

11227

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO 83



FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O D S.S.A.

CURSO UNICO DE ESPECIALIDADES MEDICAS

CORRELACION CLINICO DIAGNOSTICA ENTRE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS MEDICAS Y MEDICINA INTERNA.

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO AUTONOMO

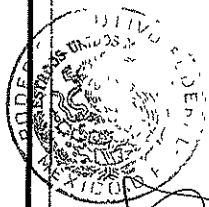
T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:

M E D I C I N A I N T E R N A

P R E S E N T A :

LA DRA. JULIETA GARCIA MARQUEZ



DIRECCION DE ENSEÑANZA

ASESOR DE TESIS DRA. MARIA DE LA LUZ CASTILLO AYOMETZI.



HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, O.D.

MEXICO, D.F.

2001

2002

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.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D. S.S.A.
CURSO UNICO DE ESPECIALIDADES MEDICAS

**CORRELACION CLINICO-DIAGNOSTICA
ENTRE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS
Y MEDICINA INTERNA
TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICINA
INTERNA PRESENTA LA **DRA. JULIETA GARCIA
MARQUEZ**

DRA. MARIA DE LA LUZ CASTILLO AYOMETZI
ASESOR DE TESIS.

MEXICO

2001

RECIBIDO
27-11-01

DRA. MARIA DE LA LUZ CASTILLO AYOMETZI
Asesor de tesis.

DR. CESAR RIVERA BENITEZ
Titular del curso de postgrado de Medicina Interna

Dra. JULIETA GARCIA MARQUEZ
Alumno



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

AGRADECIMIENTOS.

.A mi madre porque con su ejemplo me ha sabido conducir por el mejor camino, por todo su apoyo en el transcurso de mi vida, porque gracias a ella es posible concluir mis estudios y por ser lo que más quiero.

A mi hijo que es mi mayor anhelo como ser humano

.A mis hermanos porque somos una familia unida y porque siempre estaremos juntos apoyándonos en conjunto

Al doctor César Rivera por toda su confianza y apoyo en mi formación como médico residente.

A la doctora Ma. De la Luz Castillo por su apoyo en la docencia y durante la realización de mi tesis

CORRELACION CLINICO DIAGNOSTICA ENTRE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS MEDICAS Y MEDICINA INTERNA.

Dra. Julieta García M , Dra María de la Luz Castillo
Hospital General de México, SSA

Objetivo: evaluar la relación entre los diagnósticos de egreso de los servicios de Urgencias Médicas (UM) y Medicina Interna (MI) en el Hospital General de México (HGM) del 1º de enero al 31 de diciembre de 1997, tomando como base la concordancia diagnóstica al egreso del enfermo en ambos servicios que a su vez son resultado del estudio clínico y paraclínico de los pacientes

Introducción. la definición de MI se debe a William Osler (1887) quién la definió como aquella parte de la medicina que separa la Cirugía, la Ginecología y la Obstetricia, engloba un grupo de especialidades El Hospital General de México SSA fue el centro por excelencia de la MI Mexicana caracterizada por una gran calidad clínica, se pasó gradualmente en la década de los 20s, de la exploración basada en el empleo de los sentidos a aquella que fué incorporando poco a poco algunos aparatos (1924) como el estetoscopio, esencial para la adecuada auscultación. Aunque había solo uno de ellos en el pabellón de Cardiología del hospital La multiplicación de los conocimientos médicos especialmente de fisiología fué tal que en 1935 se fundó una Sociedad Mexicana de MI que agrupaba a especialistas en medicina propiamente dicha, cardiología, dermatología y psiquiatría, en 1936 se estableció un consenso de certificación de la especialidad en los Estados Unidos

Es el propio Hospital General de México el que establece la redefinición de la Medicina Interna al convertir uno de los pabellones en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición que más tarde fue ubicado en Tlalpan, el actual Instituto Nacional de la Nutrición

Desde 1946 se estableció la residencia de Medicina Interna en el Hospital General de México SSA, el cual ha logrado a través de los años agrupar a las diferentes especialidades médicas y ofrecer una visión de conjunto que va más allá de cada una de ellas Durante los siguientes años fueron abiertos cursos similares en el Hospital General del Centro Médico la Raza, ambos pertenecientes al IMSS y en el

CORRELACION CLINICO DIAGNOSTICA ENTRE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS MEDICAS Y MEDICINA INTERNA.

