

11227



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

89

26

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO
NACIONAL LA RAZA

CONCORDANCIA DIAGNOSTICA ENTRE MEDICOS
RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA,
DE 2do. Y 3er. AÑO.

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
P R E S E N T A
MARIA DEL ROCIO RAMIREZ GONZALEZ



ASESOR: DR. MOISES CAZARRUBIAS RAMIREZ

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

A S E S O R E S

DR. MOISES CASARRUDIAS RAMIREZ.

**MEDICO DE BASE DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA.**

DR. RAUL ARIZA ANDRACA.

**JEFE DEL SEVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA.**

TESISTA. DRA. MARIA DEL ROCIO RAMIREZ GONZALEZ.

**RESIDENTE DE TERCER AÑO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA.**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL C. M. N . LA RAZA.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

7MO. PISO. SERIS Y ZAACHILA S/N.

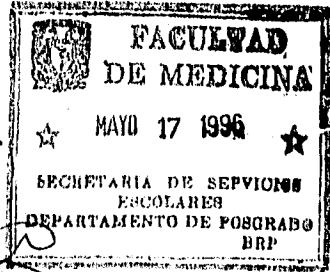
MEXICO, D. F.

FEBRERO DE 1996.

AUTORIZACIONES

[Signature]
DR. ALBERTO FRATI MUNARI
JEFE DE DIVISION DE MEDICINA INTERNA.

[Signature]
DR. NOISES CASARRUBIAS RAMIREZ
ASESOR DE TESIS.



[Signature]
VO. BO.
DR. RAUL ARIZA ANDRACA
JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

[Signature]
DR. ARTURO ROBLES PARAMO,
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DEL H.E.C.M. LA RAZA.



DEDICATORIAS

**A DIOS.....
POR SER LA LUZ QUE ILUMINA MI VIDA Y MI FOTALEZA
EN TODO MOMENTO.**

**A MIS PADRES.....
POR SU GRAN APOYO Y CARINO, PARA LOGRAR ESTE SUENO.**

**A MI ESPOSO JAIME.....
POR SU GRAN COMPRESION, PACIENCIA Y SOBRE TODO SU
INFINITO AMOR.**

**A TODAS LA PERSONAS
QUE DE UNA U OTRA FORMA ME APOYARON PARA LOGRAR ESTA
META.**

CON TODO CARINO PARA USTEDES.

I N D I C E

Capítulo	Páginas
1.- Antecedentes Científicos.....	1
2.- Planteamiento del Problema.....	3
3.- Descripción General del Estudio.....	4
4.- Objetivos Generales.....	6
5.- Hipótesis.....	7
6.- Material y Métodos.....	8
7.- Análisis Estadístico.....	11
8.- Resultados.....	12
9.- Discusión.....	24
10.- Conclusiones.....	25
11.- Bibliografía.....	26

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La existencia de la Medicina Interna como una especialidad médica con validéz profesional en los Estados Unidos de Norteamérica data desde 1936 (1).

El programa y la impartición del curso de Especialidad en Medicina Interna en los últimos años ha tenido alguna transformación (2). Y además se ha incrementado un año mas la duración de los cursos con lo que se espera una mejor capacitación del futuro internista (3), (4).

La entrega de guardia ha sido una parte importante en el programa de entrenamiento académico de múltiples cursos de Medicina Interna, y esta es una actividad prácticamente de todas las sedes. Se han realizado estudios en los Estados Unidos de Norteamérica en donde se comparan los diagnósticos iniciales de los casos presentados en la entrega de guardia, con el diagnóstico final al egreso del paciente. Y los diagnósticos hechos después de su egreso. En 24% de los casos el diagnóstico inicial de la entrega de guardia no se confirmó al egreso. Para el 61% de éstos el diagnóstico se estableció en seis meses de seguimiento, posterior a su alta hospitalaria, frecuentemente con resultados sorprendivos; de éstos el 20% de los diagnósticos fué diferente del diagnóstico final reportado, y para el 25% hubo concordancia entre los dos diagnósticos,

No existen estudios en nuestro medio que hayan evaluado la concordancia entre el diagnóstico de ingreso establecido por los médicos en adiestramiento y el diagnóstico final de pacientes internados en el servicio de Medicina Interna. Esta información sería utilizada para una mejor evaluación del aprendizaje de las habilidades diagnósticas de los residentes.

Existen diferencias entre los residentes de segundo y uno de tercer año, la preparación del R2 es previamente en un hospital de segundo nivel de atención y el R3 tiene un año mas de actividad docente en un hospital de alta especialidad, con rotaciones en las diferentes sub-especialidades, conviviendo con residentes de otra especialidad, lo que lo hace en teoría mas certero en los diagnósticos emitidos.

