



11227
39/10

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

I. S. S. S. T. E.

**"EVALUACION INTEGRAL DE LA ATENCION MEDICA EN
EL AREA DE HOSPITALIZACION DE UN SERVICIO
DE GASTROENTEROLOGIA"**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
MEDICO INTERNISTA
P R E S E N T A :
DR. HECTOR JAVIER PALACIOS HERNANDEZ**

ASESOR:

**DR. ALVARO SAENZ DE MIERA CAMINO
SUBJEFE DE ENSEÑANZA**

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

FEBRERO 1987



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Página
Introducción	1
Material	5
Sujetos de análisis y sus funciones	6
Proceso de atención médica	7
Método	10
Resultados	12
Recursos diagnósticos en urgencias	15
Atención del enfermo en hospitalización	17
Estudios diagnósticos en hospitalización	21
Discusión	35
Resumen	49
Conclusiones	50
Bibliografía	53

INTRODUCCION

En el campo de la medicina, cada practicante de la misma tiene la obligación profesional de mejorar la calidad de la atención que presta al paciente, mediante la autoevaluación, el progreso personal, la práctica adecuada y los cambios de conducta (1).

El uso adecuado de recursos diagnósticos ante la sospecha clínica basada en el conocimiento médico de la enfermedad que se obtiene mediante una anamnesis adecuada, hace posible el establecimiento de un diagnóstico preciso y la aplicación de un tratamiento adecuado, que se refleja en beneficio del enfermo así como en un aprovechamiento óptimo de los procedimientos de ayuda diagnóstica.

En el medio hospitalario, el enfermo queda a cargo del médico que hará uso de sus conocimientos y habilidades para determinar el tipo de padecimiento que presenta el caso y sus posibilidades terapéuticas; esta interrelación médico-paciente se lleva a cabo dentro de un complejo organizado, en el que participan personal médico y paramédico constituyendo lo que se denomina un sistema.

Se entiende por sistema a una estructura dinámica que ocurre en la naturaleza y en el que pueden descubrirse estados, propiedades funcionales, flujo de eventos y reper-

torio de respuestas (2).

Todo sistema debe ser capaz de mejorar y debe ser evaluado para establecer por retroalimentación, las guías para la superación, lo que en el caso de un servicio hospitalario, se verá reflejado en una mejor utilización de servicios tanto médicos como administrativos, que desembocarán en una mejor calidad de la atención médica.

Se han ideado diferentes métodos para evaluar la calidad de la atención médica, entre los que se encuentran: la formación de comités de personal médico hospitalario, que mediante un grupo de individuos efectúa un análisis de los actos del médico; la metodología de trazadores, que mide los cambios en el estado de salud de una población determinada evaluando los diversos atributos del proceso, como serían la detección oportuna de casos, los procedimientos adecuados para cada paciente, la calidad de los expedientes clínicos, etc; el procedimiento de evaluación del rendimiento, que amplía y sistematiza el comité de auditoría médica, y el método de responsabilidad del personal de servicio de salud, que mide resultados y los compara con los pronosticados (3-5). Cada uno de los diferentes medios enfocan el asunto de diferente manera; sin embargo, al conocer y aplicar estos esquemas, se puede llegar a la conclusión de que no existe un medio óptimo de evaluación.

Uno de los métodos de evaluación es el estudio operativo, el cual se basa en el análisis de eventos que constituyen el sistema, así como el análisis del comportamiento real de la naturaleza sin alterar sus condiciones y que variando sus procesos garantiza una modificación de los resultados. Este estudio se utiliza cuando se desea mejorar algún proceso para aumentar su utilidad.

Con el estudio operativo se obtiene la información directamente en el espacio donde los procesos ocurren, enunciándose los elementos que integran el sistema, sus funciones e interrelaciones y de ahí se obtiene posteriormente el análisis operativo, el cual hace una evaluación de la utilidad del sistema en estudio. Su importancia radica en que establece una comparación de los procesos en su etapa final con la inicial y así determina el grado de funcionabilidad del sistema.

Se han efectuado anteriormente en este Hospital tres estudios de este tipo (6-8), mediante los cuales, sin modificar variables y haciendo un análisis deductivo de los mismos, se detectaron fallas en el sistema estudiado y que son susceptibles de cambio para mejorarlo y lograr modificaciones de conducta.

El presente trabajo es un estudio operativo, que

mediante la recolección de múltiples datos tomados de la revisión de expedientes y efectuando una medición crítica de los mismos, intenta hacer una evaluación integral del manejo del sujeto hospitalizado en el servicio de Gastroenterología del Hospital Regional "20 de Noviembre" del ISSSTE.

MATERIAL

El servicio de hospitalización de Gastroenterología del Hospital Regional "20 de Noviembre" del ISSSTE, se encuentra ubicado en la cuarta sección del segundo piso del hospital, dependiendo administrativamente de la división de Medicina Interna. Como área física definida, ha sido recientemente creada el 17 de octubre de 1985, ya que anteriormente no tenía camas fijas y sus pacientes se encontraban distribuidos en las cuatro secciones del segundo piso, variando así continuamente el número y asignación de camas dependiendo del número de los mismos ingresados; el enfermo quedaba a cargo del servicio de Medicina Interna, siendo Gastroenterología elemento de apoyo en el plan de estudio y tratamiento del mismo.

El servicio cuenta con un total de 22 camas, central de enfermeras, cuarto séptico, sala de juntas y baños para enfermos; en cuanto al personal, se cuenta con un número variable de enfermeras dependiendo del turno de labores, cuatro médicos adscritos de gastroenterología, dos de medicina interna, cuatro residentes de segundo año y tres de tercero de gastroenterología, así como residentes de medicina interna: uno de tercer año, dos de segundo y dos de primero. El paciente queda a cargo de gastroenterología y

el servicio de medicina interna funciona como apoyo en el plan de estudio y manejo y sobre todo en problemas médicos intercurrentes de índole no gastroenterológica.

SUJETOS DE ANALISIS Y SUS FUNCIONES.

Médico: Profesional de la medicina que mediante el uso de diferentes conocimientos y habilidades, así como el empleo de procedimientos de ayuda diagnóstica como exámenes de laboratorio y gabinete, se encarga del estudio del paciente para llegar a un diagnóstico preciso y prescribir un tratamiento.

Enfermeras: Personal encargado del manejo general del paciente, su aseo, alimentación y administración de medicamentos, esto último siguiendo instrucciones precisas del médico.

Paciente: Sujeto en estudio, que sufre alguna entidad nosológica y que es sometido a diferentes procedimientos como son: interrogatorio, exploración física, exámenes de laboratorio y gabinete para esclarecer la etiología de su padecimiento y administrarle un tratamiento adecuado.

Personal paramédico: Individuos que trabajan en la misma área física y que se encargan de diversos procedimientos no médicos y que atienden al paciente. Incluyen: secretaria, camilleros, personal de intendencia y técnicos laboratoris-

tas.

PROCESO DE ATENCION MEDICA.

La serie de eventos que se suceden desde el ingreso al egreso del enfermo es la siguiente: El sujeto ingresa al servicio de hospitalización a una cama asignada previamente por el servicio de admisión, esto ocurre generalmente durante el turno vespertino y puede provenir de diferentes vías: enviado de la consulta externa de gastroenterología, a través del servicio de urgencias que se maneja por medicina interna o como transferencia de otro servicio del hospital. Una vez instalado en su cama, es interrogado y explorado por un médico residente de segundo o tercer año de gastroenterología y por otro de primer año de medicina interna; el residente de mayor jerarquía efectúa la nota de ingreso estableciendo los problemas clínicos así como los planes terapéuticos y de diagnóstico iniciales. La historia clínica la realiza el residente de menor jerarquía, que en el caso de ya tener una previa en su expediente, únicamente actualiza; simultáneamente, el servicio de enfermería se encarga del manejo del individuo propio del servicio y de acuerdo a la hoja de órdenes médicas.

Al siguiente día, es revisado y discutido el caso

en sesión en forma conjunta participando adscritos y residentes tanto de medicina interna como de gastroenterología.

