

SISTEMATIZACION DE LA EPICRISIS COMO INSTRUMENTO FORMATIVO Y ADMINISTRATIVO DE UN SERVICIO HOSPITALARIO

JORGE L. PEÑA MARTINEZ *
JAIRO SUAREZ DELGADO **

RESUMEN

Con base en la metodología de la "Historia Clínica Orientada por Problemas" promulgada por A. Weed, se ideó la sistematización del resumen final de hospitalización o EPICRISIS de los pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Ramón González Valencia. El análisis de los datos demográficos demostró que los grupos de edad que más utilizan el servicio son los adultos jóvenes (38%) y de la tercera edad (32%), con predominio del sexo masculino sobre el femenino. La actividad económica más frecuente entre los hombres fue agricultura (33%), cesantes (17%) y estudiantes (6%). Entre las mujeres, hogar (51%) y estudiantes (14%). 43% de los pacientes proceden de Bucaramanga y 30% de pequeños municipios del departamento. La patología más frecuente compromete el sistema respiratorio, seguida de problemas cardiovasculares, gastrointestinales y neurológicos. Las estancias más prolongadas tuvieron que ver con enfermedades de la piel. Con los datos disponibles se determinó que la EPICRISIS SIS-

TEMATIZADA permite obtener información de tipo demográfico, clínico, administrativo e investigativo. La calidad de esta información depende de la disciplina de atención médica en lo referente a integridad, confiabilidad y exactitud de los datos consignados en la Historia Clínica. La aplicación de este método es útil en un Hospital Universitario donde se conjugan actividades docentes, asistenciales e investigativas.

Palabras clave: Hospitalización - procesamiento electrónico de datos, Registros médicos orientados por problemas, Registros hospitalarios, Hospitales - procesamiento electrónico de datos.

INTRODUCCION

El método promulgado por Alexander Weed conocido como "Historia Clínica Orientada por Problemas" (1, 2), se basa en la toma de los datos de la historia del paciente para agruparlos ordenadamente, con el fin de identificar todas aquellas situaciones que implican decisiones diagnósticas,

* Profesor Asociado, Departamento de Medicina Interna UIS.
** Residente, Medicina Interna UIS.

terapéuticas y/o preventivas en procura de una óptima atención al paciente. También se ha demostrado que es un método eficaz para el aprendizaje de los estudiantes del área de la salud y para la práctica de actividades relacionadas con actualización y unificación de criterios diagnósticos y terapéuticos (3, 4).

Con base en el ordenamiento de datos que implica el método de Weed, al sistematizarlos es posible evaluar la problemática de salud mediante una simple consulta a la información estadística que arroja el sistema; se evalúa la calidad de las decisiones tomadas y se facilita el estudio epidemiológico de una determinada patología al hacer un análisis global de la información (5-8). Si se logra que este trabajo sea claro y ordenado, ya que la historia clínica de por sí es el fundamento de la atención al paciente, enriquecerá su potencialidad como instrumento de ayuda en la labor asistencial, investigativa y educativa de un Hospital Universitario. En el Departamento de Medicina Interna del Hospital Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga (HURGV) se ha venido trabajando en este campo desde 1.985, con base en la definición de algunos lineamientos metodológicos para el trabajo clínico orientado por problemas (9).

El objetivo de este estudio es presentar los alcances y limitaciones de la información obtenida a partir de la epicrisis o resumen de salida del paciente, elaborada con la metodología de la "Historia Clínica Orientada por Problemas". Específicamente, se busca: 1) Analizar con los datos disponibles las características demográficas de los pacientes que egresaron del servicio, en forma general y en función de los problemas o diagnósticos de salida; 2) establecer las relaciones más frecuentes entre los diversos problemas manejados durante la hospitalización y su posible influencia en la calidad de la atención médica; y 3) medir cualitativamente la calidad de la información consignada en el documento.

No se incluyen otros aspectos como el impacto sobre el aprendizaje y la calidad de la atención médica, que será motivo de un estudio prospectivo a medida que se promueva el desarrollo de esta disciplina.

MATERIALES Y METODOS

El estudio se realizó en el Servicio de pacientes hospitalizados de Medicina Interna del Hospital Universitario Ramón González Valencia, el cual brinda atención integral a los pacientes adultos, cuya enfermedad amerita hospitalización para diagnóstico y/o tratamiento médico en el nivel III del sistema de atención en salud. En este servicio no están incluidos los pacientes que reciben atención de urgencias ni de cuidados intensivos. Se evaluaron 653 epicrisis de pacientes egresados del servicio de Medicina Interna durante el año 1988. Esta muestra corresponde al 84% del total de egresos del servicio durante el mencionado período. El 16% restante correspondió a información no recolectada en el formato de epicrisis o a historias clínicas que no se encontraron.

La nota de salida o epicrisis, es el resumen del cuadro clínico, estudios de diagnóstico y medidas terapéuticas que se consigna al final del período de hospitalización. El formulario correspondiente fue diseñado en siete secciones:

Sección A. Datos generales de identificación, número de la historia clínica, número de la epicrisis en caso de reingreso, nombre del paciente, edad, sexo, actividad económica, procedencia, escolaridad, estancia en el servicio de Medicina Interna y estancia en otros servicios.

Sección B. Lista de problemas al egreso, fecha en que el médico considera que se inicia el problema y su respectiva terminación si este fue resuelto en su totalidad. El grado de resolución del problema en el momento de la salida se evalúa según esté mejor, igual o peor respecto al día del ingreso. Para cada problema nominado hay un espacio destinado a consignar los datos básicos que lo sustentan; estos datos incluyen síntomas, signos, exámenes de laboratorio, procedimientos o cualquier otro dato que tenga estrecha relación con el problema. Se definió como "PROBLEMA", toda condición identificada por el médico que en alguna forma afecta el estado de salud del paciente. Dicha condición puede considerarse como: 1) un diagnóstico definitivo estudiado y comprobado, 2) un síndrome, 3) un factor de riesgo, 4) un dato aislado que se considera importante en el

contexto clínico del paciente, y 5) factores socioeconómicos y/o culturales que se consideren relevantes para su estado de salud.

Sección C. Contiene el espacio para escribir el número de exámenes de laboratorio solicitados y los respectivos resultados organizados por secciones.

Sección D. Servicios a los que se solicitó interconsulta, con el resumen de los conceptos emitidos.

Sección E. Procedimientos especiales de orden diagnóstico o terapéutico en los que interviene activamente el médico tales como drenajes, biopsias, etc.

Sección F. Fármacos recibidos durante la hospitalización, en lo posible con nomenclatura genérica, especificando presentación, dosis diaria y total de días de tratamiento.

Sección G. Planes al salir el paciente del hospital. Estos incluyen procedimientos diagnósticos pendientes, planes de tratamiento ambulatorio, actividad educativa para el paciente y su familia, así como también el seguimiento y control de su problemas en el organismo de atención de salud apropiado.

En este reporte se analiza la información obtenida en las secciones A y B. Los datos fueron recopilados en un computador con la base de datos dBase III+. La lista de problemas consignados en la sección B se recopiló teniendo en cuenta el orden en el cual fueron nominados; se definió como de primer orden el problema que fue ubicado en el numeral 1, de segundo orden en el numeral 2, de tercer orden en el numeral 3 y de cuarto orden en el numeral 4. A cada problema se le asignó un código para identificar el sistema comprometido así: cardiovascular (C), respiratorio (N), hematológico (H), neurológico (U), etc. cuando había compromiso de varios sistemas como en un cuadro séptico, se asignó una letra indicativa de varios sistemas comprometidos.

Se tabuló la distribución por grupos de edad y sexo en forma general, y particular según problemas o diagnósticos de salida, su relación con

actividad económica, procedencia, sistemas comprometidos y estancia hospitalaria. Para establecer la relación existente entre problemas se determinó en cada sistema los diagnósticos o problemas más frecuentes nominados en primero, segundo, tercero o cuarto orden. Posteriormente se determinó la frecuencia de aparición de los otros problemas asociados. Estos datos se compararon con los promedios de estancia.

Se midió en forma cualitativa la calidad de la información relacionada con la nominación y sustentación de los problemas (Sección B) observando el grado de consistencia entre el problema y los datos que lo soportan, asignando las categorías de buena, regular o mala.

RESULTADOS

Información Demográfica. Los datos globales de distribución por edad y sexo se presentan en la Figura 1. Se observa un moderado predominio de los pacientes de sexo masculino (56%) sobre el femenino (44%), siendo más frecuentes las edades menores de 35 años (38%) y mayores de 55 años (32%).