Dra. Julieta García M , Dra María de la Luz Castillo
Hospital General de México, SSA

Objetivo: evaluar la relación entre los diagnósticos de egreso de los servicios de Urgencias Médicas (UM) y Medicina Interna (MI) en el Hospital General de México (HGM) del 1º de enero al 31 de diciembre de 1997, tomando como base la concordancia diagnóstica al egreso del enfermo en ambos servicios que a su vez son resultado del estudio clínico y paraclínico de los pacientes

Introducción. la definición de MI se debe a William Osler (1887) quién la definió como aquella parte de la medicina que separa la Cirugía, la Ginecología y la Obstetricia, engloba un grupo de especialidades El Hospital General de México SSA fue el centro por excelencia de la MI Mexicana caracterizada por una gran calidad clínica, se pasó gradualmente en la década de los 20s, de la exploración basada en el empleo de los sentidos a aquella que fué incorporando poco a poco algunos aparatos (1924) como el estetoscopio, esencial para la adecuada auscultación. Aunque había solo uno de ellos en el pabellón de Cardiología del hospital La multiplicación de los conocimientos médicos especialmente de fisiología fué tal que en 1935 se fundó una Sociedad Mexicana de MI que agrupaba a especialistas en medicina propiamente dicha, cardiología, dermatología y psiquiatría, en 1936 se estableció un consenso de certificación de la especialidad en los Estados Unidos

Es el propio Hospital General de México el que establece la redefinición de la Medicina Interna al convertir uno de los pabellones en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición que más tarde fue ubicado en Tlalpan, el actual Instituto Nacional de la Nutrición

Desde 1946 se estableció la residencia de Medicina Interna en el Hospital General de México SSA, el cual ha logrado a través de los años agrupar a las diferentes especialidades médicas y ofrecer una visión de conjunto que va más allá de cada una de ellas Durante los siguientes años fueron abiertos cursos similares en el Hospital General del Centro Médico la Raza, ambos pertenecientes al IMSS y en el

Hospital 20 de noviembre del ISSSTE, que fueron los primeros en afiliarse y los que proporcionaron el modelo de programa a la Facultad de Medicina de la UNAM. En 1967, la Facultad de Medicina de la UNAM incorporó a sus cursos de especialización el de MI, para 1973 eran ya 11 sedes. En 1974 creó la Asociación Mexicana de MI. La MI actualmente tiene una visión más amplia haciendo necesario aumentar los contenidos programáticos y los objetivos de aprendizaje. Además de acuerdo con lo establecido en el artículo 88 de la ley general de Salud, los residentes del último año, de especialidad deben cumplir con un servicio social especializado. Se distinguen en la práctica médica de alto nivel de calidad, tres funciones profesionales sustantivas

- La prestación de atención médica
- El desarrollo de la investigación
- Y las actividades educativas.

Los servicios de UM en la actualidad constituyen el área de primer contacto y fuente primaria de atención médica de un hospital, el número de enfermos atendido en estos servicios se ha incrementado en más de 380%. Los índices de desarrollo muestran un incremento ininterrumpido, debido al avance en la tecnología médica, el incremento de la población urbana y la dificultad cada vez mayor para el contacto primario, así como el incremento en la incidencia de traumatismos y urgencias médicas principalmente cardiológicas. El crecimiento de la población mundial representa uno de los eventos fundamentales de nuestra época, por el problema de la subsistencia que ha generado la comunidad humana. En 1950 había 2500 millones de personas en el mundo, actualmente se calcula que hay aproximadamente 6000 millones de habitantes con un índice de crecimiento del 2%, el rápido crecimiento de la población agrava las diferencias económicas y la diversidad de aspectos de salud.

En los servicios de UM se da atención primordial a los enfermos en estado crítico durante las 24 horas del día, también se atiende a pacientes con patologías que sin ser graves en el 100% requieren de atención inmediata. El enfermo que acude a estos servicios es porque tiene un motivo real o imaginario y espera ser atendido con oportunidad y eficiencia, estos enfermos requieren de la detección de signos de alarma que diferencian la condición de urgencia que amenaza la vida de aquella que puede producir daño o invalidez permanente, dado que las patologías que

requieren atención de urgencia siguen aumentando cada vez más en mayor proporción, se hace necesario que en el servicio de urgencias se definan sus necesidades sociales así como la magnitud de servicio que pretenden brindar, contar con recursos humanos, físicos y materiales suficientes con infraestructura humana multidisciplinaria y tecnología apropiada, se requiere de personal médico capacitado, comprometido, con actitud de servicio para proporcionar atención continua de alta calidad, establecer un diagnóstico y tratamiento oportuno que nos permita disminuir los altos índices de mortalidad. El objetivo de UM es satisfacer al usuario en sus necesidades de salud, proporcionarle atención oportuna con responsabilidad, eficiencia y sentido humanista a través de los recursos disponibles, identificando tanto al que representa un alto riesgo como el que requiere canalizarlo oportunamente a niveles especializados de atención médica.

