

Diagnósticos clínicos al ingreso y al egreso de pacientes hospitalizados en Medicina Interna, Geriátrica e Infecciosos

Clinical diagnoses in admission and in discharge of patients admitted to Internal Medicine, Geriatrics and Infection wards

Alfredo D. Espinosa Brito^I; Benigno Figueiras Ramos^{II}; Juan D. Rivero Berovides^{II}; Luis G. del Sol Padrón^{II}; Moisés A. Santos Peña^{II}; Maikel Rocha Quintana^{III}

^IEspecialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor titular y consultante. Doctor en Ciencias Médicas. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos, Cuba.

^{II}Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor auxiliar. Máster en Ciencias. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos, Cuba.

^{III}Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de Medicina Intensiva y Emergencia. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos, Cuba.

RESUMEN

A partir de asumir que una coincidencia entre el diagnóstico inicial al ingreso y el definitivo al egreso, refleja alta calidad en el cumplimiento de ese paso esencial del método clínico, se revisaron los resultados de dos series de pacientes hospitalizados en Medicina Interna, Geriátrica e Infecciosos, para precisar factores asociados con dicha correspondencia. Se constató total coincidencia en más de las dos terceras partes de los casos, con porcentajes elevados en los más jóvenes, los que tuvieron menor estadía y los que ingresaron en el horario de las guardias. Se destacan los altos valores para enfermedades respiratorias e infecciosas y más bajos para diagnósticos menos precisos, como anemias, síntomas y signos mal definidos y para los ingresados en Geriátrica. Se hacen consideraciones sobre el error

diagnóstico y la trascendencia de estos resultados para los pacientes y la organización de la atención hospitalaria.

Palabras clave: Diagnóstico, error diagnóstico, pacientes hospitalizados, ingreso-egreso.

ABSTRACT

The assumption that there is a coincidence between the initial diagnosis at admission and the definite at discharge reflects a high quality in fulfillment of this essential step of clinical method. Results from two series of patients admitted in Internal Medicine, Geriatrics and infectious diseases departments were reviewed to specify exactly the factors associated with such correspondence. Authors verified the total coincidence in more than the two third of cases with high percentages in younger, which had a minor stage and those admitted in the medical duty times. Emphasized are the higher values for the respiratory and infectious diseases and lower for fewer accurate diagnoses including anemias, ill-defined symptoms and signs and for those admitted in Geriatrics department. We took into account on the diagnostic error and the importance of these results for patients and the organization of hospital care.

Key words: Diagnosis, diagnostic error, admitted patients, admission-discharge.

"Si cierras la puerta a todos los errores, la verdad se quedará también afuera"

Rabindranath Tagore

INTRODUCCIÓN

El Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos, es un hospital público, como todos en Cuba, cuenta con 640 camas, para atender a una población de más de 300 000 adultos residentes en la provincia de Cienfuegos, región situada en el centro y sur de la isla de Cuba. Por tanto, cumple con variadas y complejas misiones, especialmente asistenciales y docentes.

En los últimos años, se han producido transformaciones sucesivas de la organización de las instituciones hospitalarias del Sistema Nacional de Salud en el país, con la incorporación de nuevos servicios ambulatorios, sobre todo relacionados con modernas formas de cirugía de mínimo acceso, así como la adquisición de una serie de equipos de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología, lo que permite el estudio y la solución de muchos casos que ya no requieren de ingreso hospitalario.¹⁻³

Todo esto ha ocasionado que la inmensa mayoría de los pacientes que son admitidos en esta institución y, especialmente, en los servicios de Medicina Interna, Geriátrica e Infecciosos, ingresan debido a problemas agudos de salud, o exacerbaciones agudas de padecimientos crónicos y es despreciable el número de los que lo hacen de forma electiva. Es por ello que la determinación de los enfermos que ingresan o no en el hospital depende, fundamentalmente, de la valoración que nuestros especialistas y residentes hagan de los pacientes que acuden al Departamento de Urgencias, durante las 24 h del día y de la noche.

Por considerar que el estudio de la coincidencia entre los diagnósticos clínicos iniciales en el momento del ingreso de los enfermos y los diagnósticos definitivos al egreso, constituye un buen reflejo de la calidad asistencial que brindamos y puede ofrecernos valiosas informaciones para mejorar nuestras prestaciones, en marzo de 2000 llevamos a cabo una primera investigación en los servicios de Medicina Interna, Geriátrica e Infecciosos. Es de señalar que este aspecto de la asistencia médica, había sido estudiado a profundidad previamente, entre nosotros, en los pacientes egresados fallecidos, donde hay una larga tradición, a través de las discusiones que sistemáticamente se suscitan en los Comités de Análisis de la Mortalidad Hospitalaria. Estos Comités fueron creados por el Ministerio de Salud Pública de Cuba en la década de los años 60 del pasado siglo en todo el país, como parte de la vigilancia de la calidad hospitalaria. En el hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", desde su inauguración hace 30 años, el índice de autopsias clínicas siempre ha estado encima del 80 % de las defunciones ocurridas en el centro (alrededor de 1 000 anuales). Mensualmente, además de discutir las historias clínicas de cada caso, se revisan los informes de las autopsias clínicas realizadas a los fallecidos.⁴

En el primer estudio antes referido, se constataron varios resultados interesantes, que recomendaron la realización de un segundo trabajo, para determinar la consistencia de los hallazgos encontrados en el primero. En el año 2001 desarrollamos una segunda investigación, con los mismos procedimientos. Posteriormente, esta metodología se ha incorporado sistemáticamente a la evaluación periódica de la labor de los mencionados servicios, lo que ha permitido apreciar el desempeño de nuestros profesionales en el importante aspecto del diagnóstico médico. Indirectamente se ha podido precisar también la adherencia a las guías de práctica clínica que, desde 1998, se confeccionan, revisan y aplican en nuestro hospital.^{5,6}

En este informe, se abordan los principales resultados de esas investigaciones, la experiencia acumulada desde entonces y se realiza una propuesta para estudios futuros, que pudiera aplicarse a otros Servicios de Medicina Interna en hospitales del país o de nuestra región latinoamericana.