En la Figura 2 está representada la actividad económica en cada sexo. Es evidente el predominio de los agricultores en el sexo masculino (32.6%), que seguido de cesantes en un 17% y estudiantes en un 6%. Otras actividades como conductores, zapateros, comerciantes, vendedores, representan el 3%. En el sexo femenino la actividad predominante es el hogar en un 51%, seguida también de cesantes en un 14%, estudiantes en un 4% y domésticas en un 2.4%. Otras actividades en particular son inferiores al 1%.

La procedencia de los pacientes que egresan del servicio de Medicina Interna está consignada en la Figura 3. Se observa que un poco menos de la mitad son procedentes de Bucaramanga (43.3%). Siguen en frecuencia Barrancabermeja (4%), Piedecuesta (3.5%) y Rionegro (3.1%). Cerca del 30% proceden de otros municipios de Santander y de otros departamentos un 3%.

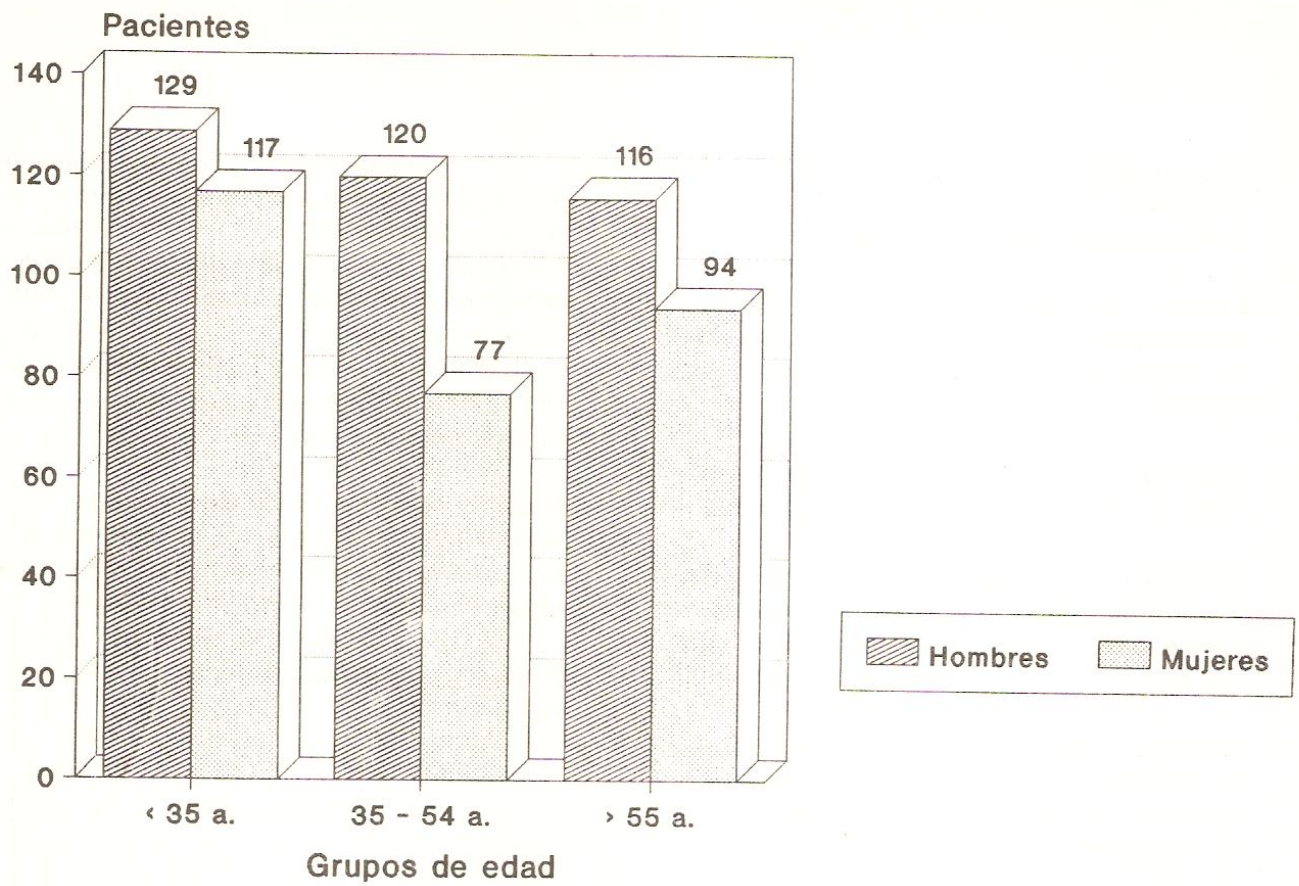


Figura 1. Distribución por grupos de edad y sexo (653 pacientes).

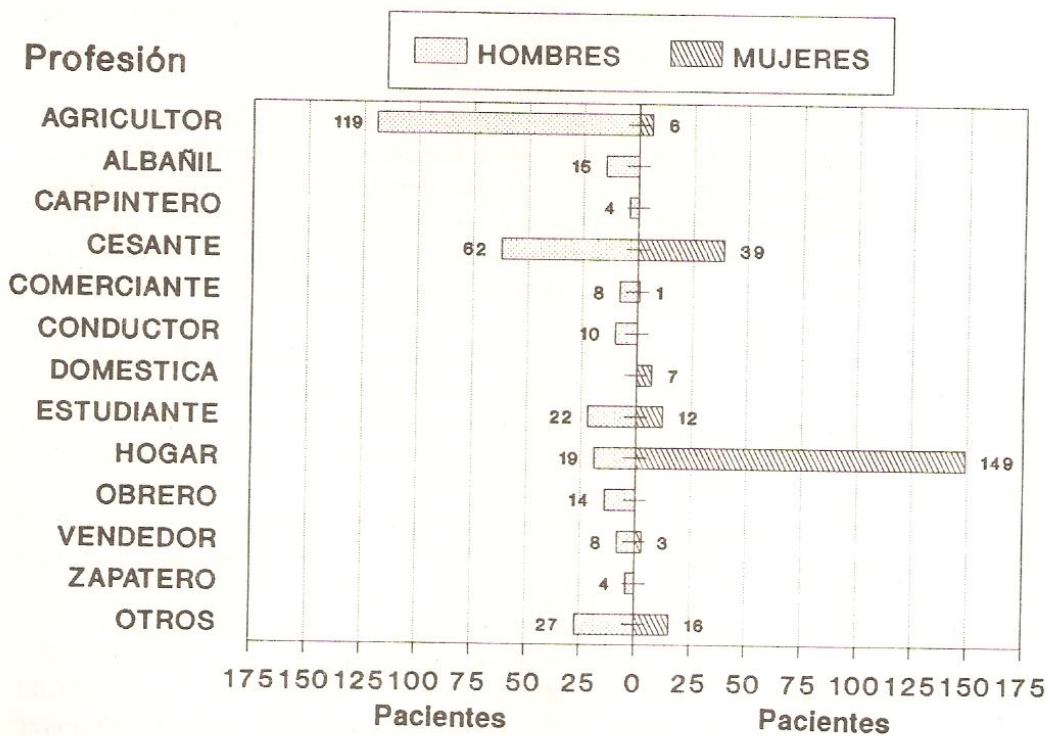


Figura 2. Actividad económica (653 pacientes).

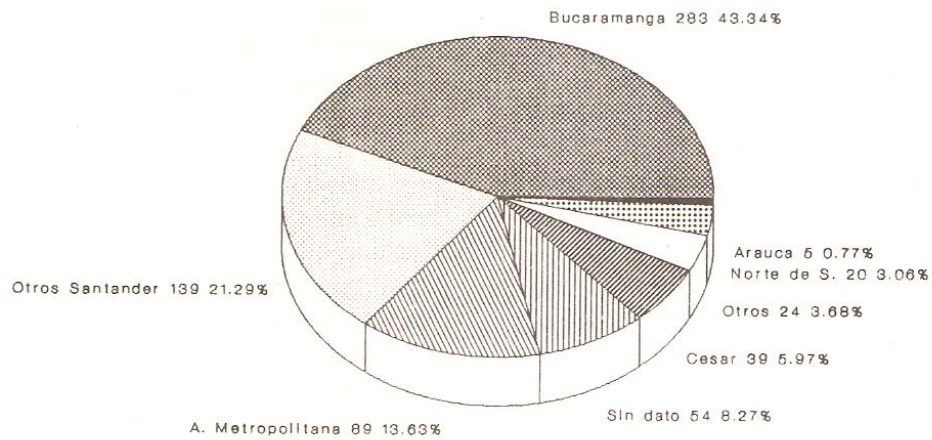


Figura 3. Lugares de procedencia (653 pacientes).

