

11227



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.

"CONCORDANCIA CLINICO-DIAGNOSTICA ENTRE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y MEDICINA INTERNA".

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
CARRANZA ESQUERRE

T E S I S

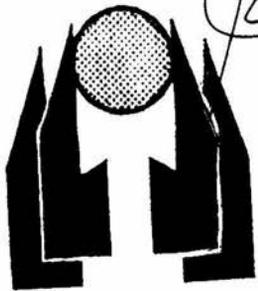
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

P R E S E N T A :
DR. ENRIQUE QUEZADA PEREZ



DIRECCION DE ENSEÑANZA

ASESOR: DRA. MARIA DE LA LUZ CASTILLO AYOMETZI
PROFESOR TITULAR: DR. CESAR RIVERA BENITEZ



MÉXICO, D. F.

2004



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).

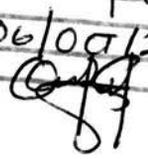
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

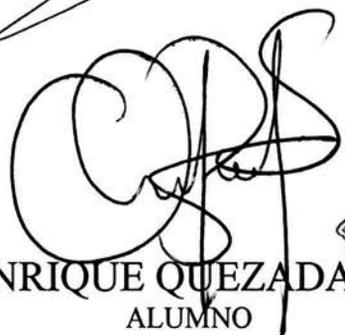
NOMBRE: Enrique Quezada Róez

FECHA: 06/07/2004

FIRMA: 


20 - septiembre - 2004
DRA. MARÍA DE LA LUZ CASTILLO
AYOMETZI
ASESOR DE TESIS


DR. CESAR RIVERA BENITEZ
TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO DE MEDICINA INTERNA


DR. ENRIQUE QUEZADA PÉREZ
ALUMNO




SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

CONCORDANCIA CLÍNICO-DIAGNÓSTICA ENTRE LOS
SERVICIOS DE URGENCIAS Y MEDICINA INTERNA

DR. ENRIQUE QUEZADA PÉREZ.

DRA. MARÍA DE LA LUZ CASTILLO AYOMETZI.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Definir la Medicina resulta difícil ya que es una actividad humana compleja, con múltiples facetas.

A continuación se hace referencia de la definición de Walsh McDermott quién destaca las nociones básicas: “ La Medicina no es una ciencia sino una profesión docta profundamente arraigada en varias ciencias y que tiene la obligación de aplicarlas para beneficio del hombre”.

La Medicina originalmente identificada con la curación de las enfermedades es hoy en día todo un universo: a la vez ciencia natural, ciencia social, con raíces biológicas, pero también psicológicas y culturales, producto de la inteligencia y la técnica pero que se vale de la magia, la intuición y el azar. La Medicina no puede verse solo como biología o química, si no como una disciplina que conjuga todas las que tienen que ver con el hombre, sano y enfermo (1).

Existe una diversidad de actividades que desarrollan actualmente los médicos atribuyéndose el término de “clínicos” a quienes se dedican a la atención de pacientes.

El término clínica etimológicamente se refiere a la cama en la que están postrados los enfermos, se originó ante la cama del enfermo sin embargo se ha extendido muy lejos de ella.

Como sustantivo se refiere a una parte de la Medicina y un local para ejercerla y como adjetivo a todo lo referente a la Medicina práctica en su concepción tradicional.

(1). Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg.

El diccionario de La Real Academia de la lengua define a la clínica como “la parte práctica de la Medicina” que en una concepción amplia y moderna incluye el estudio ordenado y sistemático de las diversas manifestaciones de las enfermedades mediante el interrogatorio, examen físico y/o procedimientos auxiliares con el propósito de precisar un diagnóstico, establecer un pronóstico y aplicar un tratamiento adecuado al enfermo.

El interrogatorio comprende la habilidad de entablar una relación adecuada con el enfermo, ganarse su confianza para obtener información completa, fidedigna y relevante, identificar los síntomas de la enfermedad ó enfermedades y apreciarlos en su magnitud e importancia, este proceso de indagación sirve de base en la mayor parte de nuestros juicios clínicos y es el primer acto médico que conduce al diagnóstico.

La información puede ser obtenida directamente con el paciente (interrogatorio directo) o a través de algún familiar o persona cercana (interrogatorio indirecto) o ambos, este siempre debe permitir que el enfermo exponga con libertad sus molestias, sin prisas, con detención y cuando al paciente se le dificulte debe intervenir el médico través del interrogatorio dirigido con la finalidad de aclarar y completar lo expuesto. Una buena anamnesis representa la mitad del diagnóstico (Korner, 1967).

El *médico clínico* inicia el examen físico invariablemente con sus “cinco sentidos” de manera sistematizada, en busca de comprobar las posibles alteraciones orgánicas obtenidas por el interrogatorio y que fundamenten o fortalezcan su orientación diagnóstica.

El término Medicina Interna fue acuñado por el profesor Friedrich en el primer congreso internacional de Medicina de Wiesbaden en 1882, para designar a una Medicina caracterizada por el más alto nivel científico, basada en la investigación clínica y experimental y aplicada en la práctica con una visión panorámica del enfermo.

La definición moderna de la Medicina Interna se debe a William Osler, el promotor de ella en Johns Hopkins quien la definió como aquella parte de la Medicina que se separa de la cirugía, la ginecología y la obstetricia , señaló (1887) que no es una especialidad propiamente dicha ya que engloba un grupo de ellas, tomando fundamentalmente en consideración el tipo de procedimientos terapéuticos que las caracterizan.

Sin embargo la Medicina Interna no nació de la nada. Hace dos siglos se mantuvieron los nombres de “Clínica Interna y Patología Interna” entre las asignaturas de las escuelas de Medicina, y la de México no fue la excepción.

En el Hospital General de la Ciudad de México, fundado en 1905, se tomaba en cuenta el anterior concepto al establecer un departamento de Medicina que estuvo a cargo del Dr. José Olvera.