Emitir un diagnóstico de certeza durante las primeras horas de ingreso del paciente a un servicio de UM, es fundamental, para proporcionar el tratamiento adecuado, y como consecuencia disminuir la mortalidad y mejorar la calidad de vida. El médico del servicio de UM requiere de competencia y habilidad para la obtención de datos clínicos suficientes que le orientan y apoyan un diagnóstico en el menor tiempo posible auxiliado de estudios paraclínicos de los que puede disponer en dicho servicio como son: exámenes de laboratorio, algunos estudios de gabinete y en un hospital de tercer nivel el servicio de UM cuenta con la valoración y/o intervención de los subespecialistas. Se realizó este estudio para comparar la certeza diagnóstica que existe entre el diagnóstico de egreso del enfermo en UM al trasladarlo a hospitalización y el diagnóstico que emite el servicio al egreso del paciente, en este caso se correlacionó específicamente con el servicio de Medicina Interna. Se consideró al diagnóstico de egreso de MI como diagnóstico definitivo ya que es resultado del estudio integral del paciente.

Material y Métodos: Se estudió a la población que ingresó al servicio de UM del HGM y que fué trasladada al servicio de MI, se compararon los diagnósticos plasmados en las hojas de egreso de ambos servicios, el grupo etáreo, y las horas de estancia, los aciertos y errores de los diagnósticos sindromáticos y nosológicos. Los criterios de exclusión fueron los pacientes referidos a UM del hospital ya diagnosticados de la consulta externa, de especialidad o de

requieren atención de urgencia siguen aumentando cada vez más en mayor proporción, se hace necesario que en el servicio de urgencias se definan sus necesidades sociales así como la magnitud de servicio que pretenden brindar, contar con recursos humanos, físicos y materiales suficientes con infraestructura humana multidisciplinaria y tecnología apropiada, se requiere de personal médico capacitado, comprometido, con actitud de servicio para proporcionar atención continua de alta calidad, establecer un diagnóstico y tratamiento oportuno que nos permita disminuir los altos índices de mortalidad. El objetivo de UM es satisfacer al usuario en sus necesidades de salud, proporcionarle atención oportuna con responsabilidad, eficiencia y sentido humanista a través de los recursos disponibles, identificando tanto al que representa un alto riesgo como el que requiere canalizarlo oportunamente a niveles especializados de atención médica.

Emitir un diagnóstico de certeza durante las primeras horas de ingreso del paciente a un servicio de UM, es fundamental, para proporcionar el tratamiento adecuado, y como consecuencia disminuir la mortalidad y mejorar la calidad de vida. El médico del servicio de UM requiere de competencia y habilidad para la obtención de datos clínicos suficientes que le orientan y apoyan un diagnóstico en el menor tiempo posible auxiliado de estudios paraclínicos de los que puede disponer en dicho servicio como son: exámenes de laboratorio, algunos estudios de gabinete y en un hospital de tercer nivel el servicio de UM cuenta con la valoración y/o intervención de los subespecialistas. Se realizó este estudio para comparar la certeza diagnóstica que existe entre el diagnóstico de egreso del enfermo en UM al trasladarlo a hospitalización y el diagnóstico que emite el servicio al egreso del paciente, en este caso se correlacionó específicamente con el servicio de Medicina Interna. Se consideró al diagnóstico de egreso de MI como diagnóstico definitivo ya que es resultado del estudio integral del paciente.

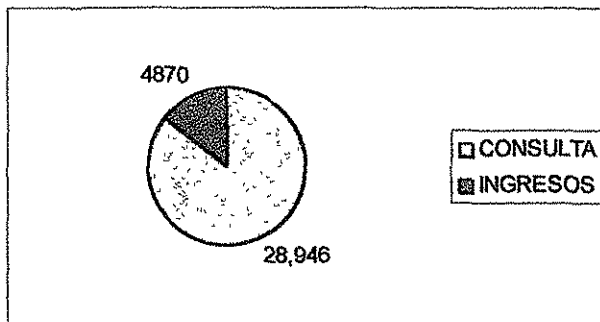
Material y Métodos: Se estudió a la población que ingresó al servicio de UM del HGM y que fué trasladada al servicio de MI, se compararon los diagnósticos plasmados en las hojas de egreso de ambos servicios, el grupo etéreo, y las horas de estancia, los aciertos y errores de los diagnósticos sindromáticos y nosológicos. Los criterios de exclusión fueron los pacientes referidos a UM del hospital ya diagnosticados de la consulta externa, de especialidad o de

otro hospital y aquellos en los que no se pudo establecer la relación de diagnósticos entre ambos servicios.