Posteriormente es visitado a diario por el equipo integrado por un médico adscrito y residentes de primero a tercer año, variando el número de éstos de acuerdo a las necesidades del servicio. El médico adscrito se ocupa de modificar o reafirmar el plan diagnóstico y terapéutico del paciente, el residente de tercer año ocupa las funciones del adscrito en su ausencia o como apoyo del mismo, el de segundo año escribe las órdenes médicas y notas de egreso así como asesora al residente de primer año y éste a su vez escribe las notas de evolución, elabora solicitudes de estudios de laboratorio y gabinete e interconsultas, así como toma y envía algunas muestras al laboratorio.

En cuanto a los estudios de laboratorio, se cuenta con el personal que toma las muestras de sangre al día siguiente de la solicitud del exámen en la mañana; si es solicitud ordinaria o pocas horas después si es urgente y enviando el resultado en el turno vespertino si es ordinario o pocas horas después si es urgente. Entre los recursos de gabinete están el servicio de Radiología, que toma los exámenes simples el mismo día en el turno vespertino de la solicitud o se programa para una fecha posterior de acuerdo a la carga de trabajo. El servicio de Medicina Nu-

clear que también programa estudios en forma semejante, el de Citología que recibe muestras y envía resultados también de acuerdo a su carga de trabajo y el de Endoscopias en íntima relación con el servicio de Gastroenterología.

Por lo que se refiere a las interconsultas, éstas son solicitudes que se envían al servicio deseado para que valore el caso de acuerdo a complicaciones intercurrentes acorde a cada especialidad y son vistas en diferentes plazos de tiempo.

Toda la evolución clínica, esquemas de tratamiento, complicaciones, resultados de laboratorio y gabinete así como la opinión del caso en estudio, son vertidas en las notas de evolución, efectuándose posteriormente un pequeño resumen clínico y su plan terapéutico que constituye la nota de egreso. El enfermo al egresar del Hospital puede ir a su domicilio con cita en la consulta externa para seguimiento del caso, ser dado de alta del servicio, enviado a un hospital subrogado o transferido a otro servicio.

METODO

Efectuamos un estudio operativo en el servicio de hospitalización de gastroenterología, durante el tiempo transcurrido del 1° de noviembre de 1985 al 30 de abril de 1986; dicho trabajo fué en base a revisión de expedientes en todos los casos que pertenecieron al servicio y asignados únicamente a camas del mismo. Los pacientes que pertenecían a otra especialidad y ocupaban camas del área física de gastroenterología fueron considerados como periféricos, así como los mismos enfermos del servicio que se encontraban fuera de su área física; ambos casos no fueron incluidos en el trabajo.

Se recabaron una serie de datos previamente establecidos y de acuerdo a una cédula de recolección que incluía preguntas tendientes a definir el perfil del enfermo, origen de los mismos, motivo de ingreso, exámenes de laboratorio y gabinete de urgencias, estudios del paciente en hospitalización, medicamentos utilizados, recursos auxiliares de manejo, exámenes de laboratorio y gabinete en hospitalización, evolución y destino del sujeto, diagnóstico de ingreso y de egreso. Se analizó cada uno de los resultados obtenidos y se sacaron conclusiones.

Todo el personal que estuvo en relación con el enfermo desconocía la existencia del presente estudio para evitar sesgos en la evaluación; asimismo, aunque resultara obvio algún dato, si como tal no se expresaba en el expediente, éste se consignaba como negativo. Por otro lado, en lo que respecta a exámenes de laboratorio y gabinete, si sus resultados no se consignaban en el expediente, éstos se reportaban como no revisados.

RESULTADOS

Los siguientes resultados se obtuvieron de la revisión minuciosa de cada expediente y así fueron consignados en la hoja de recolección de datos.

Se estudiaron 349 casos en total, de los cuales el 46% no eran originarios del DF; el 37% residían en el mismo. El 87% fueron derechohabientes y sólo el 51% pertenecieron a la zona de influencia del Hospital. El 54% pertenecían al sexo masculino y el 45% al femenino.

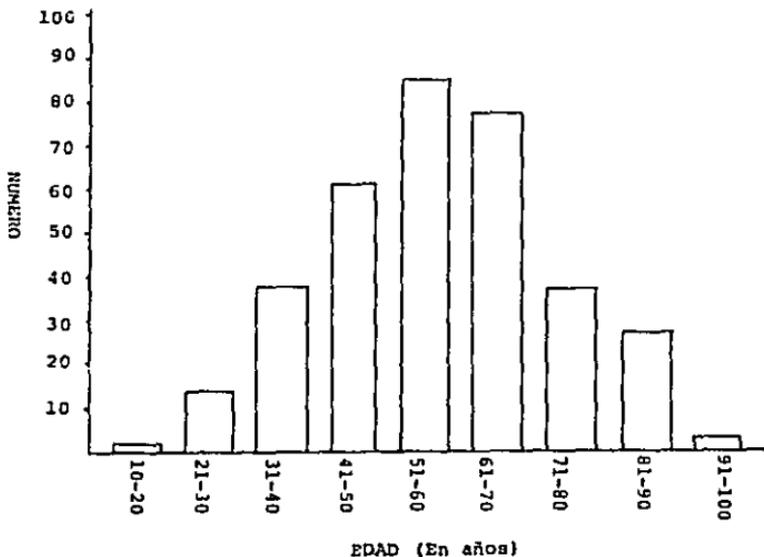
La gráfica número 1 muestra el número de casos en relación a los grupos etarios, haciéndose notar que la mayor cantidad de los mismos constituyó el grupo comprendido entre los 51 y 70 años de edad, disminuyendo paulatinamente el número conforme se acercaban a los 15 o 100 años de edad respectivamente.

En cuanto al origen de los pacientes, el 88.1% procedían del servicio de urgencias, el 5.5% de la consulta externa y como transferencia el 3.6% (de los servicios de medicina interna, endocrinología y cirugía general).

Ingresaron para diagnóstico el 53.8% y para tratamiento el 46.1%. En la gráfica número 2 se observan los grupos mencionados, cabe hacer notar que el mayor número de individuos se encontraron en el grupo de casos que permane-

EVALUACION INTEGRAL DE LA ATENCION MEDICA EN EL AREA
DE HOSPITALIZACION DE UN SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA

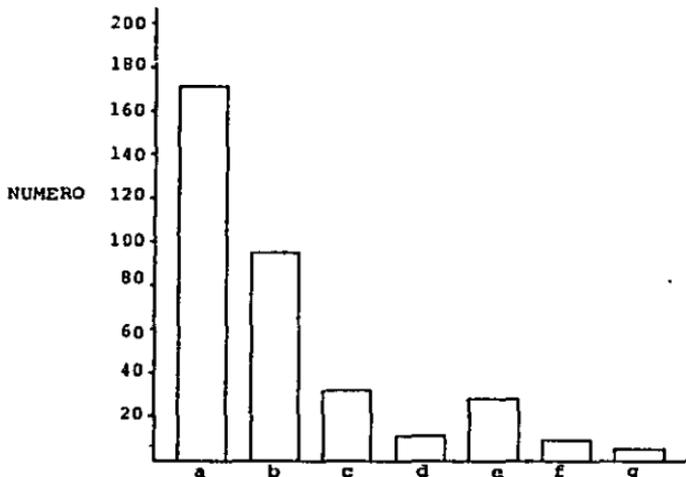
GRAFICA 1
DISTRIBUCION DE LOS ENFERMOS POR EDAD



Fuente: Palacios HJ
HR "20 de Noviembre"
1986

EVALUACION INTEGRAL DE LA ATENCION MEDICA EN EL AREA
DE HOSPITALIZACION DE UN SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA

GRAFICA 2
ORIGEN DE LOS PACIENTES



CLAVE:

- a Permanencia en urgencias adultos menos de 12 horas.
- b Permanencia en urgencias adultos de 12 a 24 horas.
- c Permanencia en urgencias adultos más de 24 horas.
- d. Permanencia en consulta externa hasta un mes
- e Permanencia en consulta externa más de un mes
- f Servicio original menos de una semana.
- g Servicio original más de una semana.