El Hospital General fue el centro por excelencia de la Medicina Interna mexicana, se caracterizo su escuela por una gran calidad clínica, fue en él en donde se paso gradualmente en la década del novecientos veinte, de la exploración que solamente se basaba en el empleo de los sentidos a aquella que fue incorporando poco a poco algunos instrumentos auxiliares en el diagnóstico.

La multiplicación de los conocimientos médicos, especialmente de la fisiología fue tal que en 1935 se fundó una Sociedad Mexicana de Medicina Interna que agrupaba a especialistas en Medicina propiamente dicha, Cardiología, Dermatología y Psiquiatría. Un año después se estableció un consejo de certificación de la especialidad en los Estados Unidos.

La conversión del pabellón 9 del Hospital General en Hospital de Enfermedades de la Nutrición fue un elemento muy importante en la redefinición de la Medicina Interna pues, aunque el nuevo Hospital tuvo que incorporar disciplinas quirúrgicas, ha logrado a través de los años agrupar a las nacientes especialidades médicas. El esquema adoptado en 1946 de atender a los enfermos sin que se les adscribiera a ninguna especialidad en particular rindió excelentes resultados, permitiendo que desde entonces se estableciera también una residencia en Medicina Interna.

Durante los siguientes años fueron abiertos cursos similares en el Hospital General de Centro Médico Nacional y el de la Raza, ambos del IMSS, y en el Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE.

De modo que en 1967 la facultad de Medicina de la UNAM incorporo a sus cursos de especialización el de Medicina Interna, fueron los cuatro citados los que proporcionaron el modelo de programa y los primeros en afiliarse. Para 1973 eran ya 11 las sedes. De gran importancia fueron la creación de la Asociación Mexicana de Medicina Interna en 1974 y del consejo correspondiente un año después.

En la actualidad se pueden distinguir en la práctica médica del internista tres funciones profesionales sustantivas: la prestación de atención médica, el desarrollo de investigación y las actividades educativas, todas ellas con calidad, prontitud, eficacia y eficiencia. Estas tres funciones conforman un ejercicio profesional en el cuál la atención médica da origen y razón de ser a la investigación y la función educativa representa el vehículo que permite la integración constante.

El internista se desempeña actualmente en la atención de enfermos en el hospital, en consulta externa y en la atención domiciliaria. A nivel hospitalario ejerce de manera más frecuente en el segundo nivel de atención, donde son internados los enfermos con los problemas de salud más comunes.

Es responsable del cuidado integral del paciente con un marco en el que maneja la mayor parte de los problemas, siendo el principal o único responsable. En el tercer nivel participa en la atención, diagnóstico y tratamiento de enfermos con problemas de salud de baja incidencia epidemiológica, con afección multisistémica o con enfermedades de comorbilidad a la vez.

En esos mismos niveles de atención resulta trascendente la participación del internista en la consulta externa, la cuál se extiende al domicilio del enfermo. En algunos casos el internista se convierte en interconsultante, ya que apoya a grupos médicos en la atención de enfermos que presentan problemas especiales de participación multidisciplinaria, gravedad especial ó que se encuentran fuera de la especialidad del médico que tiene la responsabilidad primaria.

La participación del internista en investigación se realiza en los servicios de Medicina Interna, ya que es el área de investigación más natural, más espontánea e integral con el objetivo de descubrir nuevos conocimientos que tengan utilidad productiva, práctica contribuyendo al bienestar de la población.

La actividad docente es uno de los objetivos principales del internista, caracterizado por su compromiso constante con los médicos en formación con el paciente mismo, para lograr una atención integral. La educación del internista se puede clasificar en tres fases: 1) formación de pregrado o periodo de licenciatura; 2) periodo de postgrado o de formación de especialistas y 3) formación médica continua.

La actuación del internista en los servicios de urgencias le ha brindado el desarrollo de habilidades y destrezas en la toma de decisiones apegadas a la Norma Oficial Mexicana (N.O.M.) en la integración de los síntomas y signos con rapidez y precisión. Los servicios de urgencias constituyen un área crítica de un hospital, durante las 24 horas del día el servicio de urgencias atiende múltiples problemas agudos que, sin ser graves, requieren atención inmediata con o sin hospitalización. Tiene dos componentes básicos en su actuar: una dedicada a la atención inmediata de pacientes externos y otra que brinda asistencia inicial a pacientes con alteraciones agudas severas que requieren hospitalización y en la que se decide el tratamiento adecuado y la zona de internamiento correspondiente.

Un servicio de urgencias debe de contar con personal médico y paramédico adiestrados en la atención inicial de cualquier tipo de urgencia, instalaciones apropiadas que permitan una atención adecuada, ágil e integral al paciente así como con servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento disponibles (laboratorio, radiología, banco de sangre entre otros).

Emitir un diagnóstico en el primer contacto de atención con el paciente es fundamental, ya que de este dependerá su ingreso o la toma de decisiones que de él se desprendan así como su fundamentación diagnóstica sustentada a través de la historia clínica integrándose diagnósticos sindromáticos, nosológicos y en la medida de lo posible etiológicos, siendo a la brevedad posible protocolizada su confirmación.

Al egreso de Medicina Interna de un tercer nivel de atención, al paciente se le consigna un diagnóstico que se considera en la mayoría de los casos “de certeza” ya que es fundamentado o comprobado con parámetros clínicos, de laboratorio, de gabinete e histopatológicos.

Existen enfermos en el segundo nivel de atención cuya patología o patologías no permiten emitir un diagnóstico de certeza por requerir estudios de laboratorio y gabinete específicos o de tecnología de punta con los cuáles el internista no llega a contar habitualmente.