El diagnóstico de certeza se consideró aquel que fue basado en manifestaciones, signos clínicos y que se apoyan en exámenes de laboratorio que incluyeron Biometría Hemática (BH), Química Sanguínea (QS), Electrolitos Séricos (ES), Tiempos de coagulación (TP Y TPT), Pruebas de funcionamiento hepático (PFH), Exámen General de Orina (EGO), urocultivo, Gasometría arterial (GA), Enzimas cardíacas (EC), estudios radiológicos simples (Rxs) y contrastados (Rxc); los estudios de gabinete incluyeron: electrocardiograma (EKG), tomografía axial computada (TAC), ultrasonido (USG), y endoscopia; en hospitalización Resonancia Magnética y en casos que lo ameritaban se realizaron estudios histopatológicos.

Resultados: durante el año de 1997 se otorgaron 232,138 consultas de primera vez; 307,619 consultas subsecuentes, y 28,946 consultas de urgencias, haciendo un total de 568,703 consultas; y un total de 33,522 egresos hospitalarios. De las 28,946 consultas vistas en Urgencias ingresaron 4870 pacientes al servicio de UM, de los cuales fallecieron 342 y se egresaron a domicilio 686, de los restantes 1345 ingresaron a cargo de Cirugía General, y 2497 a cargo de MI.

Gráfico No. 1, POBLACION QUE FUE VISTA EN UM Y QUE FUE INGRESADA AL MISMO SERVICIO.



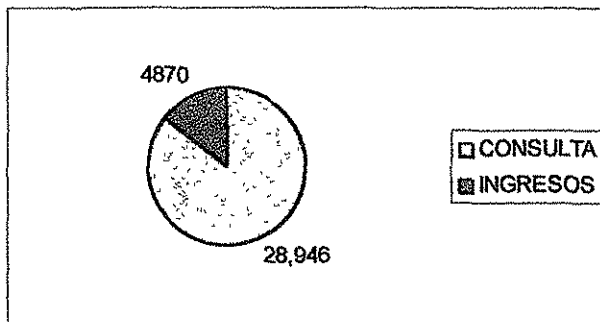
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

otro hospital y aquellos en los que no se pudo establecer la relación de diagnósticos entre ambos servicios.

El diagnóstico de certeza se consideró aquel que fue basado en manifestaciones, signos clínicos y que se apoyan en exámenes de laboratorio que incluyeron Biometría Hemática (BH), Química Sanguínea (QS), Electrolitos Séricos (ES), Tiempos de coagulación (TP Y TPT), Pruebas de funcionamiento hepático (PFH), Exámen General de Orina (EGO), urocultivo, Gasometría arterial (GA), Enzimas cardíacas (EC), estudios radiológicos simples (Rxs) y contrastados (Rxc); los estudios de gabinete incluyeron: electrocardiograma (EKG), tomografía axial computada (TAC), ultrasonido (USG), y endoscopia; en hospitalización Resonancia Magnética y en casos que lo ameritaban se realizaron estudios histopatológicos.

Resultados: durante el año de 1997 se otorgaron 232,138 consultas de primera vez; 307,619 consultas subsecuentes, y 28,946 consultas de urgencias, haciendo un total de 568,703 consultas; y un total de 33,522 egresos hospitalarios. De las 28,946 consultas vistas en Urgencias ingresaron 4870 pacientes al servicio de UM, de los cuales fallecieron 342 y se egresaron a domicilio 686, de los restantes 1345 ingresaron a cargo de Cirugía General, y 2497 a cargo de MI.

Gráfico No. 1, POBLACION QUE FUE VISTA EN UM Y QUE FUE INGRESADA AL MISMO SERVICIO.

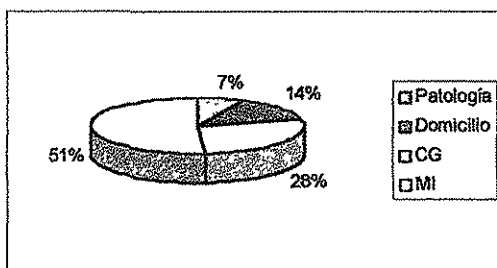


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No. 1 DISTRIBUCION DE LA POBLACION QUE INGRESO A URGENCIAS EN 1997

DESTINO	POBLACION	%
Patología	342	7
Domicilio	686	14
CG	1345	27.6
MI	2497	51.2
TOTAL	4870	99.8

Gráfica No.2 DESTINO Y PORCENTAJE DE LA POBLACION QUE INGRESO A URGENCIAS EN 1997.



