eficiencia de los hospitales que cubren determinada población, tasas, índices. (2)

Trataremos de definir algunos conceptos importantes, tales como:

PROCESO:

Todo lo que un médico hace respecto a un paciente, pruebas diagnósticas, terapéutica, cumplimiento del tratamiento por parte del paciente.

RESULTADOS DE LA ATENCION:

Respuesta del paciente en términos de mortalidad, síntomas, capacidad de trabajar o llevar a cabo las actividades rutinarias y las mediciones fisiológicas.

EVALUACIONES:

Con criterios implícitos se basan en la opinión subjetiva de cada evaluador; las evaluaciones con criterios explícitos se basan en criterios predeterminados, establecidos por acuerdo colectivo de los evaluadores.

En una investigación en el hospital rural, tiene entre sus finalidades proporcionar al médico un medio de autoevaluación en su trabajo clínico.

En sí, dicho estudio expone 2 tipos de auditoría

a. AUDITORIA INTERNA:

A cargo de médicos del mismo departamento.

b. AUDITORIA EXTERNA:

A cargo de médicos que no pertenecen al mismo departamento, revisan los mismos expedientes, ya calificados en la auditoría interna, pero siguiendo los procedimientos y tabulares iguales.

Dependiendo del área aplicativa en que se practique:

- a. Hospitalización.
- b. Consulta externa.
- c. Emergencias.

En el mismo estudio, se dice que en cada hospital es indispensable la exigencia de un comité de auditoría médica, el cual debe ser integrado por los miembros de la siguiente manera:

1. MIEMBROS PERMANENTES:

El sub-director médico, el jefe de estadísticas hospitalaria y el jefe de enseñanza o investigación.

2. MIEMBROS TRANSITORIOS:

El número variará dependiendo el número de camas con que cuenta cada departamento, siendo indispensable que siempre estén representados las áreas de: gineco-obstetricia, pediatría, medicina, cirugía, ortopedia y oftalmología. Servicios de apoyo: laboratorios, patología, rayos X.

Los miembros transitorios serán nombrados por el Jefe de consulta externa, el jefe de estadística y el

jefe de archivos clínicos.

OBJETIVOS DE LA AUDITORIA MEDICA:

- Mejorar la atención que recibe el paciente.
- Contribuir a la educación médica.
- Evaluar las actividades del médico a través del expediente clínico.

UTILIDAD DE LA AUDITORIA MEDICA:

La auditoría médica es una forma de proporcionar educación. Ella revela la forma en que se atiende al paciente y se compara con la forma ideal en que debería ser atendido, estimula la retroalimentación de los conocimientos, procedimientos y actividades médicas desarrolla la autocrítica, mecanismos por los cuales la auditoría médica desarrolla y ejercita el juicio clínico.

En sí, su importancia es mejorar la calidad de atención en los hospitales, y así disminuir los días de estancia hospitalaria. (4)

FUNCIONES DEL COMITE:

- Fijar calendarización de las actividades de auditoría

médica.

- Acordar normas y criterios que regirán el proceso de auditoría y actualizar oportunamente tales normas y criterios.
- Hacer auditoría a las fichas clínicas, discutiendo posteriormente con los médicos los resultados de la auditoría para lograr los reajustes, actualizar los criterios y perfeccionar la atención.
- Alrededor del comité de auditoría, deben hacer ciertos cuerpos consultores, cuya función es dar asesoría profesional al comité. Los principales cuerpos consultores deben ser:
 1. El de histopatología.
 2. El de eficiencia y admisión.
 3. El de archivo y documentación.
 4. El de farmacia.
- Para llevar a cabo eficazmente el proceso de auditoría médica, es necesario
 1. Cuerpo médico motivado y con actitud positiva.
 2. Que exista un eficaz sistema de registros médicos.
 3. Que el comité desarrolle los estándares de atención médica, adecuados a la realidad del hospital (4).

VI. METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO:

- a. Observacional.
- b. Analítico.

B. SELECCION DEL OBJETO O MATERIAL DE ESTUDIO:

Número de expedientes clínicos de pacientes atendidos en el departamento de medicina interna, del HNPB de Antigua Guatemala, durante el período comprendido del 1 de agosto de 1994 al 31 de enero de 1995.

C. MARCO MUESTRAL Y UNIVERSO:

La totalidad de pacientes atendidos en los 3 servicios de medicina interna, fueron los siguientes:

EMERGENCIA	1,790
CONSULTA EXTERNA	2,087
ENCAMAMIENTO	566

	4,443

El número de pacientes en 6 meses fué de 4,443, seleccionando de este universo 367 expedientes, por el método aleatorio simple. Se número de menor a mayor, para luego tomar al azar los expedientes, utilizando el programa EPI INFO, VERSION 5.

$$n = \frac{NPQ}{\{(N-1) (LE)^2/4\} + pq}$$

N = Número de pacientes que consultaron en el período del 1 de agosto 1994 al 31 de enero 1995.

P = Probabilidad de no ocurrencia del fenómeno en estudio (0.5)

LE = Límite de error de estimación (0.05).

n = Tamaño de la muestra.

EMERGENCIA	N1	1,790	=	W3	0.402	147.80
CONSULTA EXTERNA	N2	2,087	=	W2	0.469	172.39
ENCAMAMIENTO	N3	566	=	W1	0.012	46.60

$N = 4,443 (N1+N2+N3)$

$n = 367$

$p = \text{Proporción de adecuación} = 0.50 (50\%)$

$q = 1 - p = 0.5$

Tomado así:

Emergencia	148 expedientes.
Consulta Externa	172 expedientes.
Encamamiento	47 expedientes.

	367 expedientes.
	=====

D. SUJETO DE ESTUDIO:

Expedientes clínicos de pacientes atendidos en un período de 8 meses (agosto 1 de 1994 a enero 31 de 1995) HNPP de Antigua Guatemala.

E. VARIABLES A ESTUDIAR:

EDAD: Número de años medidos a partir del nacimiento.

SEXO: Diferenciación física constitutiva del hombre y de la mujer.

OCUPACION: Actividad específica que realiza un individuo para sobrevivir.

DATOS GENERALES: Parte de la historia clínica en donde se identifica al paciente y se le da una idea de los rasgos genéticos y sociales del paciente.

CALIDAD: Efecto de la atención sobre la salud del individuo y de la población.

HISTORIA CLINICA: a. datos generales del paciente y diagnóstico que se establecen en cada una de las atenciones que recibe, anamnesis y examen físico. b. todos los datos relevantes de la entrevista, así como los signos que se encuentran durante el examen físico.

DIAGNOSTICO INGRESO: Arte de distinguir y determinar la investigación, para que hubiera uniformidad en el criterio de evaluación. Se estima que la evaluación de cada papeleta tomó de 20 a 25 minutos.

naturaleza de una enfermedad. Se emite en la primera consulta, después de la entrevista y del examen físico, quedando pendiente de hallazgos de los exámenes de laboratorio.

TRATAMIENTO EN LAS PRIMERAS 24 HORAS: Conjunto de técnicas que se ponen en práctica en el manejo que le brinda al paciente en las primeras 24 horas.

MOTIVO DE CONSULTA: Descripción breve, por parte del paciente, por lo que consulta al médico, indicando el tiempo de evolución.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL: Descripción de la sintomatología del paciente.