La revisión de los resultados principales de las investigaciones referidas y su discusión, nos han servido, además, como un acicate para volver renovadamente a nuestras raíces esenciales como médicos clínicos. Así, se presenta un grupo de reflexiones, fruto de intercambios y debates con muchos colegas a lo largo del tiempo, en relación con el tema de la calidad de nuestros diagnósticos y sus consecuencias, en el contexto de un mundo que ha cambiado, con una práctica clínica que se ha transformado de manera considerable, pero donde el diagnóstico continúa siendo la piedra angular del acto médico, aunque algunos no se den cuenta de ello, o incluso, traten de ocultarlo.^{7,8}

Moreno ha dicho: "Todo cuanto hemos hecho y haremos ha sido para evitar, con la enseñanza y la aplicación correctas del método clínico, que sobre nuestra profesión caiga la influencia perjudicial de muchos médicos que ya no interrogan ni examinan

y que ven al enfermo como un animalito de prueba o como un saco de fenómenos biológicos y aplauden los esquemas y las normas por encima del razonamiento depurado y flexible".⁸

Este propósito, si bien puede ser universal, cobra mayor importancia en los países, como Cuba, donde los internistas no hemos abandonado la primera línea de la faena asistencial-docente cotidiana y hemos estado sometidos al peso de una responsabilidad importante en la que sobresale el trabajo abnegado de nuestros colegas en los cuerpos de guardia, en los servicios de emergencias en general y en las salas de los hospitales, la asistencia a un altísimo porcentaje de pacientes ingresados en las unidades de cuidados progresivos (intensivos e intermedios) y la labor paciente y muchas veces menos reconocida, en la atención ambulatoria en diferentes niveles y modelos, a lo largo de los últimos 50 años.

¿Qué trascendencia tienen estos resultados para los pacientes y para la organización de la atención médica hospitalaria? Entre las respuestas a estas interrogantes, parece aconsejable que se tenga en cuenta, en nuestra práctica clínica diaria -en ausencia de otras "evidencias más fuertes" y como lecciones a aprender-, las asociaciones de mayor riesgo de no coincidencia diagnóstico inicial diagnóstico final que nos brindan estos estudios.

MÉTODOS

Se revisaron los resultados de dos investigaciones que estudiaron la coincidencia entre el diagnóstico inicial al ingreso en el hospital y a su egreso, de dos series de pacientes admitidos en los Servicios de Medicina Interna (salas 11A, 12A, 12B y 10B), Geriátrica (sala 10A) e Infecciosos (11B) del Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos (145 camas en total).

Se incluyeron en la primera serie 404 pacientes, de 498 que ingresaron en el mes de marzo del año 2000 en los tres servicios, lo que representó el 81,2 % del total. En la segunda serie se estudiaron 546 pacientes, de 908 que ingresaron en los meses de febrero y marzo de 2001, 60,1 % del total. Las causas por las que no se incluyeron enfermos, fueron ajenas a la voluntad de los investigadores y estuvieron relacionadas, principalmente, con la corta estadía de un grupo de ellos y con los egresos los fines de semana.

En cada caso se había precisado:

- Nombre del paciente.
- Historia clínica.
- Fecha de ingreso.
- Fecha de egreso.
- Horario en que se produce el ingreso (estancia o guardia).
- Sala de ingreso.
- Lugar de origen (Cuerpo de Guardia, o traslado de otros servicios).
- Edad.
- Sexo.
- Reingreso o no.
- Realización de la evaluación geriátrica (si \geq 60 años).
- Estado final del paciente al egreso (vivo o fallecido).
- Diagnóstico principal al ingreso (codificado por el Departamento de Estadísticas según la X Clasificación Internacional de Enfermedades).

- Diagnóstico principal al egreso (codificado por el Departamento de Estadísticas según la X Clasificación Internacional de Enfermedades).

La recogida del dato primario, se realizó por un equipo formado por 6 estudiantes de medicina seleccionados, de 3er. año de la carrera en el 2000, que pasaron a 4to. año en el 2001, uno por cada sala objeto de estudio, los cuales fueron debidamente adiestrados por los autores de ambas investigaciones, que son los mismos del presente trabajo.

Toda la información relacionada con los pacientes se recogió a través de encuestas prospectivas mediante entrevistas, previo consentimiento informado de los enfermos. Los datos se vaciaron en un formulario creado al efecto y se procesaron de forma automatizada. Se establecieron controles periódicos de la calidad de la obtención y procesamiento de los datos primarios, por los autores de las investigaciones.

El diagnóstico principal, tanto al ingreso, como el definitivo al egreso, se seleccionó por los autores, a partir de la revisión exhaustiva de las historias clínicas. En el caso de los fallecidos, el diagnóstico al egreso incluyó el informe final de las autopsias. Se calculó el porcentaje de coincidencia entre diagnóstico clínico inicial y el diagnóstico al egreso, de la siguiente manera:

$$\frac{\text{Enfermos con diagnóstico clínico correcto al ingreso}}{\text{Enfermos con diagnóstico clínico correcto al ingreso} + \text{Enfermos no diagnosticados correctamente al ingreso}} \times 100$$

Se aplicaron pruebas estadísticas de diferencias de medias (t de Student) para las variables cuantitativas y diferencias de porcentajes (Chi²) para las variables cualitativas. Se calcularon, además, la concordancia (índice de Kappa), la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo y el valor predictivo negativo, entre los diagnósticos clínicos principales de ingreso y egreso. Se utilizó como base para estos cálculos, la tabla de 2 x 2, considerando al diagnóstico al egreso como "patrón de oro" y al diagnóstico al ingreso como "prueba a probar".⁹

	Diagnóstico al egreso +	Diagnóstico al egreso -
Diagnóstico al ingreso +	a	b
Diagnóstico al ingreso -	c	d

$$\text{Sensibilidad} = a / a+c$$

$$\text{Especificidad} = d / b+d$$

$$\text{Valor predictivo positivo} = a / a+b$$

$$\text{Valor predictivo negativo} = d / c+d$$

$$\text{Índice de Kappa } K = 2 (ad - bc) / (a+c)(c+d) + (b+d)(a+b)$$

Sensibilidad: Capacidad de la prueba de clasificar como + a los Enfermos +

Especificidad: Capacidad de la prueba de clasificar como - a los Enfermos -

Valor predictivo positivo: Proporción de pruebas + que son verdaderamente + de Enfermedad (> si sensibilidad y especificidad están elevadas y si hay alta prevalencia).

Valor predictivo negativo: Proporción de pruebas - que son verdaderamente - de Enfermedad.