Los servicios de subespecialidades ingresaron a hospitalización el 43.89% y el 56.1% se trasladó a hospitalización de MI, de los pacientes trasladados a MI se excluyeron 430. Nuestro grupo de estudio reunió a 971 pacientes. Se tomó una muestra representativa para obtener las horas de estancia, de un total de 312 pacientes se seleccionaron a 156 en forma alterna.

Cuadro No. 2. DESTINO DE LOS PACIENTES A CARGO DE MI

DESTINO	POBLACION	%
Medicina Interna	1401	56.1
Subespecialidad	1096	43.89
TOTAL	2497	99.9

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

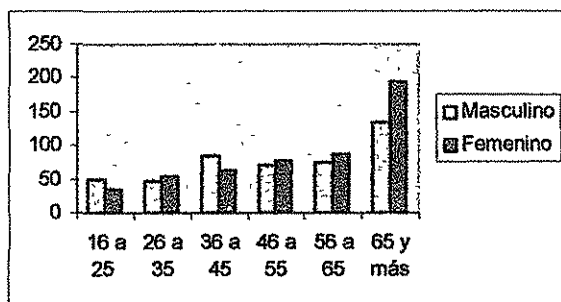
Diseño de estudio: es un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal.

Resultados: en la distribución por edad y sexo se observó predominio del sexo femenino con excepción del grupo de edad de 36 a 45 años

Cuadro No 3. DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.

SEXO	GRUPOS DE EDAD						TOTAL
	16 a 25	26 a 35	36 a 45	46 a 55	56 a 65	65 y más	
Masculino	48	47	85	69	74	134	457
Femenino	36	54	64	78	87	195	514
TOTAL	84	101	149	147	161	329	971

Gráfica No. 3



Se obtuvo en promedio 19. hr de estancia para el servicio de Urgencias y 12 días que equivale a 288 hrs en el servicio de MI.

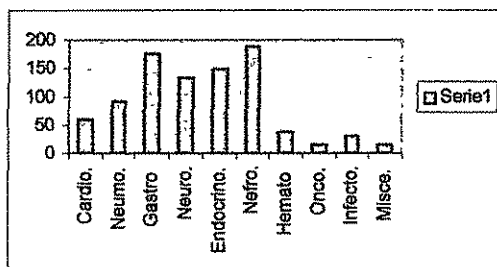
La concordancia diagnóstica en las diferentes áreas de la MI se muestra en el cuadro No.4. El grupo de enfermedades Miscelaneas incluye enfermedades del tejido conectivo, dermatológicas intoxicaciones, y padecimientos vasculares.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No. 4 CONCORDANCIA DIAGNOSTICA POR GRUPOS DE PADECIMIENTOS.

PADECIMIENTOS	DIAGNOS. ERRONEO	DIAGNOS. CERTEZA	TOTAL	% DE CERTEZA
Cardiológicos	13	60	73	82.1
Neumológicos	11	92	103	89
Gastroenterológicos	15	176	191	92.1
Neurológicos	16	134	150	89.3
Endocrinológicos	3	147	150	98
Nefrológicos	3	187	190	98.4
Hematológicos	6	37	43	86
Oncológicos	2	16	18	88.8
Infectocontagiosos	5	29	34	85.2
Miscelaneas	4	15	19	78.9
TOTAL	78	893	971	91.9

Gráfica No.4



La concordancia diagnóstica por subgrupos en cada uno de los diferentes padecimientos se muestra de los cuadros No. 5 al 14 De los padecimientos cardiológicos el primer motivo de internamiento fue la Insuficiencia Cardíaca y en este padecimiento hubo mayor incidencia de errores. Los padecimientos de Cardiopatía Isquémica son trasladados en su mayoría a la unidad de cuidados intensivos coronarios, por lo que esta población no se incluyó en el estudio

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No. 5 CONCORDANCIA DIAGNOSTICA EN LOS PADECIMIENTOS CARDIOLÓGICOS

PADECIMIENTOS	DIAGNOS ERRONEO	DIAGNOS CERTEZA
Trastornos del ritmo	1	15
Insuficiencia cardíaca	5	24
Crisis hipertensiva	1	10
Cardiopatía Isquémica	3	4
Valvulares	2	5
Otros	1	2
TOTAL	13	60

De los padecimientos neumológicos el subgrupo con ingresos más frecuentes lo constituyeron las neumonías y en donde hubo mayor índice de errores fue el formado por Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica (EPOC)

Cuadro No.6 CONCORDANCIA DIAGNOSTICA POR SUBGRUPOS EN PADECIMIENTOS NEUMOLÓGICOS

PADECIMIENTOS	DIAGNOS. ERRONEO	DIAGNOS CERTEZA
Neumonía	3	44
EPOC	4	17
Cor pulmonale	1	9
Asma	1	12
Tb. pulmonar	2	6
Otros	0	4
TOTAL	11	92