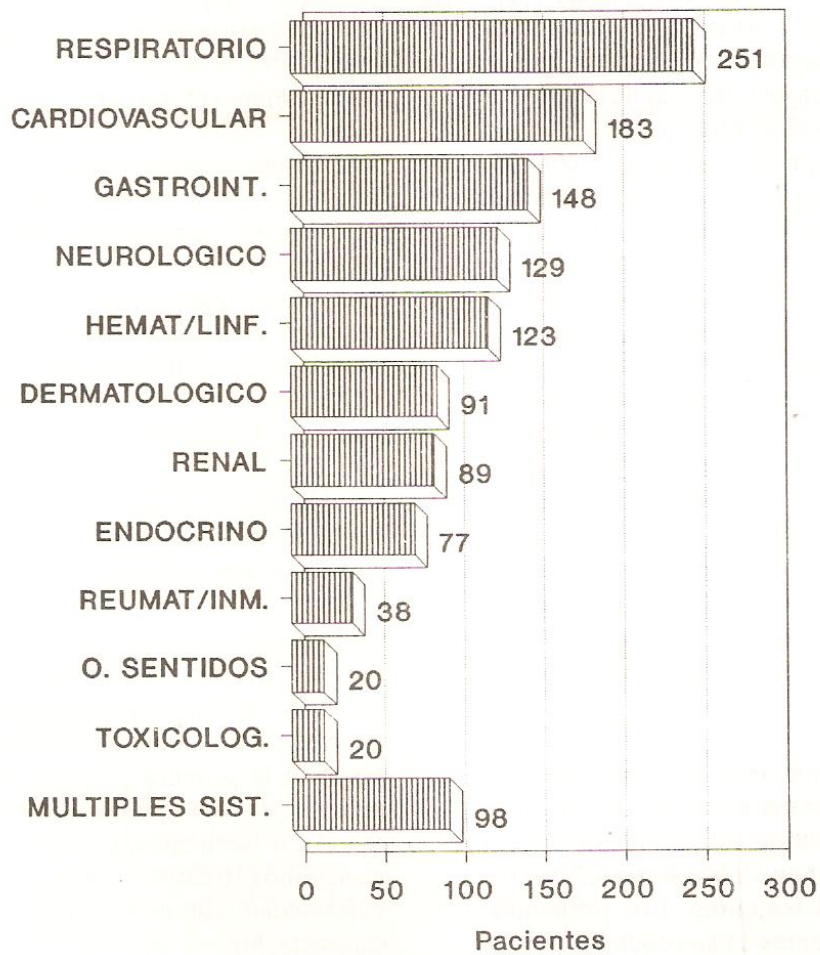


Figura 4. Frecuencia del compromiso por sistemas (653 pacientes).

Información Clínica. Los sistemas más frecuentemente comprometidos según la nominación de los problemas a la salida están ordenados en la Figura 4. Sobresale el predominio de enfermedades respiratorias, las cuales alcanzan un 38.4% de los diagnósticos seguidos del sistema cardiovascular (28%), gastrointestinal (22.7%), neurológico (19.8%), hematológico y linfático (18.8%), múltiples sistemas (15%), dermatológico (13.9%), renal (13.6%), endocrino (11.8%), reumatológico e inmunológico (5.8%), toxicológico (3.8%) y órganos de los sentidos (3%).

Al considerar los sistemas en particular, se observa que en el sistema respiratorio (Figura 5) predominan notoriamente las neumonías (101 casos) y la tuberculosis (TBC) pulmonar (67 casos), seguidos por derrame pleural (21 casos), carcinoma broncogénico (17 casos), tromboembolismo pulmonar (13 casos), asma y absceso pulmonar (10 y 6 casos, respectivamente). Cabe anotar que el diagnóstico de neumonía aparece como de primer orden en poco más de la mitad de los casos, siendo también frecuente en segundo y tercer orden. Este problema aparece con alta frecuencia como complicación de otros sistemas como son la falla cardíaca, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y carcinomas. El diagnóstico de tuberculosis sigue siendo muy frecuente y se presenta asociado con desnutrición, diabetes y neumonías. Todos los casos de carcinoma broncogénico fueron consignados en primer orden y constituyen el cuarto diagnóstico más frecuente dentro de este sistema. Los problemas respiratorios más frecuentes en el sexo femenino son tromboembolismo pulmonar y asma bronquial. Los pacientes con mayor estancia hospitalaria correspondieron a quienes tenían absceso pulmonar (23 días), carcinoma pulmonar, TBC (21 días) y tromboembolismo pulmonar (20 días).

Con relación al sistema cardiovascular (Figura 6), la enfermedad hipertensiva (que mejor debe considerarse como enfermedad multisistémica) ocupa el primer lugar en ambos sexos (62 casos), con predominio del femenino. Los problemas asociados más frecuentes en su orden fueron insuficiencia renal crónica, diabetes, enfermedad cerebrovascular y cardiopatía hipertensiva. Llama

también la atención que se hospitaliza con más frecuencia infartos de miocardio en el sexo femenino que en el masculino, habiéndose observado un mayor número de casos en mujeres mayores de 55 años, asociados a diabetes o hipertensión arterial. La segunda causa más frecuente de problemas cardiovasculares es la cardiomiopatía dilatada (25 casos). Se presenta en ambos sexos con predominio del masculino. La mitad de estos pacientes procedía del área rural. Los problemas asociados más frecuentes en su orden fueron embolismos, arritmias, desnutrición y alcoholismo. La enfermedad de Chagas se diagnosticó en 4 casos. Los mayores promedios de estancia hospitalaria estuvieron en pacientes con cardiomiopatía dilatada (16 días) y enfermedad hipertensiva complicada (15 días).

Los problemas gastrointestinales (Figura 7) predominan claramente en el sexo masculino. La principal patología tiene que ver con parasitismo, encontrándose 14 casos de absceso hepático amebiano sin aparecer un solo paciente del sexo femenino. Siguen en frecuencia la cirrosis y la hemorragia digestiva alta con igual distribución en ambos sexos (10 casos en total). Con menos frecuencia se encontró síndrome de malabsorción (5 casos). Los mayores promedios de estancia tuvieron que ver con el diagnóstico de cirrosis hepática y sus complicaciones, que fueron hipertensión portal, desnutrición, neumonía, erisipela y derrame pleural (17 días). El síndrome de malabsorción se presentó con una estancia promedio de 16 días. El parasitismo intestinal se encontró asociado con otras complicaciones como anemia, insuficiencia renal e infecciones sobreagregadas, con un promedio de estancia de 15 días.

La principal patología en pacientes con compromiso neurológico (Figura 8), fue la enfermedad cerebrovascular (26 casos) y los síndromes convulsivos (22 casos), con igual distribución en ambos sexos en la primera y ligero predominio de las mujeres en la segunda. La meningoencefalitis siguió en frecuencia, con predominio del sexo masculino (16 casos). Los problemas asociados a enfermedad cerebrovascular fueron arritmias cardíacas, hipertensión arterial, cardiomiopatías, diabetes y endocarditis. Los problemas asociados a trastornos convulsivos fueron meningoencefali-