Consideramos de interés el presente estudio por que permite demostrar la trascendencia de la atención médica desde el primer contacto con el enfermo, derivando de está la toma de decisiones, cuando un enfermo es hospitalizado confiere la responsabilidad de integrar un diagnóstico en los servicios de urgencias a la brevedad posible con base en la realización de la historia clínica lo mas completa posible apegados a la Norma Oficial Mexicana (NOM) aunque en la mayoría de los casos limitados a un mínimo de información derivada del estado de salud del enfermo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Es concordante el diagnóstico emitido a un paciente al ingresar al servicio de urgencias que al egreso de Medicina Interna?

OBJETIVO GENERAL

Demostrar que el diagnóstico de ingreso al servicio de urgencias es concordante con el diagnóstico de egreso de Medicina Interna.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.1 Realizar una comparación entre el diagnóstico clínico de ingreso a urgencias con el diagnóstico de egreso de Medicina Interna.
- 1.2 Establecer la significancia estadística entre el diagnóstico de ingreso a urgencias y el diagnóstico de egreso de Medicina Interna.

HIPÓTESIS

“El diagnóstico de ingreso a Urgencias es concordante con el diagnóstico de egreso de Medicina Interna”

PROGRAMA DE TRABAJO

Materiales.

Expediente clínico del archivo central del Hospital General.

Criterios de inclusión.

1. Pacientes de ambos sexos que egresaron de Medicina Interna ingresados a través del servicio de urgencias adultos, en el periodo comprendido entre el 01 de Enero de 2003 al 31 de Diciembre de 2003.

Métodos.

1. Fuente: número(s) de expediente(s) de la libreta control de ingresos y egresos de urgencias de los pacientes que ingresaron a Medicina Interna.

2. Revisión de expedientes seleccionados registrando el diagnóstico clínico principal de ingreso a urgencias de la nota inicial formulada de acuerdo a la N.O.M. así como el diagnóstico principal de egreso del servicio de Medicina Interna obtenido de la nota de egreso de tal servicio.

RESULTADOS

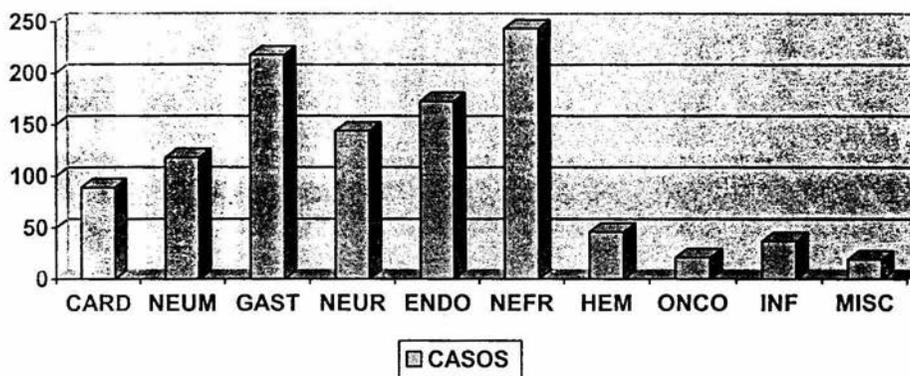
Se obtuvo una muestra de expedientes tomados de la libreta control de ingresos, registrando los egresos de Urgencias a los servicios de Medicina Interna con un total de 1109 expedientes entre el 01 de Enero y el 31 de Diciembre de 2003, el promedio de edad de los pacientes fue de 53 años, el 52.2% fueron mujeres y el 47.8% fueron hombres

En la tabla 1 se muestra el número de casos por grupos de enfermedades así como el porcentaje de las mismas, graficadas a continuación (Gráfica 1).

Tabla 1. Número de casos y % por grupo de enfermedad

ENFERMEDADES	CASOS	PORCENTAJE
CARDIOLÓGICOS	89	8%
NEUMOLÓGICOS	118	10.6%
GASTROENTEROLÓGICOS	218	19.6%
NEUROLÓGICOS	144	12.9%
ENDOCRINOLÓGICOS	173	15.6%
NEFROLÓGICOS	244	22%
HEMATOLÓGICOS	46	4.1%
ONCOLÓGICOS	21	1.9%
INFECTOCONTAGIOSOS	37	3.3%
MISCELANEOS	19	1.7%
TOTAL	1109	100%

Gráfica 1. Número de casos por Grupo de Enfermedad

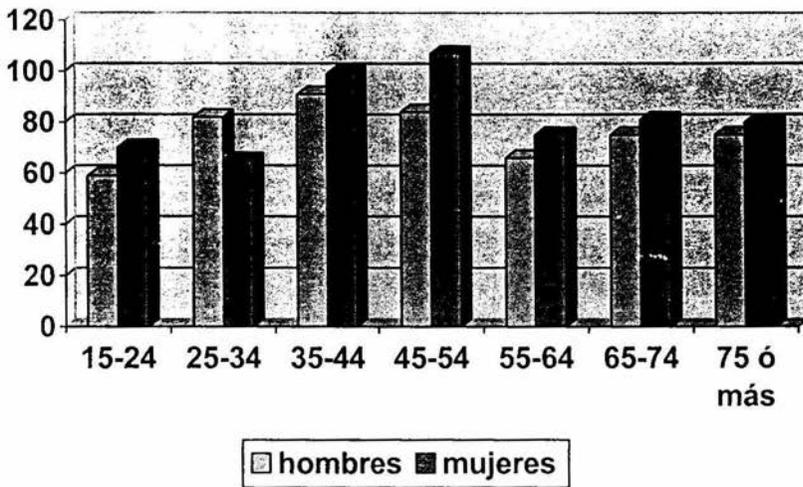


A continuación se presenta en la tabla 2 a los pacientes por grupo de edad, graficándose a continuación, divididos por género.

Tabla 2. Pacientes por grupo de edad.