En los padecimientos gastroenterológicos la primera causa de internamiento la constituyó el Sangrado de tubo digestivo alto (STDA) , con 6 errores diagnósticos

ESTE TEXTO NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Cuadro No 7 CONCORDANCIA DIAGNOSTICA POR
SUBGRUPOS EN PADECIMIENTOS
GASTROENTEROLOGICOS

PADECIMIENTOS	DIAGNOS. ERRONEO	DIAGNOS CERTEZA
Sangrado de tubo D Alto	6	89
Encefalopatía Hepática	1	30
Sangrado de tubo D. Bajo	0	4
Afección Hepática	5	38
Hipertensión Portal	1	4
Sx. doloroso abdominal	2	11
TOTAL	15	176

De los padecimientos neurológicos la primera causa de internamiento fué la Enfermedad Vasculat Cerebral (EVC) y por consiguiente también donde hubo mayores errores

Cuadro No 8 CONCORDANCIA DIAGNOSTICA POR
SUBGRUPOS EN PADECIMIENTOS NEUROLOGICOS

PADECIMIENTOS	DIAGNOS ERRONEO	DIAGNOS. CERTEZA
Enfermedad Vasculat Cerebral	8	96
Cráneo hipertensivo y Meningoencefalitis	4	8
Encefalopatía Metabólica	0	9
Crisis convulsivas	2	13
Tumores	0	0
Otros	2	8
TOTAL	16	134

De los padecimientos endocrinológicos el más frecuente fué la Diabetes Melitus, con mayores aciertos.

Cuadro No 9 CONCORDANCIA DIAGNOSTICA POR
SUBGRUPOS EN PADECIMIENTOS
ENDOCRINOLOGICOS

PADECIMIENTOS	DIAGNOS ERRONEO	DIAGNOS. CERTEZA
Diabetes Mellitus	3	140
Afección de Suprarrenales	0	1
Afección Tiroidea	0	2
Desequilibrio Hidroelectrolítico.	0	4
TOTAL	3	147

De los padeciemitnos nefrológicos la primera causa de internamiento fue Insuficiencia Renal Crónica, con gran índice de aciertos

Cuadro No 10 CONCORDANCIA DIAGNOSTICA POR SUBGRUPOS
EN LOS PADECIMIENTOS NEFROLOGICOS

PADECIMIENTOS	DIAGNOS ERRONEO S	DIAGNOS. CERTEZA
Insuficiencia renal crónica	1	182
Sx nefrótico	0	1
Pielonefritis y abscesos	1	3
Insuficiencia renal aguda	1	1
TOTAL	3	187

De los padecimientos hematológicos el más frecuente fue la Púrpura Trombocitopénica con mayores aciertos

Cuadro No 11 CONCORDANCIA DIAGNOSTICA POR SUBGRUPOS EN PADECIMIENTOS HEMATOLOGICOS

PADECIMIENTOS	DIAGNOS ERRONEO	DIAGNOS CERTEZA
Púrpura trombocitopénica	0	7
Síndrome Linfoprolifera- tivo y Linfoma	1	5
Sx anémico	2	6
Anemia Aplásica	0	9
Síndrome Mieloprolifera- tivo y Leucemia	2	8
Otros	1	2
TOTAL	6	37

De los padecimientos oncológicos el más frecuente fue el cáncer (Ca) cervico- uterino

Cuadro 12 CONCORDANCIA DIAGNOSTICA POR SUBGRUPOS EN PADECIMIENTOS ONCOLOGICOS

PADECIMIENTOS	DIAGNOS ERRONEO	DIAGNOS CERTEZA
Ca. Cérvico-uterino	0	3
Ca de mama	0	0
Ca. de Bronquios y pulmón	0	4
Ca. de Tubo digestivo	2	2
Ca de riñon	0	1
Otros	0	6
TOTAL	2	16

De los padecimientos infecto contagiosos el más frecuente fue el absceso hepático con mayor número de aciertos

Cuadro No 13 CONCORDANCIA DIAGNOSTICA POR SUBGRUPOS EN PADECIMIENTOS INFECCIOSOS

PADECIMIENTOS	DIAGNOS. ERRONEO	DIAGNOS. CERTEZA
Absceso Hepático y vías Biliares	1	14
Tejidos blandos	1	5
Gastroenteritis Infecciosa	2	9
Sx febril	1	
HIV	0	1
TOTAL	5	29

De los padecimientos miscelaneos el más frecuente fueron las enfermedades de tejido conectivo con mayores errores