Interpretación de los valores de Kappa:

Índice K	Fuerza
< 0	Pobre
0,00-0,20	Ligera
0,21-0,40	Aceptable
0,41-0,60	Moderada
0,61-0,80	Buena
0,81-1,00	Casi perfecta

Se discutieron los resultados. Se debatió acerca del error médico, de la práctica del método clínico y de la trascendencia que tienen estas observaciones para los pacientes, así como la organización de la atención médica hospitalaria de urgencia. Se hizo un comentario final.

RESULTADOS

En la [tabla 1](#) se observa que hubo una total coincidencia entre el diagnóstico al ingreso y al egreso en 278 enfermos (68,8 %) en la primera serie de pacientes y 352 (66,6 %) en la segunda. Son significativos, entre los que tienen coincidencia diagnóstica total, los "más jóvenes" (tanto la edad promedio como en el porcentaje de adultos mayores), los que tuvieron menor estadía y los que fueron ingresados en el horario de las guardias. El sexo, el antecedente de reingresos, el ingreso por traslado, la evaluación geriátrica en los de 60 años y más y el resultado final al egreso (vivo o fallecido), no mostraron diferencias significativas entre los dos grupos comparados.

En la [tabla 2](#) se muestra el valor predictivo positivo al ingreso por las causas principales que motivaron la admisión hospitalaria de los pacientes. Son de destacar los altos valores para las enfermedades respiratorias e infecciosas. Los valores más bajos se obtuvieron para diagnósticos menos precisos, como las anemias, síntomas y signos mal definidos y los rubros de "otras enfermedades". Se observa solo un 50 % en el caso de las neoplasias en la primera serie, pero esta aumentó en la segunda hasta 69,8 %.

Tabla 2. Valor predictivo positivo del diagnóstico al ingreso (*versus* al egreso), según causas más frecuentes en dos series de pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna, geriatría e infecciosos

	Serie N° 1		Serie N° 2	
	n	Valor predictivo positivo	n	Valor predictivo positivo
(460-519) Enfermedades respiratorias	149	82,6	254	85,6
(482-485)	90	83,3	160	88,7

Neumonías/bronconeumonías				
(493) Asma bronquial	25	100	42	100
(496) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	20	85,0	35	86,0
Otras enfermedades respiratorias	14	42,9	17	33,3
(390-429) Enfermedades cardiovasculares	(63)	(69,8)	93	72,1
(428) Insuficiencia cardiaca	37	73,0	48	75,0
(410-414) Cardiopatía isquémica	16	62,5	20	70,8
Otras enfermedades cardiovasculares	10	15,9	15	19,2
(140-239) Neoplasias	51	51,0	62	69,8
(320-359, 434-435) Enfermedades sistema nervioso	21	76,2	18	58,4
(002-139) Enfermedades infecciosas	20	70,0	48	76,3
(250) Diabetes mellitus	15	60,0	17	81,6
(280-285) Anemias	14	35,7	13	28,9
(710-739) Enfermedades sistema osteomioarticular	10	50,0	7	63,0
(960-989) Intoxicaciones	10	70,0	6	78,6
(520-579) Enfermedades sistema digestivo	9	77,8	8	60,9
(580-599) Enfermedades sistema genitourinario	8	75,0	4	70,2
(780-796) Síntomas y signos mal definidos	18	16,7	4	21,7
Todas las causas	404	68,8	546	66,6

Fuente: Historias clínicas.

En la [tabla 3](#), el valor predictivo positivo del diagnóstico al ingreso por salas, las cifras más altas están en el Servicio de Infecciosos (11B) y en la Sala 11A en la primera serie y en 11B y 12B en la segunda, las más bajas en el Servicio de Geriátría (10A) en ambos grupos.

En la [tabla 4](#), se presentan la concordancia, la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo y el valor predictivo negativo del diagnóstico ingreso-egreso, para las causas más frecuentes de hospitalización, donde hubo un comportamiento similar en ambas series. Resaltan por sus valores elevados en el índice de Kappa muy similares a los del valor predictivo positivo los casos de las enfermedades respiratorias y luego las cardiovasculares. La diabetes mellitus y la neoplasia de pulmón con valores intermedios, y la cardiopatía isquémica crónica y las anemias con las cifras más bajas. Se encontraron valores muy elevados de especificidad y valor predictivo negativo para todas las causas estudiadas.

Tabla 4. Concordancia (Kappa), sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN), de diagnósticos seleccionados en dos series de pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna, geriatría e infecciosos

	Serie No. 1					Serie No. 2				
	Kap pa	Sensibil idad	Especific idad	VP P	VP N	Kap pa	Sensibil idad	Especific idad	VP P	VP N
Bronconeumonía	0,821	87,7	96,8	82,0	98,0	0,846	89,1	97,0	83,0	98,0
Neumonía	0,868	89,3	98,9	86,2	99,2	0,812	83,2	96,3	83,0	96,3
Asma bronquial	0,979	96,2	100	10,0	99,7	0,980	97,2	99,0	98,3	99,0
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	0,724	65,4	99,2	85,0	97,7	0,740	70,3	98,2	83,4	93,5
Insuficiencia cardiaca	0,702	73,0	97,3	73,0	97,3	0,710	75,2	96,3	74,1	95,2
Cardiopatía isquémica crónica	0,571	58,3	98,7	58,3	98,7	0,555	57,3	96,7	60,0	96,3
Neoplasia pulmón	0,631	62,5	98,7	66,7	98,5	0,667	68,3	96,6	68,7	98,8
Diabetes mellitus	0,630	69,2	98,5	60,0	99,0	0,730	76,2	96,3	61,0	98,0
Anemia no especificada	0,275	50,0	98,0	20,0	99,5	0,255	48,0	96,6	22,1	98,5

Fuente: Historias clínicas.