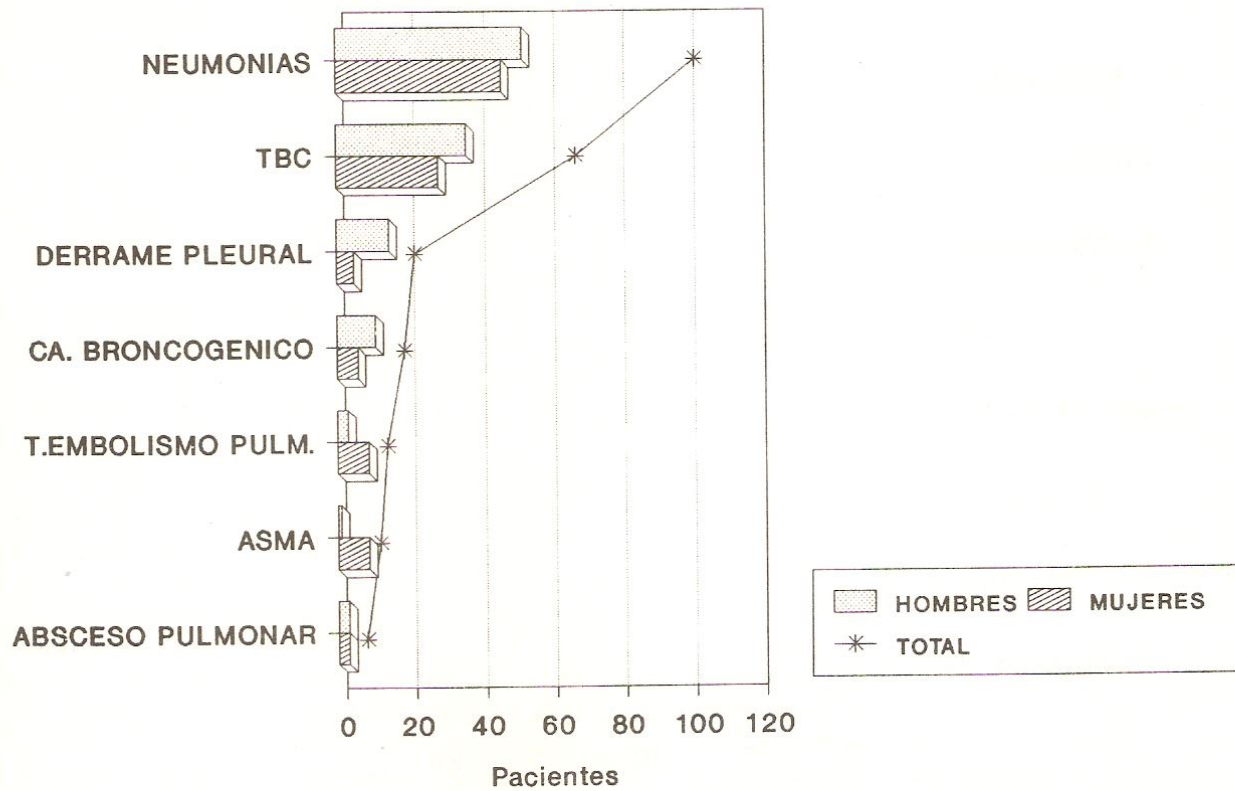


Figura 5. Diagnósticos de salida por sexo, sistema respiratorio (231 pacientes).

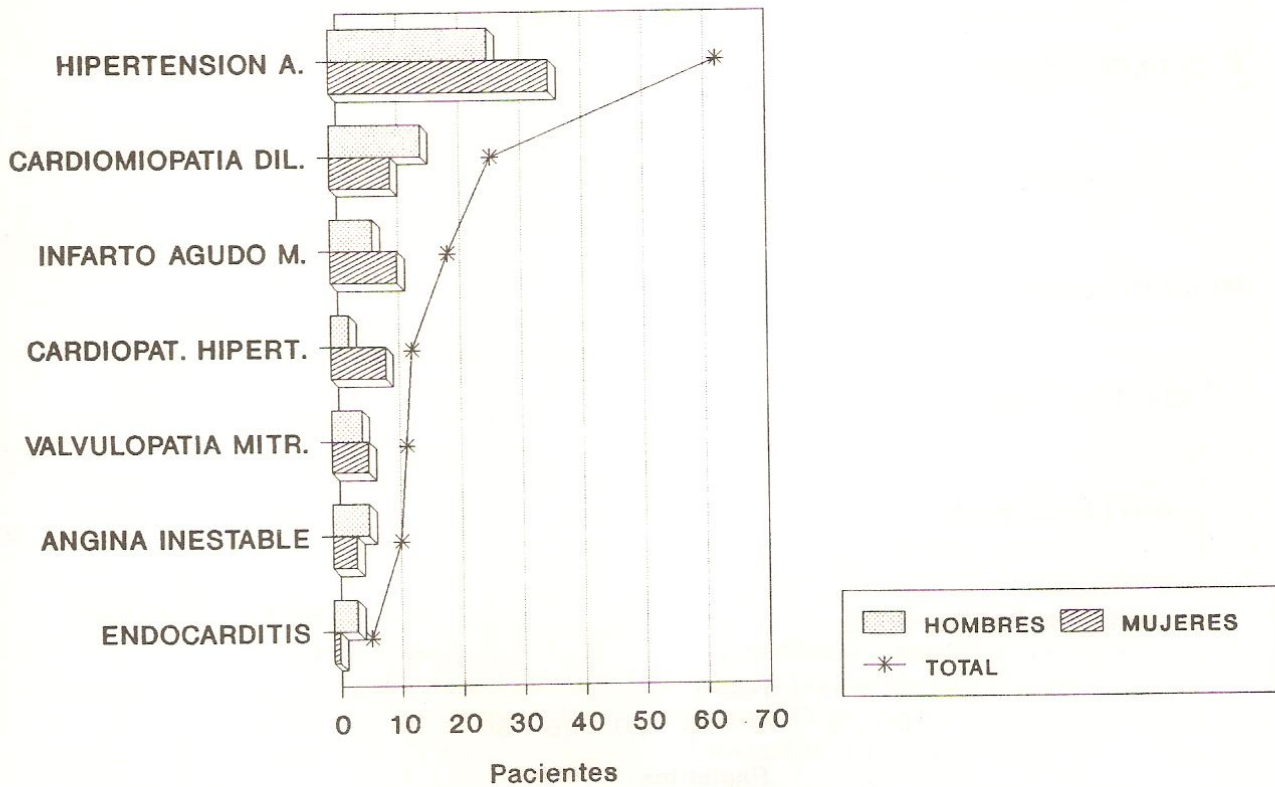


Figura 6. Diagnósticos de salida por sexo, sistema cardiovascular (143 pacientes)

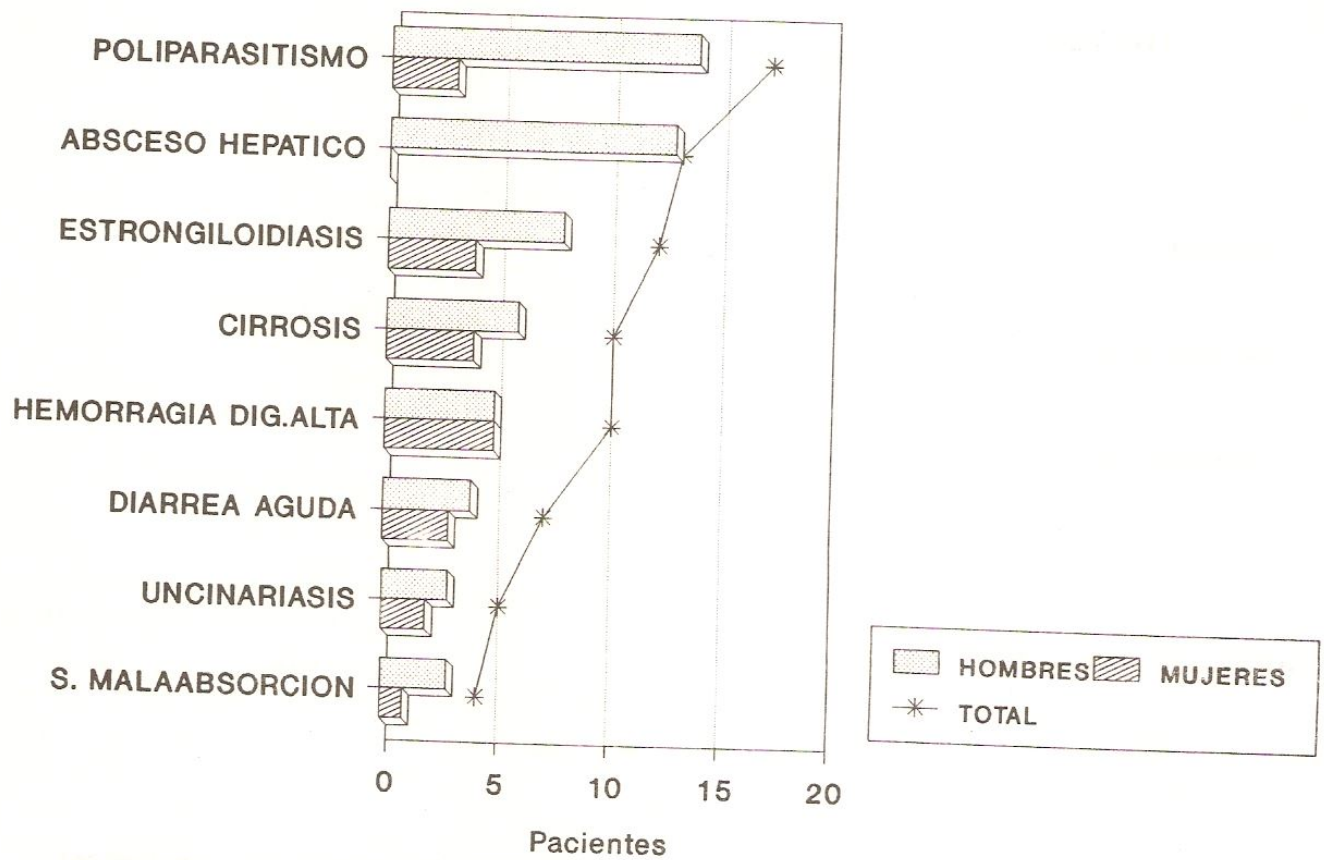


Figura 7. Diagnósticos de salida por sexo, sistema gastrointestinal (78 pacientes).