Por lo anterior, comparar el grado de certeza diagnóstica entre residentes con diferentes grados de adiestramiento puede ser de utilidad para medir el impacto que sobre las habilidades diagnósticas, tiene el haber cursado un año mas dentro del programa de residencia en Medicina Interna.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por las razones anteriormente expuestas consideramos útil el realizar un estudio que mida el grado de concordancia diagnóstica entre el diagnóstico inicial del médico residente con el diagnóstico final del paciente, para evaluar la precisión en el diagnóstico de los Especialistas en Medicina Interna. Además, comparar el grado de concordancia diagnóstica observado en residentes de distintos grados de la Especialidad, y así medir el impacto que sobre estas habilidades tiene un año más de adiestramiento.

Ante esto se plantearon dos preguntas:

A.- ¿Cuál es el grado de concordancia diagnóstica entre el diagnóstico inicial de los Médicos residentes de 2do y 3er año?

B.- ¿Cuál es el grado de concordancia diagnóstica entre el diagnóstico inicial de los Médicos residentes de 2do. y 3er año. de Medicina Interna con respecto al diagnóstico final o de certeza?

C.- Existen diferencias entre el grado de certeza diagnóstica entre los residentes de 2do y 3er año?

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.

A los residentes de 2do. y 3er año que roten por el servicio de medicina interna se les explicara el motivo del estudio.

Se les pedirá realizar la historia clínica y nota de ingreso de los pacientes que ingresen para estudio diagnóstico, de algún diagnóstico sindrómico, y anotara esos diagnósticos sindrómicos y nosológicos que según su criterio serán los definitivos y acordes con el cuadro clínico presentado por el paciente.

Se les proporcionarán hojas de recolección de datos, ahí cada residente alojara sus impresiones diagnósticas, después de haber revisado por separado al paciente. Un miembro del equipo de la investigación anotara la identificación del paciente, número de afiliación, teléfono, sus antecedentes más importantes, si ingresa por primera vez o subsecuentemente, el padecimiento actual que motivó el ingreso a hospitalización, las características clínicas predominantes, el tipo de alteración orgánica funcional, los estudios de laboratorio y radiológicos. Existirán tres rubros para la aportación de los diagnósticos sindrómicos y nosológicos, respectivamente para el residente de 2do. y 3er año, y además rubros para que dos expertos emitan sus impresiones diagnósticas en caso de que al final del estudio no se haya concluido un diagnóstico certero, se señalará el dato clínico o paraclínico con el que se llegó al diagnóstico definitivo y su fecha, y la evolución del paciente.

Al término del estudio de cada paciente se revisará el expediente clínico. Y se complementara la recolección de los datos.

La selección de la muestra de residentes que participan elaborando los diagnósticos será por conveniencia.

Esto se decidió considerando un criterio de factibilidad del estudio. Dado que la recolección de los datos se llevo a cabo durante el lapso comprendido entre diciembre de 1994 y octubre de 1996 solo participaron los residentes que por azar les toco en turno la rotación por el departamento de Medicina Interna en esas fechas. Se asume el riesgo de que los residentes participantes no sean una muestra representativa del total de residentes incluidos en el curso pero dado que el objetivo fundamental del estudio fue evaluar el impacto que sobre la concordancia diagnostica tiene un año mas de adiestramiento clínico, considerando que este factor tiene poca repercusión sobre las conclusiones del estudio.

El financiamiento y costo del proyecto se hizo con los recursos disponibles en el departamento de Medicina Interna del Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional La Raza.

OBJETIVOS GENERALES.

- 1.- Medir el grado de concordancia diagnóstica de un residente de 2do año y uno de 3er año.
- 2.- Medir el grado de certeza diagnóstica entre un residente de 2do año y uno de 3er año.
- 3.- Comparar el grado de certeza diagnóstica entre un residente de 2do año y uno de 3er año, con respecto al diagnóstico final ó de certeza.

HIPOTESIS

- A) **HI** El residente de tercer año tiene mayor concordancia diagnóstica con el Diagnóstico de certeza, que el - - residente de segundo año.
- HO** El residente de tercer año No tiene mayor concordancia diagnóstica con el Diagnóstico de certeza, que el residente de segundo año.
- B) **HI** Existe concordancia diagnóstica mayor del 50% entre un residente de 2do año y uno de tercer año.
- HO** No existe concordancia diagnóstica mayor del 50% entre un residente de 2do año y uno de tercer año.

MATERIAL Y METODOS.

CRITERIOS DE INCLUSION.

Se incluyeron todos los ingresos consecutivos al servicio de Medicina Interna que ingresaron entre el primero de diciembre de 1984 y el 31 de octubre de 1985, que cumplieron con los siguientes criterios:

a.- Ingresados por primera vez en el departamento de Medicina Interna.

b.- Que el motivo de internamiento haya sido para estudio diagnóstico de algún diagnóstico sindrómico (sin tener un diagnóstico nosológico certero).

