



CARACTERIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS REPORTADOS EN LAS HISTORIAS CLINICAS Y SU CONCORDANCIA CON EL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO EMITIDO, SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS SEMIOLÓGICAS DE LA EVALUACIÓN POR FISIOTERAPIA Y NEUROREHABILITACIÓN, EN LA POBLACIÓN DEL INSTITUTO TÉCNICO GUAIMARAL SEDE ALMA LUZ VEGA DE CÚCUTA

Investigadores

YOLY CAROLINA SOTO BALLESTEROS

LEIDY YURANI SIERRA DIAZ

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

FACULTAD DE SALUD

FISIOTERAPIA

2016





CARACTERIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS REPORTADOS EN LAS HISTORIAS CLINICAS Y SU CONCORDANCIA CON EL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO EMITIDO, SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS SEMIOLÓGICAS DE LA EVALUACIÓN POR FISIOTERAPIA Y NEUROREHABILITACIÓN, EN LA POBLACIÓN DEL INSTITUTO TÉCNICO GUAIMARAL SEDE ALMA LUZ VEGA DE CÚCUTA

INVESTIGADOR TUTOR

FT. CESAR EDUARDO PABON

MG NEUROREHABILITACION

Co-Investigadores

YOLY CAROLINA SOTO BALLESTEROS

LEIDY YURANI SIERRA DIAZ

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

FACULTAD DE SALUD

FISIOTERAPIA

2016





CARACTERIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS REPORTADOS EN LAS HISTORIAS CLINICAS Y SU CONCORDANCIA CON EL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO EMITIDO, SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS SEMIOLÓGICAS DE LA EVALUACIÓN POR FISIOTERAPIA Y NEUROREHABILITACIÓN, EN LA POBLACIÓN DEL INSTITUTO TÉCNICO GUAIMARAL SEDE ALMA LUZ VEGA DE CÚCUTA

RESUMEN

Esta investigación se basó en la búsqueda y uso de hallazgos semiológicos de la población que se encuentra matriculada en el Instituto técnico Guaimaral Sede Alma Luz Vega de Cúcuta, buscando identificar el diagnóstico adecuado a los hallazgos clínicos, ya que esta población es tratada por profesionales de diferentes áreas de salud, donde la intervención y aplicación de un tratamiento requieren de un diagnóstico correcto.

Los resultados son una herramienta de gran ayuda, permite observar el grado del conocimiento del profesional de la salud acerca de las características de la patología perteneciente a cada niño, corroborar si corresponde al diagnóstico reportado en la historia clínica, para ajustar los objetivos fisioterapéuticos, así garantizar una rehabilitación efectiva.

El procedimiento realizado fue la revisión de los diagnósticos reportados, posteriormente se ejecutó la evaluación clínica de los pacientes y basados en los hallazgos clínicos, se corroboró el reportado o generó un diagnóstico asociado a la semiología encontrada para cada usuario. Finalmente se analizó el porcentaje del presunto error diagnóstico encontrado.

El estudio fue realizado durante el segundo semestre del 2015 y primer semestre del 2016.





1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Instituto Técnico Guaimaral Sede Alma Luz Vega, cuenta con una población de 150 niños registrados desde los grupos de transición a quinto de primaria con presuntas patologías neurológicas o problemas en el desarrollo psicomotor. Cada patología tiene manifestaciones clínicas que son características específicas de esta.

En el proceso de evaluación de los niños del instituto Alma Luz Vega por parte de los estudiantes de Fisioterapia de la Universidad de Pamplona, se han encontrado inconsistencias entre los diagnósticos arrojados según los hallazgos semiológicos pertinentes y los diagnósticos médicos reportados en las historias clínicas, presentándose signos y síntomas característicos de patologías similares pero que requieren tratamientos diferentes para llegar a una habilitación o rehabilitación exitosa. Muchos de estos diagnósticos médicos erróneos, se deben a que fueron dados a muy temprana edad sin tener un seguimiento oportuno y favorable a la evolución de la patología.

El error diagnóstico es cualquier falla o equivocación al momento de prescribir o dar un diagnóstico, ya que origina falta de un diagnóstico o retraso del mismo. Los errores diagnósticos causantes de morbimortalidad y costos prevenibles que han sido subestimados durante mucho tiempo, razones que pueden ser especificadas con características como la omisión de exámenes complementarios, falta de comunicación, valoraciones exhaustivas, poca información del paciente o ausencia de la historia clínica, poco conocimiento médico y el tiempo que el médico o cualquier profesional de salud o de rehabilitación, como es el caso, dispone para su intervención. (Viloto, 2011).

Según Viloto, (2011). La prevalencia de los errores diagnósticos es muy difícil de determinar aunque según estudios encontrados acerca de los errores diagnósticos médicos nos dan a conocer las posibles fuentes: mala praxis, autopsias y encuestas voluntarias; en este caso en los infantes del Instituto Técnico Guaimaral Sede Alma Luz Vega se dará como fuente una valoración completa por sistemas: Tegumentario, Osteomuscular y Nervioso.





Otros estudios encontrados en Neuropediatria acerca de los diagnósticos de patologías que pueden llevar a retrasos en el desarrollo del niño, pueden estar errados debido a que en los primeros cuatro meses de vida en el ser humano, no se logrará encontrar evidencias, rasgos o problemas neurológicos, patológicos, pero si genéticos; un ejemplo de estos se ve reflejado a nivel del tono muscular, los cuales al diagnosticar un daño a nivel cortical es de poca evidencia su lesión. (López, J., 2011).

Teniendo en cuenta estos elementos mencionados, y debido a que no es posible dar un buen tratamiento de rehabilitación sin conocer la patología específica se plantea:

¿Qué proporción de diagnósticos reportados en las historias, concuerdan al diagnóstico presuntivo emitido, según las características semiológicas de la evaluación por Fisioterapia y Neurorehabilitación, en la población estudiantil del instituto técnico Guaimaral sede alma Luz Vega de Cúcuta?





2. JUSTIFICACIÓN

En las valoraciones fisioterapéuticas realizadas por las practicantes de Fisioterapia de la Universidad de Pamplona se encontraron inconsistencias en los diagnósticos reportados en las historias clínicas de los infantes del Alma Luz Vega, los cuales no correspondían a los hallazgos semiológicos encontrados, lo cual generaba una barrera en el planteamiento de objetivos específicos de tratamiento y la intervención continua para la patología del infante, evitando una evolución favorable en su condición.

Según Campos, A... (2005), las patologías neurológicas son un motivo frecuente de consulta en el área de neuropediátria en atención primaria, siendo además en muchas ocasiones fuente de sintomatología recurrente.

La maduración del sistema nervioso, tienen un papel fundamental en todos los órganos y sistemas, pero de forma más relevante en el neurodesarrollo, la expresión “desarrollo infantil” hace referencia al desarrollo neurológico y psicológico del niño, convirtiendo esto en algo más complejo el diagnóstico, especialmente durante los primeros 6 años de vida; sin olvidar lo importante al abordar cualquier problema neurológico, que el origen del diagnóstico es la anamnesis rigurosa con la exploración física y neurológica metódicas. (Abenia Usón, P... et al., 2005).

Abenia Usón, P. et al. (2005), afirma que en neuropediátria y neurorehabilitación, es difícil que las pruebas complementarias solas nos lleven a un diagnóstico preciso, si éstas no están orientadas por una hipótesis diagnóstica previa. El diagnóstico muchas veces debe ser un proceso en el tiempo y en ocasiones los signos patognomónicos, sugestivos de la etiología son dados por la evolución del propio caso. En otros casos es la evolución con las ayudas diagnósticas los que aportan el diagnóstico.

Es fundamental tener o llegar a un diagnóstico correcto, ya que la pronta detección de un problema es importante: en problemas del desarrollo se debe aprovechar la plasticidad cerebral fundamental en los primeros 6 años de vida, indicando un tratamiento de Neurorehabilitación acorde, una estimulación adecuada a la familia



¡Estoy comprometido!

Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750 - www.unipamplona.edu.co

o, si es preciso, remitiendo a los servicios de Atención Temprana. (Abenia Usón, P. et al. 2005).