Edad 15-24		Edad 25-34		Edad 35-44		Edad 45-54		Edad 55-64		Edad 65-74		Edad 75 ó más	
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
59	70	82	65	91	99	84	107	66	75	75	81	75	80
129		147		190		191		141		156		155	

Gráfico 2. Pacientes por grupo de edad



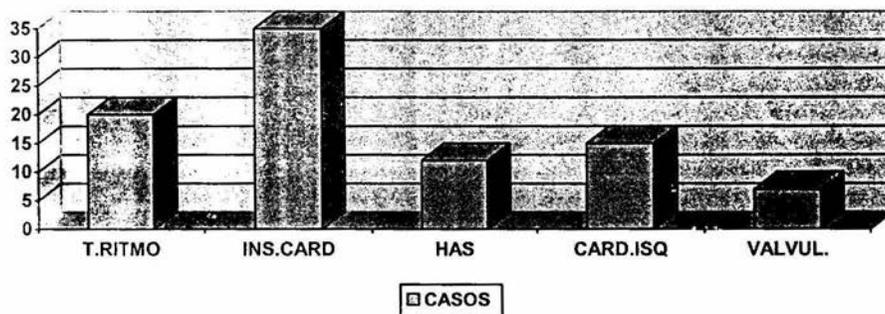
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Las enfermedades cardiovasculares se han convertido en uno de los grupos principales de morbilidad y mortalidad ocupando en nuestro país la primera causa de muerte en pacientes adultos y de la tercera edad. Se incluyeron 5 grupos de enfermedades. El grupo de trastornos del ritmo se conformo por arritmias supraventriculares y arritmias ventriculares, ocupando el primer lugar en frecuencia las arritmias supraventriculares con un total de 18 diagnósticos de fibrilación auricular, solo 2 casos con diagnóstico de taquicardia ventricular. La crisis hipertensiva se presento en 12 pacientes, diez diagnosticados como emergencia hipertensiva y dos como urgencia hipertensiva. La cardiopatía isquémica se diagnóstico en 2 casos como infarto del miocardio, 11 casos como angina de esfuerzo y en 2 casos más como angina inestable. El grupo de enfermedades valvulares se integro con 7 casos de “cardiopatía de origen reumático”.

Tabla 3. Enfermedades Cardiovasculares.

ENFERMEDADES	NÚMERO DE CASOS
TRASTORNOS DEL RITMO	20
INSUFICIENCIA CARDÍACA	35
CRISIS HIPERTENSIVA	12
CARDIOPATIA ISQUÉMICA	15
VALVULOPATIAS	7
TOTAL	89

Gráfico 3. Enfermedades Cardiovasculares.



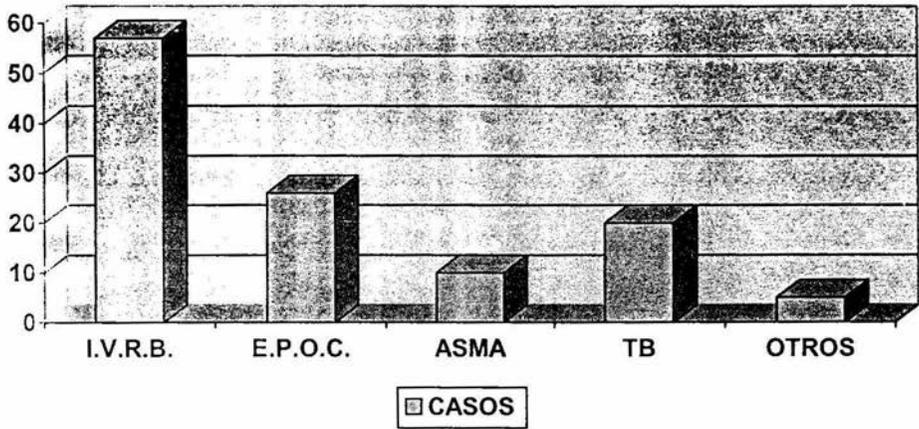
ENFERMEDADES NEUMOLÓGICAS

La infección de las vías respiratorias bajas (neumonía) fue la primera causa de hospitalización independientemente del segmento anatómico afectado y su severidad. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) fue motivo de ingreso en 26 casos. La tuberculosis pulmonar se diagnóstico en 20 pacientes, 17 con primoinfección y 3 con recaídas. El grupo restante estuvo integrado por fibrosis pulmonar (2), bronquiectasias (1), trombo embolia pulmonar (1) y hemoptisis masiva (1).

Tabla 4. Enfermedades Neumológicas

ENFERMEDADES	NÚMERO DE CASOS
NEUMONIA	57
E.P.O.C.	26
CRISIS ASMÁTICA	10
TUBERCULOSIS	20
OTROS	5
TOTAL	118

Gráfica 4. Enfermedades Neumológicas.



ENFERMEDADES GASTROENTEROLÓGICAS

El sangrado digestivo alto fue la causa más frecuente de hospitalización con 115 casos, incluidas varices sangrantes en 83 pacientes. La hepatopatía alcohólica incluyó a las diversas etapas y complicaciones de la cirrosis hepática (excepto las varices esofágicas) como: hepatitis alcohólica en 7 casos, encefalopatía hepática en 36 casos y peritonitis bacteriana espontánea en 20 casos.

La hepatopatía no alcohólica se definió como falla hepática de etiología diferente a la etílica, entre ellos la cirrosis pos-necrótica (viral) diagnosticada por serología en 6 casos, de los restantes no se obtuvo una conclusión etiológica.

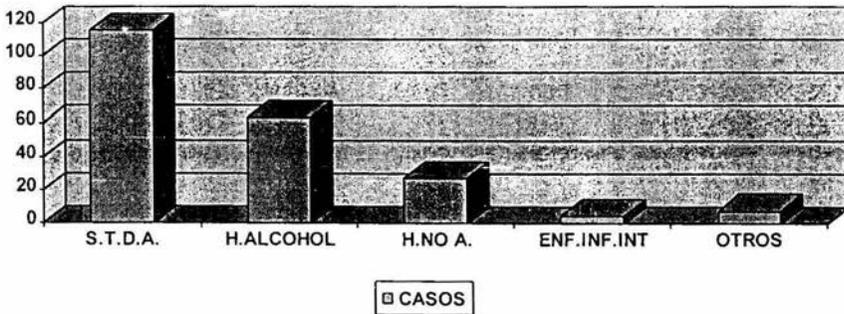
Colitis ulcerativa crónica inespecífica en 4 casos y Enfermedad de Crohn en 1 caso se clasificaron como Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

El grupo restante se integro con 6 casos de pancreatitis y 2 casos con enfermedad diverticular.