CRITERIOS DE EXCLUSION

a.- Que haya sido un segundo internamiento en el servicio (se incluía solo si aún no tuviera un diagnóstico nosológico de certeza).

b.- Paciente con diagnóstico nosológico de certeza.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

Pacientes en quienes no se concluyó un diagnóstico nosológico de certeza al término del periodo de estudio.

VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTE:

El diagnóstico de certeza.

CONCEPTUAL:

El diagnóstico final del paciente al que se haya llegado al término del estudio con criterios diagnósticos universalmente aceptados para tal enfermedad.

OPERATIVA:

Conclusión con respecto al diagnóstico de certeza de cada caso incluido en la muestra de acuerdo con la opinión de dos revisores independientes que hayan examinado el expediente

VARIABLE INDEPENDIENTE

CONCEPTIVA:

El diagnóstico de ingreso.- Es el diagnóstico nosológico de probabilidad establecido por el médico residente durante la guardia.

OPERATIVA:

El listado de los tres diagnósticos nosológicos probables en orden de probabilidad que el residente establezca para el síndrome principal motivo de internamiento.

La medición será cualitativa nominal.

La categoría de la variable es el diagnóstico nosológico específico.

VARIABLE DE CONFUSION

Factores distintos del grado de residente que pudan influir en su adiestramiento y por lo tanto en la certeza diagnóstica. Como el sexo, la edad, escuela de procedencia, Hospital General de zona de procedencia, y su estado civil.

ANALISIS ESTADISTICO

Univariado. Distribución de frecuencias para las variables nominales.

Bivariado. Comparar con la prueba de χ^2 para la diferencia de proporciones en variables ordinales, y el índice de concordancia ponderada, para medir el grado de concordancia mas alla del azar.

Se considera significativo un nivel de $\alpha = 0.05$ para una hipótesis bimarginal.

TAMANO MUESTRAL.

Aceptando un nivel de $\alpha = 0.05$, $\beta = 0.02$, con un poder del 80% para detectar una diferencia de 20% en el grado de concordancia diagnostica. Se establecio incluir 128 expedientes.

El presente estudio es un analisis preliminar de los primeros 32 casos registrados.

RESULTADOS.

Se incluyeron un total de 32 expedientes clínicos, en los que los residentes de 2do y 3er año aportaron sus diagnósticos sindrómicos y nosológicos, respectivamente. Y que tuvieran un diagnóstico final de certeza. El estudio se llevó a cabo en el departamento de Medicina Interna del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza, durante el período comprendido entre el 1ro de diciembre de 1994 y el 31 de octubre de 1995. Este es un análisis preliminar, ya que en el estudio original se pretende integrar un total de 128 expedientes.

Participaron en el estudio un total de 33 residentes; 16 R2, y 17 R3. Dentro de los residentes de 2do año; 11 eran hombres y 5 mujeres, de los R3, 11 eran hombres y 6 mujeres. Todos los R2 eran menores de 30 años, de los R3, 5 eran mayores de 30 años. Solo 2 R2, eran de Universidades privadas, el resto entre R2 Y R3 provenían de universidades públicas. De todos los R2, 4 hicieron sus estudios en Universidades del interior del país, de los R3, 7 provenían igualmente de universidades del interior del país.

En relación a su estado civil R R2, son casados y 8 solteros; de los R3, 12 son casados y 5 son solteros. De todos los residentes participantes, solo 3 provenían de un Hospital General de Zona del interior del País.

De los 7-5 diagnósticos sindrómicos más frecuentes de los R2 resaltaron los siguientes: a).- Síndrome febril.- b).- Síndrome consuntivo.- c).- Síndrome Ictérico.- d).- Síndrome Vasculoespasmódico.- e).- Síndrome anémico.- Que representaron los siguientes porcentajes 13.53%, 10.16%, 10.16%, 8.47%, 5.08%, respectivamente. El resto se presentará en tabla anexa.

1.- Síndrome de insuficiencia hepática,	(3)	5.8%
2.- " doloroso	(3)	5.8%
3.- " convulsivo	(3)	5.8%
4.- " miopático	(2)	3.38%
5.- " nefrótico	(2)	3.38%
6.- " cerebeloso	(2)	3.38%
7.- " nefrítico	(1)	1.69%
8.- " ulceroso	(1)	1.69%
9.- " de insuficiencia respiratoria	(1)	1.69%
10.- " orgánico cerebral	"	"
11.- " oftalmopléjico	"	"
12.- " purpúrico	"	"
13.- " diarreico	"	"
14.- " condensación pulmonar	"	"
15.- " infeccioso	"	"
16.- " vertiginosa	"	"
17.- " de derrame pleural	"	"
18.- " de miler fisher	"	"
19.- " vascular	"	"
20.- Cefalea	"	"
21.- Síndrome de insuficiencia cardíaca	"	"
22.- " Atáxico	"	"
	59	100%

De los R3 los diagnósticos sindrómicos más frecuentes (3-5) fueron a).- Síndrome consuntivo.- b).- Síndrome febril.- c).- Síndrome anémico.- d).- Síndrome icterico.- e).- Síndrome vasculoespasmodico.- Que representaron los siguientes porcentajes 13.79%, 12.06%, 8.62%, 6.89%, 5.17%, respectivamente el resto de diagnósticos se muestran en la tabla anexa.