REVISION POR SISTEMAS: Es un interrogatorio que busca síntomas, sistemáticamente en todos los sistemas corporales para detectar más síntomas de la enfermedad actual o detectar patologías.

ANTECEDENTES: Es preguntar al paciente acerca de una serie de datos ocurridos con anterioridad a la enfermedad actual, pueden estar resueltos o no.

PERSONALES PATOLOGICOS MEDICOS: enfermedades que solo requirieron tratamiento médico.

TRAUMATICOS: Se refiere a golpes, heridas, fracturas y demás lesiones por causa violenta.

QUIRURGICOS: Enfermedades que necesitaron resolución quirúrgica.

ALERGICOS: Se refiere a si el paciente conoce ser sensible a determinadas sustancias que le causen reacción alérgica.

PERSONALES NO PATOLOGICOS: Son útiles conocerlos en menores de 12 años de edad y se refieren a datos de como fué el embarazo, que le dió origen, como fué el parto, datos sobre crecimiento y desarrollo, las inmunizaciones que recibió el niño. Incluye hábitos.

FAMILIARES: Datos que identifican el estado de salud de las personas con quienes habita el paciente, debe incluir datos acerca de posibles enfermedades como componente hereditario presentes en la familia del paciente.

PERFIL SOCIAL: Son datos que indican claramente las condiciones de vida del paciente, el medio en que se desenvuelve y el grado de satisfacción o insatisfacción que de ello se desprende, así como los riesgos a que por su profesión está expuesto.

EXAMEN FISICO: Conjunto de técnicas, maniobras, métodos y procedimientos que se aplican al paciente para obtener datos presentes en su cuerpo, los cuales, junto con la anamnesis ayudan a formular el diagnóstico.

RESUMEN DE INGRESO: Es la parte de la ficha clínica donde el médico anota:

a. **Lista de Problemas:** Problema es todo aquello que requiere un diagnóstico o un tratamiento o todo aquello que atente contra la perfección de vida del paciente (emocionales, económico-sociales).

b. **Plan inicial:** Es el análisis de cada uno de los problemas detectados y debe incluir: 1. plan diagnóstico, en donde se mencionan las exclusiones: primero se consigna la posibilidad más probable o importante que se ha de excluir o confirmar, seguida de las demás posibilidades en orden de probabilidad o de importancia. Después de la exclusión, se anotan las acciones a tomar para recoger más información útil para manejar mejor al paciente. 2. Plan terapéutico: incluye tratamiento específico y planes para descubrir efectos colaterales del tratamiento.

c. **Impresión clínica y diagnóstico diferencial:** Es razonar cual de las posibilidades diagnósticas es más probable.

LAS ORDENES DE INGRESO: Son aquellas medidas dictadas por el médico, al ingreso del paciente al hospital, encaminadas a lograr la mejoría sintomática del paciente y/o curación del mismo, así como a lograr un mejor y mayor conocimiento de los problemas detectados en el paciente.

EVOLUCIONES CLINICAS: Anotaciones que contienen información acerca de los cambios en los problemas del paciente que se van sucediendo durante su estadía hospitalaria, debiera contener información referida por el paciente sobre como se siente (datos subjetivos) por el médico acerca de como han variado los signos clínicos y cuales datos de laboratorio se han obtenido (datos objetivos) debe aportar una interpretación de datos anteriores y debe formular nuevos planes, diagnósticos, terapéuticos y educacionales conforme vaya siendo necesario durante la estadía del paciente, así como anotar el pronóstico de éste en las oportunidades que sea necesario mencionar.

AUXILIARES DIAGNOSTICOS: Complementan la exploración clínica. Son mediciones no observacionales realizadas a los pacientes (directamente o a través de muestras y biopsias) ejemplo: mantoux, endoscopias.

TERAPEUTICA MEDICA: En esta se califican las acciones dirigidas a mejorar y/o curar el estado actual del paciente. Se encuentra registrada en la ficha clínica en el apartado de "órdenes médicas".

DIETA: Es la parte del formulario en donde se califica la evaluación nutricional del paciente y las acciones congruentes con tal evaluación.

PRESENTACION DEL REGISTRO CLINICO: Parte del formulario que evalúa la limpieza, el orden y la legibilidad de toda la ficha clínica.

RESUMEN DE EGRESO: Se hace resumen de datos de importancia médica, concerniente a la estadia hospitalaria del paciente se elabora al ordenarse el egreso del paciente.

PRIMERA HOJA: Esta hoja proporciona en forma resumida, datos de importancia al paciente (diagnósticos, dieta, tratamiento, actividad, etc.).

INSTRUMENTO DE MEDICION DE LAS VARIABLES:

El formulario para evaluar la calidad de atención en el servicio de medicina interna, fué elaborado en base al modelo propuesto por Manuel Barquin (2) adaptandole a la realidad hospitalaria. El formulario consta de dos partes. En la inicial se evalúa la información contenida en la ficha clínica de acuerdo a tres parámetros: adecuado, insuficiente, omitido.

La segunda parte del formulario, es en base a preguntas abiertas, aquí se evidencia el estado en que ingreso el paciente, estudio del paciente, tratamiento que recibió y el resultado de la atención médica, recibida al egresar del hospital. En esta segunda parte es en donde se evidencia los errores y los aciertos en la atención de cada paciente individualmente. (ver calificación dada a cada parámetro en el anexo 1).

Por regla de 3, los punteos absolutos fueron transformados, luego se usó la escala propuesta por Barquin (2):

De 96 a	100	Excelente
De 80 a	95	Buena
De 60 a	79	Aceptable
De 40 a	59	Mediana
De 0 a	39	Mala

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: Dato confirmatorio que le pone etiqueta final al padecimiento del enfermo.

TIEMPO DE ESTANCIA: Periodo comprendido desde que ingresa el paciente hasta su egreso, medido en días.

PROMEDIO DIARIO DE CAMAS DISPONIBLE: Número promedio de camas que estuvieron hospitalizados diariamente.

PROMEDIO DIARIO DE PACIENTES INTERNADOS: Número promedio de pacientes que estuvieron hospitalizados diariamente.

PROMEDIO DE ESTADIA: Es un indicador sobre la duración promedio de la internación de los pacientes en un sector.

CAMA HOSPITAL: Es la que se encuentra instalada para uso regular de pacientes hospitalizados.

CAPACIDAD DE CAMAS: Es el número teórico de camas que pueden ser instalados en un sector, teniendo en cuenta la superficie y el volumen del espacio físico.

CAMAS DE DOTACION: Es un concepto equivalente a camas instaladas, señalando el número de camas asignadas en forma permanente en cada sector por la autoridad competente.

CAMAS DISPONIBLES: Son aquellas que están en condiciones de ser ocupadas por pacientes internados.

PACIENTE DE ESTABLECIMIENTO: Es la persona que concurre a un hospital o a cualquier tipo de centro asistencial o preventivo y que solicite atención profesional o de los servicios de diagnóstico y/o tratamiento.

PORCENTAJE OCUPACIONAL DE CAMAS: Es la diferencia de los indicadores anteriores, que mide la disponibilidad promedio diaria de camas o existencia de pacientes. Esta valora la ocupación promedio de camas de un sector expresando los resultados en porcentaje.

EJECUCION DE LA INVESTIGACION:

Para desarrollar el trabajo de campo, se obtuvieron las fichas clínicas del departamento de registros médicos del hospital.