DISCUSIÓN

Una total **coincidencia entre el diagnóstico al ingreso y al egreso** de los enfermos estudiados en el 68,8 % y 66,6 %, respectivamente, refleja en general, una alta calidad en el cumplimiento del paso esencial del método clínico, que es el primer diagnóstico que se realiza en el momento del ingreso de nuestros enfermos. Esta aseveración cobra mayor valor si sabemos que la inmensa mayoría de los pacientes que son admitidos en nuestros servicios de Medicina Interna, Geriatría e Infecciosos, presentan situaciones urgentes y complejas, pues prácticamente son excepcionales los denominados por algunos como «ingresos electivos o para estudio», casos que habitualmente se valoran en los servicios de consulta externa o ambulatorios. Es de resaltar que se encontraron valores muy elevados de especificidad y valor predictivo negativo para todos los diagnósticos, lo que también apoya la calidad del diagnóstico realizado por los facultativos de estos servicios. No encontramos publicados otros trabajos con diseños similares para comparar estos resultados. Sin embargo, las cifras obtenidas son muy semejantes a las de diversos

estudios que se han llevado a cabo con una metodología similar en fallecidos por diferentes causas en nuestros servicios, donde se han informado cifras de coincidencia total entre el diagnóstico premortem y el diagnóstico final incluyendo la necropsia entre 60 y algo más de 70 %.⁴ Así, se confirma la idea inicial de que existen «brechas» en el diagnóstico al ingreso de nuestros enfermos, que al solo precisarlas ya estamos en camino de mejorar la calidad de la asistencia que brindamos.¹⁰⁻¹³ Sin, embargo, nos asalta la interrogante: ¿son estas cifras el «techo» de nuestras posibilidades reales de diagnóstico?

Para acercarnos más a la realidad, es conveniente llevar a cabo investigaciones como la que se presenta. En primer lugar, debemos aspirar siempre a la excelencia en un proceso, complejo pero clave, para la atención de calidad de todos nuestros enfermos, es decir, el arte y la ciencia del diagnóstico médico.^{8,14} En segundo lugar, basar nuestras decisiones clínicas fundamentales, en las mejores evidencias disponibles en el mundo en un momento dado, adecuadas a nuestros principios y realidades.¹⁵

Nuestros resultados ratifican el papel de la *edad avanzada* como un factor asociado a dificultades en la realización del diagnóstico correcto, lo que se ha insistido reiteradamente en la literatura médica, incluyendo trabajos realizados entre nosotros.^{16,17} Ya más de la mitad de los ingresos en nuestras salas lo constituyen adultos mayores. Este grupo de personas estará presente en una mayor proporción en el futuro, con el progresivo envejecimiento poblacional que es una realidad en la actualidad y un reto cada vez mayor en el futuro, incluyendo el rápido crecimiento del frágil grupo de los muy ancianos (mayores de 80 años).¹⁸

En los adultos mayores, como grupo poblacional con características anatómicas, fisiológicas, psicológicas y sociales distintivas, las enfermedades se presentan, en muchas ocasiones, de manera diferente que en los individuos más jóvenes. Se ha dicho que no existen enfermedades propias de los ancianos, que estos pueden padecer todas las enfermedades, pero sí cambia la frecuencia de ellas, el terreno sobre el que asientan y la repercusión funcional, psíquica y social que sobre el anciano ejercen. Entre las características de las enfermedades en los adultos mayores, que dificultan su diagnóstico, están la polimorbilidad, tan común en estos grupos, así como diversas formas clínicas de presentación (atípicas, silentes y pseudosilentes).¹⁹

La asociación de una mayor estadía en los pacientes con menor coincidencia diagnóstica, pudiera ser reflejo de una prolongación de la estancia por imprecisiones en el diagnóstico inicial, o de una mayor dificultad en estos casos de larga estadía para precisar un diagnóstico correcto, por presentar mayores complejidades. El diseño de estudios como los que se presentan, de corte transversal, no permite hacer conclusiones, pero son aspectos a tener en cuenta en el futuro. Sin embargo, aclarar posteriormente este resultado puede ser de mucho interés, debido a la política de redimensionamiento de los hospitales que se lleva cabo en nuestro país, donde la óptima utilización del recurso cama, lo que equivale a decir que la óptima estadía es uno de los propósitos a cumplimentar en favor de los pacientes, al disminuir todos los efectos negativos de una larga hospitalización, y de las instituciones, al reducir los costos en todos los sentidos.

El hecho de encontrar un porcentaje mayor de pacientes ingresados por la "estancia médica" (8 am a 4 pm) entre los que no tenían una coincidencia total entre el diagnóstico al ingreso y al egreso, nos alerta sobre la necesidad de perfeccionar la calidad de los diagnósticos al ingreso en este horario, cuando en las 8 horas de mayor afluencia de pacientes al Departamento de Urgencias, de lunes a viernes, se

hacen algo más de la mitad de todas las admisiones de las 24 h, en los servicios estudiados.

En relación con los *diagnósticos principales*, nuestros datos se comportan de manera lógica con lo esperado, con índices elevados de concordancia y valor predictivo positivo en un grupo de enfermedades muy frecuentes y de menor complejidad del cuadro clínico, como son los casos de las enfermedades respiratorias e infecciosas. Aquí destacan el asma bronquial, las neumonías, las bronconeumonías y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no así "otras enfermedades respiratorias", rubro que incluye un grupo de diagnósticos más vagos y dispersos. En el caso de las enfermedades cardiovasculares, son también aceptables los resultados obtenidos para la insuficiencia cardiaca, pero otras causas continúan evidenciando dificultades diagnósticas, tal y como se ha señalado en ocasiones previas.^{4,5}

Entre las entidades con resultados muy por debajo del promedio, resaltan las neoplasias, muchas de ellas de conocida dificultad diagnóstica.^{20,21} También las enfermedades del sistema osteomioarticular, cuya clasificación, en ocasiones, es compleja de un inicio y las anemias, cuyo diagnóstico final depende, con frecuencia, del resultado de exámenes complementarios.²² Mención aparte para los que se ubicaron en el rubro de "síntomas y signos mal definidos", pues entre ellos se encontraron, por supuesto, los mayores porcentajes de no coincidencia de los diagnósticos al ingreso y al egreso.¹⁰ Debemos recordar que en este epígrafe la Clasificación Internacional de Enfermedades incluye varias entidades que afectan a los ancianos, como son los casos de los diagnósticos de demencia y senilidad.²³ Aunque en un número mucho menor, el diagnóstico inicial puede ser más difícil en enfermedades menos frecuentes o raras, para las cuales el internista debe estar siempre preparado también.

La influencia del tipo de pacientes que ingresa en los servicios de Infecciosos y de Geriátrica se refleja en las diferencias encontradas en relación con los diagnósticos de ingreso-egreso en estos casos, con alta coincidencia en la sala 11 B y la más baja en la sala 10 A, respectivamente. En otras palabras, mejor orientación diagnóstica inicial en los que son admitidos en el Servicio de Infecciosos, por la existencia de una serie de criterios para ingresar pacientes allí, y mayores dificultades, en los del Servicio de Geriátrica.