Fuente: Palacios HJ
HR "20 de Noviembre"
1986

cieron en urgencias adultos menos de 12 horas y que es el tiempo óptimo de permanencia en dicho servicio y el grupo de casos provenientes de consulta externa con una antigüedad mayor de un mes en la misma.

RECURSOS DIAGNOSTICOS EN URGENCIAS:

LABORATORIO.

Se tomaron 211 biometrías hemáticas, resultando anormales el 71.8% consistiendo la anomalía en disminución de la hemoglobina y hematocrito en el 45.5% y aumento del mismo en el 2.8%, leucocitosis en el 18% y leucopenia en el 5.6%

De 209 químicas sanguíneas hubo anomalías en el 12% que consistieron en hiperglucemia en el 11.4% y aumento de la creatinina en el 0.6%.

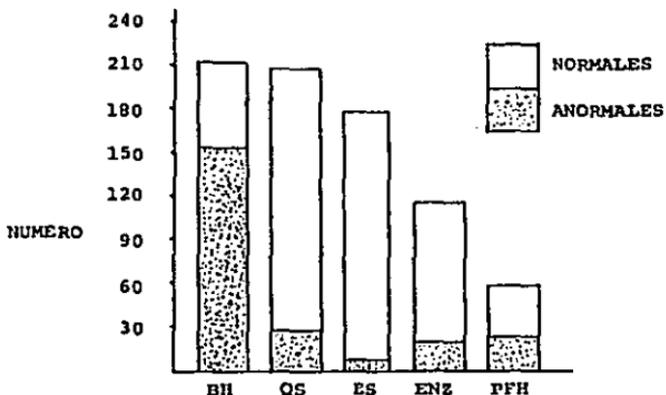
Se obtuvieron 177 electrolitos séricos con anomalías en el 13.6%. De 54 pruebas de funcionamiento hepático hubo anomalías en el 55%. La gráfica 3 muestra la serie de exámenes de laboratorio tomados y su relación con los resultados anormales de cada uno de ellos.

GABINETE.

Se tomaron 42 estudios radiológicos simples siendo anormales el 28.5%, un estudio de ultrasonografía de hí-

EVALUACION INTEGRAL DE LA ATENCION MEDICA EN EL AREA
DE HOSPITALIZACION DE UN SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA

GRAFICA 3
EXAMENES DE LABORATORIO DE URGENCIAS



CLAVE:

BH Biometrias hemáticas
QS Químicas sanguíneas
ES Electrolitos séricos
ENZ Enzimas séricas
PFH Pruebas de funcionamiento hepático

FUENTE: Palacios HJ
HR "20 de Noviembre"
1986

gado y vías biliares el cual resultó anormal y 15 registros electrocardiográficos sin reportarse su interpretación. La gráfica 4 hace más objetivos estos hallazgos, notándose que el recurso diagnóstico más utilizado en el servicio de urgencias fueron las radiografías simples, sucediéndose en frecuencia los electrocardiogramas y ultrasonogramas.

ATENCIÓN DEL ENFERMO EN HOSPITALIZACIÓN.

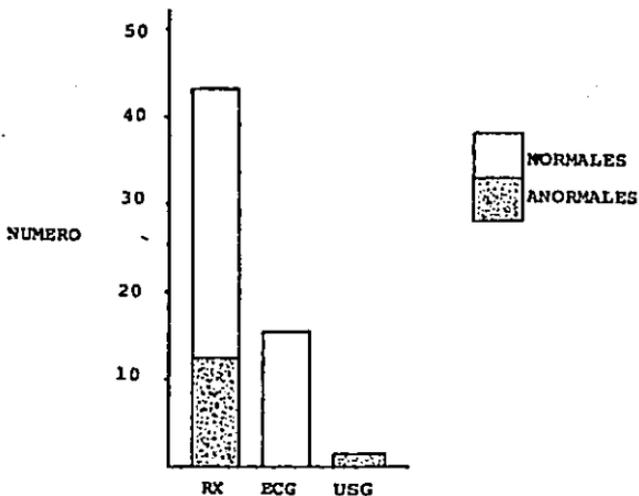
En cuanto a la atención del paciente en piso, se efectuaron 273 historias clínicas (78.2%) y se actualizaron 69 (19.7%) no se encontraron historias clínicas en 7 expedientes (2%). Se escribieron 2043 notas de evolución.

Para completar el estudio del caso, se solicitó la opinión de otros servicios mediante interconsultas, siendo 107 de primera vez y sin obtenerse resolución en el 10.2% con un retraso total de 160 días; en 32 enfermos fue necesaria una segunda solicitud, no obteniéndose resolución en el 12.5% y con un retraso total de 36 días. Hubo cuatro interconsultas por tercera vez, tres en cuarta ocasión, tres por quinta vez y tres por sexta, todas ellas resueltas.

En cuanto a los medicamentos administrados, la tabla 1 los enumera. Los más utilizados fueron: gel de hidróxido de aluminio y magnesio en el 16%, espironolactona

EVALUACION INTEGRAL DE LA ATENCION MEDICA EN EL AREA
DE HOSPITALIZACION DE UN SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA

GRAFICA 4
ESTUDIOS DE GABINETE DE URGENCIAS



CLAVE:

RX: Radiografias simples.

ECG: Electrocardiogramas.

USG: Ultrasonogramas.

Fuente: Palacios HJ
HR "20 de Noviembre"
1986

EVALUACION INTEGRAL DE LA ATENCION MEDICA EN EL AREA
DE HOSPITALIZACION DE UN SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA

TABLA 1
MEDICAMENTOS UTILIZADOS

FARMACO	NUMERO	%	FARMACO	NUMERO	%
+Acetaminofén	4	1.1	Fitonadiona	16	4.5
Albumina humana	4	1.1	Furosemda	6	1.7
Alfamotildopa	4	1.1	+Gel de aluminio	56	16.0
Amikacina	4	1.1	Insulina	10	2.8
Amitriptilina	8	2.2	Isosorbide	10	2.8
Ampicilina	29	8.2	Oleocalcáreo	2	0.5
+Azatioprina	4	1.1	Metocarbamol	2	0.5
+Butilhioscina	25	7.1	+Metoclopramida	26	7.4
+Caolín pectina	2	0.5	Metoprolol	2	0.5
Carbamacepina	2	0.5	+Metronidazol	28	8.0
Carbenicilina	12	3.4	Nifedipina	10	2.8
+Cimetidina	40	11.4	Osabafina	2	0.5
Clindamicina	1	0.2	Penicilina sódica	20	5.7
Cloroquina	4	1.1	Permanganato	1	0.2
Clortalidona	1	0.2	Polivitaminas	6	1.7
+Dehidroemetina	4	1.1	Prazosín	4	1.1
Diazepam	8	2.2	Prednisona	10	2.8
Dicloxacilina	16	4.5	Propranolol	8	2.2
Difenilhidantoina	6	1.7	+Propantelina	2	0.5
+Difenidol	6	1.7	+Psillium	6	1.7
+Difenoxilato	4	1.1	Salbutamol	8	2.2
Digoxina	10	2.8	Sulfato ferroso	1	0.2
Dipiridamol	3	0.8	Trimetoprim	6	1.7
Dipirona	18	5.1	Triiodotironina	1	0.2
+Espironolactona	48	13.0	Warfarina	1	0.2
+ Propios del servicio					
FUERA DEL CUADRO BASICO					
Azulfidina	2	0.5			
Cefotaxima	2	0.5			
Lactosa	19	5.4			
Neomicina	12	3.4			

Fuente: Palacios HJ
HR "20 de Noviembre"
1986

en el 13.7% y butilboscina en el 7.1%, los cuales se encuentran en estrecha relación con los tres principales problemas de ingreso como se verá más adelante: hemorragia de vías digestivas con síndrome ácido péptico asociado, dolor abdominal con absceso hepático amibiano y hepatopatía crónica.

Se utilizaron antibióticos como son: ampicilina en el 3.3%, penicilina G sódica en el 5.7% y dicloxacilina en el 4.5%, que hacen notar la presencia de procesos infecciosos de distinta índole asociados al problema de ingreso o como complicación del mismo.