Cuando un diagnóstico es reportado en la historia, el personal de salud interdisciplinariamente actuará para mejorar esa condición, por tanto es importante, que el diagnóstico sea correcto para que cada niño pueda recibir un manejo terapéutico adecuado, y el personal de salud pueda plantear más fácilmente objetivos y planes de tratamiento garantizando una evolución exitosa en el paciente a tratar. Como padres, acudientes, cuidadores y como profesionales de salud que estén interviniendo con el infante, se espera que su diagnóstico sea el correcto, para que se proceda a iniciar los tratamientos necesarios para obtener una mejoría tardía o temprana de su evolución, no esperando resultados idealizados o encontrando “sorpresas” en la evolución, todo por tener un diagnóstico errado.

Esto servirá de beneficio para el profesional de fisioterapia, aportando una base concreta para que el tratamiento de rehabilitación sea efectivo, brindando más claridad con respecto a la etiología de los síntomas, que permitirá plantear objetivos de tratamiento más acorde para la condición del individuo, garantizando una intervención fisioterapéutica acertada, llevando a una habilitación o rehabilitación favorable para este, buscando evitar posibles complicaciones o secuelas con tratamientos mal enfocados y complicaciones por mala praxis que con el paso del tiempo se harán mayores. (Cardona, A. 2010).

Este trabajo buscó caracterizar los diagnósticos reportados en las historias personales y su concordancia con el diagnóstico presuntivo emitido, según las características semiológicas de la evaluación por Fisioterapia y Neurorehabilitación, en la población del instituto técnico Guaimaral sede alma Luz Vega de Cúcuta, entre el periodo 2015-2 y 2016-1, que también generaran las remisiones necesarias, con el fin de que sea más precisa la impresión diagnóstica, cumpliendo además con un deber social.





4. MARCO TEÓRICO

DIAGNÓSTICO: El error diagnóstico

Según, Vitolo. F. Define como cualquier falla o equivocación en el proceso diagnóstico que lleva al diagnóstico incorrecto, a la falta de diagnóstico o bien al retraso del mismo. No todos los errores diagnóstico derivan en daños a los pacientes. El daño vinculado a errores diagnósticos es aquel que resulta del retraso o fracaso para tratar condiciones que estaban presentes al momento de la consulta o bien de tratamientos que dieron para tratar una condición que el paciente no tenía. Cuando son identificados, en general la documentación en la historia clínica (habitualmente de guardia o ambulatoria) es insuficiente como para realizar un análisis detallado del error.

Según, J. Cauqueva (2007), El diagnóstico es todo estudio previo a toda planificación o proyecto y que consiste en la recopilación de información, su ordenamiento, su interpretación y la obtención de conclusiones e hipótesis. Consiste en analizar un sistema y comprender su funcionamiento, de tal manera de poder proponer cambios en el mismo y cuyos resultados sean previsibles; El diagnóstico nos permite conocer mejor la realidad, la existencia de debilidades y fortalezas, entender las relaciones entre los distintos actores sociales que se desenvuelven en un determinado medio y prever posibles reacciones dentro del sistema frente a acciones de intervención o bien cambios suscitados en algún aspecto de la estructura de la población bajo estudio.

La discusión diagnóstica académica:

Diagnóstico Síndromico o Sindromológico: una vez identificados los síntomas y signos en las etapas anteriores de la presentación del caso, se hace necesario el plantear los síndromes que presenta el enfermo justificando los elementos sintomáticos de cada uno de ellos. A veces, en la Semiología, tenemos varios síndromes en un enfermo; pero existe alguno que es capaz de contenerlos en sí, por lo que es mejor el planteamiento del mismo. Los síndromes deben plantearse por orden de mayor a menor importancia o interdependencia para facilitar después la discusión de entidades nosológicas. (Herrera Galeano, A. et al. 2011).





El diagnóstico Diferencial de las entidades nosológicas Corresponde a la eliminación razonada de aquellas entidades que constituyen etiologías dentro del síndrome o los síndromes planteados, y se deja para el final o siguiente paso aquella que nos impresiona o justifiquen el cuadro del paciente que discutimos. O sea, qué se parece pero no es, porque existen algún o algunos elementos fundamentales que la excluyen. (Herrera Galeano, A. et al. 2011)

Diagnóstico Nosológico o positivo de la Entidad Nosológica: esta es la etapa final concluyente de cuál o cuáles son las patologías que presenta el paciente, justificando cada una de ellas con los elementos clínicos, epidemiológicos, exámenes complementarios y otros que defiendan lo concluido. Existen entidades en la Medicina que genéricamente son amplias y abarcadoras de varias posibilidades etiológicas, etiopatogénicas o fisiopatológicas. (Herrera Galeano, A. et al. 2011).

Diagnóstico Anatómico o Topográfico: es importante en algunos procesos patológicos establecer su localización anatómica o topográfica que reflejará la expresión de algunos síntomas que pueden variar de un paciente a otro que tengan la misma enfermedad o trastorno. Estos síntomas, expresión de la localización del proceso, nos ayudan a establecer la topografía. (Herrera Galeano, A. et al.2011).

Diagnóstico Funcional o del Grado de Incapacidad: este diagnóstico se hace necesario en algunas enfermedades, por el cual, podemos, posteriormente, emprender acciones terapéuticas para la rehabilitación del enfermo con vistas a su mejor integración a la sociedad y la familia siendo este el campo donde actuara la fisioterapia siendo necesario plantear un diagnóstico correcto para así lograr los objetivos planteados. (Herrera Galeano, A. et al. 2011).

Establecer el Pronóstico: es necesario en todo paciente enfermo establecer el pronóstico de la enfermedad. Este depende de la propia entidad, su forma clínica, las condiciones propias del paciente, gravedad evolutiva, respuesta probable a la acción terapéutica, comportamiento epidemiológico, enfermedades asociadas y estado nutricional, estado inmunitario, etcétera. Es necesario establecerlo a corto, mediano o largo plazos en dependencia de la enfermedad que se trate. (Herrera Galeano, A. et al. 2011)





Establecer la conducta: La conducta se clasifica en: Conducta diagnóstica y conducta terapéutica.

Conducta diagnóstica: Consiste en la realización de una serie de investigaciones paraclínicas que nos ayude a confirmar nuestra hipótesis diagnóstica y también nos ayude a descartar otras enfermedades del diagnóstico diferencial. Nos auxilie a definir la etiología de muchas enfermedades. Nos permite identificar el agente en las enfermedades infecciosas y variar en determinado momento nuestro juicio pronóstico. (Herrera Galeano, A. et al. 2011).

Conducta terapéutica: Importantes son las acciones terapéuticas a emprender, basándose en nuestro diagnóstico. No es describir el tratamiento impuesto. Es enumerar los tipos o acciones terapéuticas que vamos a emprender con el enfermo, punto de partida para seguir su evolución, donde se evalúa la respuesta terapéutica entre otros aspectos. (Herrera Galeano, A. et al. 2011).

El desarrollo neurológico, se denomina niños de “alto riesgo” a aquellos que tienen el antecedente de haber presentado en el periodo neonatal asfixia, meningitis, sepsis, crisis convulsiva, policitemia, hiperbilirrubinemia, prematurez, retardo en el crecimiento intrauterino, gemelares entre otros.

Las patologías neurológicas tienen signos y síntomas parecidos que deben ser estudiados con detenimiento por medio de las diferentes semiologías y llevando un proceso ordenado y sistemático. (Huanca, D. et al. 2012).

Según, Alvarado, A. Guevara, Gretchen, S. (Pág. 19), Dependiendo del nivel de atención donde se produzca el error diagnóstico, este variará su grado de severidad: desde el mínimo hasta el que potencialmente pone en peligro la vida del paciente. En este sentido, se habla de la existencia del error simple, que es aquel que no acarrea problemas ni riesgo en la salud del paciente, y del error grave, que es aquel que acarrea riesgo en la salud del paciente, por demora del tratamiento, con riesgo de que deje secuelas, exponga a estudios intervencionistas innecesarios o haga peligrar la vida del paciente.