Las fichas solo se pudieron evaluar de lunes a viernes, de 12:30 a 15:30 horas, ya que dicho departamento clasifica para el día siguiente.

La persona que pudo calificar fue el médico investigador, para que hubiera uniformidad en el criterio de evaluación. Se estima que la evaluación de cada paciente tomó de 20 a 25 minutos.

Se evaluó de acuerdo a los requerimientos mínimos que debería contener, según el formulario. Dicha información se registro en la boleta, y esta analizada y procesada. Luego dicha información es agrupada en cuadros.

F. RECURSOS:

1. MATERIALES:

a. Económicos:

- Adquisición de papeletas	Q 160.00
- Transporte	Q 300.00
- Otros	Q 400.00

	Q 860.00
	=====

b. Físicos:

- Útiles y equipo de oficina.
- Departamento de archivo de registro médicos del hospital (incluye mobiliario del departamento y fichas clínicas utilizadas).

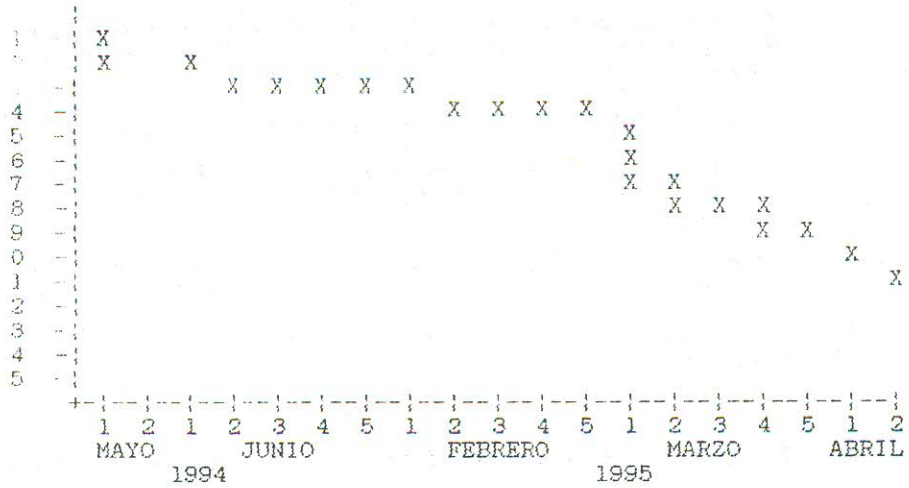
2. HUMANOS:

- Jefe del departamento de medicina interna.
- Personal de enfermería en los servicios.
- Jefe del depto. de cómputo de la USAC, Facultad de Ciencias Médicas.

ACTIVIDADES:

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección del asesor y revisor.
3. Recopilación del material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto por el comité de investigación del hospital o institución en donde se efectuará el estudio.
6. Aprobación del proyecto por la unidad de tesis.
7. Diseño de los instrumentos que se utilizarán para la recopilación de la información y capacitación de los encuestadores.
8. Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información.
9. Procesamiento de resultados, elaboración de tablas y gráficas.
10. Análisis y discusión de resultados.
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
12. Presentación del informe final para correcciones.
13. Aprobación del informe final.
14. Impresión del informe final y trámites administrativos.
15. Exámen público de defensa de la tesis.

GRAFICA DE GANTT



VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

En el presente capítulo se expondrá en forma sencilla, los resultados obtenidos en la investigación CALIDAD DE ATENCION EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA, DEL HOSPITAL "PEDRO DE BETANCOURTH" DE LA ANTIGUA GUATEMALA, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE AGOSTO 1994 AL 31 DE ENERO 1995.

Los criterios de calificación utilizados para la evaluación de las boletas fué en base al método Barquin, de la siguiente manera:

96	-	100 puntos	Excelente
80	-	95 puntos	Buena
60	-	79 puntos	Aceptable
40	-	59 puntos	Mediana
0	-	39 puntos	Mala

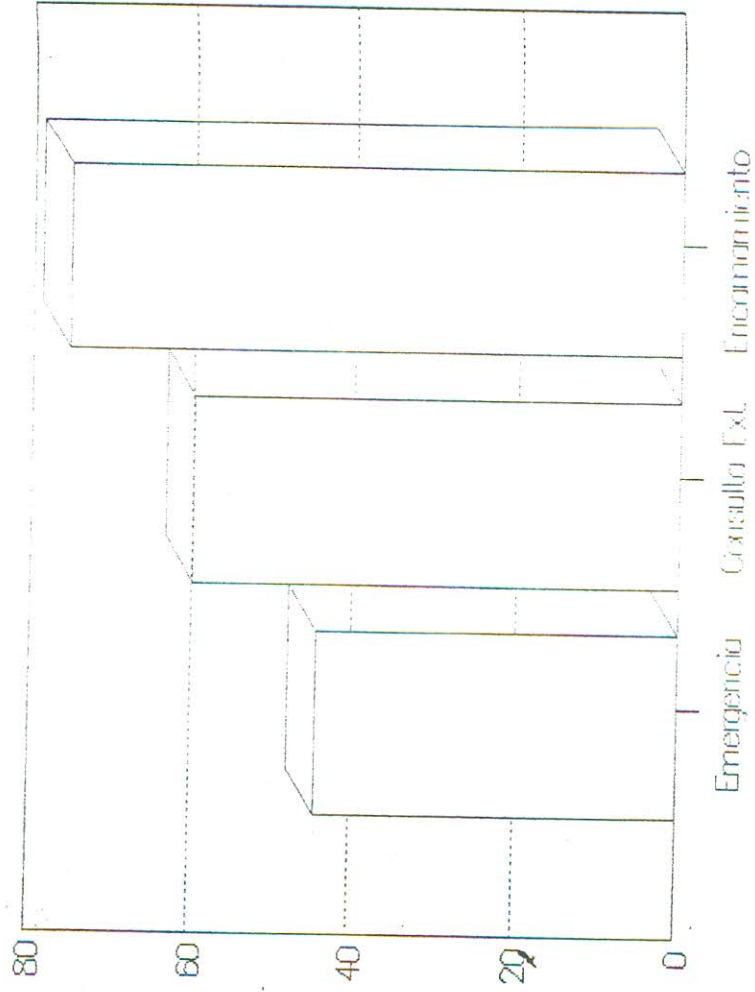
CUADRO No. 1

"CALIFICACION PROMEDIO DE EXPEDIENTES, DEPARTAMENTO
DE MEDICINA INTERNA"

SERVICIO	PUNTEO PROMEDIO	CALIDAD DE ATENCION
Emergencia	44.44	MEDIANA
Consulta Externa	59.84	ACEPTABLE
Encamamiento	75.48	ACEPTABLE
Departamento en Conjunto	61.25	ACEPTABLE

FUENTE: Expedientes clínicos, boletas de recolección de datos sobre "Calidad de Atención en el Departamento de Medicina Interna, HNPB de Antigua Guatemala. Período 1 de agosto 1994 al 31 de enero 1995.