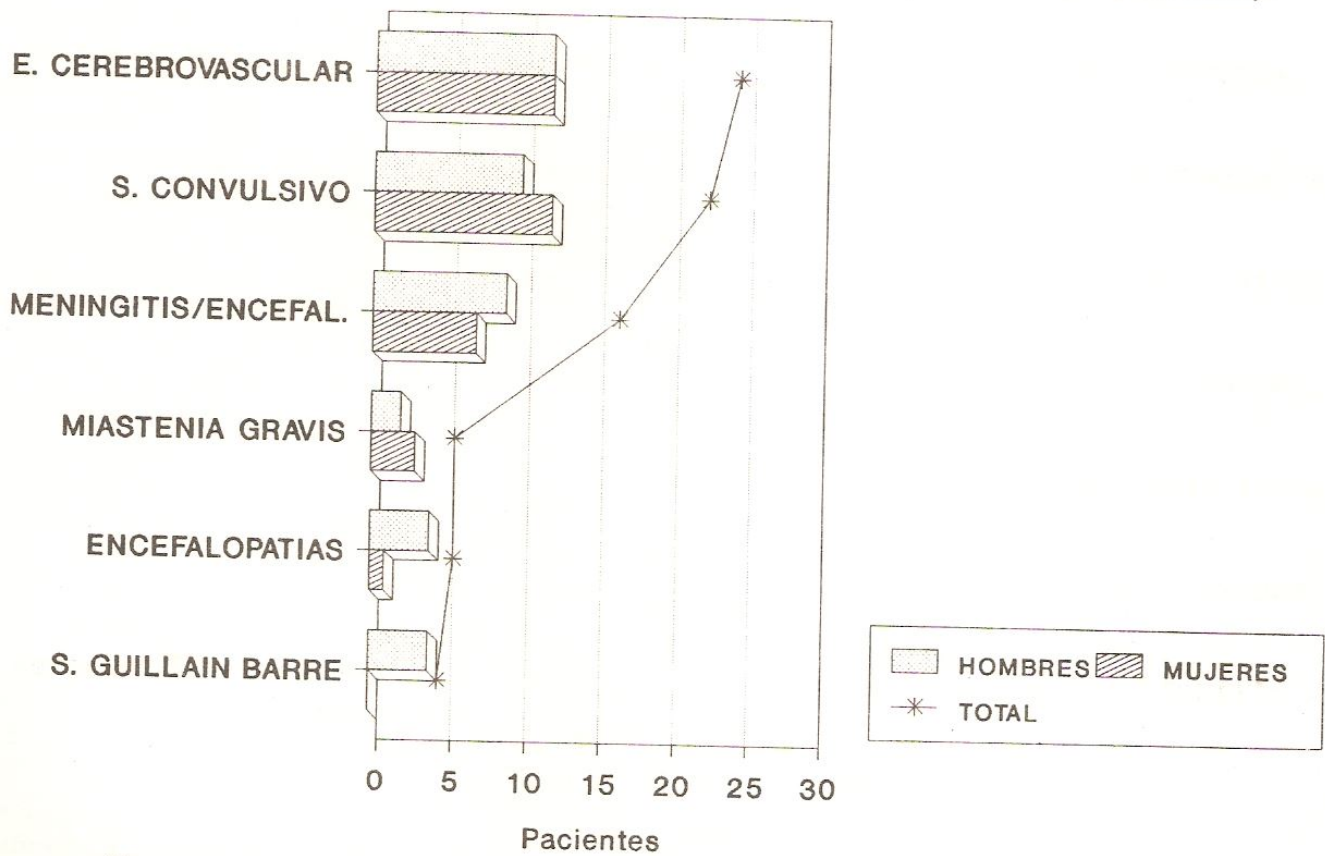


Figura 8. Diagnósticos de salida por sexo, sistema neurológico (76 pacientes).

tis, neurocisticercosis, hipertensión arterial y fibrilación auricular. Los asociados a meningitis y encefalitis fueron predominantemente otomastoiditis, diabetes y absceso cerebral. Los promedios de estancia más prolongada correspondieron a los pacientes con meningoencefalitis (26 días).

El diagnóstico del sistema hematológico y linfático más frecuente (Figura 9) corresponde al síndrome anémico de causa no bien definida (40 casos), con leve predominio del sexo masculino; la mayoría de estos diagnósticos fueron considerados como de segundo, tercero y cuarto orden; los problemas asociados más frecuentes fueron desnutrición, neumonía y poliparasitismo. La anemia ferropénica como tal fue diagnosticada en 22 casos con predominio de mujeres, la mayoría como problema secundario asociado a desnutrición, TBC pulmonar y neumonía. Resalta la frecuencia de leucemia (23 casos), con predominio del sexo masculino sobre el femenino (relación aproximada 3:2); 10 de estos pacientes procedían de Bucaramanga, 3 de la zona metropolitana y 10 de otros lugares del departamento. Los tipos de leucemia más frecuentes fueron la linfoide aguda (8 casos) y la mieloide aguda (7 casos). Los problemas asociados fueron infecciones en la piel, sepsis y parasitismo. Los promedios de estancia prolongada tienen que ver con diagnósticos de anemia ferropénica, leucemia y anemia aplásica (22 días en promedio). De las 42 defunciones consignadas en el formulario, 8 (19%) tenían diagnóstico de leucemia.

La úlcera de tejidos blandos (Figura 10) fue el diagnóstico más frecuente dentro del sistema dermatológico (10 casos), con predominio del sexo masculino sobre el femenino en proporción de 2:1. Los problemas asociados a este diagnóstico fueron diabetes, desnutrición, TBC y anemia. Siguió en frecuencia la tromboflebitis (8 casos), que predominó en el sexo femenino, celulitis, erisipelas, pénfigo o penfigoide (6 casos) y eritrodermia (4 casos). Lo llamativo en estos pacientes fue su tiempo de estancia hospitalaria, la cual presentó los mayores promedios del servicio: el pénfigo se asoció con estancia de 43 días y las úlceras de miembros inferiores, 26 días.

En el sistema renal (Figura 11) la insuficiencia

renal crónica fue el diagnóstico más frecuente (26 casos). Predominó el sexo masculino sobre el femenino en proporción de 3:2. Los problemas asociados más frecuentes fueron hipertensión 17 casos, seguidos de diabetes y glomerulonefritis, 3 y 2 casos, respectivamente. 11 pacientes procedían de Bucaramanga, 4 de la zona metropolitana y 11 de otras regiones de Santander o de otros departamentos. El promedio de estancia fue de 14 días. Los pacientes con insuficiencia renal aguda fueron 22, también con predominio del sexo masculino. Los problemas asociados fueron glomerulonefritis 4 casos, tuberculosis 3, ofidiotoxicosis 2, lupus y sepsis 2. El promedio de estancia hospitalaria fue de 18 días. Otros problemas en orden de frecuencia fueron infección urinaria en 15 casos, glomerulonefritis y síndrome nefrótico en 6 y 2 casos, respectivamente. El promedio de mayor estancia hospitalaria correspondió a síndrome nefrótico: 26 días, que se asoció con nefritis y trombosis de vena renal. La infección urinaria presentó un promedio de estancia de 20 días la cual se asoció con los diagnósticos de bronconeumonía, anemia y diabetes.