En nuestros trabajos, no se encontraron asociaciones evidentes, en cuanto a la coincidencia del diagnóstico al ingreso-egreso, relacionadas con el sexo de los pacientes, el *antecedente de reingresos previos* por cierto en cifras que se pueden considerar bajas, dadas las características de los enfermos, sobre todo por la edad y la existencia de un gran número con enfermedades crónicas, el *ingreso por traslado*, también con cifras bajas globalmente, la *evaluación geriátrica* en los de 60 años y más que pudiera ser considerada más como un indicador cualitativo de proceso, que de impacto, en el manejo del adulto mayor hospitalizado, y el *resultado final al egreso* (vivo o fallecido) ratificado por la no existencia de fallecidos con problemas asistenciales en su manejo, según las actas del Comité de análisis de la mortalidad.

El error diagnóstico

Si definimos el error como "concepto equivocado", "acción desacertada" o "juicio falso" y no le asignamos invariablemente una connotación ominosa o terrible, que realmente no tiene en la mayoría de las ocasiones, entonces podemos afirmar que el error es una constante en el trabajo médico. Un buen médico, humano y profesional, puede llegar a olvidar sus diagnósticos brillantes, pero es poco

probable que logre borrar el recuerdo de aquellos errores que le costaron la vida a un enfermo y es casi seguro que no vuelva a cometerlos. Se ha dicho que "el reconocimiento de los errores es uno de los principios para una correcta aplicación del método clínico y ellos deberían ser abordados de manera directa, sincera y franca, como expresión de una virtud de todo científico honrado".¹⁴

Se estima que en los hospitales de los Estados Unidos se produzcan entre 44 000 y 98 000 muertes debido a errores médicos, por todas las causas. Se calcula también una cantidad importante de equivocaciones en la atención que se brinda a los que mueren en los hogares de ancianos y fuera de los hospitales.²⁴ Lo que estos datos, por diferentes motivos, no siempre son del dominio de los facultativos ni se conocen cuáles son las medidas para disminuir el problema.²⁵ Reiteradamente se ha referido el denominado "sesgo de publicación de resultados negativos". En otras palabras, la mayoría de los directores o editores de las revistas médicas más importantes, no dan cabida en sus páginas a trabajos con resultados negativos, aunque también es cierto que muchos autores prefieren no publicar esos artículos, que se supone no les den mucho prestigio, todo lo contrario.

Sin embargo, para los que hemos dedicado una buena parte de la vida a la medicina clínica, el análisis sistemático de nuestros aciertos y errores, constituye un caudal inagotable de posibilidades para tratar de hacer lo mejor con cada nuevo paciente que asistimos. Aunque algunos soñaron que con los avances científico-técnicos desaparecería o se reduciría al mínimo, el error médico se cierne sobre nosotros como algo consustancial con la práctica de nuestra profesión, tanto en nuestros días, como lo será en el futuro.

Cuando en los Consejos de Esculapio se decía que "...no nos será permitido dudar nunca, so pena de perder todo crédito y que si no afirmamos que conocemos la naturaleza de las enfermedades, que poseemos un remedio infalible para curarlas, el vulgo irá a charlatanes que venden la mentira que necesita...", se nos anunciaba que la duda, la incertidumbre y el desconocimiento sincero, serían nuestros acompañantes inseparables, por más que tengamos que, al mismo tiempo, aparentar seguridad, credibilidad y confianza.

Una información exacta y la realidad sin error se convirtieron en el pasado que aún es presente para muchos en el ideal y la base de un paradigma determinístico de la medicina. Sin embargo, actualmente el paradigma determinístico de la ciencia y de la vida va siendo progresivamente desplazado por uno probabilístico. Desde este último punto de vista, cualquier logro en las ciencias de la salud está sometido al error aleatorio y sistemático, hasta en las mejores condiciones de control. Es más, la información para la toma de decisiones casi nunca es completa y el que las toma casi siempre trabaja con un considerable nivel de incertidumbre.⁹

Entre los factores que se han referido que se asocian a un diagnóstico inicial erróneo, se encuentran:

- Manifestaciones clínicas vagas, atípicas o incluso ausentes, en relación con características propias del paciente (edad, escolaridad, cultura, etc.) o de los padecimientos (infartos agudos del miocardio sin dolor, enmascaramiento de síntomas en diabéticos, etc.)
- Exceso de confianza en los médicos y sobreestimación de la certeza de sus diagnósticos,²⁶ por lo que entendemos que mantienen su plena vigencia aquellas recomendaciones que, sobre el diagnóstico médico, hacía *Robert Hutchinson*, hace ya mucho tiempo:²⁷

1. No sea demasiado listo.
2. No diagnostique rarezas.
3. No esté apurado.
4. No decaiga en su interés por el diagnóstico.
5. No confunda un rótulo con un diagnóstico.
6. No diagnostique dos enfermedades simultáneamente en el mismo paciente.
7. No esté demasiado seguro.
8. No sea parcial ni tendencioso.
9. No dude en revisar su diagnóstico de tiempo en tiempo en un caso crónico.

- Organización de los servicios de urgencias y características de los médicos que prestan sus servicios en los departamentos de urgencias, pues muchas veces son los más inexpertos, internos y residentes, etc., sin una adecuada supervisión de especialistas.^{28,29} Los esquemas de trabajo de los médicos que atienden emergencias, con frecuencia van más allá de la frontera de la fatiga, lo que ha sido señalado como un factor que contribuye al error médico en decisiones que requieren rapidez y precisión.³⁰⁻³² A favor de este aspecto está la demostración en varios estudios de que la función cognitiva en el ser humano disminuye con la privación de sueño. Se conoce que después de 24 h sin dormir, la función cognitiva psicomotora declina hasta niveles similares a la concentración de 0,1 % de alcohol en sangre.³³

El enfoque "moderno" para tratar de minimizar las probabilidades de error y garantizar la "seguridad del paciente" enfatiza en el "pensamiento en sistemas" ("*systems thinking*") más que en los errores cognitivos individuales o "deslices técnicos" ("*technical slips*"). El objetivo es crear procesos y soluciones para prevenir los errores humanos, que pueden cometer incluso los profesionales competentes. Entre estos abordajes, están los protocolos y los algoritmos diagnósticos, las guías de práctica clínica, ayudas para la toma de decisiones y otros novedosos sistemas de apoyo.^{6,15,34}

De lo que se trata entonces, es de prepararse lo mejor posible, tanto los profesionales como los servicios de salud, para tomar una decisión correcta, en el menor tiempo, frente a una problemática creciente en la población que, a todas luces, parece tener puntos vulnerables.