Según, Alvarado, A. Guevara, Grettchen, S. (Pág. 19). Los errores de diagnóstico comprometen la responsabilidad profesional cuando patentizan ignorancia inexcusable, o tienen su origen en un estudio insuficiente, en función de las circunstancias de tiempo y lugar; por ejemplo, habrá responsabilidad si se aplica un tratamiento de una enfermedad inexistente, el médico no se haya esforzado por descubrir de qué mal realmente se trataba, o si se realiza un diagnóstico superficial e inexacto, en presencia de síntomas clínicos totalmente contrarios, a pesar de la protesta del paciente.

El Proceso de evaluación. La anamnesis: es la base fundamental para el diagnóstico de los problemas de salud de nuestros pacientes. Del 50 al 75 % de los diagnósticos se hacen por el interrogatorio. Se han señalado varios de los principios de un buen interrogatorio, entre los que se puede citar: dejar que el paciente se exprese libre y espontáneamente, describir correctamente el motivo de consulta o queja principal, definir todos los síntomas de la enfermedad actual, obtener la mayor miografía (descripción de los mismos), las condiciones de aparición de los síntomas y el modo de comienzo, ordenarlos cronológicamente, la duración total del cuadro clínico, la evolución de los síntomas en el tiempo, el tratamiento que ha recibido, el estado actual de los síntomas en el momento que lo atendemos, explorar el entorno psicosocial del paciente, así como también la relación de los síntomas con situaciones familiares, afectivas, aspiraciones, etcétera. Si el paciente no está en condiciones de responder al interrogatorio, lo hará una persona allegada que sepa dar respuesta a las preguntas. (Díaz, J. Gallego, B. y León, A. (2006, 22 enero). (pág. 2)).

Según, Díaz, J. Gallego, B. y León, A. (2006, 22 enero). (pág. 2). En la valoración del examen físico: complementa al interrogatorio, los signos físicos son marcas objetivas y verificables de la enfermedad y representan hechos sólidos e indiscutibles. Su significado es mayor cuando confirman un cambio funcional o estructural ya sugerido por la anamnesis. Su valor en el diagnóstico ha sido ratificado por numerosos estudios.

Los principios de un buen examen físico son: Tener un orden del conjunto y de los diferentes síntomas (si el procedimiento del examen no es sistemático es fácil omitir detalles), respetar el pudor del paciente, su privacidad, y concentrarse en el





¡Estoy comprometido!

Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750 - www.unipamplona.edu.co

examen de cada cosa por separado, no todo al mismo tiempo. Es importante efectuar bien cada maniobra, el interrogatorio debe guiar al examen físico, cuando ya se tiene una sospecha diagnóstica, buscar todos los datos físicos que pueda producir dicha enfermedad. Debe hacerse una descripción minuciosa de cada signo encontrado, definir con claridad cuando el signo es equívoco o dudoso y consignarlo así. No nos cansaremos de repetir la importancia que tiene la descripción minuciosa de cada signo encontrado, pues no es lo mismo decir que el paciente tiene un soplo en foco mitral, que describir las características de ese soplo que nos pueden llevar de la mano al diagnóstico de una estenosis o una insuficiencia mitral. (Díaz, J. Gallego, B. y León, A. (2006, 22 enero). (pág. 3).

El otro principio esencial es que el examen físico no debe ser neutro, sino estar guiado por la anamnesis. Lo que no se busca no se encuentra, el que no sabe lo que busca no entiende lo que encuentra. No es solamente la técnica la que determina el éxito para detectar signos, sino una mente preparada para percatarse de ellos.⁹ Podríamos citar otras muchas sentencias y aforismos que señalan la importancia de la búsqueda activa, de los diferentes signos clínicos, guiada por la anamnesis. Debemos recordar también que la historia clínica más que una lista ordenada de síntomas y signos es una síntesis de hechos y observaciones. (Díaz, J. Gallego, B. y León, A. (2006, 22 enero). (pág. 3).

Según. Cruz Gallo. R. (2012). El diagnóstico en Neuropediatría y Neurorehabilitación están familiarizados con la evaluación del desarrollo psicomotor, especialmente en lo referente al área motor grueso. Todos hemos aprendido que los niños a los tres meses sostienen la cabeza, se mantienen sentados a los seis, se sientan y gatean a los nueve y caminan a partir del año de edad.

Aunque no todos los niños adquieren estas habilidades motrices exactamente a la misma edad, lo importante es que todos hemos memorizado esta secuencia de adquisición de habilidades que nos permite con cierto grado de certeza determinar si el niño debe ser derivado a terapia física. Para evaluarlo en preescolares se proponen los siguientes términos que son de fácil memorización y aplicación. Recién nacido: llora, tres meses: guturea, seis meses: silabea, nueve meses: balbucea, doce meses: palabrea, dieciocho meses: parlotea, veinticuatro meses: frasea y treinta meses forma oraciones. Estas etapas del lenguaje se presentan a edades más o menos predecibles. El conocer y memorizarlas le permitirá al





¡Estoy comprometido!

pediatra decidir cuándo derivar al niño a una evaluación más formal. Según. Cruz Gallo. R. (2012).

La mayoría de las personas experimentarán por lo menos un diagnóstico erróneo o atrasado en algún momento de su vida, un tema pasado por alto en la medicina moderna pero que puede ocasionar consecuencias devastadoras, según un nuevo informe que solicita cambios urgentes en la atención médica. Obtener el diagnóstico correcto, en el momento correcto, es crucial. Según. Cruz Gallo. R. (2012).

En Neurorehabilitación, se denomina niños de “alto riesgo” a aquellos que tienen el antecedente de haber presentado en el periodo neonatal asfixia, meningitis, sepsis, crisis convulsiva, policitemia, hiperbilirrubinemia, prematuros, retardo en el crecimiento intrauterino, gemelares entre otros. Estos niños, encontrados a menudo durante los controles programados para menores de 5 años, son más propensos que sus contrapartes “sin riesgo” de presentar algunos problemas neuropsicológicos durante su crecimiento y desarrollo. Según. Cruz Gallo. R. (2012).

Por otro lado, la categorización como “alto riesgo” persistirá siempre y cuando en sus controles regulares NO se detecte ninguna patología neurológica. De diagnosticársele una de ellas, el niño deja de pertenecer al grupo de “alto riesgo” y debe ser tratado según la guía de manejo de la patología diagnosticada, manteniéndose los controles neurológicos propuestos por la Guía de Práctica Clínica hasta los 5 años periodo en el cual se pueden ir agregando otros diagnósticos. Según. Cruz Gallo. R. (2012).

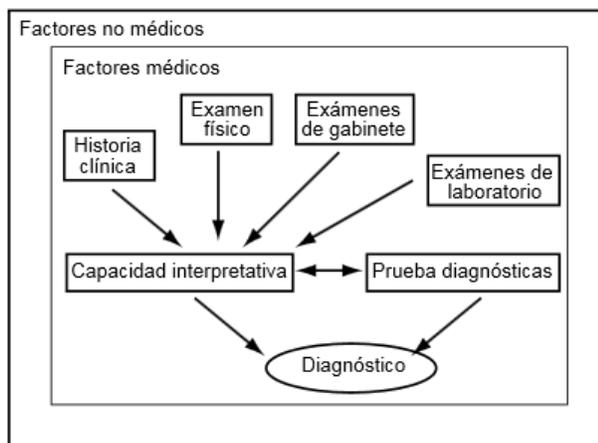




Figura 1. Factores que intervienen en el diagnóstico médico. Cruz Gallo. R. (2012)

Diagnóstico en Neuropediatría, Neurorehabilitación y otros conceptos asociados.

Las pruebas y procedimientos de diagnóstico son herramientas vitales que ayudan a los clínicos a confirmar o descartar la presencia de un trastorno neurológico u otra enfermedad.

Los investigadores y médicos usan una variedad de técnicas de obtención de imágenes de diagnóstico y análisis químicos y metabólicos para detectar, controlar y tratar la enfermedad neurológica. Algunos procedimientos se realizan en entornos especiales, realizados para determinar la presencia de un trastorno o anomalía particular. Muchas pruebas que antes se realizaban en un hospital ahora se hacen en un consultorio médico o en un centro de pruebas ambulatorio, con poco o ningún riesgo para el paciente. Dependiendo del tipo de procedimiento, los resultados son inmediatos o puede llevar varias horas procesarlos. (Briceño, N. et al. 2012).