También se utilizaron medicamentos fuera del cuadro básico: lactosa en el 5.4%, neomicina en el 3.4%, cefotaxima en el 0.5% y azulfidina en el 0.5%; los dos primeros como parte del tratamiento para encefalopatía hepática y que ocupó el tercer lugar en frecuencia de los problemas de ingreso, cefotaxima en el manejo de infecciones severas intercurrentes y azulfidina como terapia de colitis ulcerativa crónica inespecífica.

Otro tipo de medicamentos administrados fueron: digoxina, insulina, isosorbide, nifedipina y salbutamol en el 2.5% los cuales fueron administrados como tratamiento de padecimientos crónicos intercurrentes al problema de ingreso como fueron: insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus,

y enfermedad pulmonar obstructiva crónica y manejados básicamente por médicos de medicina interna en el servicio.

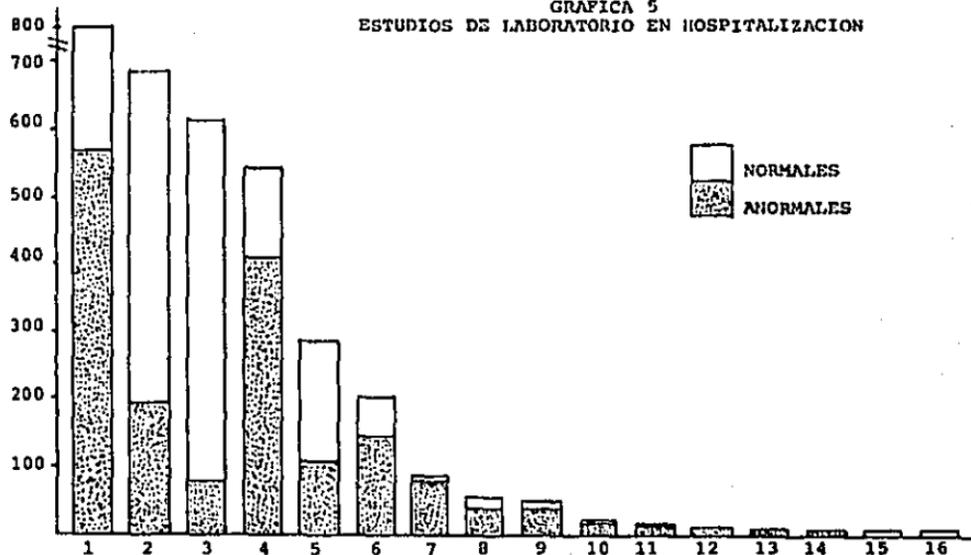
Los recursos auxiliares de tratamiento se presentan en la tabla 2. Los más utilizados fueron: venoclisis en el 67.9%, sonda nasogástrica en el 29.7%, sangre y derivados en el 32% y enemas evacuanes en el 13.4%.

ESTUDIOS DIAGNOSTICOS EN HOSPITALIZACION

LABORATORIO.

La gráfica 5 hace objetiva la serie de exámenes solicitados y su relación con los anormales. Los más utilizados fueron: 866 biometrías hemáticas con anomalías en el 65% consistentes en disminución de la hemoglobina y hematocrito en el 42%, aumento de los mismos en el 0.6% y leucocitosis en el 22.4%; 689 químicas sanguíneas con anomalías en el 27.8% consistentes en hiperglucemia en el 13%, elevación de la creatinina en el 8.2% y de la urea en el 6.6%; 615 electrolitos séricos con anomalías en el 13.5% que consistieron en hiperkalemia en el 5.5%, hiponatremia en el 4.5%, hipernatremia en el 1.4%, hipercloremia en el 1.3% o hipokalemia en el 0.3%; 203 exámenes generales de orina con anomalías en el 54.5% consistentes en bacteriuria en el 21.6%, albuminuria en el 18.7%, piuria en el 7.3%, cristaluria en el 4.9% y hematuria en el 1.9%; 289 on-

GRAFICA 5
ESTUDIOS DE LABORATORIO EN HOSPITALIZACION



CLAVE:

- | | | | | | |
|---|--------------------------|----|-----------------------|----|----------------------|
| 1 | Biométrías hemáticas | 7 | Gases arteriales | 13 | D Xilosa |
| 2 | Químicas sanguíneas | 8 | Citología ascitis | 14 | Marcadores hepatitis |
| 3 | Electrolitos séricos | 9 | Pruebas función renal | 15 | Coombs |
| 4 | Pruebas función hepática | 10 | Seroameba | 16 | Mielocultivo |
| 5 | Enzimas séricas | 11 | Reacciones febriles | | |
| 6 | Exámen de orina | 12 | Prueba de Schilling | | |

EVALUACION INTEGRAL DE LA ATENCION MEDICA EN EL AREA
DE HOSPITALIZACION DE UN SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA

TABLA 2

RECURSOS AUXILIARES DE TRATAMIENTO

RECURSO	NUMERO	%
Venoclisis	237	67.9
Sangre y derivados	112	32.0
Sonda nasogástrica	104	29.7
Enemas evacuantes	47	13.4
Punción abdominal	28	8.0
Cateter subclavio	17	4.8
Sonda de foley	15	4.2
Cateter largo	13	3.4
Venodisección	12	3.4
Reposet	9	2.5
Cateter nasal	8	2.2
Cama con barandales	6	1.7
Aspiración	6	1.7
Colchón de agua	5	1.4
Intubación orotraqueal	4	1.1
Ventilador	3	0.8
Nebulizador	1	0.2

Fuente: Palacios HJ
HR "20 de Noviembre"
1986

zimas séricas con elevación de las mismas en el 50.5%; 547 pruebas funcionales hepáticas con anormalidades en el 75.3% que consistieron en prolongación del tiempo de protrombina en el 37.6%, hiperbilirrubinemia en el 36.5%, aumento de la deshidrogenasa láctica en el 24.8%, hipocolesterolemia en el 22.6%, aumento de la fosfatasa alcalina en el 18.2%, todas en forma combinada y 47 pruebas funcionales renales con anormalidades en el 76% consistentes en disminución de la depuración de creatinina, así como 89 gasometrías arteriales siendo anormales el 9.8%. La tabla 3 muestra los porcentajes en forma más evidente.

Otros exámenes solicitados fueron las pruebas de Shilling, D xilosa y marcadores de hepatitis, todos ellos anormales. La seroameba, el citológico de ascitis, urocultivo y las reacciones febriles tuvieron más de 60% de anormales. Por otro lado, las pruebas de Coombs y el mielocultivo fueron normales.

GABINETE

La gráfica 6 muestra estudios de gabinete practicados en hospitalización. Estos fueron: 93 estudios radiológicos simples con 57% de anormales, 98 contrastados con 75.5%, 97 ultrasonogramas hepatobiliares con 71.6%, 17 tomografías computadas con 64.7%, 75 gamagramas hepáticos con

EVALUACION INTEGRAL DE LA ATENCION MEDICA EN EL AREA
DE HOSPITALIZACION DE UN SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA

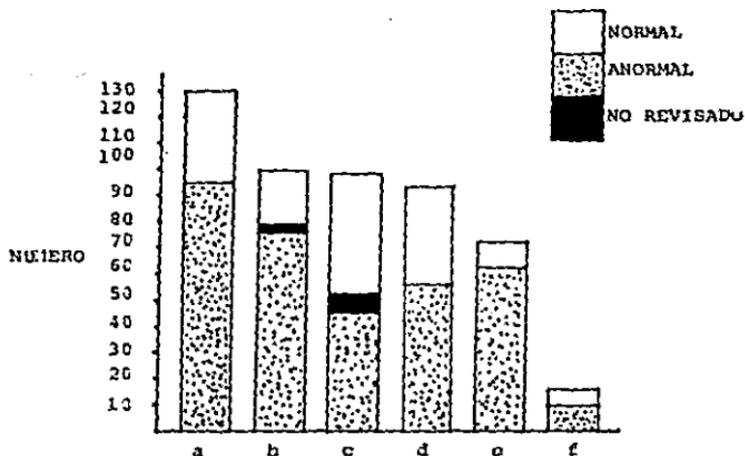
TABLA 3
EXAMENES DE LABORATORIO EN HOSPITALIZACION

PRUEBA	NUMERO	ANORMALES (%)
Biometría hemática	866	569 (65.6)
Química sanguínea	689	192 (27.8)
Electrolitos séricos	615	84 (13.5)
Examen general de orina	203	111 (54.5)
Enzimas	289	146 (50.5)
Pruebas de función hepática	547	412 (75.3)
Gases arteriales	89	80 (89.8)
Citología de ascitis	56	34 (60.7)
Pruebas de función renal	47	36 (76.5)
Seroameba	18	14 (77.7)
Urocultivo	10	6 (60.0)
Reacciones febriles	10	8 (80.0)
Schilling	4	4 (100.0)
D xilosa	4	4 (100.0)
Marcadores de hepatitis	4	4 (100.0)
Citología líquido pleural	2	0 (0.0)
Prueba de Coombs	2	0 (0.0)
Mielocultivo	2	0 (0.0)
TOTAL	3457	1704 (49.2)