Pero, ¿hubiera sido posible obtener una información acerca de las no coincidencias entre el diagnóstico clínico inicial y el final al egreso, si no se hubieran realizado este tipo de investigaciones y luego se siguieran aplicando sus resultados y esta metodología sistemáticamente? La respuesta es: casi seguro que no.

Trascendencia de estos resultados para los pacientes

Todos conocemos las consecuencias negativas que pueden llegar a ser fatales de un diagnóstico erróneo inicial, especialmente en enfermos con problemas agudos de salud que requieren hospitalización de urgencia, lo que puede conllevar a una ubicación del paciente en un servicio inadecuado, así como a la toma de decisiones inapropiadas, tanto para confirmar o descartar diagnósticos pero, sobre todo, por la elevada posibilidad de indicar una conducta y una terapéutica incorrectas.

En el caso de entidades que pueden amenazar la vida de nuestros enfermos y son vulnerables a una buena atención médica, se pueden continuar desarrollando métodos diagnósticos cada vez más fiables y seguir construyendo departamentos de urgencias y emergencias, así como unidades especializadas de cuidados intensivos muy bien equipadas y con personal entrenado en los protocolos terapéuticos más avanzados, basados en las mejores evidencias disponibles, pero si

no hay la sospecha clínica de un infarto agudo del miocardio o de una infección grave, por ejemplo, si el diagnóstico correcto no se hace, sencillamente todo ese arsenal no se utilizará en toda su potencialidad beneficiosa.³⁵⁻³⁷ Esta es una razón de gran peso para continuar vigilando y mejorando continuamente la calidad de los diagnósticos y tratamientos en pacientes que ingresan en nuestros servicios hospitalarios.

Claro, nos referimos a errores que pueden cometer médicos competentes, conocedores de sus posibilidades y limitaciones, éticos, con deseos fervientes de servir a sus pacientes y que convencen en su práctica de una profesionalidad a toda prueba. Otras preocupaciones surgirían cuando algunas de estas condiciones no se cumplen, tanto para pacientes y familiares, como para profesionales y administradores de salud. Y esto es otra cosa, pues la impericia, la autosuficiencia, la negligencia y la falta de ética, son conductas que deben ser sistemáticamente vigiladas y que pueden ocasionar "otros" graves errores de interpretación de los datos clínicos, pero requieren de "otra" discusión que ya no es fundamentalmente científica o técnica, sino más bien de la práctica de la medicina como profesión y vocación humanista y ética e, incluso, legal.

Se ha afirmado que la investigación de la efectividad de la atención médica en situaciones reales, cotidianas sin la participación de expertos, con pacientes muy seleccionados y en condiciones muy controladas, es decir, que se lleven a cabo con una población de estudio procedente de la práctica clínica diaria, en las condiciones habituales y con médicos "corrientes", como son los casos de los estudios que aquí comentamos, es un campo de investigación todavía no explorado lo suficiente, como para poder dar fundamento a las decisiones clínicas y sanitarias más relevantes y es por ello que actualmente tiene un gran interés. Es así que, al lado de las investigaciones biomédicas y de las epidemiológicas, hace falta desarrollar, como las más imperiosamente necesarias, las investigaciones clínicas para la construcción de un conocimiento operacional que permita la adopción de las mejores decisiones clínicas individuales en la práctica médica diaria.³⁸⁻⁴⁰

La maestría clínica, la habilidad y el buen juicio se adquieren por el médico a través de la experiencia y la práctica clínica. La mayor competencia se refleja de muchas maneras, pero, sobre todo, en un diagnóstico más efectivo y eficiente, y una identificación más prudente y un manejo compasivo de los problemas, derechos y preferencias del paciente individual al tomar las decisiones clínicas acerca de su cuidado.³⁸⁻⁴³ Los médicos con conocimientos y experiencia se caracterizan por la capacidad de reconocer en qué momento una impresión inicial es errónea y retroceder para desarrollar nuevas estrategias disponibles cuando la estrategia original era equivocada.²⁸

Se ha afirmado que sin maestría clínica, existe el riesgo de que la práctica llegue a estar tiranizada por las evidencias expresadas en guías, protocolos o algoritmos, pues incluso una excelente evidencia externa puede ser inaplicable o inapropiada para un paciente concreto.⁴⁴ Pero, ojo, sin la mejor evidencia actual, el riesgo que se corre es que la práctica quede rápidamente desfasada en perjuicio del enfermo. Siempre el mejor resultado, el ideal, dependerá de un equilibrio entre ambos aspectos.

Trascendencia de estos resultados para la atención hospitalaria

Aunque pudiera parecer un enfoque reduccionista, un programa dirigido para la gestión de la calidad del diagnóstico clínico a la hora de ingresar a nuestros pacientes, como "modelo" o "trazador" de intervenciones hospitalarias, puede resultar no solo práctico, sino también ser estratégico.⁴⁵ Cuando uno repasa los

conocimientos, modos de actuación, habilidades, agilidad y "maestría" necesarios para la asistencia correcta de un enfermo en el Departamento de Urgencias, se da cuenta que un programa dirigido al diagnóstico y tratamiento adecuados de estos pacientes podría beneficiar también a otras muchas actividades asistenciales hospitalarias.

Para resolver los problemas planteados y mejorar la calidad del servicio que prestamos, se recomiendan varios caminos, que incluyen el entrenamiento médico exhaustivo y la educación continuada, además de más práctica y experiencia con casos clínicos concretos, unidos a una vigilancia sistemática del diagnóstico inicial desde el mismo momento en que los enfermos ingresan en el hospital y análisis sereno de las causas de los errores, como un proceso continuo y perfectible, en un clima adecuado, tratando de disminuir al mínimo la incertidumbre diagnóstica en cada caso. En otras palabras, lo que en nuestro país se conoce como "control y ayuda".