En cuanto al sistema endocrino (Figura 12), la diabetes tipo II es el problema más frecuente con notorio predominio sobre los demás. Egresaron del servicio 46 pacientes con este diagnóstico (en contraposición con 8 pacientes con Diabetes tipo I y otros menos frecuentes como bocio, hipoglucemia, Cushing, hipo e hipertiroidismo). 29 de los pacientes con Diabetes tipo II procedían de Bucaramanga, 3 del área metropolitana y 14 de otros sitios. Los problemas asociados más frecuentes fueron nefropatía en 12, hipertensión arterial en 10, cardiopatías en 9, vasculopatías periféricas en 7, TBC en 6, neumonía en 6, dermatopatía en 6. El promedio de estancia hospitalaria de estos pacientes fue de 18 días. El número de defunciones registradas con diagnóstico de Diabetes Mellitus no insulino dependiente fue de 5 (12%) y sólo se registró un paciente con Diabetes tipo I.

Los problemas reumatológicos e inmunológicos (Figura 13) fueron en gran parte del sexo femenino. El diagnóstico más frecuente fue Lupus Eritematoso Diseminado 7 mujeres menores de 55 años. Los problemas asociados fueron insuficiencia renal aguda, neumonías y derrame pleu-

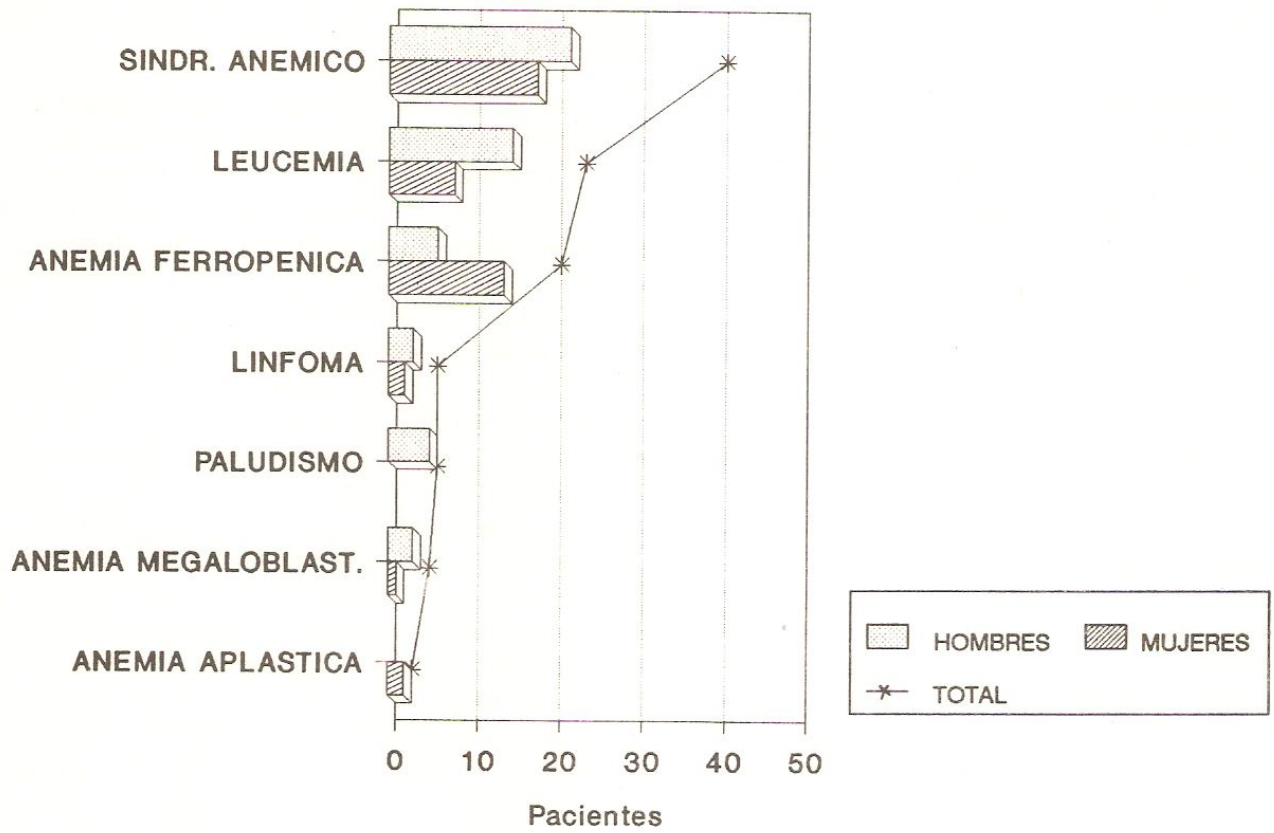


Figura 9. Diagnósticos de salida por sexo, sistemas hematológico y linfático (99 pacientes).

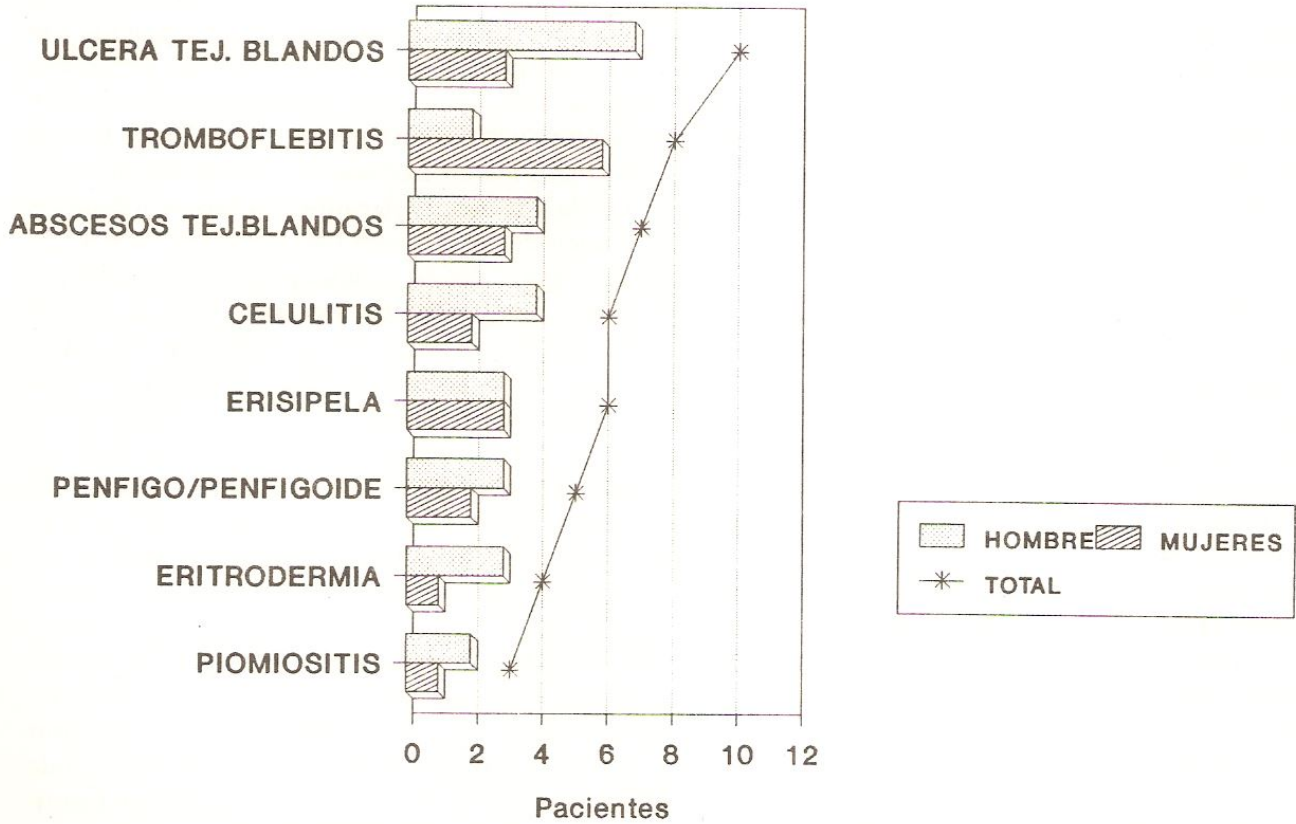


Figura 10. Diagnósticos de salida por sexo, sistema dermatológico (49 pacientes).