CALIFICACION PROMEDIO DE EXPEDIENTES



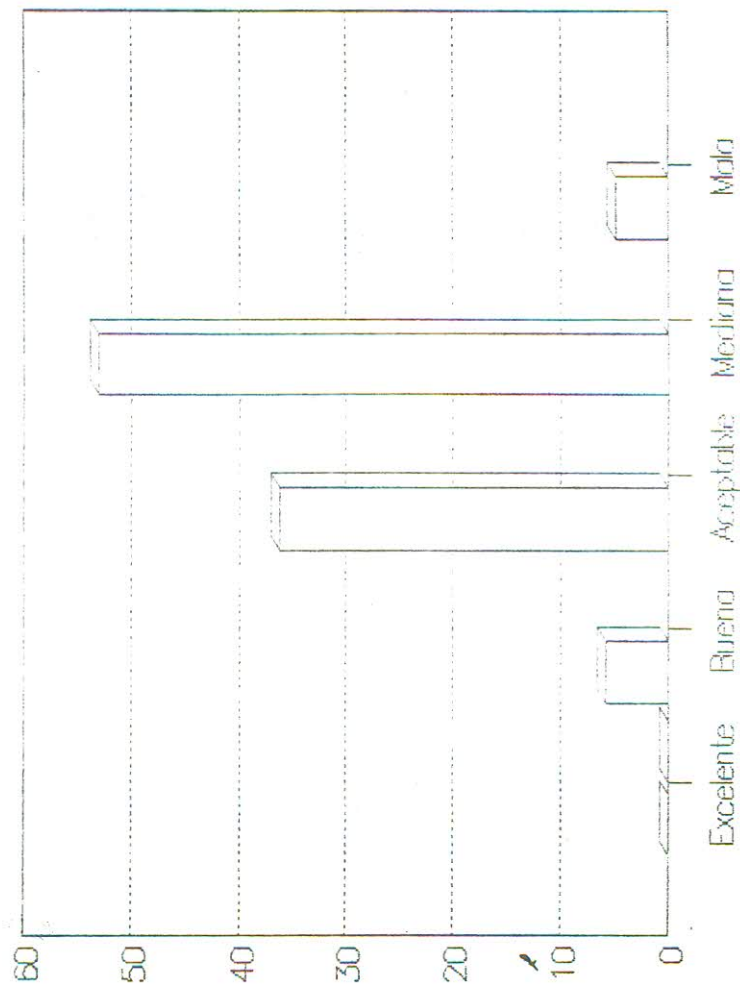
CUADRO No. 2

"CALIDAD PORCENTUAL DE EXPEDIENTES EN LOS 3 SERVICIOS
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA"

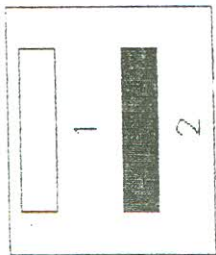
GRADO DE CALIDAD	S E R V I C I O								
	EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA		ENCAMAMIEN TO		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
EXCELENTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BUENA	1	0.67	2	1.16	18	38.30	21	5.72	
ACEPTABLE	20	13.51	84	48.84	29	61.70	133	36.24	
MEDIANA	114	77.02	81	47.09	0	0	195	53.13	
MALA	13	8.78	5	2.91	0	0	18	4.90	
TOTAL	148		172		47		367		

FUENTE: Expedientes clínicos, boleta de recolección de datos sobre "Calidad de Atención en el departamento de Medicina Interna, HNPB de Antigua Guatemala, Guatemala. Período 1 de agosto 1994 al 31 de Enero 1995.

CALIDAD PORCENTUAL DE EXPEDIENTES EN LOS TRES SERVICIOS



Porcentaje



PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

CUADRO No. 3

"ANALISIS DEL EXPEDIENTE CLINICO EN LA EVALUACION
MEDICA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HNPB."

VARIABLES	86-100 EXCELENTE	80-85 BUENA	60-79 ACEPTABLE	40-59 MEDIANA	0-39 MALA
INTERROGATORIO	1 0.67	6 4.05	20 13.51	90 60.81	31 20.94
ANTECEDENTES	0 0.00	1 0.67	10 6.76	9 6.08	128 86.48
EXAMEN FISICO	0 0.00	11 7.43	107 72.29	27 18.24	3 2.03
NOTAS CLINICAS	5 3.37	8 5.40	90 60.81	24 16.21	21 14.19
INTERCONSULTAS	10 6.75	0 0.00	8 5.40	0 0.00	130 87.83
DE ALTA O DEFUNCION	0 0.00	2 1.35	23 15.54	90 60.81	33 22.29
AUXILIARES DIAGNOSTICOS	6 4.05	3 2.02	9 6.08	48 32.43	82 55.40
ANATOMIA PATOLOGICA	0 0.00	0 0.00	0 0.00	9 6.08	139 93.92
TERAPEUTICA MEDICA	1 0.67	10 6.76	110 74.32	25 16.89	2 1.35
DIETA	18 12.16	1 0.67	4 2.70	7 4.73	118 79.73
HOSPITALIZACION	20 13.51	1 0.67	0 0.00	4 2.70	123 83.10
HOJA FRONTAL	8 5.40	1 0.67	4 2.70	2 1.35	133 89.86
PRESENTACION	9 6.08	74 50.00	0 0.00	48 32.43	17 11.48

FUENTE:

Expedientes clínicos, boleta de recolección de datos sobre "Calidad de atención en el depto. De medicina interna HNPB." De Antigua Guatemala. Periodo 1 de agosto 1,994 - 31 de enero 1,995.

SECRETARIA DE SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL
GUATEMALA

CUADRO No. 4

"ANALISIS DEL EXPEDIENTE CLINICO EN LA EVALUACION MEDICA EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA HNPB."

VARIABLES	96-100 EXCELENTE		80-95 BUENA		60-79 ACEPTABLE		40-59 MEDIANA		0-39 MALA	
INTERROGATORIO	4	2.32	58	33.72	57	33.14	46	26.74	7	4.07
ANTECEDENTES	1	0.58	7	4.06	45	26.16	56	32.56	63	36.63
EXAMEN FISICO	3	1.74	35	20.35	118	68.60	8	4.65	8	4.65
NOTAS CLINICAS	0	0.00	34	19.76	110	63.95	17	9.88	11	6.39
INTERCONSULTAS	11	6.39	0	0.00	9	5.23	0	0.00	152	88.37
DE ALTA O DEFUNCION	1	0.58	2	1.16	55	31.98	99	57.56	15	8.72
AUXILIARES DIAGNOSTICOS	9	5.23	50	29.07	34	19.77	54	31.39	25	14.53
ANATOMIA PATOLOGICA	1	0.58	1	0.58	4	2.32	5	2.91	115	66.86
TERAPEUTICA MEDICA	2	1.16	17	9.88	123	71.51	25	14.53	5	2.91
DIETA	65	37.79	9	5.23	19	11.04	10	5.81	69	40.11
HOSPITALIZACION	64	37.20	13	7.56	2	1.16	2	1.16	91	52.91
HOJA FRONTAL	29	16.86	3	1.74	4	2.32	0	0.00	136	79.07
PRESENTACION	23	13.37	128	74.41	12	6.98	5	2.91	4	2.32

FUENTE:

Expedientes clínicos, boleta de recolección de datos sobre "Calidad de atención en el depto. De medicina interna HNPB." De Antigua Guatemala. Periodo 1 de agosto 1,994 - 31 de enero 1,995.

CUADRO No. 5

"ANALISIS DEL EXPEDIENTE CLINICO EN LA EVALUACION MEDICA EN EL SERVICIO DE ENCAMIAMIENTO HNPB."