Las pruebas de evaluación de laboratorio de sangre, orina u otras sustancias se usan para ayudar a diagnosticar enfermedades, entender mejor el proceso de la enfermedad, y monitorizar los niveles de medicamentos terapéuticos. Por ejemplo, los análisis de sangre y de productos sanguíneos pueden detectar infecciones cerebrales y de la médula espinal, enfermedades de la médula ósea, hemorragias, daños de los vasos sanguíneos, toxinas que afectan al sistema nervioso, y la presencia de anticuerpos que señala la presencia de una enfermedad auto inmunitario. También se usan análisis de sangre para monitorizar los niveles de medicamentos terapéuticos usados para tratar la epilepsia y otros trastornos neurológicos. Las pruebas genéticas de ADN extraído de los glóbulos blancos sanguíneos pueden ayudar a diagnosticar la enfermedad de Huntington y otras enfermedades congénitas. El análisis del líquido que rodea el cerebro y la médula espinal puede detectar meningitis, inflamación aguda o crónica, infecciones raras y algunos casos de esclerosis múltiple. Las pruebas químicas y metabólicas sanguíneas pueden indicar trastornos proteínicos, algunas formas de distrofia muscular y otros trastornos musculares, y diabetes. El análisis de orina puede revelar sustancias anormales en la orina o la presencia o ausencia de ciertas proteínas que causan enfermedades, incluidas las mucopolisacaridosis. (Pruebas y procedimientos de diagnóstico neurológico, 2012).





Las pruebas de diagnóstico más usadas para diagnosticar trastornos neurológicos son:

Basándose en el resultado del examen neurológico, el examen físico, los antecedentes del paciente, las radiografías del tórax y el cráneo del paciente y las pruebas y evaluaciones previas, los médicos pueden solicitar una o más de las siguientes pruebas de diagnóstico para determinar la naturaleza específica de una lesión o trastorno neurológico sospechado. Estas pruebas generalmente implican imágenes de medicina nuclear, en las que se usan muy pequeñas cantidades de materiales radioactivos para estudiar la función y la estructura del órgano, o imágenes de diagnóstico, que usan imanes y cambios eléctricos para estudiar la anatomía humana. (Pruebas y procedimientos de diagnóstico neurológico, 2012).

La siguiente lista de procedimientos disponibles, en orden alfabético en lugar de secuencial, comprende algunas de las pruebas más comunes usadas para ayudar a diagnosticar una afección neurológica.

La angiografía es una prueba usada para detectar bloqueos de las arterias o venas. Una angiografía cerebral puede detectar el grado de estrechamiento u obstrucción de una arteria o vaso sanguíneo en el cerebro, la cabeza o el cuello. Se usa para diagnosticar accidentes cerebrovasculares y para determinar la ubicación y tamaño de un tumor cerebral, aneurisma, o malformación vascular. (Pruebas y procedimientos de diagnóstico neurológico, 2012).

La biopsia involucra la extirpación y el examen de un pequeño trozo de tejido del cuerpo. Las biopsias de músculo y nervio se usan para diagnosticar trastornos neuromusculares y también pueden revelar si una persona es portadora de un gen anormal que pueda pasarse a los niños. Se extirpa una pequeña muestra de músculo y nervio bajo anestesia local y se estudia bajo el microscopio. La muestra puede extraerse quirúrgicamente, a través de una hendidura en la piel, o por biopsia con aguja, en la cual se inserta a través de la piel una aguja hueca fina dentro del músculo. Un pequeño trozo de músculo o nervio queda en la aguja hueca cuando ésta se extrae del cuerpo. Generalmente la biopsia se hace en un centro de pruebas ambulatorio. La biopsia cerebral, usada para determinar el tipo de tumor, requiere de una operación para extirpar un pequeño trozo del cerebro o tumor. Realizada en un hospital, esta operación es más riesgosa que la biopsia muscular e implica un período de recuperación más extenso. (Pruebas y procedimientos de diagnóstico neurológico, 2012).



Las ecografías cerebrales son técnicas para obtención de imágenes usadas para diagnosticar tumores, malformaciones de vasos sanguíneos, o hemorragias cerebrales. Estas ecografías se usan para estudiar la función del órgano, una lesión o enfermedad del tejido o el músculo. Los tipos de ecografías cerebrales comprenden la tomografía computada, las imágenes por resonancia magnética y la tomografía con emisión de positrones (ver las descripciones, abajo). (Pruebas y procedimientos de diagnóstico neurológico, 2012).

El análisis de líquido cefalorraquídeo involucra la extracción de una pequeña cantidad de líquido que protege el cerebro y la médula espinal. El líquido se examina para detectar un sangrado o hemorragia cerebral, diagnosticar una infección cerebral o de la médula espinal, identificar algunos casos de esclerosis múltiple y otras afecciones neurológicas y medir la presión intracraneana. Comúnmente la muestra de líquido se extrae con un procedimiento conocido como punción lumbar. (Pruebas y procedimientos de diagnóstico neurológico, 2012).

La tomografía computada, también conocida como TC, es un proceso indoloro y no invasivo usado para producir imágenes rápidas y bidimensionales claras de órganos, huesos y tejidos. La prueba TC neurológica se usa para ver el cerebro y la médula. Puede detectar irregularidades óseas y vasculares, ciertos tumores y quistes cerebrales, discos herniados, epilepsia, encefalitis, estenosis espinal (estrechamiento del canal espinal), un coágulo sanguíneo o sangrado intracraneal en pacientes con accidente cerebrovascular, daño cerebral de una lesión craneana u otros trastornos. Muchos trastornos neurológicos comparten ciertas características y una tomografía computarizada puede ayudar para hacer el diagnóstico correcto diferenciando el área cerebral afectada por el trastorno. (Pruebas y procedimientos de diagnóstico neurológico, 2012).

La electroencefalografía, o EEG, monitoriza la actividad cerebral a través del cráneo. El EEG se usa para ayudar a diagnosticar ciertos trastornos convulsivos, tumores cerebrales, daño cerebral de lesiones craneanas, inflamación cerebral o de la médula espinal, alcoholismo, ciertos trastornos psiquiátricos, y trastornos metabólicos y degenerativos que afectan al cerebro. Los EEG también se usan para evaluar los trastornos del sueño, monitorizar la actividad cerebral cuando un paciente está completamente anestesiado o pierde la conciencia y confirmar la muerte cerebral. (Pruebas y procedimientos de diagnóstico neurológico, 2012).





La electromiografía, o EMG, se usa para diagnosticar disfunciones musculares y nerviosas y enfermedades de la médula espinal. Registra la actividad eléctrica cerebral y de la médula espinal hasta una raíz nerviosa periférica (encontrada en los brazos y piernas) que controla los músculos durante la contracción y en reposo. Durante una EMG, se insertan electrodos de alambre muy finos en un músculo para evaluar los cambios en el voltaje eléctrico que se producen durante el movimiento y cuando el músculo está en reposo. Los electrodos están unidos por una serie de alambres a un instrumento de registro. Las pruebas generalmente se realizan en un centro de pruebas y duran alrededor de una hora pero pueden durar más, dependiendo del número de músculos y nervios a ser estudiados. La mayoría de los pacientes encuentra que esta prueba es algo incómoda. (Pruebas y procedimientos de diagnóstico neurológico, 2012).

Los potenciales evocados (también llamados respuesta evocada) miden las señales eléctricas al cerebro generadas por la audición, el tacto o la vista. Estas pruebas se usan para evaluar los problemas nerviosos sensoriales y confirmar afecciones neurológicas como la esclerosis múltiple, tumores cerebrales, neuromas acústicos (pequeños tumores del oído interno) y lesiones de la médula espinal. Los potenciales evocados también se usan para examinar la vista y la audición (especialmente en los bebés y niños pequeños), monitorizar la actividad cerebral entre los pacientes con coma, y confirmar la muerte cerebral. (Pruebas y procedimientos de diagnóstico neurológico, 2012).