Fuente: Palacios HJ
HR "20 de Noviembre"
1986

EVALUACION INTEGRAL DE LA ATENCION MEDICA EN EL AREA
DE HOSPITALIZACION DE UN SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA

GRAFICA 6
ESTUDIOS DE GADINETE EN HOSPITALIZACION



CLAVE:

- a Endoscopías.
- b Estudios radiológicos contrastados.
- c Ultrasonogramas.
- d Estudios radiológicos simples.
- e Gamagrafías hepatoesplénicas.
- f Tomografía axial computerizada.

Fuente: Palacios NJ
HR "20 de Noviembre"
1986

86.1% de anormales. Asimismo, se efectuaron 130 endoscopías siendo anormales el 73.8%. La tabla 4 muestra los estudios de gabinete tomados en hospitalización haciendo evidente los datos ya mencionados.

La tabla 5 muestra los problemas de ingreso que encontramos en los expedientes, notando que los tres primeros fueron: sangrado de tubo digestivo en el 20%, dolor abdominal en el 16% y encefalopatía hepática en el 12% de los casos.

La tabla 6 muestra el diagnóstico principal de ingreso en relación al problema de ingreso; de los tres primeros, las causas del sangrado de tubo digestivo fueron: gastritis erosiva, úlcera duodenal, úlcera gástrica, várices esofágicas y duodenitis; de dolor abdominal, el diagnóstico etiológico fue absceso hepático amibiano, úlcera duodenal, pancreatitis aguda, úlcera gástrica y duodenitis; de encefalopatía hepática fueron: cirrosis hepática alcohólica, encefalopatía hepática, hígado metastásico e hipertensión porta. Únicamente tomamos en cuenta el problema que dió origen a la hospitalización del caso como causa del ingreso y el diagnóstico principal de egreso, ya que en la mayoría de los casos se asociaron problemas secundarios de índole gastroenterológica o de otra especialidad,

EVALUACION INTEGRAL DE LA ATENCION MEDICA EN EL AREA
DE HOSPITALIZACION DE UN SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA

TABLA 4

ESTUDIOS DE GABINETE EN HOSPITALIZACION			
PRUEBA	NUMERO	ANORMAL (%)	NO REVISADO
Tele de torax	49	31 (63)	
Simple de abdomen	44	26 (59)	
Serie gastroduodenal	43	32 (74)	2 (4)
Colon por enema	26	20 (76)	2 (7)
Tránsito intestinal	11	8 (72)	
Fluoroscopia esofágica	7	4 (57)	
Angiografía hepática	6	6 (100)	
Urografía excretora	5	4 (80)	
Ultrasonografía de hígado y vías biliares	97	43 (71)	8 (8)
Tomografía axial compu- tarizada de abdomen	17	11 (64)	
TOTAL	305	185 (60)	12 (3)

Fuente: Palacios HJ
HR "20 de Noviembre"
1986

EVALUACION INTEGRAL DE LA ATENCION MEDICA EN EL AREA
DE HOSPITALIZACION DE UN SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA

TABLA 5
PROBLEMA PRINCIPAL AL INGRESO

PROBLEMA	NUMERO	%
Sangrado de tubo digestivo	71	20.3
Dolor abdominal	58	16.6
Encefalopatía hepática	42	12.0
Síndrome icterico	26	7.4
Ascitis	25	7.1
Hepatomegalia	24	6.8
Cirrosis hepática alcoholonutricional	23	6.5
Hepatopatía crónica	18	5.1
Masa abdominal	18	5.1
Síndrome diarreico	14	4.0
Absceso hepático	13	4.7
Hepatitis crónica activa	5	1.4
Ataque al estado general	3	0.8
Obstrucción intestinal	3	0.8
Disfagia	3	0.8
Hepatitis alcohólica	2	0.5
Colitis ulcerosa crónica inespecifica	1	0.2
TOTAL	349	100.0

Fuente: Palacios HJ
HR "20 de Noviembre"
1986

EVALUACION INTEGRAL DE LA ATENCION MEDICA EN EL AREA
DE HOSPITALIZACION DE UN SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA

TABLA 6
DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE EGRESO

PADECIMIENTO	NUMERO
SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO	71
Gastritis erosiva	37
Ulcera duodenal	17
Ulcera gástrica	7
Várices esofágicas	7
Duodenitis	3
DOLOR ABDOMINAL	58
Absceso hepático amibiano	28
Ulcera duodenal	18
Pancreatitis aguda	8
Ulcera gástrica	2
Duodenitis	2
ENCEFALOPATIA HEPATICA	42
Cirrosis hepatica alcoholonutricional	9
Encefalopatía hepática	26
Hígado metastásico	4
Hipertensión porta	3
SINDROME ICTERICO	26
Hepatopatía crónica	12
Colecistitis litíassica	6
Hepatitis crónica activa	3
Absceso hepático amibiano	2
Coledocolitiasis	2
Hepatitis reactiva	1

EVALUACION INTEGRAL DE LA ATENCION MEDICA EN EL AREA
DE HOSPITALIZACION DE UN SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA

TABLA 6 (CONTINUACION)
DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE EGRESO

PADECIMIENTO	NUMERO
ASCITIS	25
Cirrosis hepática	
alcoholonutricional	15
Hígado metastásico	5
Tumor pélvico	3
Obstrucción vena hepática	1
Tuberculosis peritoneal	1
HEPATOMEGALIA	24
Absceso hepático amibiano	12
Hepatopatía crónica	7
Hígado metastásico	4
Obstrucción de vena hepática	1
CIRROSIS HEPATICA	
ALCOHOLONUTRICIONAL	23
Cirrosis hepática	
Alcoholonutricional	23
HEPATOPATIA CRONICA	18
Hepatopatía crónica	12
Cirrosis hepática	
alcoholonutricional	6
MASA ABDOMINAL	18
Carcinoma gástrico	6
Tuberculosis peritoneal	4
Carcinoma de colon	4
Tumor pélvico	3
Quiste ovárico	1

EVALUACION INTEGRAL DE LA ATENCION MEDICA EN EL AREA
DE HOSPITALIZACION DE UN SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA

TABLA 6 (CONTINUACION)
DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE EGRESO

PADECIMIENTO	NUMERO
SINDROME DIARREICO	14
Síndrome diarreico agudo	5
Gastroenteritis	4
Enteritis regional	2
Fiebre tifoidea	2
Colitis ulcerosa	1
ABSCESO HEPATICO	13
Absceso hepático amibiano	13
HEPATITIS CRONICA ACTIVA	5
Hepatitis crónica activa	5
ATAQUE AL ESTADO GENERAL	3
Fiebre tifoidea	2
Carcinoma gástrico	1
OBSTRUCCION INTESTINAL	3
Carcinoma de colon	3
DISFAGIA	3
Tumor esofágico	2
Hernia hiatal	1
HEPATITIS ALCOHOLICA	2
Hepatitis alcohólica	2
COLITIS ULCEROSA CRONICA INESPECIFICA	1
Colitis ulcerosa crónica inespecifica	1
TOTAL	349

Fuente: Palacios HJ
HR "20 de Noviembre"
1986

de los cuales los más frecuentes fueron: diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, infección de vías urinarias, infección de vías respiratorias bajas y cardiopatía mixta.