1.- Síndrome de insuficiencia respiratoria	(3)	5.17%
2.- " paretico	"	"
3.- " doloroso	(2)	3.44%
4.- " idiopatico	"	"
5.- " convulsivo	"	"
6.- " nefrótico	"	"
7.- " ataxico	(1)	1.72%
8.- " diarreico	"	"
9.- " purpurico	"	"
10.- " cerebeloso	"	"
11.- " insuficiencia hepática	"	"
12.- " climatérico	"	"
13.- " infeccioso	"	"
14.- " nefrítico	"	"
15.- " orgánico cerebral	"	"
16.- " de bajo gasto	"	"
17.- " colestasico	"	"
18.- " de insuficiencia cardiaca	"	"
19.- " de insuficiencia renal aguda	"	"
20.- " hipoglucémico	"	"
21.- " corticobulbar	"	"
	58	100%

Los 3-5 diagnósticos nosológicos más frecuentes del R2 fueron: a).- LEB, b).- Hipertensión arterial sistémica.- c).- BAF.- d).- Neurocisticercosis.- e).- Anemia hemolítica.- que representaron un porcentaje de 6.66%, 5.33%, y 2.66%, 2.66%, 2.66%, respectivamente, el resto se muestra en lista anexa.

1.- Tuberculosis Pulmonar	(2)	2.66%
2.- Cirrosis hepática	(2)	2.66%
2.- Feocromositoma	"	"
3.- Neumonía bilateral	"	"
4.- Gastritis	"	"
5.- Distrofia muscular miotónica	"	"
6.- Parálisis facial	(1)	1.33%
7.- Infarto agudo al miocardio	"	"
8.- Alteraciones de la personalidad	"	"
9.- Trastorno depresivo	"	"
10.- Salmoneosis	"	"
11.- Tumor pontocerebeloso	"	"
12.- Insuficiencia cardíaca	"	"
13.- " Hepática	"	"
14.- " renal aguda	"	"
15.- derrame pleural	"	"
16.- Derrame pericárdico	"	"
17.- Desnutrición	"	"
18.- Hipertiroidismo	"	"
19.- Enfermedad Hipertensiva del embarazo	"	"
20.- EPOC	"	"
21.- Anemia megaloblástica	"	"
22.- Linfoma	"	"
23.- Hipoglucemia	"	"
24.- Hipotiroidismo	"	"
25.- Artritis reumatoide	"	"
26.- Vasculitis	"	"
27.- Colangiocarcinoma	"	"
28.- Sin tumoración	"	"
29.- Púrpura de henoch S	"	"
30.- Neoplasia hepática	"	"
31.- Metástasis hepática	"	"
32.- Tumor de seno cavernoso	"	"
33.- Policitemia	"	"
34.- Parálisis periódica hipocalémica	"	"
35.- Lesión pontocerebelosa	"	"

36.- Alcoholismo	(1)"	1.33%
37.- Halus valgus	"	"
38.- Dermatofitos	"	"
39.- EVC en paciente joven	"	"
40.- Cáncer bronco-genico	"	"
41.- Litiasis residivante	"	"
42.- Cáncer de ampulla de Vater	"	"
43.- Erisipela	"	"
44.- Distrofia muscular	"	"
45.- Bloqueo NY III grado	"	"
46.- GPN idiopática	"	"
47.- GPN secundaria	"	"
48.- GPN postestreptococica	"	"
49.- GPN cambios mínimos	"	"
50.- Cáncer de cabeza de páncreas	"	"
51.- Hepatitis crónica	"	"
52.- Úlcera duodenal	"	"
53.- Cocainomanos	"	"
	75	100%

Los diagnósticos nosológicos más frecuentes del R3, son: a).- LES.- b).- Hipertensión arterial.- c).- BAAF.- d).- Cáncer metastásico.- e).- Anemia hemolítica autoinmune.- que representaron los siguientes porcentajes: 4.8%, 4.8%, 3.6%, 2.4%, 2.4%, los siguientes diagnósticos se muestran en lista anexa:

1.- Distrofia muscular atónica	(2)	2.4%
2.- Cirrosis hepática	"	"
3.- Insuficiencia hepática	"	"
4.- Neumonía basal bilateral	"	"
5.- Artritis reumatoide	"	"
6.- Neurocisticercosis	(1)	1.2%
7.- Hipertensión renovascular	"	"
8.- Intoxicación por DFH	"	"
9.- Enfermedad desmielinizante	"	"
10.- Trastorno de la personalidad	"	"
11.- Diabetes Mellitus	"	"
12.- Insuficiencia cardíaca	"	"
13.- Hepatotoxicidad por fármacos	"	"
14.- Nefrototoxicidad por AINES	"	"
15.- Desnutrición	"	"
16.- Taponade cardíaco	"	"
17.- Derrame pericárdico	"	"
18.- Preeclampsia	"	"
19.- Cáncer pulmonar	"	"
20.- Cáncer de tubo digestivo	"	"
21.- Hipoglucemia reactiva	"	"
22.- Linfoma	"	"
23.- Hipotiroidismo	"	"
24.- Glomerulonefritis	"	"
25.- Masa ocupativa de SNC	"	"
26.- Adenocarcinoma hepático	"	"
27.- Gastritis	"	"
28.- Tumor de colon	"	"
29.- Cáncer de páncreas	"	"
30.- Coledocolitiasis	"	"
31.- Oftalmoplejia	"	"
32.- Eritrocitocis	"	"
33.- Hipertrigliceridemia	"	"
34.- Obesidad	"	"
35.- Parálisis periódica hipocalémica	"	"
36.- Acidosis tubular renal	"	"

37.- Hipocalcemia	"	"
38.- Lesion del III par craneal	"	"
39.- EPOC	"	"
40.- Metastasis cerebrales	"	"
41.- Mastopatia fibroquistica	(1)	1.2X
42.- Sindrome fisher evans	"	"
43.- Bloqueo trifasicular	"	"
44.- Infarto frontoparietal izquierdo	"	"
45.- Vasoconstriccion desegmento cerebral	"	"
46.- GPN primaria	"	"
47.- GPN secundaria	"	"
48.- Cancer broncogenico	"	"
49.- Malformacion venosa pulmonar	"	"
50.- Enfermedad degenerativa del sistema de conduccion	"	"
51.- Colangitis	"	"
52.- Cancer de ampula de vater	"	"
53.- Cancer de cabeza de pancreas	"	"
54.- Metastasis de origine a determinar	"	"
55.- GPN posestreptococica	"	"
56.- GPN de cambios sinicos	"	"
57.- Fiebre reumatica	"	"
58.- Hepatitis cronica	"	"
59.- Hepatitis autoinmune	"	"
60.- EVC isquemico de ACMO	"	"
61.- Deficiencia de AT III, C, B.	02	100X

De los 32 casos registrados en el estudio los diagnósticos finales fueron:

1.- Lupus Eritematoso Sistémico	(3)	9.3%
2.- Infarto Cerebral	(2)	6.25%
3.- Hipertensión Arterial esencial	(2)	6.25%
4.- Rin-tumoración Abdominal	(2)	6.25%
5.- Adenocarcinoma Metastásico a hígado bien diferenciado	(2)	6.25%
6.- Distrofia Muscular Miotónica	(2)	6.25%
7.- Trastorno Alimentario	(1)	3.1%
8.- Trastorno Ansioso Depresivo	"	"
9.- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	"	"
10.- Anemia Hemolítica Autoinmune	"	"
11.- Síndrome de Shock Tóxico	"	"
12.- Taponamiento Cardíaco Secundario a Derrame Pericárdico	"	"
13.- Preeclampsia	"	"
14.- Hipotiroidismo Apático	"	"
15.- Paciente sin Corroborarse Hipoglucemia	"	"
16.- Leptospirosis	"	"
17.- Hipocalcemia Secundaria a tiacidas	"	"
18.- Púrpura de Henoch-Schonlein	"	"
19.- Hipertiroidismo	"	"
20.- Hernia Discal	"	"
21.- Pancitopenia Secundaria a deficiencia de Factor Intrínseco	"	"
22.- Obesidad Funciona	"	"
23.- Bloqueo AV III grado	"	"
24.- Litiasis de Neoformación	"	"
25.- Glomerulonefritis Membranosa	"	"
26.- Hepatitis Crónica Activa	"	"
		100%

RESULTADOS EN RELACION AL NUMERO DE CASOS

En relación a la concordancia entre residentes de los diagnósticos sindromáticos, los resultados son los siguientes (tabla 1): El primer diagnóstico del R-2 concordó en 15 de 32 casos con el primer diagnóstico del R-3 ($15/32 = 46.8\%$), el segundo diagnóstico del R-2 con el segundo diagnóstico del R-3 en ($5/32 = 15.6\%$), el tercer diagnóstico sindromático del R-2 concordó con el del R-3 en ($3/20=0.3\%$). En el acumulado de casos en los que coincidió al menos uno de los 3 primeros diagnósticos sindromático del R-2 con alguno del R-3, independientemente del orden fué de ($25/32 = 78.12\%$).