Varios estudios realizados en la Unión Europea y Estados Unidos sugieren que en torno a un 10% de los ingresos hospitalarios implican algún tipo de daño causado al paciente. De ahí que las prioridades actuales para el mejoramiento de la prestación de servicios médicos en el campo de la seguridad, calidad y eficiencia, se enfocan a la disminución de los errores médicos, los cuales pueden tener diferentes grados de impacto en la evolución clínica del paciente. (Alvarado, T., 2008).

Debido a la amplia variedad de ellos existe dificultad en su clasificación a pesar de ser fácilmente reconocibles; se incluyen las equivocaciones en transfusiones, eventos adversos, Como un intento por categorizar dichos errores.

Sin embargo, una de las principales causas de la escasa reducción de este tipo de errores se relaciona con la falta de información con la que se cuenta al respecto, debido a que son el resultado de cadenas de eventos muy pocas veces





¡Estoy comprometido!

Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750 - www.unipamplona.edu.co

estudiadas, de los reportes inadecuados de errores por parte del personal médico y de variaciones o desconocimiento de la definición de error médico. Precisamente las investigaciones enfocadas en dilucidar cuáles de los errores cometidos en el ejercicio de la medicina son más frecuentes, son escasas y con resultados muchas veces diferentes, dependiendo del desarrollo del estudio. (Alvarado, T. 2008).





5. MARCO REFERENCIAL

Existe poca documentación especializada sobre diagnóstico erróneo en Colombia, pero en el contexto internacional si se ha tratado el tema, autores como: MANUEL QUINTANA FERGUSON, en su obra “La Responsabilidad Civil del Médico”, MIGUEL RODRIGUEZ JOUVENCEL en su “Manual del Perito Médico” y MARIA VICTORIA REVUELTAS IGLESIAS, en “El riesgo de la judicialización de la medicina”, en España. JERÓNIMO SALGUEROA y JUAN MANUEL CASTELLANOS en obras como, “Buena y Mala Práctica Médica”, y, en un artículo sobre las estadísticas de los reclamos judiciales por mala praxis médica, para la revista Médico Legal No. 44 de Buenos Aires, el segundo de ellos, en Argentina. Y en Colombia ASTOLFO FRANCO de la Universidad del Valle, Revista Colombia Médica. Vol: 36 No. 2, 2005. Principalmente han tratado, de manera general, el contexto de la Responsabilidad del Estado por Falla del Servicio Médico, sin abordarse de forma específica la falla médica por error en el diagnóstico. Para el caso colombiano, debe indicarse que el bosquejo general y desarrollo de ésta forma de responsabilidad estatal (falla médica), se ha realizado de manera pretoriana (jurisprudencial), por lo cual, debe acudir necesariamente como fuente a las diversas sentencias del Consejo de Estado y de la Corte Suprema de Justicia, las cuales delimitan de manera precisa las diferentes teorías y regímenes aplicables en cada caso específico. (Briceño, N. et al. 2012).

En marzo de 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su 55ª Asamblea Mundial, informó tasas muy altas de eventos adversos para diferentes países desarrollados que oscilaron entre 3.2% y 16.6%, corroborando el gran problema existente en el ámbito mundial. Si se adiciona a las miles de personas que como producto del error no murieron pero que quedaron con una discapacidad transitoria o permanente, el problema toma dimensiones casi epidémicas, por lo cual la OMS lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad Clínica del Paciente. En el artículo que relacionamos pretende demostrar la Organización, la dimensión del problema existente alrededor de la atención en salud. (Briceño, N. et al. 2012).

El estudio realizado por la revista Discovery dsalud en diciembre del 2006, el 60 % de los casos de diagnóstico erróneos que repercuten gravemente en los





¡Estoy comprometido!

Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750 - www.unipamplona.edu.co

enfermos que se deben a equivocaciones de los médicos. Así desprende tras estudiarse 181 demandas por errores de diagnósticos que provocaron daños serios al 59% de los enfermos tratados y la muerte a un 30 %. Los errores más comunes fueron equivocarse al pedir las pruebas el 55% de los casos y un seguimiento no adecuado de la evolución del paciente.

Entre quienes decidieron investigar sobre el asunto esta Tejla K. Gahndi quien, junto a otros colegas, hicieron un estudio cuyo punto de partida era difícilmente rebatible: “aunque los diagnósticos erróneos y tardíos se han convertido en un importante problema de seguridad siguen estando poco estudiados, sobre todo el ámbito ambulatorio, es que en el 59% de los casos fue la causa de daño en los pacientes. De estos, un 59 % de carácter grave (106 de 181) y un 30% muy grave (55 de 181), tanto que llevo a la muerte a los pacientes.”⁽³⁾





6. MARCO CONCEPTUAL

- **Ayudas diagnósticas:** procedimientos de laboratorio clínico o imagenología que busca confirmar o aclarar un diagnóstico médico, antes o durante el tratamiento de una lesión. (Babilona. 2012)
- **Radiografía:** Una radiografía es una técnica diagnóstica radiológica de forma digital (Radiología digital directa o indirecta) en una base de datos. La imagen se obtiene al exponer al receptor de imagen radiográfica a una fuente de radiación de alta energía, comúnmente rayos X o radiación gamma procedente de isótopos radiactivos (Iridio 192, Cobalto 60, Cesio 137, etc.). Al interponer un objeto entre la fuente de radiación y el receptor, las partes más densas aparecen con diferentes tonos dentro de una escala de grises. Sus usos pueden ser tanto médicos, para detectar fisuras en huesos, como industriales en la detección de defectos en materiales y soldaduras, tales como grietas y poros. (Imágenes Diagnosticas De Lorica E.U)
- **Actividad:** Conjunto de operaciones o tareas dentro de un procedimiento de salud, con utilización de un recurso específico, bien sea físico, humano y/o tecnológico.
- **Diagnóstico:** Es una conclusión a la que se llega con base en los resultado de la realización de actividades procedimientos e intervenciones, y que se expresa en términos de presencia o ausencia de la enfermedad, de conformidad con la clasificación de enfermedades adoptada en la normativa vigente.
- **Entidades Promotoras de Salud (EPS):** Es la entidad responsable de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento, definida en la normativa vigente.
- **Exploración Quirúrgica:** Procedimiento quirúrgico que se practica con fines diagnósticos o para valorar la efectividad del tratamiento.
- **Intervención en Salud:** Conjunto de uno o más procedimientos realizados para un mismo fin, dentro del proceso de atención en salud.





¡Estoy comprometido!

Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750 - www.unipamplona.edu.co

- **Prevención de la Enfermedad:** Aquellas actividades, procedimientos, intervenciones de demanda inducida y cuya finalidad es actuar sobre los factores de riesgo o condiciones específicas presentes en el individuo (protección específica), la comunidad o el medio ambiente, que determinan la aparición de la enfermedad.
- **Procedimiento:** Secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, de la enfermedad.
- **Procedimiento no Quirúrgico:** Operación manual y/o instrumental incruenta con fines diagnósticos o terapéuticos, durante la cual no se realiza maniobra de las que caracterizan a la cirugía. Es equivalente a “tratamiento médico”, es decir, por cualquier método distinto de la cirugía.
- **Procedimiento Quirúrgico:** Operación instrumental cruenta que se practica con fines diagnósticos o terapéuticos, durante la cual se realiza alguna o varias de las maniobras que son características de la cirugía, como incidir, suturar, extirpar o modificar algún tejido u órgano del cuerpo humano.
- **Tratamiento:** Todas las actividades, procedimientos o intervenciones, tendientes a modificar o desaparecer, los efectos inmediatos o mediatos de la enfermedad o patología. (Comisión Reguladora de Salud 2009)

LEY 1751 DEL 16 DE FEBRERO DEL 2015

POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.

Artículo 8°. La integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.





Artículo 16. Procedimiento de resolución de conflictos por parte de 11 los profesionales de la salud. Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidos i1 por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las juntas médicas de la red de prestadores de servicios de salud, utilizando criterios de 1 razonabilidad científica, de acuerdo con el procedimiento que determine la ley.