Tabla 5. Enfermedades Gastroenterológicas

ENFERMEDADES	NÚMERO DE CASOS
SANGRADO TUBO DIGESTIVO	115
HEPATOPATIA ALCOHÓLICA	63
HEPATOPATIA NO ALCOHÓLICA	27
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	5
OTROS	8
TOTAL	218

Gráfica 5. Enfermedades Gastroenterológicas



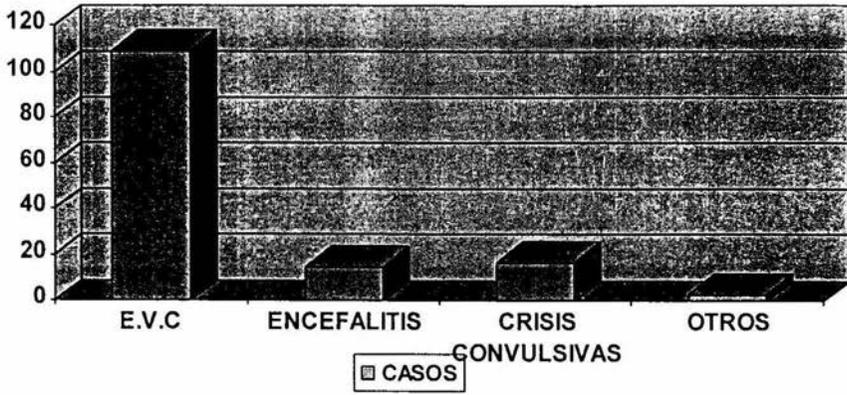
ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

En los padecimientos neurológicos la enfermedad vascular cerebral ocupó el primer lugar en frecuencia, incluidos en este grupo los eventos aterotrombóticos, embólicos y hemorrágicos, con un total de 109 casos. Meningoencefalitis se diagnosticó en 15 casos. Las crisis convulsivas (17) en la mayoría de los casos se manifestaron como tónico-clónicas generalizadas. El grupo restante se integró por 2 casos de esclerosis múltiple y uno con esclerosis lateral amiotrófica.

Tabla 5. Enfermedades Neurológicas.

ENFERMEDADES	NÚMERO DE CASOS
E.V.C.	109
MENINGOENCEFALITIS	15
CRISIS CONVULSIVAS	17
OTROS	3
TOTAL	144

Gráfica 5. Enfermedades Neurológicas



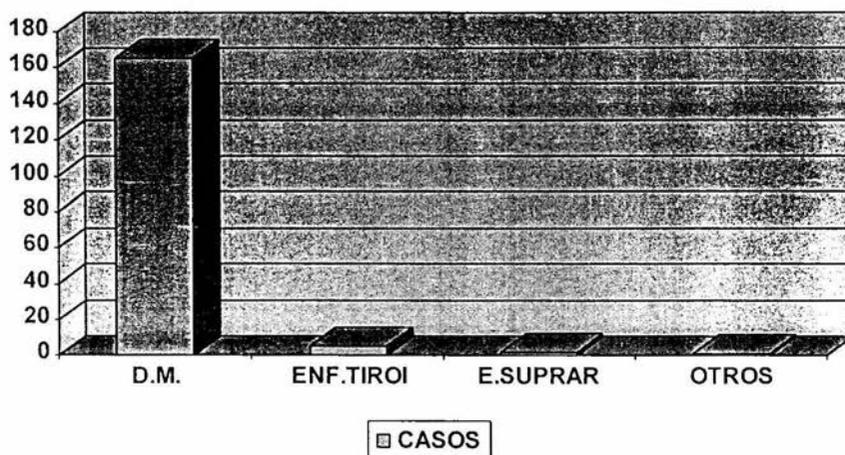
ENFERMEDADES ENDOCRINOLÓGICAS

En el grupo de enfermedades endocrinológicas la Diabetes Mellitus fue la causa más frecuente de hospitalización, 165 casos por descontrol y descompensación del tipo 1 y 2. La enfermedad de la glándula tiroides se diagnóstico en 3 casos como hipertiroidismo y 2 casos con hipotiroidismo, ambos descompensados. Una paciente ingreso dos veces al hospital por crisis suprarrenal y 1 caso por acromegalia.

Tabla 6. Enfermedades Endocrinológicas.

PADECIMIENTOS	NÚMERO DE CASOS
DIABETES MELLITUS	165
AFECCION TIROIDEA	5
AFECCIÓN SUPRARRENAL	2
OTROS	1
TOTAL	173

Gráfica 6. Enfermedades Endocrinológicas.



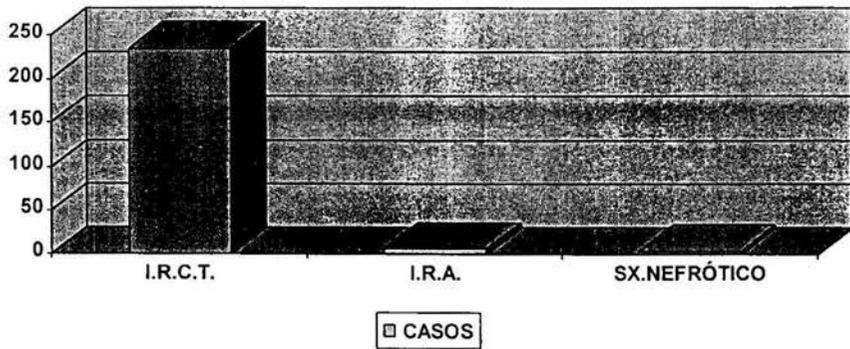
ENFERMEDADES NEFROLÓGICAS

La insuficiencia renal crónica ocupó el primer lugar en frecuencia de todos los grupos de enfermedades, con un total de 235 casos teniendo la mayoría de los casos Diabetes Mellitus 2 e Hipertensión Arterial Sistémica. La insuficiencia renal aguda se diagnosticó en 6 casos, los cuales eran de etiología urológica (urolitiasis). En 3 casos se diagnosticó síndrome nefrótico.