La concordancia entre los diagnósticos nosológicos fué la siguiente (tabla 2): El primer diagnóstico nosológico ó principal del R-2 coincidió con el principal del R-3 en ($18/32 = 56.2\%$). Algún diagnóstico de los 3 primeros del R-2 que coincidiera con el principal del R-3 fué ($25/32$) = (78.12%).

La concordancia en los diagnósticos nosológicos del R-2 con el diagnóstico de certeza ó final es la siguiente (tabla 3). El primer diagnóstico nosológico concordó con el diagnóstico principal de los pacientes en ($11/32 = 34.37\%$). Cualquiera de Los tres primeros diagnósticos del R-2 que coincidieron con el final fué de ($17/32 = 53.12\%$).

La concordancia de los residentes de tercer año con el diagnóstico final es la siguientes (tabla 4): El primer diagnóstico del R-3 coincidió con el final en ($10/32$) = (31.25%). La concordancia de cualquiera de los tres primeros diagnósticos con el final fué de ($14/32 = 43.75\%$).

La comparación entre residentes de segundo y tercer año, de acuerdo al número de casos, con sus diagnósticos nosológicos y el final, se hizo con la χ^2 y la prueba exacta de Fisher para la diferencia de proporciones se resumen en la gráfica (1).

**CONCORDANCIA DIAGNOSTICA ENTRE R2 Y R3
DIAGNOSTICOS SINDROMATICOS**

T A B L A 1

DIAGNOSTICOS	NUMERO	PORCENTAJE
DX1R2-DX1-R3	15/32	46.8 %
DX1-3R2-DX1-3R3	25/32	78.1 %

Depto. de Medicina Interna HECMR IMSS.

**CONCORDANCIA DIAGNOSTICA ENTRE R2 Y R3
DIAGNOSTICOS NOSOLOGICOS**

T A B L A 2

DIAGNOSTICOS	NUMERO	PORCENTAJE
DX1R2-DX1 R3	18/32	56.2 %
DX1-3R2-DX1-3R3	25/32	78.1 %

Depto. de Medicina Interna HECMR IMSS.

**CONCORDANCIA DIAGNOSTICA R2-DX FINAL
DIAGNOSTICOS NOSOLOGICOS**

T A B L A 3

DIAGNOSTICOS	NUMERO	PORCENTAJE
DX1R2-DX1 FINAL	11/32	34.3 %
DX1-3R2-DX1FINAL	17/32	53.1 %

Depto. de Medicina Interna HECMR IMSS.

ESTO
SOLAMENTE
DE LA
BIBLIOTECA
NO DEBE
SER
REPRODUCIDO
EN
NINGUN
MODO

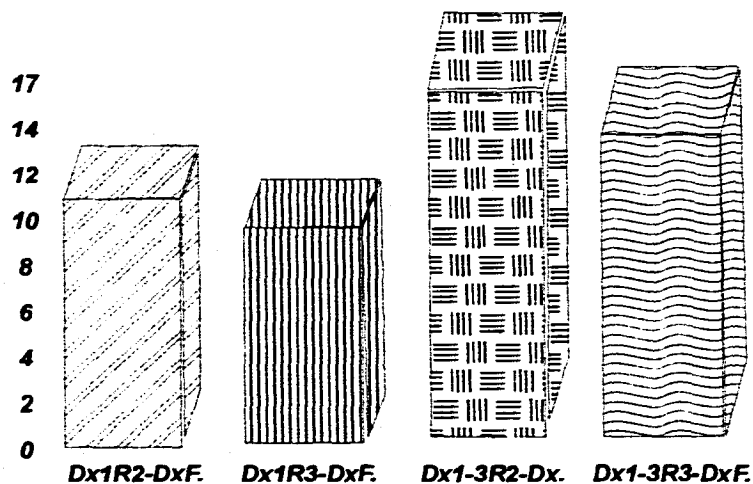
**CONCORDANCIA DIAGNOSTICA ENTRE R3-DXFINAL
DIAGNOSTICOS NOSOLOGICOS**

T A B L A 4

DIAGNOSTICOS	NUMERO	PORCENTAJE
DX1R3-DX1 FINAL	10/32	31.2 %
DX1-3R3-DXFINAL	14/32	43.7 %

Depto. de Medicina Interna HECMR IMSS.