CAPÍTULO III

Profesionales y trabajadores de la salud

Artículo 17. Autonomía profesional. Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica. Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente. La vulneración de esta disposición será sancionada por los tribunales organismos profesionales competentes y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de sus competencias.





7. METODOLOGÍA

El estudio realizado fue de metodología cuantitativa, con un diseño de tipo descriptivo de corte trasversal, donde se tomó la población total del instituto Alma Luz Vega, definiéndose la muestra a conveniencia, donde el tamaño de esta, fue definido por los criterios de inclusión presentes en los sujetos.

Para la selección de los sujetos se tuvo en cuenta:

- Criterios de selección.
 - ✓ Niños que se encuentre inscrito al instituto técnico Guaimaral sede Alma Luz Vega
 - ✓ Niños que cuenten con registro medico de su patología
 - ✓ Niño que presente problema neurológico y genético con soporte medico en la historia clínica
 - ✓ Niños que deseen pertenecer al estudio y hayan firmado el consentimiento informado el acudiente o el docente a cargo.





¡Estoy comprometido!

Variables de estudio

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN	CATEGORIZACIÓN O DIMENSIONES	DEFINICIÓN	INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	INDICE	VALOR
Nivel de escolaridad	Cualitativa	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Transición neurología, Transición Oyente, Taller de modistería G, Taller H, Primero Oyente, tercero Oyente, Cuarto oyente, Tercero y Segundo Sordos, Segundo Oyente, Tercero y Cuarto sordos, Quinto Oyente.	Grado de estudio que se encuentra cursando en el Instituto Tecnico Guaimaral Sede Alma Luz Vega	Grado de escolaridad	Nominal			
Fecha de Nacimiento	Cuantitativa numérica	Tiempo en el que ocurre el nacimiento de un ser vivo.			Numero de día, mes y año en que nacio.	Numerica			
Edad	Cuantitativa numérica	tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.				Numerica			



¡Estoy comprometido!

Estrato	Cualitativa numérica	Es la conformación de grupos de acuerdo a criterios establecidos y reconocidos.	Estrato 1 Bajo – bajo; Estrato 2 Bajo; Estrato 3 Medio – Bajo; Estrato 4 Medio; Estrato 5 Medio -Alto; Estrato 6 Alto.	Los estratos socioeconómicos es un clasificación de 1 a 6 donde se hace una aproximación a la diferencia socioeconómica jerarquizada, léase pobreza a riqueza o viceversa.	Estrato socioeconómico	Numérica	Estrato socioeconómico		Se tomara el valor del nivel socioeconómico reportado en el sisben.
Diagnóstico reportado	Cualitativo	Procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, en términos de la practica medica, el diagnostico es un juicio clínico sobre el estado psicofísico de una persona, representa una manifestación en respuesta a una demanda para determinar tal estado previo			Patología reportada	Nominal	Diagnostico reportado		
Diagnóstico Emitido	Cualitativo	Procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, en términos de la practica medica, el diagnostico es un juicio clínico sobre el estado psicofísico de una persona, representa una manifestación en respuesta a una demanda para determinar tal estado actual			Patología emitida	Nominal	Diagnostico emitido		



Instrumento de recolección de información:

Para poder contrastar el diagnóstico reportado en las historias de cada infante con el emitido se creó un formato de registro de información que contempla: nombre, apellidos, fecha de nacimiento, documento de identidad, estrato, dirección de residencia, teléfono, responsable, diagnóstico reportado, antecedentes, signos, síntomas, talla, peso, imc, perímetro cefálico, valoración de reflejos miotendinosos, presencia de reflejos patológicos, medidas longitud de miembros, marcha, postura, tono muscular, etapas de control motor, fuerza, observaciones generales y diagnóstico emitido.

El protocolo seguido fue en el siguiente orden:

- a. Búsqueda documental con las revisiones de las hojas de matriculas de los niños donde se encuentran los diagnósticos clínicos con los cuales ingresan.
- b. Revisión de historias clínicas de fisioterapia y fonoaudiología de la Universidad de Pamplona, para documentar diagnósticos y reportes de anamnesis.
- c. Firma de consentimiento informado por padres o responsables de los infantes en el alma luz.
- d. Realización de la evaluación clínica de cada sujeto del instituto Alma Luz Vega que cumple con los criterios de selección, donde se ejecuta:
 - Reporte de variables sociodemográficas
 - Reporte de variables clínicas: acá se tiene la observación secuencia motora, las etapas de control motor, Medidas antropométricas, evaluación por sistemas (sistema sensorial, sistema motor), valoración fisioterapéutica general.
- e. Correlación clínica: la correlación clínico patología de signos y síntomas, mas reportes de paraclínicos existentes, para emitir un diagnóstico presuntivo.
- f. Comparación entre el diagnóstico emitido y el diagnóstico reportado en las historias de los infantes.

Análisis estadístico

Por la naturaleza del diseño de este estudio se aplicó estadística descriptiva para determinación del porcentaje de concordancia de los diagnósticos.





8. Resultados

De 150 escolares matriculados en el instituto Alma Luz Vega de la ciudad de Cúcuta, 111 sujetos fueron seleccionados según criterios de selección, para la evaluación. De la muestra se perdió 1 sujeto para el análisis, quedando un total de 110, 42 de ellos son mujeres (38,18%) y 68 hombres (61,81%), el promedio general de edad es de 14,5 años, con un rango de edad entre los 15 y 45 años. El 96,36% de la población se encuentra en los estratos 1 y 2 con 106 sujetos (52 del estrato 1 y 54 del estrato 2).

Con relación a los diagnósticos, se identificó que en el 100% de los casos se encuentran dos o más diagnósticos por sujeto; se reportaron 90 diagnósticos diferentes, que representa una proporción de 0.82 diagnósticos en la población, encontrándose en algunos casos las manifestaciones clínicas de una patología han sido establecidas como un diagnóstico.

Se identifican 97 diagnósticos diferentes resultantes de la evaluación de los sujetos, lo cual es una proporción de 0,88 diagnósticos en la población, esto representa una diferencia de 0,07 diagnósticos entre lo reportado y lo emitido, por tanto, la tasa de omisión diagnóstica es del 7% para la población objeto del estudio.

En la siguiente tabla se encuentran los diagnósticos de todo el grupo, tanto los encontrados en los reportes de historias clínicas y los diagnósticos emitidos post evaluación.





PATOLOGIAS REPORTADAS	PATOLOGIAS EMITIDAS
<ol style="list-style-type: none"> 1) Amelia de Miembros Superiores - deficiencia femoral bilateral - hemimelia fibular derecha 2) Hipotiroidismo congénito 3) Retraso psicomotor 4) Epilepsia 5) Síndrome Convulsivo 6) Síndrome de Smith - lemli - optiz con leve curvatura peneana 7) alteraciones en el lenguaje 8) epilepsia focal sintomática 9) microcefalia 10) Sonda de derivación peri ventricular (SDVP) 11) Hemiplejia izquierda 12) Hipotiroidismo 13) Retraso global del desarrollo 14) hipotonía a cambio de atrofia cerebral 15) Meningitis 16) encefalopatía viral 17) Endotropia Alterna 18) hiperfusión de oblicuos inferiores 19) Hidrocefalia 20) Hemiparesia izquierda 21) Exvacuo a HIV 22) Parálisis cerebral espástica 23) Mano o pie en garra o en talo pies equino varo o zambo adquiridos 24) diplejía espástica 25) Hipoacusia Neurosensorial severa bilateral 26) retardo del desarrollo cognitivo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amelia de Miembros Superiores - deficiencia femoral bilateral - hemimelia fibular derecha 2. Hipotiroidismo congénito 3. Encefalopatía difusa izquierda 4. Síndrome de Smith - lemli - optiz con leve curvatura peneana 5. alteraciones en el lenguaje 6. epilepsia focal sintomática 7. microcefalia 8. encefalopatía por neuroparasitosis (lesión difusa) aparente de la capsula interna 9. atrofia cortical frontal y prefrontal 10. Retraso psicomotor 11. atrofia cortical de origen carencial 12. encefalopatía cortical difusa 13. encefalopatía viral 14. leuco distrofia para ventricular 15. Hidrocefalia Exvacuo con derivación derecha 16. encefalopatía cortical con microcefalia 17. encefalopatía hipoxica 18. Hipoacusia Neurosensorial severa bilateral



¡Estoy comprometido!