No queremos dejar de comentar un aspecto que puede complicar el estudio del diagnóstico definitivo de los enfermos a su alta hospitalaria y es el relacionado con el llenado, correcto o no, por los médicos de asistencia, de la que se ha denominado Hoja de Egreso, a partir de la cual se codifican los diagnósticos finales. Para lograr los resultados que esperamos, se necesita que los médicos conozcan las reglas de codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades y exista una correcta interrelación con los departamentos de estadísticas hospitalarias, lo que se facilita con el funcionamiento adecuado de los Comités de análisis de la calidad de las historias clínicas en nuestros hospitales, constituidos en Cuba desde la década de los años 60 del pasado siglo.

Comentario final

Está claro que investigación y asistencia son dos caras de la misma moneda. Por eso, la mejor garantía de una buena asistencia es que haya investigación clínica, pero sin calidad asistencial es difícil hacer investigación. La investigación permite vislumbrar que, cuando se profundiza en un aspecto concreto de nuestra práctica médica, las cuestiones son mucho más complejas de lo que parecen a simple vista. No es imprescindible hacer investigación para ser buenos profesionales, pero es muy favorable participar en ella, incluso desde el punto de vista asistencial. La medicina ya ha dejado de ser solo un arte para convertirse en una mezcla de ciencia y arte, en un humanismo científico.⁴⁶

Las bondades que, con pocos recursos, ofrece el tipo de diseño empleado por nosotros en estos estudios, incluyendo la utilización de los instrumentos que nos aporta la Epidemiología clínica, nos ha hecho posible incorporarlos a la práctica clínica sistemática al lado de la cama del enfermo, como herramientas complementarias para favorecer "el estudio de las determinantes y efectos de las decisiones clínicas". Además, este tipo de investigación se inscribe entre las "evaluaciones de los servicios de salud", tan necesarias en nuestros días. De esta manera, al poder precisar las "brechas" entre lo que hacemos y lo que podemos hacer mejor, planificaremos adecuadamente diferentes acciones de capacitación y organizativas para acortar esas brechas y estaremos contribuyendo al perfeccionamiento constante de los servicios que brindamos.

Así, lejos de amilanarnos por la existencia de un grupo de barreras que se oponen a que hagamos un diagnóstico y tratamiento correctos de los enfermos que ingresan en el hospital, lo que proponemos es asumir el reto, precisar cada vez mejor esas barreras y derribarlas hasta donde sea posible, con nuevos conocimientos, con tenacidad e inteligencia, aplicando siempre el método clínico con exquisitez, aunque

"transformado" a la época y condiciones actuales,⁴⁷ conscientes de que serán de beneficio inestimable para la mejor organización de los servicios de salud incluyendo la satisfacción de los propios profesionales sanitarios y, sobre todo, directamente para un número no despreciable de enfermos y sus familiares, razón de ser de la entrega cotidiana que hacemos a nuestros semejantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Análisis de la situación del sector de la Salud. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1996.
2. Cooper RS, Kennelly JF, Orduñez-García PO. Health in Cuba. *Intern J Epidemiology*. 2006;35:817-24.
3. Guzmán MG. Cuba is a prime example of how poor countries can develop world-class systems of health-care. *TWAS Supplement to Nature Publishing Group*. Macmillian Publishers Limited; 2008. p. 43.
4. Espinosa A, Álvarez F, Borges E, Quintana S, Fernández M. Estudio clínico-patológico de 460 fallecidos con Infarto Miocárdico Agudo. Informe de dos series (1985-1987 y 1991-1993). *Clínica Cardiovascular (España)*. 2000;18(4):18-26.
5. Viera B, del Sol LG, Espinosa AD, Espinosa AA, Iraola M. Evaluación de Guías de buena práctica clínica para diagnóstico y tratamiento del Infarto Miocárdico Agudo. *MIO*. 2002;2(6):256.
6. Espinosa AD. Guías de buenas prácticas clínicas. Algunos aspectos relacionados con su elaboración e implementación. *MEDISUR*. 2009;7(5):36-43.
7. Editor's choice. Diagnosis, diagnosis, diagnosis. *BMJ*. 2002;324 (2 March) [citado 2004 Jul 16] Disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/324/7336/0/g>
8. Moreno MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales. La Habana: Científico-Técnica. 2001. p. 178.
9. Jenicek M. Epidemiología. La lógica de la medicina moderna. Barcelona: Masson; 1996.
10. Batule M. La taxonomía médica y la confusión crucial entre patología, enfermedad y sufrimiento en la Medicina Clínica. *Bol Ateneo Juan César García*. 1996;4(1-2):79-86.
11. Bonet M, Mòdol Deltell JM, Tor J, Rego MJ, Tudela P, Vilaseca B. Error diagnóstico en urgencias: relación con el motivo de consulta, mecanismos y trascendencia clínica. *Med Clin (Barcelona)*. 2005;125(10):366-70.
12. Corona LA. El método clínico como un método para el diagnóstico médico. Crítica a una concepción vigente. *Revista MEDISUR [periódico en la Internet]*. 2006 [citado 2009 Ago 21];4(3). Disponible en <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/221/4951>