VARIABLES	96-100 EXCELENTE	80-95 BUENA	60-79 ACEPTABLE	40-59 MEDIANA	0-39 MALA
INTERROGATORIO	1 2.13	26 55.32	20 42.55	0 0.0	0 0.0
ANTECEDENTES	1 2.13	3 68.08	18 38.30	25 53.19	0 0.0
EXAMEN FISICO	2 4.25	11 23.40	33 70.24	1 2.13	0 0.0
NOTAS CLINICAS	2 4.25	11 23.40	31 65.96	3 6.38	0 0.0
INTERCONSULTAS	6 12.76	0 0.0	16 34.04	0 0.00	25 53.19
DE ALTA O DEFUNCION	0 0.0	6 12.76	38 80.85	3 6.38	0 0.0
AUXILIARES DIAGNOSTICOS	8 17.02	33 70.24	4 8.51	2 4.25	0 0.0
ANATOMIA PATOLOGICA	0 0.00	2 4.25	10 21.28	32 68.08	3 6.38
TERAPEUTICA MEDICA	0 0.00	15 31.91	32 68.08	0 0.0	0 0.0
DIETA	13 27.66	8 17.00	24 51.06	2 4.25	0 0.0
HOSPITALIZACION	47 100.0	0 0.00	0 0.0	0 0.0	0 0.0
HOJA FRONTAL	16 34.04	0 0.00	3 6.38	0 0.0	28 0.0
PRESENTACION	20 42.55	22 46.81	5 10.64	0 0.0	0 0.0

FUENTE:

Expedientes clínicos, boleta de recolección de datos sobre "Calidad de atención en el Depto. De medicina interna HNPB." De Antigua Guatemala. Período 1 de agosto 1,994 - 31 de enero 1,995.

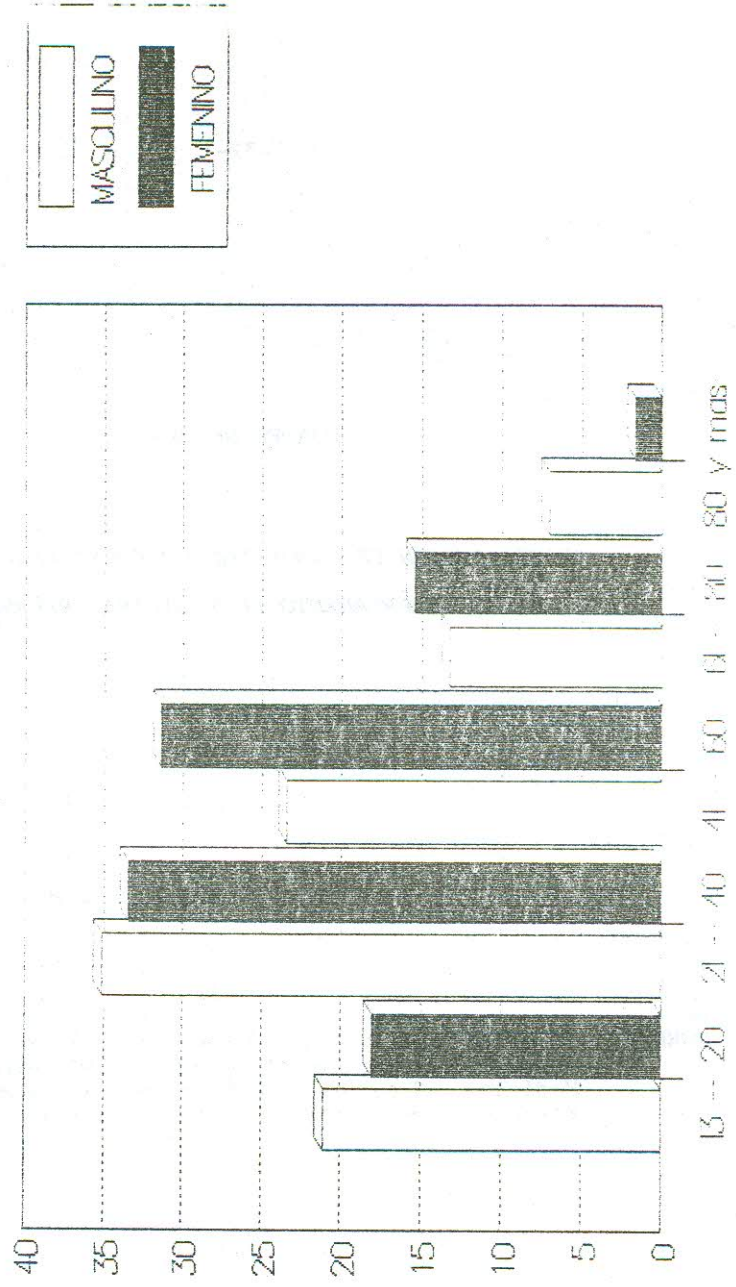
CUADRO No. 6.

"DISTRIBUCION DE CASOS POR GRUPO ETAREO Y SEXO
EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA"

EDAD	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL	%
13 - 20	27	21.09	43	17.99	70	19.07
21 - 40	45	35.16	80	33.47	125	34.06
41 - 60	30	23.43	75	31.38	105	28.61
61 - 80	17	13.28	37	15.48	54	14.71
80 y +	9	7.03	4	1.67	13	3.54
TOTAL	128		239		367	

FUENTE: Expedientes clínicos, boleta de recolección de datos sobre "Calidad de Atención en el Departamento de Medicina Interna" HNPB de Antigua Guatemala. Periodo 1 de agosto 1994 al 31 de enero 1995.