La tabla 7 enumera la serie de problemas asociados y que no pertenecieron a la especialidad, manejándose por medicina interna.

El total de días de estancia fue de 2798, haciendo un promedio de 7.9 días por paciente.

El 55.8% de los casos evolucionó a la mejoría, el 20.5% sin cambios, el 20.9% fallecieron y el 2.5% se desconoció su evolución por egresarse por alta voluntaria.

En cuanto a su destino, el 86.2% egresaron a domicilio, de éstos el 82.8% se citaron nuevamente en la consulta externa. Un 4.8% se enviaron a su clínica de adscripción. El 2.5% se trasladaron a hospital subrogado para continuar su tratamiento una vez precisado el diagnóstico y el 11.1% se transfirieron a otro servicio para continuar su manejo o plan diagnóstico una vez descartada alguna enfermedad gastroenterológica.

EVALUACION INTEGRAL DE LA ATENCION MEDICA EN EL AREA
DE HOSPITALIZACION DE UN SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA

TABLA 7
OTROS DIAGNOSTICOS

Diabetes mellitus	127
Hipertension arterial sistematica	98
Infección de vías urinarias	17
Infección de vías respiratorias bajas	12
Etilismo	10
Cardiopatía mixta	10
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	8
Tromboflebitis	8
Obesidad	8
Síndrome anémico	4
Acidosis metabólica	4
Cardiopatía reumática inactiva	4
Derrame pleural	2
TOTAL	312

Fuente: Palacios HJ
HR "20 de Noviembre"
1986

DISCUSION

Como primer punto en nuestro análisis, confirmamos la importancia de expresar en el expediente toda la serie de eventos y razones de los mismos que acontecieron durante la estancia del paciente en el servicio, ya que en diferentes ocasiones notamos que se llegaban a conclusiones diagnósticas que no eran fáciles de apoyar en base a la revisión del documento, así como en ocasiones notamos la ausencia de una nota que explicara la razón de la solicitud de algún estudio o su interpretación posterior o utilidad clínica en el diagnóstico.

Se hace notar que el 12% de los enfermos provinieron de provincia y esto es debido a la categoría de Hospital de Concentración que tiene el nosocomio; es de llamar la atención que el 48.1% de los casos pertenecieron a áreas fuera de la zona de influencia, lo que consideramos es debido a tres factores: primero por falta de control por parte del servicio de admisión para aceptar pacientes que no corresponden al Hospital; segundo por la necesidad imperiosa de hospitalizar al sujeto ante la gravedad del caso y tercero por la falta de funcionabilidad de los hospitales a los que pertenecían los individuos, por el siniestro ocurrido en septiembre de 1985 el cual sólo agravó un proble-

ma que aconteció desde hace muchos años en el Instituto.

La distribución por sexos fué semejante, siendo ligeramente predominante en el sexo masculino (54.1%) con edades que fluctuaban de los 40 a los 70 años en su mayoría.

El motivo de ingreso fué en el 46% de los casos para tratamiento, lo cual presupone un diagnóstico hecho anteriormente, tratándose en diversas ocasiones de reingresos. Esto puede representar para la Institución un excesivo uso de técnicas y procedimientos para controlar el caso, reflejándose únicamente en una mejoría parcial del individuo y sobre todo en un alto costo, como se ha demostrado previamente por Zook y Moore (10) quienes mediante un trabajo con 2238 pacientes y orientado básicamente a determinar el costo de la atención médica de los mismos, encontraron que de diferentes grupos de pacientes que incluían casos con hospitalización prolongada, con tratamiento intensivo e internados en forma repetitiva por la misma enfermedad, los que mayores gastos ocasionaron a la Institución, fueron estos últimos.

En nuestro trabajo se mencionaron problemas de ingreso que ya son de hecho diagnósticos, de éstos se encuentran fundamentalmente la cirrosis hepática alcoholonutricional y la encefalopatía hepática, que según el diagnós-

tico de egreso fué también secundaria a la primera; estos pacientes en varias ocasiones únicamente ingresaron para tratamiento, lo cual de acuerdo al estudio ya mencionado, representan un costo excesivo para la Institución. La utilización de medicamentos fuera del cuadro básico para el manejo de estos pacientes también agrava el problema del costo excesivo en este tipo de enfermos.

Consideramos que los casos ya diagnosticados previamente y que la mayor parte de las veces fueron cirrosis hepática, podrían derivarse a otros hospitales de apoyo para poder aprovechar al máximo los recursos hospitalarios a casos de reciente ingreso. Por otro lado, si este tipo de enfermos se continúa admitiendo en el nosocomio, creemos prudente la inclusión de los medicamentos prescritos para su tratamiento dentro del cuadro básico, muy en especial los que se prescriben para tratamiento de encefalopatía hepática, complicación por lo que ingresan la mayor parte de estos casos o que la desarrollan intrahospitalariamente. La inclusión de los mismos en el cuadro básico haría posible su disponibilidad inmediata lo cual redundaría en mayor beneficio tanto para la recuperación del paciente como para la Institución por la misma causa.

De los exámenes solicitados en el servicio de urgencias debe hacerse notar la importancia de los que presen-

tan resultados anormales, que son los que en su mayoría más ayudan a establecer diagnósticos; de estos llama la atención que la minoría de las químicas sanguíneas, electrolitos séricos y enzimas son anormales, contrastando con las biometrías hemáticas y las pruebas de funcionamiento hepático que en su mayoría fueron anormales, asimismo, de los estudios radiológicos simples un porcentaje muy bajo fueron anormales, contrastando con el 100% en los estudios de ultrasonografía. Consideramos en base a lo anterior que las biometrías hemáticas, pruebas funcionales hepáticas y ultrasonogramas son los estudios que más se justifican en el servicio de urgencias en el enfermo con afección gastroenterológica, catalogando a las químicas sanguíneas, electrolitos séricos y estudios radiológicos simples como poco útiles para definir el problema diagnóstico inicial del caso. La solicitud de estos últimos estudios en este trabajo son secundarios a un vicio que se ha arraigado en el servicio y que se denomina "rutina"; tal vicio tiene diversas consecuencias, todas ellas negativas: molestia para el enfermo, sobrecarga de trabajo para el laboratorio y departamento de rayo X, gasto de material y mayor permanencia del sujeto en el servicio de urgencias al estar el médico en espera de estos resultados paraclínicos y poder decidir el ingreso o egreso del individuo, amén de reflejar una po-

bre capacidad del médico para decidir conductas o establecer problemas en base a hallazgos clínicos. Por lo anterior, consideramos que es muy importante la concientización del médico del servicio de urgencias para erradicar estos vicios.

De los registros electrocardiográficos tomados en urgencias, no fué posible determinar el porcentaje de anormales, ya que no se encontraron interpretados ni por la nota del médico tratante de urgencias ni por el médico que recibió el caso en piso, por lo cual es imposible definir el grado de justificación de este estudio, pero sí deja ver o la falta de interés del médico para reportarlo en su nota o la incapacidad del mismo para interpretarlo; ambas fallas deben considerarse graves.

Se efectuaron un total de 2043 notas de evolución para un total general de 2789 días de estancia, significando 5.8 notas por paciente y 0.73 notas como promedio al día, esto fué debido a cuatro factores:

- 1) Omisión del médico residente para escribir la nota.
- 2) Substitución de la nota de evolución el día del egreso del paciente por la nota de alta, la cual figura en otro papel especial llamado hoja de egreso.
- 3) Ausencia de notas en los días que correspondían a fines de semana y festivos.

4) Pérdida en algunos casos, de una hoja completa con notas de evolución del expediente.

Tales razones son injustificadas y si se toma en cuenta que la nota de evolución representa el estado en que se encontró al paciente durante la visita médica, su ausencia significaría probablemente la falta de revisión del sujeto, lo cual puede traer consecuencias médicas y legales negativas.