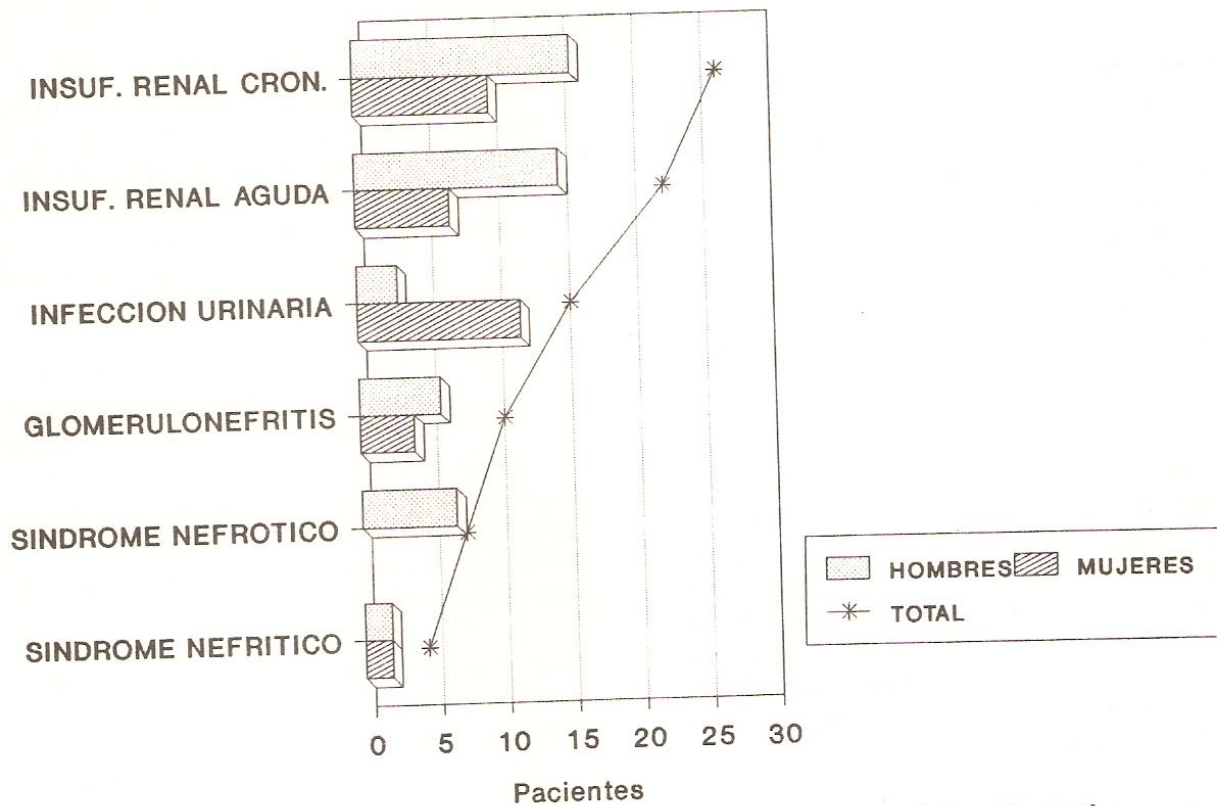


Figura 11. Diagnósticos de salida por sexo, sistema renal (84 pacientes).

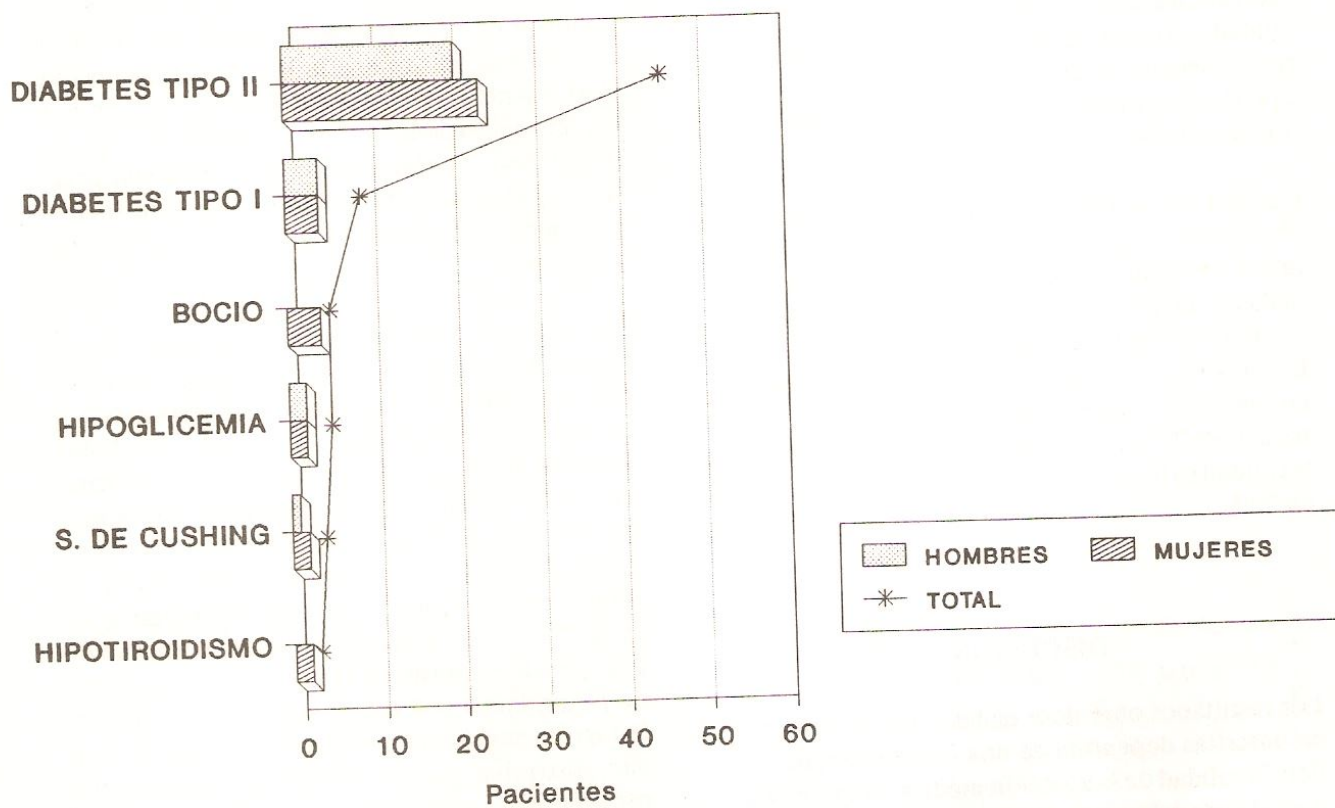


Figura 12. Diagnósticos de salida por sexo, sistema endocrino (66 pacientes).

entre pacientes procedentes del área de Bucaramanga y otras ciudades principales del departamento es alrededor de 10 a 1. Sin embargo, cerca del 30% de los pacientes provienen de poblaciones pequeñas y áreas rurales.

La información clínica que se obtiene a partir de estos datos permite ordenar los problemas y clasificarlos. De esta manera es posible determinar características clínicas, complicaciones más frecuentes y asociaciones con otras condiciones o enfermedades, obteniéndose así un perfil de la patología que se maneja en el servicio. Similares interrelaciones se pueden efectuar con exámenes de laboratorio, procedimientos, farmacia, interconsultas, etc. En consecuencia, un análisis de estos datos deberá ser la base para trazar lineamientos en los programas de atención al paciente, servirá de punto de partida para desarrollar investigaciones clínicas enfocadas a problemas concretos y, por otra parte, se podrá conocer y perfeccionar el contenido curricular que el servicio clínico le ofrece a los estudiantes. Al respecto, podrá ser un instrumento de ayuda en el diseño curricular, al relacionar la patología con las necesidades académicas en particular. Aunque en este reporte no se analizan las interrelaciones con el laboratorio, la farmacia y los procedimientos, este será el fundamento para establecer una verdadera auditoría médica con base en las normas que se ajusten a las necesidades y recursos de la institución. Estas características conllevan siempre ingredientes relacionados con la asistencia que necesariamente repercuten directamente con la docencia, la asistencia y la calidad de la atención médica.

Al considerar algunas situaciones en particular, los problemas respiratorios que son los más frecuentes, necesitan un reforzamiento de las actividades preventivas en los tres niveles de atención en salud. La tuberculosis y sus complicaciones sigue siendo una de las entidades de mayor ocupación del servicio. Es también importante como una de las principales causas de mortalidad. Las bronconeumonías suelen ser un diagnóstico acompañante de otras patologías como insuficiencia cardíaca, diabetes, EPOC y carcinoma. El carcinoma broncogénico es una patología llamativamente frecuente, que implica tanto activida-

des preventivas como disponer de la infraestructura especializada para el manejo de estos pacientes en el nivel III de atención en salud.