DISTRIBUCION DE CASOS POR GRUPO ETAREO Y SEXO



11141

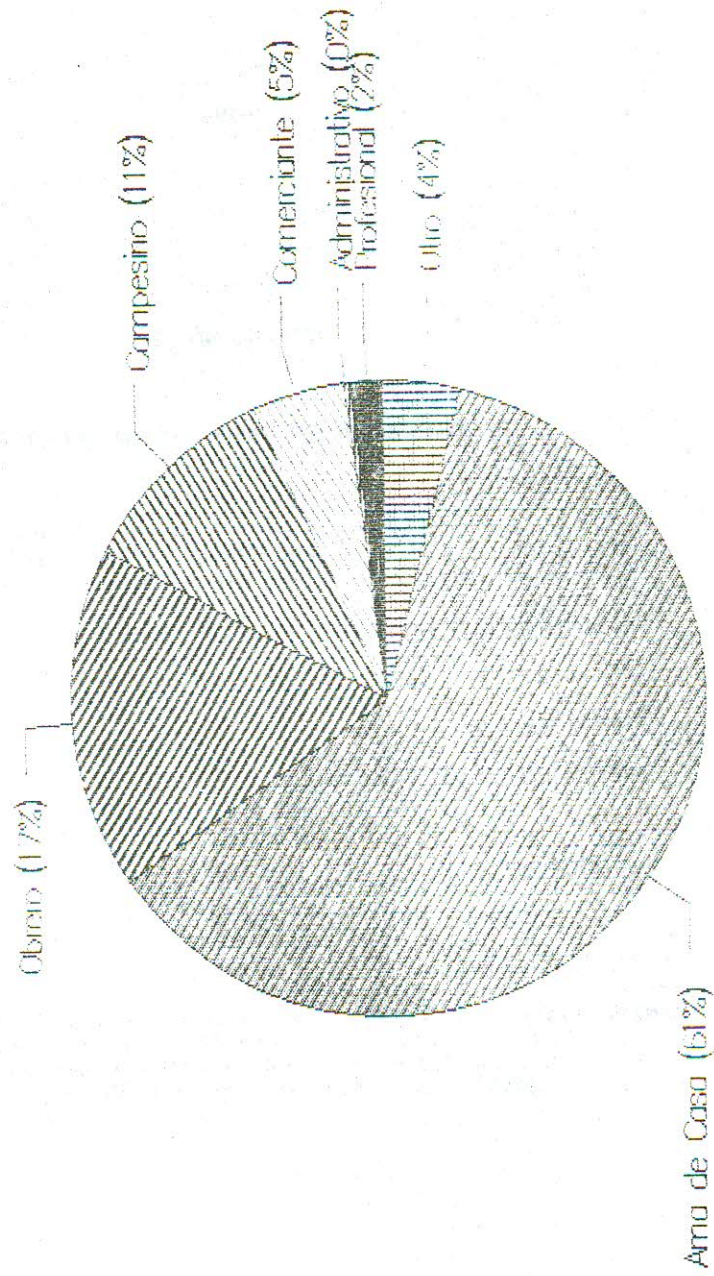
CUADRO No. 7

"DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN OCUPACION"

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Profesional	7	1.91
Administrativo	1	0.27
Comerciante	17	4.63
Campeño	39	10.63
Obrero	64	17.44
Ama de Casa	225	61.30
Otro	14	3.81
TOTAL	367	100.00

FUENTE: Expedientes clínicos, boleta de recolección de datos sobre calidad de atención en el departamento de Medicina Interna, HNPB de Antigua Guatemala. Período 1 agosto 1994 al 31 de enero 1995.

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN OCUPACION



VII. ANALISIS Y DISCUSION

De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede observar que la calidad de atención recibida por los pacientes atendidos en el departamento de medicina interna en el período del 1 de agosto 1994 al 31 de enero 1995, fué aceptable con una calificación del 61.25, lo cual constituye el grado mínimo que un hospital debe brindar.

Según Dardón en su auditoría médica en 1990, se obtuvo un promedio de 64 puntos, lo cual es aceptable y nos indica que se continúa en la misma situación de hace 5 años.

En emergencia, con un promedio de 48.44 puntos, según Barquín, en la mediana nos indica que el manejo, aunque sea deficiente se omite el efectuar historias, utilizando exclusivamente el formulario de estadística, en donde se anota lo siguiente: nombre del paciente, número de historia clínica u cédula de vecindad, diagnóstico, edad, procedencia o dirección, tratamiento, clave médico tratante, en algunos casos existe expediente, si el paciente acudió a consulta externa y si amerita ingreso.

En el servicio de consulta externa, se puede observar que aún teniendo expediente clínico, no se elaboran buenas historias clínicas, descuidando aspectos importantes que les llevaría a dar un mejor diagnóstico y por lo tanto a una mejor atención. El promedio de calificación para ellos fué de 59.84 situado en la mediana y aceptable. También con lo mínimo que el hospital debería brindar.

En encamamiento, se pudo observar que los médicos tratantes, tratan de hacer una mejor evaluación, utilizando para ello, los recursos, diagnósticos disponibles y otros con los que no cuenta el hospital. Además de hacer un mejor examen físico, aún mejorando esta atención no han podido cruzar esa barrera para llegar a una calificación excelente. acá mejora la calidad, pues se obtuvo una calificación de 75.48 puntos, lo cual se considera aceptable.

Se cree que realmente, aunque hoy se cuenta con residentes especialistas, se deberá insistir y planter un plan de manejo de historias clínicas, no sólo tenerlas bien elaboradas, sino que nuestra calidad de atención se acerque a ser buena.

Al observar el cuadro No. 2 en donde se analiza la calidad porcentual de expedientes en los tres servicios y desglosar los resultados, encontramos que en la emergencia no hubo calificaciones excelentes, y del total de expedientes

analizados el 77.02% se encontró en la mediana. El 13.51% se ubica en un grado de calidad aceptable y 0.67% se consideró como buena. También se hace notar que únicamente el 8.78% de los expedientes clínicos analizados, se ubica en la categoría de mala calidad de atención al paciente.

Lo anterior se debe a que en este servicio el volumen de pacientes es grande y el personal médico es insuficiente, encontrando únicamente a un médico jefe de emergencia, un especialista de medicina interna, un médico interno y personal de enfermería. Este personal varía en turnos, ya que, como se mencionó anteriormente, sólo se cuenta con el especialista interno y personal de enfermería, lo cual imposibilita realizar historias clínicas a todos, sin que estos sean ingresados. Se considera conveniente elaborar tan siquiera una evolución, para registrar el caso y poder dar seguimiento si el caso lo amerita.

En la Consulta Externa, y siguiendo el análisis del cuadro No. 2, se observó que el 48.84% del total de la muestra se considera en un grado de calidad aceptable. El 47.09% en la mediana, el 2.91% se consideró mala, y solamente el 1.16% se ubicó en buena.

Con lo anteriormente expuesto, en la consulta externa, que es un servicio que tiene más tiempo para estudiar al paciente, los resultados deberían de evidenciar un grado de calidad de atención al paciente mejor que los resultados obtenidos, ya únicamente siguen el camino de elaborar deficientes historias clínicas, olvidando ya el método de Weed. En su defecto, elaboran una evolución sin los requisitos mínimos ya estipulados.

De acuerdo a los datos obtenidos en el cuadro No. 2 y analizando el servicio de encamamiento, se observó que el 53.13% se encuentra en la mediana de la muestra, el 36.24% en aceptable, el 5.72% en buena, mientras que únicamente el 4.90% se ubicó en un grado malo de calidad de atención al paciente.

El servicio de encamamiento brinda al hospital una mejora sustancial en su atención, encontrándose entre los rangos de buena y aceptable, lo cual se cree que el volumen es menor y el paciente permanece con lo que se le puede estudiar mejor y dar una mejor calidad de atención.

Según los cuadros Nos. 3, 4 y 5 en donde se analiza el expediente clínico en la evaluación médica, se observa en general, el uso de las variables en la historia clínica, de la siguiente manera:

a. **EMERGENCIA:** Con un total de 148 expedientes, de los

cuales, se hace la aclaración que algunos fueron ingresos a servicio procedentes de la consulta externa, el resto no contaba con historia clínica. Únicamente se obtuvieron datos de las hojas del siglo, utilizadas por el departamento de estadística para control de pacientes, en los cuales se adolece de evoluciones.

El uso del interrogatorio en la historia clínica se mantuvo en la mediana, antecedentes, según Barquin 0-39 malo, solo el 6.75% del total de la muestra es aceptable, respecto al examen físico aceptable.

Diagnósticos, se encuentran en la mediana, notas de evolución en la mediana, laboratorio, según Barquin (2) 0-39 malo. Solo el 32.43% en la mediana.

Las interconsultas se obvian, se encuentran en el límite inferior. El 6.75% es excelente. En lo referente a la terapéutica se sitúa en aceptable. La dieta en el límite inferior, debido a que los pacientes son ambulatorios. Hospitalización, hoja frontal y presentación mala. Solo el 13.51% fué hospitalizado.