Cuadro No 14 CONCORDANCIA DIAGNOSTICA POR SUBGRUPOS EN PADECIMIENTOS MISCELANEOS

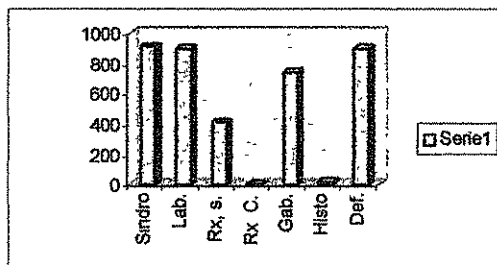
PADECIMIENTOS	DIAGNOS. ERRONEOS	DIAGNOS. CERTEZA
Insuf Venosa y trombosis	1	1
Dermatológicos	0	2
Tejido conectivo	3	9
Intoxicaciones	0	3
TOTAL	4	15

El diagnóstico definitivo fue acertado en base a conocimientos clínicos y a exámenes de laboratorio, de los estudios de gabinete que más se tomó (en el 70% de la población) fue el EKG. La distribución por concordancia solo en diagnósticos sindromáticos y por exámenes de laboratorio, radiológicos de gabinete e Histopatológicos se muestra en el cuadro No 15 los estudios de TAC , USG y Endoscopia se encuentran disponibles para el servicio de Urgencias

Cuadro No. 15. CONCORDANCIA EN DIAGNOSTICOS SINDROMATICOS Y EN BASE A ESTUDIOS PARACLINICOS.

TIPO DE ESTUDIO	ERRONEO	CERTEZA	TOTAL	%CERTEZA
Sindromes	43	907	950	95.4
Laboratorio	78	893	971	91.6
Rx. Simple	34	409	443	92.3
Rx. Contrastados	1	1	2	50
Gabinete	41	734	775	94.7
Histopatológicos	4	18	22	81.8
Dx, definitivo	78	893	971	91.6

Gráfica No.5



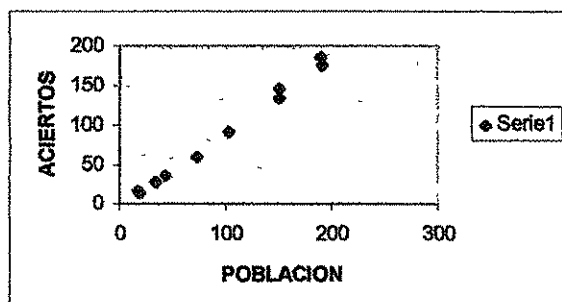
Análisis : Análisis de correlación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No.16. CUADRO DE No. DE ACIERTOS CON RESPECTO A LA POBLACION CORRESPONDIENTE POR GRUPOS DE PADECIMIENTOS.

PADECIMIENTO	POBLACION	ACIERTOS
Oncologico	18	16
Miscelanea	19	15
Infectocontagioso	34	29
Hematológico	43	37
Cardio.	73	60
Neumológico	103	92
Neuro.	150	134
Endocrinológico	150	147
Nefrológico	190	187
Gastroenterológico	191	176
TOTAL	971	893

Gráfica No.6 DIAGRAMA DE ESPARCIMIENTO.



De acuerdo con el resultado del diagrama se observa una recta ascendente, lo que indica que a valores crecientes de la población encontramos aumento en el índice de aciertos, por lo que existe una correlación positiva entre los diagnósticos de egreso de Urgencias y los diagnósticos de egreso de MI. Se obtiene el grado de correlación que expresa que tanta relación existe entre una variable y la otra, expresado mediante un coeficiente (r), si $r=-1$ hay una relación negativa perfecta, si $r=+1$ existe una correlación positiva perfecta; $r=0$ no existe correlación.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

$$r = \frac{n(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{(n(\sum X^2) - (\sum X)^2)(n(\sum Y^2) - (\sum Y)^2)}}$$

$r = 0.325$ por lo que es una correlación débil.

Conclusiones: de la población atendida en el servicio de UM en el año de 1977 ingresó el 17%, indica que la mayor parte de las consultas otorgadas en este servicio no constituyen urgencias reales. De los enfermos hospitalizados falleció el 7%, el 14% se egreso a domicilio, el 28% fue visto por CG, y el resto aproximadamente el 51 % por MI. De este último grupo el 56% se trasladó a hospitalización a cargo de MI y el 43.8% a Subespecialidades, lo que representa que poco menos de la mitad de los pacientes no fueron incluidos.

El índice de diagnósticos de certeza es favorecido por la valoración de los servicios de subespecialidad que participan como interconsultantes al servicio de UM y confirman diagnósticos con estudios de gabinete específicos. Se realizaron estudios de gabinete cuando se consideraron indicados o necesarios.