27)hipoxia neonatal y aminoglusidos	19.trastorno del lenguaje
28)Hipoacusia bilateral	20.retardo del desarrollo cognitivo
29)trastorno cognitivo	21.hipoxia neonatal y aminoglusidos
30)Ptosis palpebral derecha	22.trastorno cognitivo
31)Retraso del Lenguaje	23.Ptosis palpebral derecha.
32)POP por reflujo gastro esofágico	24.Posible problema asociado a la desnutrición por confirmar
33)Retardo mental	25.Retraso del Lenguaje
34)Escoliosis	26.POP por reflujo gastro esofágico
35)Lesión Cerebral Atáxica	27.Roto escoliosis
36)Trastorno autista	28.síndrome Klinefelter
37)Hipotiroidismo	29.Lesión Cerebral Atáxica
38)Atrofia parcial del nervio óptico	30.Trastorno Autista
39)lesión isquémica de los núcleos basales	31.Encefalopatía cortical izquierda.
40)Secuela de neurológicas secundarias a Hipoxia	32.Encefalopatía corticocerebelosa
41)HiperCIFosis dorsal	33.Parálisis Cerebral
42)Trastorno articulatorio	34.Atrofia parcial del nervio óptico
43)Hidrocefalia	35.lesión isquémica de los núcleos basales
44)Cuadriparesia	36.Encefalopatía cortical hipoxica
45)Hemiparesia derecha	37.síndrome genético por confirmar
46)Mielo meningocele lumbar	38.Encefalopatía cerebelosa coreica
47)Luxación de cadera	39.neurofibromatosis por confirmar
48)Pie equino varo	40.lesión parenquimatosa y cortical del lado izquierdo
49)TDAH	41.Monoparesia espástica miembro superior derecho
50)Secuela de TEC	
51)Trastorno generalizado del desarrollo con predominio alteración del lenguaje y déficit cognitivo leve	
52)déficit de atención	
53)trastorno del aprendizaje	
54)trastorno del desarrollo de las habilidades escolares	
55)hipoacusia	
56)Microtia derecha agenesia del conducto auditivo externo con	

DQS is member of:





¡Estoy comprometido!

<p>imperforación del hueso timpantal e hipoplasia entre la cadena de los huesillos. Perforación de la membrana timpánica</p> <p>57) Embriopatía rubiolic y soplo cardiaco del nacimiento</p> <p>58) ductos de ligera repercusión hemodinámica</p> <p>59) Hipoacusia Profunda bilateral autonómica recesiva no sindromica</p> <p>60) Hipoacusia Neurosensorial con implante coclear derecho</p> <p>61) Síndrome branquiotoneal</p> <p>62) OMC bilateral</p> <p>63) Malformación hendiduras braquiales</p> <p>64) mastoiditis crónica</p> <p>65) Síndrome de Kabuki</p> <p>66) Distracción</p> <p>67) Focomelia d ellas 4 Extremidades</p> <p>68) Déficit de pronunciación de diferentes sonidos</p> <p>69) problemas de aprendizaje y de lenguaje</p> <p>70) Trastorno del desarrollo y crecimiento óseo</p> <p>71) Defecto del tabique auricular</p> <p>72) Síndrome de Marfan</p> <p>73) Trastorno conductual</p> <p>74) Depresión</p> <p>75) Síndrome Dismorfo en estudio</p> <p>76) poli neuropatía axonal moderada</p> <p>77) Retraso del desarrollo comprensivo y expresivo.</p> <p>78) neuropatía óptica por confirmar</p> <p>79) Estrabismo</p>	<p>42. paraparesia espástica miembro inferiores</p> <p>43. Alteración de los circuitos de núcleos de la base y tálamo.</p> <p>44. Mielo meningocele lumbar</p> <p>45. TDAH</p> <p>46. Secuela de TEC</p> <p>47. Lesión cortical prefrontal</p> <p>48. Hidrocefalia</p> <p>49. Síndrome Convulsivo</p> <p>50. Lesión cortical temporal secundaria</p> <p>51. trastorno del desarrollo de las habilidades escolares</p> <p>52. Hipoacusia</p> <p>53. Microtia derecha agenesia del conducto auditivo externo con imperforación del hueso timpantal e hipoplasia entre la cadena de los huesillos. Perforación de la membrana timpánica</p> <p>54. Embriopatía rubiolic y soplo cardiaco del nacimiento</p> <p>55. ductos de ligera repercusión hemodinámica</p> <p>56. Síndrome branquiotoneal</p> <p>57. OMC bilateral</p> <p>58. Malformación hendiduras braquiales</p> <p>59. mastoiditis crónica</p> <p>60. Hipotiroidismo</p> <p>61. Síndrome de Kabuki</p> <p>62. trastorno del aprendizaje</p> <p>63. Distracción</p> <p>64. Craneosinestosis</p> <p>65. Focomelia d ellas 4</p>
--	---





¡Estoy comprometido!

<p>80) hemiparesia de miembro inferior derecho</p> <p>81) Endotropia</p> <p>82) Paraplejía espástica y diplejía espástica de miembros superiores</p> <p>83) Síndrome Genético Mental Moderado</p> <p>84) Acondroplasia por confirmar</p> <p>85) Hipertrofia adenoidea</p> <p>86) leucopatía desmilitante derecha</p> <p>87) parálisis facial</p> <p>88) encefalopatía hipóxica</p> <p>89) encefalitis por varicela</p> <p>90) lipotimia a estudio</p>	<p>Extremidades</p> <p>66. Déficit de pronunciación de diferentes sonidos</p> <p>67. déficit de atención</p> <p>68. Acondroplasia por confirmar</p> <p>69. Defecto del tabique auricular</p> <p>70. Síndrome de Marfan</p> <p>71. Epilepsia</p> <p>72. Hemiparesia de MID secundaria a una Encefalopatía cortical izquierda.</p> <p>73. Retardo mental leve</p> <p>74. Trastorno conductual</p> <p>75. Depresión</p> <p>76. Trastorno del desarrollo del aprendizaje</p> <p>77. poli neuropatía axonal moderada</p> <p>78. Retraso del desarrollo comprensivo y expresivo.</p> <p>79. Exotropía derecha</p> <p>80. neuropatía óptica por confirmar</p> <p>81. problemas de aprendizaje y de lenguaje</p> <p>82. Limitación en la capacidad intelectual</p> <p>83. Quiste Aracnoides de territorio derecho</p> <p>84. Hipoacusia Profunda bilateral autónoma recesiva no sindrómica</p> <p>85. Estrabismo</p> <p>86. secuela de neuritis óptica AO versus Glaucoma AO</p> <p>87. Endotropia</p>
---	---

DQS is member of:





	<ul style="list-style-type: none">88. Paraplejia espástica y diplejía espástica de miembros superiores89. Perturbación de la actividad y de la atención90. trastorno mixto de las habilidades escolares91. Hipercifosis92. Síndrome Genético Mental Moderado93. leucopatia desmilitante derecha94. Hipoacusia bilateral95. encefalopatía prefrontal secundaria a Hipoxia neonata96. Hipertrofia adenoidea97. Parálisis facial
--	--

Teniendo en cuenta los 90 diagnósticos reportados en las historias clínicas de los sujetos, 69 de ellos fueron confirmados en la investigación, identificándose una tasa del 76.6% de acierto en el diagnóstico, el 23.4% restante de los diagnósticos reportados fueron identificados como posibles errados.

En cuanto a los diagnósticos emitidos, 69 de ellos confirman los diagnósticos reportados, estableciendo 28 diagnósticos presuntivos nuevos, que representa una tasa del 28.8% de presencia de patologías no descritas anteriormente, es así que al contrastar los diagnósticos emitidos con los reportados, se evidencia una tasa del 72% de diagnósticos acertados, un 22% de posible error diagnóstico y un 6% de diagnósticos nuevos presuntivos.