**COMPARACION DE LA CONCORDANCIA DX ENTRE
R2 Y R3 CON RESPECTO AL DX FINAL
NUMERO DE CASOS CONCORDANTES**



CATEGORIAS DE COMPARACION

DPTO. DE MADICINA INTERNA HECMR IMSS GRAFICA 1

p=0.70 para dx1R2 vs. Dx1R3 con dx final

p=0.45 para dx1-3R2 vs. dx1-3R3 con dx final

Los resultados son los siguientes: La proporción en que el 1er diagnóstico nosológico de los residentes concuerda con el diagnóstico final fue en 11 ocasiones para el R2, y en 10 para el R3, con una $P = 0.77$.

La proporción de casos en los cuales al menos 1 de los 3 primeros diagnósticos del residente concuerda con el diagnóstico final principal fue de 17/32 para los R2 y 14/32 para los R3 con una $P = 0.45$.

Se utilizó el índice de Concordancia Ponderada para analizar el grado de concordancia entre los diagnósticos de los R2 y los R3, y de cada grupo con respecto al diagnóstico final principal, con el fin de estimar el grado de concordancia más allá de lo esperado por estudios del azar. Y los resultados son los siguientes:

El índice de concordancia ponderada para el 1er diagnóstico sindromático del R2 comparado con el 1er diagnóstico sindromático del R3 fue del 0.80.

El índice de concordancia ponderada para el 1er diagnóstico nosológico del R2 comparado con el 1er diagnóstico nosológico del R3 fue del 0.90.

El índice de concordancia ponderada para el 1er diagnóstico nosológico del R2 comparado con el final fue de 0.80.

El índice de concordancia ponderada para el 1er diagnóstico nosológico del R3 comparado con el final fue de 0.83.

DISTRIBUCION DE LAS VARIABLES DE CONFUSION ENTRE LOS DOS GRUPOS DE RESIDENTES.

Participaron 16 residentes de 2do. año y 17 de 3er. año. Los resultados son los siguientes:

En relación a la edad, los 16 residentes de 2do. año fueron menores de 30 años, de los R3 5 fueron mayores y 12 menores de 30 años.

De acuerdo al estado civil 8 R2 son casados y 8 solteros, de los R3, 12 son casados y 5 solteros.

De acuerdo a la Universidad de procedencia 4 R2, provenian de Universidades del interior del país, el resto del Distrito Federal, de los R3 7 provenian de Universidades del interior del país y los 10 restantes del Distrito Federal.

En relación a la Universidad de procedencia si era pública o privada solo 2 R2 provenian de Universidades privadas el resto de R2 y R3 procedian de Universidades publicas.

En relación a los Hospitales Generales de zona de procedencia 2 R2 provenian de Hospitales del Interior del país y el resto de Hospitales del Distrito Federal. Solo un R3 provenia de un Hospital del interior del país.

Al comparar el grado de concordancia diagnóstica del R2 y del R3 con respecto al diagnóstico final, no se observaron cambios con respecto a los resultados anteriormente comentados cuando se hizo un ajuste para las diferentes variables de confusión consideradas en el estudio.

No hubo diferencia estadísticamente significativas con respecto a los grados de concordancia diagnóstica entre los residentes y en cuanto al grado de concordancia diagnóstica o no con el diagnóstico final.

DISCUSION

Los resultados del presente estudio mostraron un alto grado de concordancia entre los diagnósticos emitidos por los residentes de 2do. año y los de 3er año siendo del 53.1% para el diagnóstico principal de los R2 y hasta 43.7% para los R3 y hasta 78.1% para cualquiera de los 3 diagnósticos principales emitidos de ambos grupos.

Es probable que este grado de concordancia refleje en cierta medida una formación profesional semejante ya que todos comparten el mismo programa académico y realizan sus actividades clínicas en una institución con una estructura de atención médica homogénea, el hecho de que el grado de concordancia diagnóstica, con respecto al diagnóstico de certeza fuera menor no invalida el argumento previo ya que ambos mantuvieron un nivel de concordancia semejante (53.1 VS 43.7).

La ausencia de diferencia en el grado de certeza diagnóstica entre los R2 y R3, es probable que se asocie con el hecho de que virtualmente todos los residentes participantes se encontraban familiarizados con la patología prevalente en el Hospital de 3er nivel de atención.

Ninguna de las variables de confusión consideradas a priori en el diseño del estudio (edad, sexo, estado civil, universidad y hospital general de procedencia), tuvieron un impacto significativo en el grado de certeza diagnóstica sin embargo estos resultados pudieron haber sido sesgados, tomando en cuenta el reducido número de residentes participantes que hace que hayan podido ser una muestra poco representativa del total de residentes del curso de medicina interna en esta sede.

La concordancia ponderada no arrojó datos significativamente diferentes a los comentados con anterioridad e igualmente mostró una alta concordancia entre los grupos de residentes con una menor concordancia de ambos grupos con respecto al diagnóstico final.