El sexo femenino predominó en todos los grupos de edad a excepción de 36 a 45 años, y el grupo de mayor población fue el de sujetos mayor a 65 años. El promedio de estancia de UM fue de 19 hrs, tiempo en el que se estabiliza y supera el estado crítico de los pacientes antes de ser trasladados, el tiempo de promedio de estancia en el servicio de MI fue de 12 días que equivale a 288 hrs.

La concordancia diagnóstica fue del 91.9% con los diagnósticos definitivos otorgados por Hospitalización de MI, de los padecimientos el más acertado fue para el grupo de los nefrológicos con 98.4% debido a que el mayor porcentaje de la población en este grupo ingresó por Insuficiencia Renal Crónica terminal con síndrome urémico, desequilibrio ácido base, kalocitosis, retención hídrica y edema agudo pulmonar con requerimiento de diálisis peritoneal urgente en su mayoría, el segundo grupo en certeza diagnóstica fue el endocrinológico con 98%, encabezado por la Diabetes Mellitus y sus descompensaciones agudas padecimientos que son detectados clínicamente y corroborados por exámenes de laboratorio, explicable por ser la Diabetes

$$r = \frac{n(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{(n(\sum X^2) - (\sum X)^2)(n(\sum Y^2) - (\sum Y)^2)}}$$

$r = 0.325$ por lo que es una correlación débil.

Conclusiones: de la población atendida en el servicio de UM en el año de 1977 ingresó el 17%, indica que la mayor parte de las consultas otorgadas en este servicio no constituyen urgencias reales. De los enfermos hospitalizados falleció el 7%, el 14% se egreso a domicilio, el 28% fue visto por CG, y el resto aproximadamente el 51 % por MI. De este último grupo el 56% se trasladó a hospitalización a cargo de MI y el 43.8% a Subespecialidades, lo que representa que poco menos de la mitad de los pacientes no fueron incluidos.

El índice de diagnósticos de certeza es favorecido por la valoración de los servicios de subespecialidad que participan como interconsultantes al servicio de UM y confirman diagnósticos con estudios de gabinete específicos. Se realizaron estudios de gabinete cuando se consideraron indicados o necesarios.

El sexo femenino predominó en todos los grupos de edad a excepción de 36 a 45 años, y el grupo de mayor población fue el de sujetos mayor a 65 años. El promedio de estancia de UM fue de 19 hrs, tiempo en el que se estabiliza y supera el estado crítico de los pacientes antes de ser trasladados, el tiempo de promedio de estancia en el servicio de MI fue de 12 días que equivale a 288 hrs.

La concordancia diagnóstica fue del 91.9% con los diagnósticos definitivos otorgados por Hospitalización de MI, de los padecimientos el más acertado fue para el grupo de los nefrológicos con 98.4% debido a que el mayor porcentaje de la población en este grupo ingresó por Insuficiencia Renal Crónica terminal con síndrome urémico, desequilibrio ácido base, kalocitosis, retención hídrica y edema agudo pulmonar con requerimiento de diálisis peritoneal urgente en su mayoría, el segundo grupo en certeza diagnóstica fue el endocrinológico con 98%, encabezado por la Diabetes Mellitus y sus descompensaciones agudas padecimientos que son detectados clínicamente y corroborados por exámenes de laboratorio, explicable por ser la Diabetes

Mellitus una de las prietas causas de morbilidad y mortalidad de la población por lo que ha dado mayor experiencia en su diagnóstico y tratamiento

Las enfermedades Miscelaneas ocuparon mayor margen de error con 78.9% de certeza diagnóstica, destacando enfermedades del tejido conectivo; el segundo grupo con mayor índice de error en la certeza diagnóstica fue el de los padecimientos cardiológicos encabezado por la Insuficiencia Cardíaca.

La concordancia para el diagnóstico fue del 91.6%, basado en clínica, exámenes de laboratorio, las Rx simples y el EKG estudios rutinarios en el servicio de urgencias

Se muestra una correlación debil de 0.3 entre la población y la certeza diagnóstica, por ser el diagnóstico clínico fundamentado en el conocimiento científico se considera causa-efecto, y es de esperarse que al aumentar los ingresos aumenten tanto la certeza diagnóstica, como los errores diagnósticos por lo que el porcentaje nos revela una situación más real y en este estudio fue satisfactoria la correlación clínico - diagnóstica

REFERENCIAS.

Libretas de Ingresos y Egresos del servicio de Urgencias Médico Quirúrgicas de 1997

Expedientes clínicos correspondientes a los casos seleccionados

Moreno Laura, Factores de riesgo en la comunidad II, UNAM, México 1991

Moreno L , Gomez C., López S Factores de riesgo en la comunidad III UNAM México 1990