Tabla 7. Enfermedades nefrológicas.

ENFERMEDADES	NÚMERO DE CASOS
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	235
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	6
SÍNDROME NEFRÓTICO	3
TOTAL	244

Gráfico 7. Enfermedades nefrológicas.



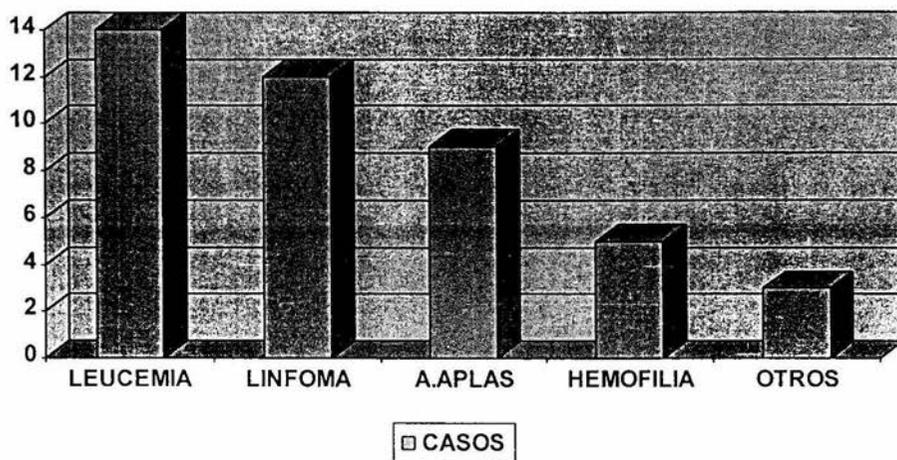
ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS

Leucemia se diagnóstico en 14 casos, incluidos en este grupo a las Leucemias agudas y crónicas. Linfoma de Hodgkin fue diagnóstico en 5 pacientes y el no Hodgkin en 7 casos. Anemia Aplásica, síndrome anémico y hemofilia A diagnosticados en 9, 3 y 5 casos respectivamente. Mieloma Múltiple fue diagnosticado en 2 casos y Porfíria en uno más.

Tabla 8. Enfermedades Hematológicas

ENFERMEDADES	NÚMERO DE CASOS
LEUCEMIA	14
LINFOMA	12
ANEMIA APLÁSICA	9
SÍNDROME ANÉMICO	3
HEMOFILIA	5
OTROS	3
TOTAL	46

Gráfica 8. Enfermedades hematológicas.



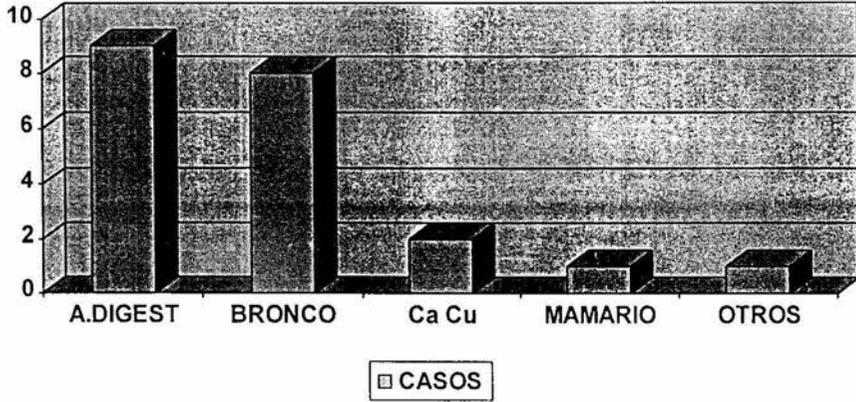
ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS

Los tumores del tubo digestivo fueron los que más incidencia tuvieron: 3 casos de cáncer gástrico, 4 casos de cáncer hepático y 2 casos de cáncer de colon. El cáncer broncogénico ocupó el segundo lugar en incidencia con 8 casos. Cáncer cervicouterino en etapa terminal con complicaciones predominantemente de anemia en 2 casos. Meningioma en un caso que ingresó por crisis convulsivas y un caso de cáncer de mama metastásico.

Tabla 9. Enfermedades oncológicas (carcinoma)

ENFERMEDADES	NÚMERO DE CASOS
APARATO DIGESTIVO	9
BRONCOGENICO	8
CERVICOUTERINO	2
MAMARIO	1
OTROS	1
TOTAL	21

Gráfica 9. Carcinomas



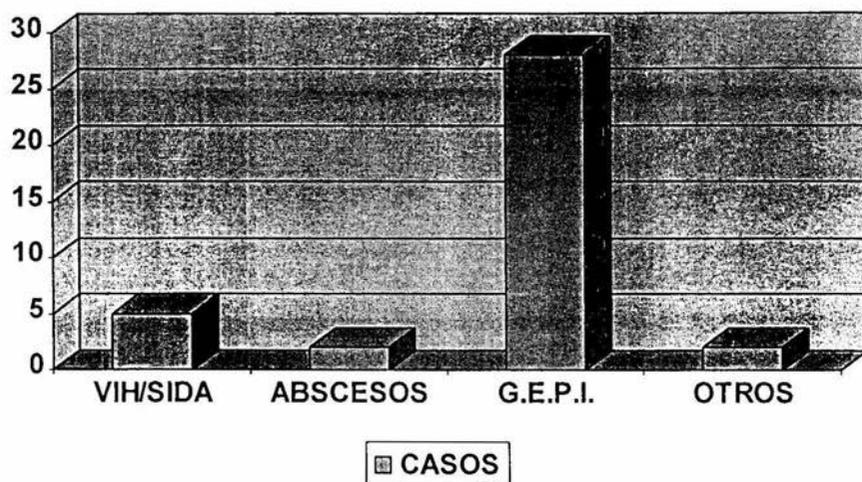
ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS

Los procesos infecciosos gastrointestinales fueron la patología mas frecuente de ingreso a los servicios de medicina interna, especialmente en los pacientes de la tercera edad por complicaciones como deshidratación y desequilibrio electrolítico, con 28 casos. El VIH/SIDA se diagnóstico en 5 casos, abscesos (uno cerebral y otro hepático) en 2 pacientes. Se diagnosticaron 2 casos de erisipela.

Tabla 10. Enfermedades Infectocontagiosas

PADECIMIENTOS	NÚMERO DE CASOS
VIH/SIDA	5
ABSCESOS DE TEJIDOS BLANDOS	2
GASTROENTERITIS PROBABLEMENTE INFECCIOSA	28
OTROS	2
TOTAL	37

Gráfica 10. Enfermedades infectocontagiosas.



ENFERMEDADES MISCELÁNEOS

Las enfermedades que predominaron en incidencia fueron las enfermedades del tejido conectivo y vasculitis, diagnosticándose 7 casos con de Lupus Eritematoso Generalizado en mujeres, 3 casos de artritis reumatoide, dermatomiositis en 2 casos y síndrome de anticuerpos antifosfolípidos en 2 casos. Las intoxicaciones ocuparon el segundo lugar en incidencia, especialmente por benzodiazepinas en 4 casos y un caso por insecticidas organofosforados.

Tabla 11. Enfermedades Misceláneas.

ENFERMEDADES	NÚMERO DE CASOS
TEJIDO CONECTIVO Y VASCULITIS	14
INTOXICACIONES MEDICAMENTOSAS	5
TOTAL	19

Gráfica 11. Enfermedades Misceláneas.

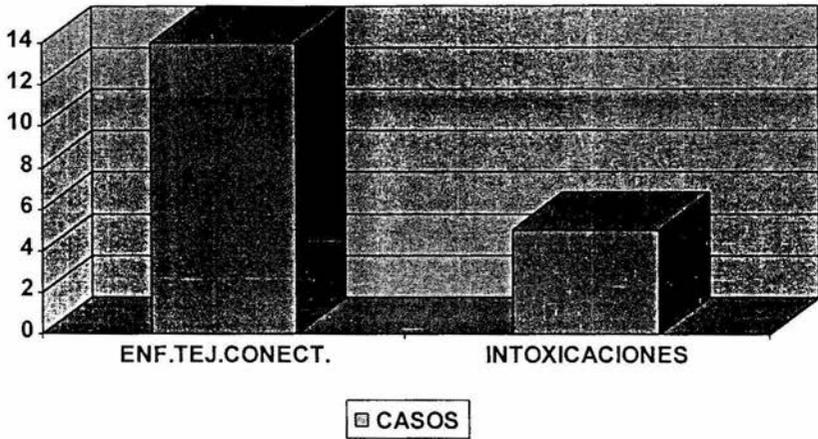
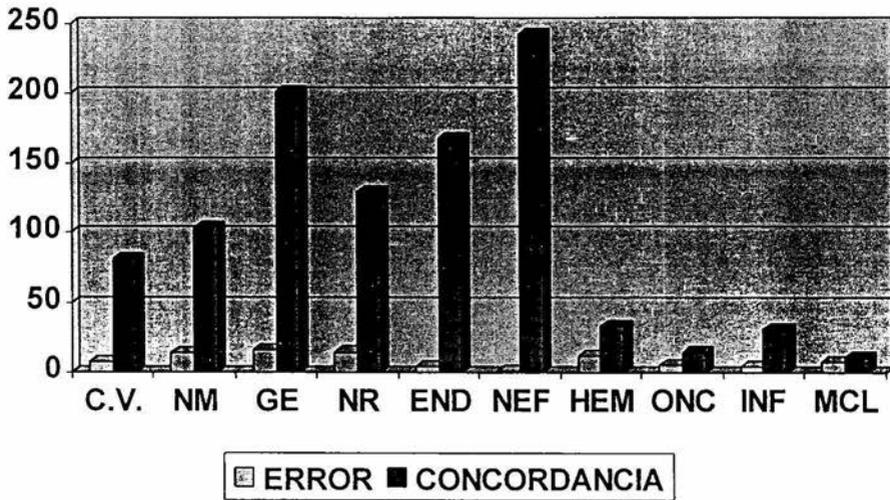


Tabla 12. Concordancia diagnóstica por grupo de enfermedad

ENFERMEDADES	DIAGNÓSTICO NO COINCIDENTE	DIAGNÓSTICO COINCIDENTE	TOTAL	PORCENTAJE DE CONCORDANCIA (%)
CARDIO-VASCULARES	8	81	89	91
NEUMOLÓGICAS	14	104	118	88.1
GASTRO ENTEROLÓGICA	17	201	218	92.2
NEUROLÓGICAS	15	129	144	89.5
ENDOCRINO LÓGICAS	5	168	173	97.1
NEFROLÓGICAS	2	242	244	99.1
HEMATO LÓGICAS	12	34	46	73.9
ONCOLÓGICAS	6	15	21	71.4
INFECTO-CONTAGIOSAS	5	32	37	86.4
MISCELANEOS	8	11	19	57.8
TOTAL	92	1017	1109	91.7