Los problemas derivados de la hipertensión arterial son un reflejo de las consecuencias de su control inadecuado o ausente. En esta población suele ser muy difícil cumplir una serie de requisitos para su control tales como educación, motivación y con mucha frecuencia disponer de recursos económicos suficientes para el mantenimiento de la terapia farmacológica. Está reconocido que la hipertensión arterial es un problema de salud pública y las cifras que aquí se presentan hablan de la necesidad de un programa que facilite la disponibilidad de los medicamentos al alcance de los usuarios. Las complicaciones de la hipertensión arterial como la insuficiencia renal crónica, la enfermedad cerebrovascular y la cardiopatía hipertensiva, por lo general implica no sólo altos costos hospitalarios sino la incapacidad productiva del paciente.

Otro problema que merece especial atención es el relacionado con las cardiomiopatías dilatadas. Fundamentalmente es un problema de nuestros campesinos que además son casi siempre adultos jóvenes. Aunque se ha descrito multitud de factores que inciden en su aparición, se necesita especial énfasis en la enfermedad de Chagas, en cardiomiopatía alcohólica, secuelas de miocarditis viral y otras causas. Se sabe que no hay un tratamiento definitivo para estos problemas y que pocas veces las medidas preventivas son eficaces. Estas circunstancias crean la necesidad de un proyecto de investigación para afrontar este problema con el fin de plantear alternativas de prevención y de control, sin desconocer la importancia de soluciones de alta tecnología como lo es un programa de trasplante cardíaco.

La patología gastrointestinal más frecuentemente observada fue la relacionada con parasitismo, incluyendo las diversas manifestaciones de la amebiasis lideradas por el absceso hepático y otras formas de poliparasitismo. Con relación al sistema neurológico se demuestra que la patología más frecuente es enfermedad cerebrovascular, síndrome convulsivo y meningoencefalitis. Las enfermedades cardiovasculares, la diabetes e

infecciones tales como endocarditis, cisticercosis y otomastoiditis son las más frecuentemente asociadas. Por otra parte, las infecciones conllevan la mayor estancia hospitalaria.

El problema anemia está asociado con múltiples patologías tales como desnutrición, tuberculosis y neumonías. Por sus características de hospital de referencia, resalta la alta frecuencia de leucemia siendo las formas agudas las más frecuentes. Nuevamente, infecciones de la piel y sepsis son los problemas asociados que tienen que ver con estancias prolongadas y mortalidad. Es de resaltar que los mayores promedios de estancia hospitalaria tienen que ver con problemas dermatológicos. Este dato es de interés para planificar un sistema que permita reducir costos o utilizar recursos que permitan optimizar la atención a estos pacientes.

Otro sistema que refleja las características de hospital de referencia es la frecuente patología renal, tanto crónica como aguda, asociándose esta con nefritis, infecciones o colagenosis. Llama la atención que los pacientes con insuficiencia renal crónica no presentan estancias prolongadas en el servicio, hecho que se explica por la existencia de un programa de atención ambulatoria, diálisis, trasplante renal o referencia, de acuerdo a criterios de manejo ejecutados por un comité interdisciplinario. Dentro de los problemas endocrinos resalta el predominio de la diabetes tipo II o del adulto sobre los demás diagnósticos endocrinológicos, incluyendo la diabetes tipo I. Resalta también el compromiso multisistémico de estos pacientes como son las nefropatías, cardiopatías, vasculopatías periféricas e infecciones como TBC, neumonías y compromiso dermatológico. La organización de programas específicos para el manejo de estos problemas haciendo énfasis en el control ambulatorio y con participación interdisciplinaria, es probablemente la mejor solución para reducir costos y mejorar la calidad de la atención a los enfermos. Similar situación ocurre con los problemas reumatológicos e inmunológicos.

Como requisito para la correcta utilización de este sistema se necesita que los datos consignados sean de alta calidad. Esto implica veracidad (no

distorcionar los datos referidos por el paciente), confiabilidad (los hallazgos encontrados en el paciente y consignados en la historia, deben coincidir con los hallazgos observados en el mismo paciente por médicos calificados) e integridad (no debe presentarse omisiones en la información). Para que estas condiciones se cumplan se requiere la continuidad de un proceso formativo y evaluativo que conlleve un permanente control de calidad que debe ser parte de la labor clínica hospitalaria.

Un aspecto que merece especial atención es la necesidad de utilizar un mismo criterio para codificar los diagnósticos, procedimientos, pruebas de laboratorio, etc., con el fin de facilitar cualquier tipo de consulta en un momento dado. En este estudio se utilizó un sistema no estandarizado, diseñado solamente para propósitos del trabajo. Sin embargo, a nivel internacional se ha utilizado diferentes sistemas de clasificación médica entre las cuales la denominada "ICD", se ha impuesto a lo largo del tiempo. En Alemania, por ejemplo, se utiliza en la mayoría de hospitales para fines administrativos. Otro sistema es SNOMED que utiliza una clasificación médica derivada de la descripción patológica de enfermedades que cumplen requisitos fundamentalmente clínicos. No obstante, poco se ha utilizado a través de los años, lo cual indica que ha tenido poca aceptación, en parte debido a que implica consumo de tiempo ya que una búsqueda tiene que pasar por siete categorías. DocuMed es otro sistema que utiliza una base de datos y la clasificación médica que reduce la complejidad de los otros sistemas (10). Uno de los planes de trabajo en próximos avances es evaluar la experiencia con la sistematización de la información médica con referencia en la base de datos del "Medical Subject Headings" (11) preparada por expertos de FEPAFEM (Federación Panamericana de Facultades de Medicina) en Bogotá.

El sistema que aquí se presenta es una primera experiencia relacionada con la sistematización de la historia clínica orientada por problemas. Aunque el proceso implica consumo de tiempo, los beneficios obtenidos son evidentes, con la posibilidad de perfeccionarlos con el fin de encontrar aplicaciones en materia de investigación científica,

utilización racional de los recursos para la atención al paciente y la formación de los recursos humanos en salud.

ABSTRACT

On the basis of Weed's Problem Oriented Medical Records methodology, the Patient Medical Ward Discharge Note (EPICRISIS) from the Hospital Universitario Ramon Gonzalez Valencia, was systematized. Demographic data showed that young and aged adults 38% and 32% respectively are the more frequent users with some predominance of males over females. Agriculture (33%) indigent (17%) and students (6%) were the mean occupations among males. Housekeeping (51)% and students (14%) were those among females. 43% of the patients came from Bucaramanga and 30% from Santander rural area. Respiratory diseases deal with the more frequent pathology followed by cardiovascular, gastrointestinal and neurologic disorders. The longer stays in the service belonged to skin diseases. It is concluded that systematized "EPICRISIS" allows to obtain demographic, clinical, administrative and research information. The quality of data depends on discipline integrity and completeness when filling medical record information. This method is useful in an University Hospital where patient care, teaching and research are conjugated.

BIBLIOGRAFIA

1. Weed LL. Medical records, medical Education and patient care. Cleveland: The Press of Case Western Reserve University, 1971.
2. Bjorn JC, Cross HD. Problem-oriented practice. Chicago: Modern Hospital Press, 1971.
3. Hurst, JW. The problem oriented system: The Heart, Blood vessels, patient care and education. In: The Heart. 4th ed. New York. Mc Graw:Hill, 1.978, pp 120-131.
4. Russell IJ, Hendricson WD, Harris GD, Gobert DV. A comparison of two methods for facilitating clinical data integration by medical students. Acad Med 1990; 65(5):333-340.
5. Blessing H, Marti WK. Initial experiences with a new kind of computer compatible coding and analysis system for inpatient and ambulatory services. Helv Chir Acta 1989; 56(4):515-20.
6. Stoltzing H, Birkner B, Lindlar R, et al. Computer-assisted documentation in upper gastrointestinal endoscopy experiences with routine use at 3 clinics. Z Gastroenterol 1989; 27(11): 667-75.
7. Prud'homme GJ, Canner PL, Cutler JA. Quality assurance and monitoring in the Hypertension Prevention Trial. Control Clin Trials 1989; 10(3 Suppl):84S-94S.
8. Dorda WG. WAREL, a system for retrieval of clinical data considering the course of diseases. Methods Inf Med 1989; 28(3): 133-41.
9. Peña J. Metodología del trabajo clínico orientado por problemas. Bucaramanga, Universidad Industrial de Santander, 1985.
10. Harle A, Harle C. DocuMed, a personal computer program system for basic documentation and ICD statistics based on SNOMED. Z Orthop 1989; 127(4):458-462.
11. U.S. National Lybrary of Medicine. National Technical Information Service. Medical Subject Headings, Tree Structures. Bethesda, 1.989.