En general, el análisis del expediente clínico en la evaluación médica para este servicio, se encuentra entre mediana-mala. Habrá necesidad de adecuar un plan de trabajo más exhaustivo, para brindar una mejor calidad de atención, esto es alarmante, ya que el recurso humano es inferior a lo necesario.

b. En la Consulta Externa, 172 expedientes, de los cuales se pudo observar y analizar que el interrogatorio en la historia clínica es aceptable a excepción de los antecedentes, los cuales se han descuidado, se encuentra en el límite inferior, según escala Barquin (2). Solo el 32.55% en la mediana, las notas clínicas en la mediana, solo el 19.77% buena. Las interconsultas se obvian solo 6.39% excelente.

Los diagnósticos se encontraron en la mediana al igual que los auxiliares.

Diagnósticos, anatomía patológica en el límite inferior. Terapéutica entre mediana y aceptable. Hospitalización en el límite inferior, solo el 16.86% excelente. Presentación buena. Aquí mejora un poco el uso de la historia, aunque es lo mínimo que un hospital debería brindar. Deberá ser menor el volumen de pacientes vistos para que los profesionales puedan brindar una mejor calidad de atención.

c. Encamamiento se analizaron 47 expediente, de lo cual se deduce que la atención en general fué aceptable. Se

utilizaron mejor los auxiliares diagnósticos, la terapéutica médica fué buena.

La hoja frontal se sigue descuidando. Su uso, solo el 34.04% excelente, respecto presentación oscila entre excelente y buena. Aquí la calidad de atención es buena, lo cual nos hace reflexionar que cuando hay interés por parte del médico tratante, se puede mejorar la calidad de atención. Se hace la observación que en el hospital, se cuenta con patólogo, pero no funciona dicho servicio por falta de recursos.

De acuerdo a la distribución de casos por grupo etáreo y sexo (cuadro No. 6) el primer lugar lo ocupa el rango comprendido entre 21 - 40 años con un 34.06% de casos, en donde el 33.47% son de sexo femenino y el restante de sexo masculino.

En segundo lugar, comprendido entre 41 - 60 años con 28.61% en donde la mayoría la ocupa el sexo femenino (31.38%) mientras que en el rango comprendido entre 13 - 20 años, el 17.99% es del sexo femenino.

Lo anterior nos muestra que no existe paridad en cuanto a número de casos entre ambos sexos, lo que indica que el sexo femenino es más susceptible de enfermar por las dobles tareas asignadas a su sexo, ya que hace sus labores a ya sea en el campo u otro oficio. Es el grupo más expuesto a enfermar.

En lo referente a la ocupación, el grupo más afectado siguen siendo las amas de casa, pues de acuerdo a este estudio, fueron las que más enfermaron, siguiendo el obrero con un 17.44% del total de los casos.

IX. CONCLUSIONES

1. La calidad de atención en el departamento de medicina interna del Hospital Nacional "Pedro de Betancourth" fue aceptable en un periodo de 6 meses.
2. Un componente fundamental en la calidad de la atención médica que puede recibir un paciente, es la educación sobre su proceso de salud-enfermedad.
3. Los médicos tratantes se han olvidado y no emplean adecuadamente el método de Weed al elaborar las historias clínicas.
4. Las interconsultas juegan un papel importante en el diagnóstico y tratamiento y en el estudio se encuentran en el límite inferior.
5. El poco uso en los servicios de emergencia y consulta externa de los auxiliares diagnósticos, hacen que la calidad de atención en el paciente sea ineficiente, dejando únicamente a la impresión clínica del médico tratante, su tratamiento y esto trae consigo más consultas, más gasto del recurso humano.
6. El error diagnóstico es de magnitud considerable. La terapéutica está entre el límite aceptable.

X. RECOMENDACIONES:

1. Se deberá volver al pasado, utilizando guías de historias clínicas, para efectuar una anamnesis y un exámen físico más completo, para mejorar la calidad de atención.
2. Mejorar, supervisar, capacitar al personal médico para que reconozcan la importancia de un buen exámen físico y un buen interrogatorio, para el bienestar del paciente y aumentar así la calidad de atención de este hospital.
3. Estimular por parte del director, a los jefes de servicio para mejorar la atención. Al mismo tiempo, realizar auditoría médica por lo menos una vez al año.
4. Mejorar y supervisar la formación del médico de pre-grado en el manejo del método de Weed.
5. Que los pacientes que acuden a emergencia, se les haga evolución por lo menos para tener archivo de casos que son importantes y pasan desapercibidos.

XII. RESUMEN

La calidad de atención que brindó del departamento de medicina interna constituyó un reto a ser investigado, ya que hace 5 años se realizó una investigación similar sobre auditoría médica, la que evidenció una calidad aceptable.

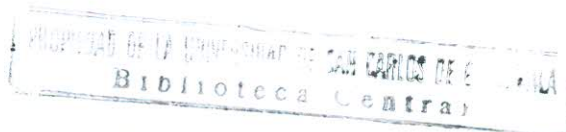
La buena atención médica es el tipo de medicina que practican y enseñan los líderes reconocidos de la profesión médica.

Los criterios en que se basan los procedimientos básicos de la atención médica en lo relativo, tanto a prevención y diagnóstico de las enfermedades como a su tratamiento, no son estándares definitivos. La práctica médica es un arte y como tal no puede ser estandarizado, del mismo modo que no se puede uniformar el arte de escribir. Todo escrito obedece a ciertas reglas de gramática, pero cada uno mantiene la individualidad de su expresión, de manera similar, algunos aspectos básicos de la práctica médica actualizada se aceptan de manera general, aunque cada médico desarrolla sus propios métodos y procedimientos. Por lo tanto, en la descripción de los servicios esenciales para una buena atención médica, únicamente se han utilizado los requerimientos ampliamente aceptados. La atención médica correcta se limita a la práctica racional de la medicina, sustentada en las ciencias médicas. (11)

Para efectuar este estudio, se revisó el departamento de medicina interna (emergencia, consulta externa, encamamiento) en un período de 6 meses, contando del 1 de agosto 1994 al 31 de enero 1995, teniendo una población de 4,443 expedientes de los cuales se tomó un 30% quedando una muestra de 367 casos, para lo cual se usó el método aleatorio simple, para el servicio se tomó así: emergencia: 148 expedientes; consulta externa 172 expedientes; encamamiento 47 expedientes.