13. Corona LA. Representación esquemática-sintética del modelo de método clínico diagnóstico-terapéutico. MEDISUR [periódico en la Internet] 2007 [citado 21 Ago 2009];5(1). Disponible en:
<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/234/4973>
14. Rodríguez L. La Clínica y su Método. Reflexiones sobre dos épocas. Madrid: Díaz de Santos, 1999. p. 143.
15. Espinosa AD, del Sol LG, Espinosa AA, Garriga JL, Viera B. Guías de práctica clínica. Ventajas y desventajas. MEDISUR [periódico en la Internet] 2009 [citado 5 Oct 2009];7(5):44-7. Disponible en:
<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/viewArticle/882>
16. Espinosa A, Romero AJ. Temas de Gerontogeriatría. Cienfuegos: Editorial Finlay; 1990.
17. Romero AJ. Temas para la asistencia clínica del adulto mayor. Cienfuegos: Ed. Universidad Carlos Rafael Rodríguez; 2007.
18. Oficina Nacional de Estadísticas. El envejecimiento de la población: Cuba y sus territorios. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. La Habana; Junio 2008.
19. Espinosa Brito AD, Romero Cabrera AJ. Evaluación geriátrica: Metas, método e implementación. Rev Asoc Colom Gerontol Geriatr. 2008;22(3):1184-91.
20. Kassierer JP, Kopelman RI. Cognitive errors in diagnosis: Instantintion, classification, and consequences. Am J Med. 1989;38:433-41.
21. McFarlane MJ, Feinstein AR, Wells CK, Chan CK. The 'Epidemiologic Necropsy'. Unexpected Detections, Demographic Selections, and Changing Rates of Lung Cancer. JAMA. 1987;258:331-8.
22. Espinosa A. Los criterios diagnósticos en la práctica clínica. Rev Cubana Med. 2009;48(3):125-34.
23. Espinosa A, Diez E, González E, Santos M, Romero AJ, Rivero H, et al. Mortalidad del adulto. Principales características en tres provincias cubanas, 1981-1982. Cienfuegos: Instituto Técnico Superior de Cienfuegos; 1989. p. 52-9.
24. Bootman JL. To Err Is Human (editorial). Arch Intern Med. 2000;160:3189.
25. Alberti KGMM. Medical errors: a common problem. BMJ. 2001;322:501-2.
26. Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? JAMA. 1991;265:2089-94.
27. Llanio R, Perdomo G. Diagnóstico. En: Propedéutica Clínica y Semiología médica. Tomo 1. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2003. p. 278-80.
28. Berner ES, Graber ML. Cognitive medical errors. Am J Med. 2008;121:S2S23.
29. Gottlieb DJ, Parenti CM, Peterson CA, Lofgren RP. Effect of a change in house staff work schedules on resource utilization and patient care. Arch Intern Med. 1991;151:2065-70.

30. Weinstein DF. Duty hours for resident physicians-tough choices for teaching hospitals. N Engl J Med. 2002;347:1275-8.
31. Gaba DM, Howard SK. Fatigue among clinicians and the safety of patients. N Engl J Med. 2002;347:1249-55.
32. Steinbrook R. The debate over residents' work hours. N Engl J Med. 2002;347:1296-1302.
33. Dawson D, Reid K. Fatigue, alcohol and performance impairment. Nature. 1997;388:235.
34. Tanne JH. Hospitals that follow heart attack guidelines save lives. BMJ. 2004;328:664.
35. Morrow DA. Clinical Application of Sensitive Troponin Assays (editorial). N Engl J Med. 2009;361:913-5.
36. Keller T, Zeller T, Peetz D, et al. Sensitive troponin I assay in early diagnosis of acute myocardial infarction. N Engl J Med. 2009;361:868-77.
37. Reichlin T, Hochholzer W, Bassetti S. Early diagnosis of myocardial infarction with sensitive cardiac troponin assays. N Engl J Med. 2009;361:858-67.
38. Espinosa A. Medicina Interna, ¿qué fuiste, qué eres, qué serás? Rev Cubana Med. 1999;38:79-90.
39. Espinosa A. ¿Epidemiología clínica o epidemiología para clínicos?, Archivos del Ateneo "Juan César García". 2000;1:64-71.
40. West AF, West RR. Clinical decision-making: coping with uncertainty. Postgrad Med J. 2002;78:319-21.
41. Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based Medicine. How to Practice and Teach EBM. 2nd ed. Edinburg: Churchill Livingstone, 2000. p. 261.
42. Doval HC, Tájler CD. Evidencias en Cardiología II. De los ensayos clínicos a las conductas terapéuticas. Buenos Aires: Gedic; 2001. p. 131-211.
43. Espinosa A. Interrogantes y tendencias en la clínica a las puertas del siglo XXI. Rev Cubana Salud Pública [periódico en la Internet]. 2002 Dic [citado 19 Ago 2009];28(3). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000300005&lng=es&nrm=iso
44. Rada G, Andrade M. ¿Debo aplicar los resultados de este estudio a mi paciente? Rev Méd Chile. 2006;134:115-9.
45. Kessner M, Singer C. Assessing health quality. The case for tracers. N Engl J Med. 1973;288(4):189-94.
46. Casino G. Humanismo científico. JANO. Escepticismo [periódico en la Internet]. 2009 Jun [citado 19 Ago 2009]. Disponible en:

<http://www.jano.es/jano/blogs/gonzalo/casino/humanismo/cientifico/f-82+iditem-720>

47. Ilizástigui F. El método clínico: muerte y resurrección. Educ Med Super. 2000;14 (2):109-27.

Recibido: 30 de octubre de 2009.

Aprobado: 16 de noviembre de 2009.

Dr. *Alfredo D. Espinosa Brito*. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos, Cuba. Correo electrónico: espinosa@perla.inf.cu

Tabla 1. Factores asociados con la coincidencia total del diagnóstico al ingreso-egreso en dos series de pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna, geriatría e infecciosos

	Serie No. 1		Serie No. 2	
	Coincide (n= 278; 68,8 %)	No coincide (n= 126; 31,2 %)	Coincide (n= 352; 66,6 %)	No coincide (n= 194; 33,4 %)
Edad (X ± DE)	58,34 ± 24,37	63,21 ± 18,72	50,10 ± 18,20	63,80 ± 17,14
Edad (% ≥ 60)	50,4 %	66,7 %	49,3 %	66,2 %
Sexo (% hombres)	50,7 %	49,2 %	52,4 %	47,0 %
Reingreso (%)	18,7 %	16,7 %	15,9 %	17,8 %
Estadía (X ± DE)	8,50 ± 6,34	12,53 ± 18,93	8,90 ± 5,10	13,23 ± 11,92
Hora de ingreso (% estancia)	46,8 %	63,5 %	44,8 %	60,0 %
Ingreso por traslado	9,70 %	9,55 %	10,12 %	9,61 %
Evaluación geriátrica (≥ 60 a)	74,3 %	79,8 %	71,2 %	73,4 %
Fallecidos (%)	4,3 %	4,0 %	4,9 %	5,2 %

Fuente: Historias Clínicas.

Tabla 3. Valor predictivo positivo del diagnóstico al ingreso (*versus* al egreso), según salas en dos series de pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna, geriatría e infecciosos

Sala de ingreso	Serie N° 1		Serie N° 2	
	n	Valor predictivo positivo	n	Valor predictivo positivo
10 A	96	56,3	110	60,1
10 B	74	63,5	99	62,7
11 A	65	83,1	97	73,1
11 B	17	94,1	48	89,9
12 A	80	71,3	102	67,2
12 B	72	69,4	90	80,2

Fuente: Historias clínicas.