Gráfico 12. Gráfico de concordancia diagnóstica por grupo de enfermedad

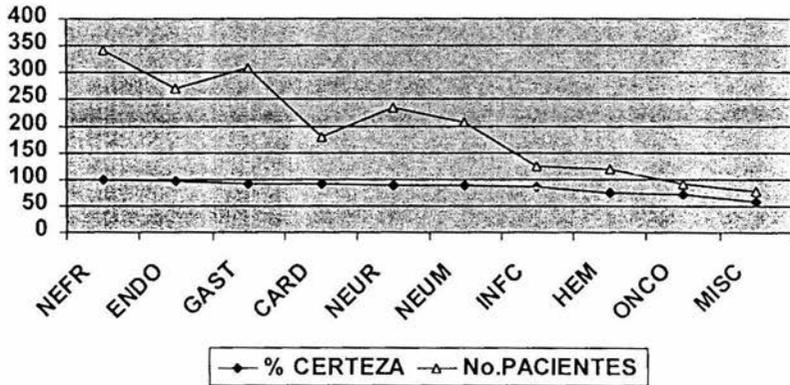


La gráfica No. 13 muestra la relación entre el número total de pacientes y el porcentaje de concordancia diagnóstica encontrándose valores crecientes en tal porcentaje al existir mayor número de pacientes por lo que existe una relación “positiva” entre los diagnósticos de ingreso a Urgencias y los diagnósticos de egreso de Medicina Interna. Se obtiene el grado de correlación que expresa que tanta relación existe entre ambas variables, expresado mediante el coeficiente (r). Si $r=1$ existe una correlación negativa perfecta, si $r=+1$ existe una correlación positiva perfecta; si $r=0$ no existe correlación.

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

$r = 0.287$ por lo que es una correlación débil.

Gráfica 13. Diagrama de esparcimiento.



DISCUSIÓN.

De la población total, las pacientes del sexo femenino predominaron sobre los pacientes del sexo masculino; el mayor número de pacientes ingresados por grupo de edad correspondió a la década de los 45 a los 55 años.

El porcentaje de concordancia más alto se obtuvo en el grupo de enfermedades nefrológicas (99.1%) debido a que la mayoría de estos pacientes fueron insuficientes renales crónicos terminales, cuya manifestación clínica de consulta a urgencias fue por síndrome urémico, anémico, acidosis y/o calocitosis, con enfermedad primaria: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica ó ambas. Este grupo de pacientes con falla renal crónica terminal, se identifica por su “morfología característica”, que facilita la orientación diagnóstica sustentada con la Historia Clínica.

El siguiente grupo de enfermedades en orden decreciente de concordancia diagnóstica son las enfermedades endocrinológicas debido al alto índice de pacientes diabéticos que acuden a urgencias con cuadros de descontrol y descompensación expresados por poliuria, polidipsia y polifagia.

Las enfermedades gastrointestinales presentaron 92.2% de concordancia diagnóstica predominantemente por los pacientes con hepatopatía alcohólica y sangrado del tubo digestivo alto, debido a la alta prevalencia de alcoholismo en nuestro país.

Las enfermedades cardiovasculares se manifestaron predominantemente por cardiopatía isquémica en pacientes portadores de Diabetes Mellitus 2 e Hipertensión Arterial Sistémica. El grupo de enfermedades con menor porcentaje de concordancia diagnóstica fue el grupo de enfermedades misceláneas, especialmente las enfermedades del tejido conectivo y vasculitis cuyos diagnósticos clínicos están sustentados, la mayoría de las ocasiones, a su comprobación bioquímica debido a la gran variedad de presentaciones y síndromes de sobre posición. Ante los resultados consideramos que el método clínico diagnóstico proporciono un alto índice de diagnósticos concordantes con los diagnósticos de egreso de Medicina Interna respaldados por estudios de laboratorio, gabinete y estudios especiales.

CONCLUSIONES.

La concordancia diagnóstica general fue del 91.7% lo que sugiere que el método clínico, como procedimiento diagnóstico en el primer contacto de atención, es muy confiable. En las enfermedades nefrológicas por la alta incidencia epidemiológica de las enfermedades crónico-degenerativas.

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal tiene tan alta incidencia y concordancia diagnóstica por la alta prevalencia en nuestro país de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial. Se considera que aproximadamente 15 millones de personas en nuestro país tiene Diabetes Mellitus y 26.6 % de la población tiene Hipertensión Arterial Sistémica (13 millones) de los cuales el 60% desconoce su enfermedad (8 millones, N.O.M. 2000).

Las Hepatopatía alcohólica tiene alta incidencia ya que el 66% de la población mayor de 14 años consume frecuentemente alcohol (El Internista, 2002).

El grupo de enfermedades misceláneas tuvo la menor incidencia y la menor concordancia diagnóstica.

Concluimos que entre más prevalencia tenga una enfermedad en un segundo ó tercer nivel de atención los médicos clínicos tienen mayor habilidad para diagnosticarla por el mayor número de pacientes que ven; en cambio, las enfermedades con baja prevalencia dificultan el diagnóstico a los médicos clínicos por la menor cantidad de pacientes teniendo menor conocimiento de la enfermedad lo que dificulta su diagnóstico clínico. Entre más alta prevalencia de una enfermedad, más diagnósticos concordantes y viceversa.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Libreta de ingresos y egresos del servicio de urgencias Médico-Quirúrgicas de 2003.
2. Expedientes clínicos correspondientes a los casos seleccionados.
3. Moreno Laura, “Factores de riesgo de la comunidad II, U.N.A.M., México 1991.
4. Moreno L, Guemez C, López S. “Factores de riesgo en la comunidad III. U.N.A.M., México 1990.
5. Farreras et al. “Medicina Interna”, 2000, 14ª edición; España. Pp. 3-23.
6. Ramiro H. Manuel et al. “El Internista”, 2002, 2da edición; México. Pp. 3-26.
7. Surós et al. “Semiología médica y técnica exploratoria”, 1995, 6ª edición; España. Pp. 10-72.