Sobre las interconsultas, el servicio más solicitado fué el de cirugía general debido a padecimientos como la hemorragia de vías digestivas, el dolor abdominal y la ictericia, que requirieron la opinión de otros médicos, sobre todo para definir la necesidad de tratamiento quirúrgico; sin embargo, notamos que en diferentes casos hubo la necesidad de llamar a estos médicos hasta en seis ocasiones para el mismo enfermo, la razón fué doble: caso omiso a la solicitud o petición de nuevas interconsultas para el seguimiento del mismo paciente en los días subsiguientes. Tal procedimiento lo consideramos erróneo, debido a que se pierde la pista del sujeto por el servicio interconsultante y por lo tanto su evolución clínica, retrasándose el momento ideal para instaurar un plan terapéutico médico o quirúrgico específico, a la vez que representa mayor tiempo de estancia hospitalaria y lentitud en los procedimientos diag-

nosticos y de tratamiento.

Es difícil hacer la evaluación en lo que se refiere a la administración de medicamentos, ya que en la mayoría de los expedientes no se anexaron las hojas de órdenes médicas y lo que se pudo recabar se hizo sobre las notas de evolución. Llamamos la atención dos puntos: el uso de medicamentos fuera del cuadro básico y que son de primera necesidad para el individuo, como el caso de la lactosa y neomicina en la encefalopatía hepática y el empleo de medicamentos de otra especialidad, como lo demuestra la administración de productos hormonales, anticonvulsivantes y antihipertensivos entre otros, debido a que hasta en la tercera parte de los casos se presentaron padecimientos intercurrentes como son diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, infección de vías respiratorias bajas, algunos de ellos de difícil control. Tales entidades fueron manejadas con el apoyo de medicina interna, sin ser necesaria la solicitud de interconsultas para los diferentes subespecialistas de la división según la naturaleza de cada padecimiento. Por lo anterior consideramos un acierto de la organización del servicio la presencia continua de médicos internistas en la sección, para la resolución oportuna de complicaciones y enfermedades intercurrentes de índole no gastroenterológica y si se toma en cuenta que "el hombre

es un todo integrado, algo más que la suma de sus partes, no es una simple suma de órganos, aparatos y sistemas y no se enferma por especialidades", palabras expresadas por Jinnich (11) al referirse a la capacidad integradora de la especialidad de medicina interna, la presencia de ésta en la sección de gastroenterología se justifica aún más.

Es difícil hacer la correcta evaluación en lo que se refiere a recursos auxiliares de manejo, ya que tampoco se encuentra asentado en muchos casos en las notas de evolución; sin embargo dentro de lo consignado, los recursos más utilizados fueron: venoclisis, sangre y derivados, sonda nasogástrica, enemas evacuantes y punción abdominal, los cuales se encuentran también en íntima relación con los principales problemas de ingreso: sangrado de tubo digestivo, dolor abdominal y encefalopatía hepática por un lado y ascitis por otro. De especial mención es el uso de sangre y derivados para enfermos con hemorragia activa, ya que la urgencia para la utilización de la misma en casos graves y la imposibilidad para negarla al paciente, hacen imperativa su administración; ante tal situación se ven mermadas las reservas del banco de sangre si ésta no es repuesta mediante un adecuado sistema de donación, por lo que consideramos de capital importancia el motivar a los familiares de sujetos con sangrado o riesgo de desarrollarlo a colaborar

con la campaña de donación.

En lo que respecta a los exámenes de laboratorio de piso, nuevamente se hace resaltar la importancia de los resultados anormales que guían al diagnóstico y que justifican su solicitud; la presencia de exámenes normales y que aún se solicitaron en repetidas ocasiones en algunos casos, hace objetiva la solicitud excesiva de algunos como son: electrolitos séricos, química sanguínea, exámen general de orina y enzimas séricas. La causa de la excesiva solicitud de los mismos es muy variable, sin embargo está de acuerdo con las razones encontradas en otros estudios previos: diagnóstico, monitoreo, resultados anormales previos, pronóstico, didáctico y "rutina". (8,12)

Un estudio efectuado por Shapiro en un hospital universitario sobre la utilidad de determinar el conteo diferencial de leucocitos en pacientes, concluyó que en el 48% de las solicitudes no hubo justificación, esto contrasta con el 73% de estudios diferenciales de leucocitos solicitados en forma injustificada por el servicio de gastroenterología, lo cual es un porcentaje elevado que de reducirse sería uno de los factores para el ahorro económico y de material y que podría derivarse a otras necesidades. Ahora bien, comparando los porcentajes de los resultados anormales de laboratorio cuando los pacientes gastroenterológicos

se encontraban a cargo del servicio de medicina interna y comparando las cifras de éstos con el trabajo de Muñoz (8) se encuentran las siguientes diferencias: las biometrías hemáticas solicitadas por gastroenterología fueron anormales en el 65% y por medicina interna en el 36%, las químicas sanguíneas solicitadas por gastroenterología al 22% y por medicina interna en 24%, los electrolitos séricos 13% contra 18%, los exámenes generales de orina 54% contra 24% y las pruebas de funcionamiento hepático 75% contra 32% solicitadas por gastroenterología y medicina interna respectivamente; lo cual refleja una mejor utilización de este recurso diagnóstico por el servicio de gastroenterología que por el de medicina interna en lo que a enfermo gastroenterológico se refiere.

También se ha encontrado en otros trabajos (14) que los médicos ordenan un mayor número de exámenes que los necesarios en base a las necesidades del enfermo, como sucede con las pruebas ya mencionadas, repercutiendo lo anterior en una sobrecarga de trabajo, aumento de costos y gasto de material en forma innecesaria.

Consideramos que todos los estudios de gabinete fueron justificados, ya que resultaron anormales y por lo tanto ayudaron a establecer el diagnóstico: el 57% de los simples y el 75% de los contrastados para definir la pre-

sencia de procesos obstructivos, defectos de llenado o presencia de masas, el 71% de los ultrasonogramas para detectar procesos obstructivos de vías biliares, el 64% de las tomografías computadas para masas abdominales, el 86% de los estudios de medicina nuclear para sospechar hepatopatía crónica, abscesos hepáticos o metástasis hepáticas y el 73% de las endoscopias para enfermedad ácido péptica o procesos tumorales.

Debe hacerse notar el retraso en días para efectuar los estudios de gabinete ya mencionados, siendo en promedio para las ultrasonografías de 1.2 días, tomografía axial computada de 3.9 días y medicina nuclear de 4.1 días y estudios radiológicos contrastados de 4.7 y que contribuyen a la estancia más prolongada del paciente, que si bien es difícil acortar este retraso en días por la carga de trabajo de estos servicios, no dejan de ser motivo de estancias prolongadas y sobreocupación hospitalario.

Por otro lado, encontramos 17 diferentes problemas iniciales de ingreso de los cuales 5 son diagnósticos ya establecidos al momento del ingreso: cirrosis hepática alcoholonutricional, absceso hepático, hepatitis crónica activa, hepatitis alcohólica y colitis ulcerosa crónica inespecífica, siendo los restantes diagnóstico sindrómico.

Para enumerar los diferentes problemas de tipo

gastroenterológico, únicamente tomamos el principal que motivó el ingreso del paciente así como el etiológico del mismo. Sin embargo deben considerarse casos especiales; en sangrado de tubo digestivo, el número de diagnósticos de egreso superó al número que ingresaron con el problema, debido a que en diversas ocasiones se asociaron más de una causa productora del mismo. El grado de definición diagnóstica fué del 100% en los casos de sangrado de tubo digestivo, dolor abdominal, ictericia, ascitis, síndrome diarreico, ataque al estado general, masa abdominal, obstrucción intestinal y disfagia, ya que en todos estos casos se llegó a un diagnóstico etiológico principal; esto representa una adecuada ruta crítica diagnóstica en cada uno de los casos y una buena funcionabilidad del servicio. Por otro lado, notamos que el grado de definición diagnóstica fué baja en el caso de hepatopatía crónica, encefalopatía hepática y hepatomegalia, ya que no se llegó a diagnóstico etiológico del mismo, siendo dados de alta con el mismo problema de egreso; esto significa que únicamente se dió tratamiento al enfermo egresándose al notarse su mejoría y para continuar su estudio como externo. Esto tiene diferentes inconvenientes: posible agravamiento del caso fuera del hospital en forma inesperada, falta de aprovechamiento óptimo de los recursos diagnósticos al estar hospitalizado, retraso en días para

establecer el mismo, riesgo potencial de reingreso del sujeto al hospital con el mismo motivo de egreso o pérdida del caso en estudio. Por otro lado, existe la ventaja de que al egresarse el caso se desocupa un lugar en el servicio que puede ser ocupado por alguno más grave que se encuentre en urgencias, pudiéndose así también limitar el sobrecupo de éste, así como el ahorro relativo que representa el estudio del caso como externo y no como interno evidenciándose así manejo por otro personal: enfermería, intendencia, de laboratorio, camilleros, trabajo social y dietistas.