Consideramos que a fin de evaluar más certeramente las diferencias, (si las hay) entre el grado de certeza diagnóstica entre los residentes de 2do. y 3er año es necesario completar el estudio con la muestra calculada durante el diseño del mismo a fin de tener conclusiones más confiables.

CONCLUSIONES

Los residentes de 2do. y 3er año, tienen un alto grado de concordancia diagnóstica con el diagnóstico de certeza (53.1% y 43.7% respectivamente) para los 3 primeros diagnósticos emitidos.

El grado de concordancia diagnóstica entre los residentes de 2do. y 3er año fue aún mayor (78.12%).

No se observó una diferencia significativa en el grado de concordancia diagnóstica con el diagnóstico de certeza entre los grupos de residentes estudiados.

Se deberá completar la muestra para tener conclusiones más confiables del presente estudio.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- SCHROEDER S, SHOWSTACK J, GERBERT B. RESIDENCY TRAINING IN INTERNAL MEDICINE, TIME FOR A CHANGE. ANN INTERN MED. 1986; 104; 554-61.
- 2.- FEDERATED COUNCIL FOR INTERNAL MEDICINE. GENERATING MORE GENERALISTS; AN AGENDA OF RENEWAL FOR INTERNAL MEDICINE. ANN INTERN MED. 1993; 119; 1126-29.
3. NUCKOLLS J. INTERNAL MEDICINE PRACTICE IN TRANSITION. IMPLICATIONS FOR CURRICULUM CHANGES. ANN INTER MED. 1992; 116(12 pt 2); 1081-84.
4. WENGER N, SHPNER R. AN ANALYSIS OF MORNING REPORT; IMPLICATIONS FOR INTERNAL MEDICINE EDUCATION. AN INTER MED 1993; 119; 305-09.
5. FALLON H, NOLAN J, INUI T. RESIDENCY REFORM; A PERSPECTIVE FROM THE ASSOCIATION OF PROFESSOR OF MEDICINE. AN INTER MED 1992; 116(12 pt 2) ; 1042-45.
- 6.- BURKE W. INUIT, DO WE STILL NEED PRIMARY CARE TRACKS? . ANN INTERN MED 1992; 116 (12 pt 2); 1066-1070.
7. WARTMEN S, O'SULLIVAN P, CYR M. AMBULATORY BASED RESIDENCY EDUCATION ; IMPROVING THE CONGROENCE OF TEACHING. LEARNING, AND PATIENT CARE. ANN INTER MED. 1992; 116 (12 pt 2); 1071-1075.
8. SKEFF K, STRATOS G, BERMAN J, BERGEN M. IMPROVING CLINICAL TEACHING. EVALUATION OF A NATIONAL DISEMINATION PROGRAM. ARCH INTERN MED. 1992; 152; 1196-61.
- 9.- HARRIS E, MORNING REPORT. ANN INTER MED. 1993; 119 ; 430-31.
- 10.- MCMURRAY J, SCHWARTZ M, GENERO N, LINZER M. THE ATTRACTIVENESS OF INTERNAL MEDICINE; A QUALITATIVE ANALYSIS OF THE EXPERIENCES OF FEMALE AND MALE MEDICAL STUDENTS. ANN INTERN MED. 1993; 119 ; 812-18.

- 11.-PARRINO T, VILLANUEVA A. THE PRINCIPLES AND PRACTICE OF MORNIG REPORT. JAMA 1986;258;730-33.
- 12.-KASSIRER J. TEACHING CLINICAL MEDICINE BY INTERNATIVE HYPOTHESIS TESTING. N ENGL J MED. 1993; 309; 921-23.
- 13.- LEVEY G CHANGING THE CURRICULUM FOR INTERNAL MEDICINE RESIDENCY TRAINING. ANN INTERN MED. 1992; 118 (12 pt); 1046-1050.
- 14.-ENDE J DAVIDOFF F. WHAT IS A CURRICULUM ANN INTERN MED 1992; 118 (12 pt 2); 1055-57.
- 15.-NOBLE J. GENERAL INTERNAL MEDICINE IN INTERNAL MEDICINE; AT THE CARE OR ON THE PERIPHERY ANN INTERN MED. 1992; 118 (12 pt 2);1058-60.
- 16.-BRACATI F, MORNING DISTORT. JAMA . 1991; 266;1627.
- 17.-FEDERMAN D. RELATION OF THE INTERNAL MEDICINE RESIDENCY AND THE MEDICAL SCHOOL CURRICULUM. ANN INTERN MED. 1992; 118 (12 pt2);1061-64.
- 18.- GOLDMAN ET AL. THE VALUE OF THE AUTOPSY IN THREE MEDICAL ERAS. N ENGL J MED. 1983; 308; 1000-5.