Para medir la calidad se usó la hoja analítica Manuel Barquin (2) la cual se adaptó a las condiciones del hospital

Los resultados evidencian que el grado de calidad de atención en los 3 servicios es aceptable, siendo esto el mínimo considerado como satisfactorio en la escala de Barquin. (2)



XII. REVISION BIBLIOGRAFICA:

1. ARON NONISTRI, JULIO C. RIPA Y HUGO VILLAR. Administración hospitalaria, parte tercera. Páginas 463-506; 797-815
2. BARQUIN CACERES, MANUEL. Dirección de Hospitales. Páginas 217-227; 433-447.
3. CASTELLANOS ROBAYO Y MARCOS RISIL. Estructura de los Servicios de Atención médica. Educación Médica en salud. Volúmen 15. No. 3. (1981). Páginas 258-287.
4. DARDON RODRIGUEZ, EDUARDO ANTONIO. Auditoría Médica en el HNPH (tesis). Facultad de Ciencias Médicas. Usac. Páginas 53-55.
5. DICKINSON, J.G. Atención Primaria de Salud en Hospitales. Foro Mundial de la Salud. Vol. 8. 1987, Páginas 80-88.
6. FERREIRA, JOSE ROBERTO. Integración Docente-Asistencial y Atención primaria en Salud. Educación Médica en Salud. Volúmen 20, No. 4. Páginas 258-465. 1986.
7. GOMEZ CABRERA, RAUL; KLAINDORF SHAINBLATT, BORIS. Cuba: La Interrelación Hospitalaria-Médico de la Familia, dentro de las Estrategias de la Atención Primaria de Salud. Educación Médica en Salud. Volúmen 25. No. 3. Páginas 223-257. 1981.
8. GARRETT, E.J. Funciones del médico en la Atención Primaria de Salud. Vol. 15. No. 3. Páginas 249-257. 1981.
9. HOSPITAL ROOSEVELT. Comité de Control de Infecciones. Of. 080-94. Auditoría Médica del Hospital Roosevelt.
10. REER L. WHITE. Investigaciones sobre Servicios de Salud: Una Antología. OPS Publicación Científica. No. 534. Páginas 374-396; 535-544; 703-714.
11. SALUD PUBLICA DE MEXICO. Órgano Oficial del Instituto Nacional de Salud Pública. Marzo-Abril 1980. Vol. 10. No. 3. Páginas 242-245.

XII. ANEXOS

Resultados

HOSPITAL: _____ FECHA: _____
CLAVE MEDICO: _____ NOMBRE PACIENTE: _____
REGISTRO: _____

1. ESTUDIO CLINICO:
 - a. INTERROGATORIO Y EXPLORACION:

Antecedentes	4 puntos.
Historia actual enfermedad	8 puntos.
Exploración	8 puntos.
	<u>20 puntos.</u>
 - b. DIAGNOSTICOS:

Probables	5 puntos.
Definitivos	10 puntos.
	<u>15 puntos.</u>
 - c. NOTAS DE EVOLUCION, SOLICITUDES DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

Notas de Evolución	10 puntos.
Laboratorio	5 puntos.
Gabinete	5 puntos.
Consulta con otros especialistas	5 puntos.
	<u>25 puntos.</u>
 2. TRATAMIENTO:

Medicamentos (o tratamiento quirúrgico)	5 puntos.
Dosis (o ausencia complicaciones)	5 puntos.
Duración	5 puntos.
Dieta	5 puntos.
	<u>20 puntos.</u>
 3. RESUMEN CLINICO: 5 puntos.
 4. No. DE DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA, NUMERO DE FRECUENCIA, CITAS A CONSULTA EXTERNA 10 puntos.
 5. PRESENTACION PULCRA Y CORRECTA DEL EXPEDIENTE.

	5 puntos.
	<u>20 puntos.</u>
- TABULACION TOTAL 100 puntos.

CLASIFICACION:

Excelente	96 a 100%
Buena	80 a 95%
Aceptable	60 a 79%
Mediana	40 a 59%
Mala	0 a 39%

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

UNIDAD DE ATENCION EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA
DEL HOSPITAL "PEDRO DE BETHANCOURTH" DE ANTIGUA GUATEMALA.

"ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL 1 DE AGOSTO DE 1994 AL 31 DE ENERO DE 1995".

Número de Historia Clínica: _____ Fecha: _____

Días de estancia hospitalaria: _____

Calificación: _____

DATOS GENERALES:

Nombre: _____

Edad (en años) _____ Sexo (M - F) _____

Ocupación: Profesional _____ Comerciante _____ Obrero _____

Administrativo _____ Campesino _____ Ama Casa _____

Otro _____

I. HISTORIA CLINICA:

Interrogatorio:

1. Motivo de consulta e historia clínica
2. Motivo de consulta, tiempo de evolución
3. Orientada cronológicamente.
4. Síntomas
5. Tratamientos previos
6. Perfil social (características y vivienda, ingreso familiar, No. miembro de familia)

Antecedentes:

7. Personales no patológicos.
8. Personales patológicos.
9. Gineco-obstétricos
10. Familiares y hereditarios.
11. Hábitos y manías

	Adecua- do	Inade- cuado	Insu- ficien- te	Omiti- do	Cali- fica- ción
1. Motivo de consulta e historia clínica					
2. Motivo de consulta, tiempo de evolución					
3. Orientada cronológicamente.					
4. Síntomas					
5. Tratamientos previos					
6. Perfil social (características y vivienda, ingreso familiar, No. miembro de familia)					
7. Personales no patológicos.					
8. Personales patológicos.					
9. Gineco-obstétricos					
10. Familiares y hereditarios.					
11. Hábitos y manías					

	Adecua- do	Inade- cuado	Insu- ficien- te	Omiti- do	Cali- fica- ción.
12. Revisión por sistemas (cabeza, cuello, tórax, anterior, posterior, abdomen, miembros superiores.					
13 Ginecológicos (rectal neurológico)					
<u>EXAMEN FISICO:</u>					
14. Inspección (facies general, estado conciencia, orientación)					
15. Signos vitales					
16. Piel y faneras.					
17. Cabeza.					
18. Cuello.					
19. Tórax anterior.					
20. Tórax posterior.					
21. Abdomen.					
22. Miembros superiores- miembros inferiores.					
23. Genital					
24. Rectal.					
25. Neurológico.					
<u>II. NOTAS CLINICAS:</u>					
26. Nota ingreso					
27. Listado de problemas					
28. Plan diagnóstico.					
29. Plan terapéutico.					
30. Plan educacional.					
31. Interpretación resultados gabinete.					
32. Interconsultas.					

	Adecua- do	Inade- cuado	Insu- ficient- e	Omiti- do	Cali- fica- ción.
<u>DE ALTA O DEFUNCIÓN:</u>					
33. Diagnósticos.					
34. Resumen de Evolución.					
35. Resumen de egreso.					
36. Pronóstico.					
37. Terapéutica posterior					
38. Problemas pendientes de manejo.					
39. Relación entre notas					
<u>III. AUXILIARES DE DIAGNOSTICO:</u>					
40. Laboratorio.					
41. Informe.					
42. Radio-diagnóstico.					
43. Indicación.					
44. Informe.					
<u>ANATOMIA PATOLOGICA:</u>					
45. Indicación.					
46. Informe.					
47. Estudios de gabinete.					
48. Indicación electroen- céfala.					
49. Indicación endoscópi- ca.					
50. Indicación electrocar- diograma.					
51. Indicación electromio- grama.					
52. Indicación hemodinámi- ca.					
53. Indicación otros.					
54. Informe.					

	de- do	Inade- cuado	insu- ficien- te	Omiti- do	Ci- fi- ci-
IV. TERAPEUTICA MEDICA:					
55. Indicación.					
56. Posología.					
57. Vía administración.					
58. Electrolitos.					
59. Líquidos.					
60. Transfusión de sangre					
61. Complicaciones.					
V. DIETA:					
62. Tipo.					
63. Calorías.					
64. Horario.					
VI. HOSPITALIZACION:					
65. Indicación.					
66. Duración.					
VII. HOJA FRONTAL EXPEDIENTE:					
67. Impresión diagnóstica.					
68. Tratamiento.					
69. Dieta y actividad.					
VIII. PRESENTACION EXPEDIENTE:					
70. Ordenamiento.					
71. Pulcritud.					
72. Legibilidad.					
73. Encabezados.					
74. Firma y clave médico.					