Debe hacerse especial énfasis en la presencia de otros problemas asociados al principal de ingreso y de éstos los de mayor frecuencia fueron: diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica e infección de vías respiratorias bajas, lo que señala la elevada frecuencia de padecimientos intercurrentes que justifican la presencia del servicio de medicina interna como ya se señaló anteriormente.

En cuanto a la evolución clínica, el 55.8% de los pacientes ingresados evolucionó a la mejoría y el 20.6% no tuvo cambios. De los pacientes que ingresaron, el 82.8% se enviaron a la consulta externa de gastroenterología para continuar su estudio y tratamiento. En este aspecto no encontramos antecedentes de estudios previos, pero sí llama la atención el alto porcentaje de individuos egresados a la

consulta externa del servicio, lo cual sobrepasa la capacidad de la misma y es desafortunado sobre todo si se trata de casos ya diagnosticados y que pueden ser manejados en su clínica de adscripción.

Consideramos que el número de días de estancia hospitalaria del paciente y que en promedio fué de 7.9 es bueno, ya que no se trata de un período demasiado prolongado y sobre todo, en este corto lapso se pudieron llegar a diagnósticos etiológicos precisos en los cuales hubo necesidad inclusive del uso de exámenes de gabinete que eran programados en fechas más distantes al día de su solicitud, lo cual indica un buen aprovechamiento del tiempo de espera en el estudio integral del caso.

Finalmente, consideramos por lo anteriormente señalado y la forma de detectarlo, que el estudio operativo es un buen método para evaluar la calidad de la atención médica, ya que en el caso del presente estudio, se han encontrado fallas y aciertos en cuanto al sistema de trabajo del servicio de gastroenterología y en base a un mecanismo de retroalimentación podrán dictarse medidas tendientes a mantener los mecanismos útiles y prácticos en el manejo del enfermo y a eliminar las fallas detectadas.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

RESUMEN

Se efectuó un estudio operativo en el servicio de hospitalización de gastroenterología del Hospital Regional "20 de Noviembre" del ISSSTE sobre expedientes de los pacientes ingresados en un periodo de seis meses, para determinar variables y evaluar la calidad de la atención médica prestada a los mismos.

Se determinaron diferentes características de los parámetros que incluyeron: perfil del paciente, origen de los mismos, motivo de ingreso, exámenes de laboratorio y gabinete de urgencias, estudios del paciente en hospitalización, medicamentos utilizados, recursos auxiliares para su manejo, exámenes de laboratorio y gabinete en hospitalización, evolución y destino del paciente.

Se detectaron fallas y aciertos en el sistema y se propone la creación de nuevos métodos para superar errores y reafirmar aciertos para mejorar la calidad de la atención médica y aprovechar en forma óptima los recursos de la Institución.

CONCLUSIONES

- 1 Es de capital importancia la elaboración adecuada del expediente clínico, conteniendo los reportes de todas las acciones tomadas en el manejo del enfermo y así poder evaluar de la forma más completa la calidad de la atención médica que se presta al paciente.
- 2 Debe tratar de evitarse en lo máximo el ingreso de enfermos no pertenecientes a la zona de influencia del Hospital para evitar sobrecupo y elevación de costos, así como permitir que se ejerzan las funciones de una unidad de tercer nivel, donde se tratan sólo padecimientos de alta especialidad.
- 3 Es importante una valoración adecuada para la solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete y no hacerlos en forma rutinaria, ya que aumentan el costo y el riesgo sin mejorar el beneficio del enfermo, el médico o la Institución.
- 4 Los exámenes que se consideran justificados para el servicio son: biometría hemática, examen general de orina, enzimas séricas, pruebas de funcionamiento hepático, placa simple de abdomen, serie esofagogastroduodenal, ultrasonogramas de hígado y vías biliares, tomografía axial

- computada de abdomen, gammagrama hepático y endoscopia.
- 5 La detección de problemas intercurrentes y el uso de medicamentos de índole no gastroenterológica, justifica la continua presencia del servicio de medicina interna como elemento de apoyo para el manejo del enfermo.
 - 6 Se propone la inclusión al cuadro básico de neomicina y lactosa, ya que se utilizan frecuentemente en el manejo de enfermos gastroenterológicos en nuestra unidad y seguramente en muchas otras unidades.
 - 7 Es de capital importancia la presencia inmediata de los servicios interconsultantes, así como el seguimiento del caso por los mismos hasta que se defina la conducta diagnóstica o terapéutica definitiva.
 - 8 El grado de definición diagnóstica del servicio en cuanto al motivo principal de ingreso es alta en la mayoría de los casos, excepto en aquellos de hepatopatía crónica, encefalopatía hepática y hepatomegalia.
 - 9 El alto porcentaje de sujetos que no son egresados en forma definitiva del servicio, constituyen un grupo acumulativo que a la larga repercutirá en sobrecarga de trabajo y aumento de los costos de la atención.
 - 10 Debe tratar de evitarse el reingreso de individuos con

diagnóstico ya establecido y en caso necesario enviarse a clínicas de apoyo para continuar su tratamiento, lo que requiere mejorar la infraestructura de estas unidades.

- 11 Se justifica plenamente la asignación de camas al servicio de gastroenterología, ya que el número de pacientes que ingresan es alto y la calidad de la atención médica prestada es buena.
- 12 Con la corrección de los vicios detectados y la persistencia de los aciertos, se logrará una mejor calidad de atención médica y un aprovechamiento óptimo de los recursos del Hospital.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Geindt W. Sinopsis de los planteamientos para evaluar la calidad de la atención médica al paciente. Sal. Pub. Mex. 1986;28:221-229.
- 2.- Olivares L.L. Análisis de decisiones en medicina. SUA, México, 1983.
- 3.- Donabedian A. Explorations in quality assesment and monitoring health administration. Press School of Public Health, The University of Michigan, Ann Arbor Michigan. 1982.
- 4.- Joint Commission of Accreditation of Hospitals. The PEEP primer performace evaluation procedure for auditing and improveing patient care. Chicago, 1973.
- 5.- Williamson J.W. Formulating priorities for quality assurance activity: description of a method and its applications. JAMA. 1978; 239:631-637.
- 6.- Saenz de Miera A., Velasco A. Utilidad de la tomografía axial de cabeza. Estudio operativo. C.H. "20 de Noviembre". Tesis, México, 1984.
- 7.- Huerta Ch. J. Estimación de la atención médica en un servicio de medicina interna del C.H. "20 de Noviembre"

Tesis, México, 1986.

- 8.- Muñoz S.R. Aprovechamiento de los procedimientos de diagnóstico en un servicio de medicina interna. Tesis, México, 1986.
- 9.- Montero D.A. Evaluación integral de la atención médica de los pacientes fallecidos en los servicios de neurología y gastroenterología. Tesis, México, 1987.
- 10.- Zook C.J. High cost users of medical care. *New Eng. J. of Med.* 1980. 302:996-1002.
- 11.- Jinich H. El perfil del internista. *Med. Int.* 1981 Vol III;1,4-9.
- 12.- Wertman B.J. Why do physicians order laboratory tests? A study of laboratory request and use patterns. *JAMA.* 1980;243:2080-2082.
- 13.- Shapiro M. Cost containment and labor intensive tests. The case of the leukocyte differential count. *JAMA.* 1984;252:231-235.
- 14.- Eissenberg J.M. Computer based audit to detect and correct overutilization of laboratory tests. *Med. Care.* 1977;15:915-921.