En relación al número de diagnósticos emitidos en la totalidad de la población estudiada, emerge una relación de (1:1.15), es decir que cada sujeto presenta más de un diagnóstico clínico.





9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De los 111 sujetos seleccionados se evidencio que 42 de ellos son mujeres (38,18%) y 68 hombres (61,81%), indicando que los hombres tienen mayor porcentaje de afección, lo cual al ser contrastado con lo reportado en el estudio de discrepancias entre el diagnóstico clínico y el anatomopatológico en un Servicio de Cuidados Intensivos hecho por Iglesias, M., et al, (2006), se evidencia que de los 80 casos estudiados el 75% fueron hombres y el 25% mujeres, siendo esto similar a los resultados encontrados en nuestro estudio.

El promedio general de edad es de 14,5 años, con un rango de edad entre los 15 y 45 años. El rango de edad de 15-45 años es debido a la asistencia de personas adultas a los diferentes talleres, pero al compararlo con el estudio discrepancias entre el diagnóstico clínico y el anatomopatológico en un Servicio de Cuidados Intensivos por Iglesias, M., et al, (2006). La edad media fue de $61 \pm 16,2$ años.

Al realizar el análisis de los datos se encontró que en la mayoría de los casos los sujetos reportan más de un diagnóstico en sus historias clínicas personales de los cuales muchos se repiten, los diagnósticos reportados fueron 90 de los cuales 68 se corroboraron, quedando 22 diagnósticos que no correspondían ya que en muchos casos se reportaba como diagnostico los signos y síntomas de la patología, algo que comúnmente ocurre y se puede evidenciar en el estudio Errores diagnósticos, por Vilotto, F. (2011), donde refiere que la tasa mediana de error de diagnóstico fue del 23,5% (rango 4,1%-49,8%). Otros estudios de autopsias han mostrado los encuestados, el 28% de los errores fueron tasas de error similares que van desde el 10% a mayores, poniendo en peligro la vida de los 14%.

Al realizar la valoración de cada uno de los sujetos se obtuvieron 90 diagnósticos reportados en las historias clínicas de los sujetos, 69 de ellos fueron confirmados en la investigación, identificándose una tasa del 76.6% de acierto en el diagnóstico, el 23.4% restante de los diagnósticos reportados fueron identificados como posibles errados, cifra que para la población objeto de estudio, es importante debido a que son patologías que se debe prestar una rehabilitación objetiva para evidenciar evolución en sus tratamientos realizados de manera integral y así evitar complicaciones y daños como se manifiestan en la encuesta más grande sobre este tema, realizada en noviembre 2009, analizando 583





¡Estoy comprometido!

errores de diagnóstico reportados voluntariamente por médicos en forma anónima. Según la opinión de los encuestados, el 28% de los errores fueron mayores, poniendo en peligro la vida de los pacientes o bien ocasionándoles la muerte o incapacidad permanente, dato registrado en el artículo Errores diagnósticos, por Viloto, F. (2011).

Luego de realizar los análisis correspondientes de los diferentes diagnósticos reportados y generar los diagnósticos presuntivos se evidencio 69 de ellos confirman los diagnósticos reportados, estableciendo 28 diagnósticos presuntivos nuevos, que representa una tasa del 28.8% de presencia de patologías no descritas anteriormente, es así que al contrastar los diagnósticos emitidos con los reportados, se evidencia una tasa del 72% de diagnósticos acertados, un 22% de posible error diagnóstico y un 6% de diagnósticos nuevos presuntivos, porcentaje que implicará disminución de costos en su tratamiento y lo más importante una evolución favorable para el sujeto, lo cual es comprobado en el articulo Errores diagnósticos, por Viloto, F. (2011), en donde se encontró que los casos de error diagnóstico costaron más a la compañía que todas las otras categorías combinadas. Otro estudio del año 2006 analiza 307 reclamos por errores diagnósticos en el ámbito ambulatorio de cuatro aseguradoras. Casi 60% de los mismos se asociaron con daños serios y el 30% determinó la muerte del paciente.





10. CONCLUSIONES

Al realizar la revisión de los reportes encontrados de los diferentes estudios, comparando esto con las tasas calculadas, se encuentra que existe concordancia entre los resultados y que se presenta en nuestro medio una falla en la emisión de los diagnósticos.

El error y/o omisión diagnóstica encontrado, indica que es un problema que se ha venido presentando, que no se ha logrado corregir o por lo menos no se había identificado, haciendo que los tratamientos no sean enfocados de manera objetiva evitando una evolución favorable.

Los expuesto acá, debe servir como ayuda para los escolares del Instituto técnico Guaimaral sede Alma Luz Vega, al orientar a los profesionales y profesionales en formación del área de rehabilitación, para facilitar los procesos de rehabilitación, esperando una mejoría en su cuadro clínico general, evitando posibles complicaciones, problemas asociados y mayores costos para sus familias.

Es necesario generar la conciencia, de la emisión de diagnósticos acertados, como un elemento de responsabilidad de los profesionales en salud, siempre en beneficio del paciente.



11.RECOMENDACIONES

En este trabajo lo que se quiere lograr es un conocimiento, aporte de información y reconocimientos de diferentes patologías que afectan a los escolares.

Por lo tanto se quiere dar a continuación unas recomendaciones acerca de la información que se recolecto para mayor conocimiento del tema.

1. **Generar Mayor comunicación entre el profesional, paciente y familiar.**
El saber que signos y síntomas presenta los niños tanto de temprana edad como adulta son importantes para la valoración del paciente, por eso se requiere que la persona que esté a cargo del paciente se encuentre al tanto de todos los cambios que ha presentado a lo largo de su vida.
2. **Valorar continuamente en el Tiempo.** Cuando se desea saber o corroborar un diagnóstico, es importante realizar una valoración, el tiempo o etapa en la cual está cursando el niño es esencial, pero se debe tener en cuenta que hay otros factores que no se ven reflejados en tan poca edad por eso es necesario realizar nueva valoración para confirmar el diagnóstico correcto del paciente.
3. **Solicitar Exámenes complementarios.** Le realización de exámenes nos indican un acierto en los síntomas que presenta el paciente, la corroboración de dicha patologías, por eso es necesario solicitar al médico exámenes que nos ayuden a verificar la patología si hay cierto grado de duda. (No presenta síntomas correspondientes a la patología). Se requiere nueva valoración a escolares donde sus patologías están en interrogantes según las características presentes en la valoración realizada.
4. **Aumentar el Conocimiento de Patologías.**
 - A los docentes de la institución, ya que se requiere conocimiento de ciertas patologías, para la aplicación de la temática educativa sea de manera adecuada según el problema que presente el escolar.
 - A los padres o personas a cargos. El conocimiento de características presentes en necesario para que la evolución de la enfermedad sea



¡Estoy comprometido!

Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750 - www.unipamplona.edu.co

favorable. Por eso es necesario informar de forma adecuada y acertada. Ya que pocos padres presenta poca información de su hijos.



Una universidad *incluyente* y *comprometida* con el desarrollo integral



12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vitolo, F.. (2011, marzo). ERRORES DIAGNÓSTICOS Por qué se producen y pautas para evitarlos. En: biblioteca virtual Noble. Tomado de: http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/59.pdf
2. Lopez, J.. Monge, L.. (2011). Evaluación y manejo del niño con retraso psicomotor. Trastornos generalizados del desarrollo. En: Rev Pediatr Aten Primaria vol.13 supl.20.
3. Campos, A.. (2005) NEUROEDUCACIÓN: UNIENDO LAS NEUROCIENCIAS Y LA EDUCACIÓN EN LA BÚSQUEDA DEL DESARROLLO HUMANO. Tomado de: http://www.educoea.org/portal/La_Educacion_Digital/laeducacion_143/articulos/neuroeducacion.pdf
4. Abenia Usón, P.. et al. (2005) Aproximación diagnóstica a problemas neurológicos prevalentes en la consulta de pediatría en Atención Primaria. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2005. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005. p. 221-235.
5. Cardona, A. (2010). REVISIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL FISIOTERAPÉUTICA Y OTRAS ÁREAS DE LA SALUD EN LOS CUALES SE HA GENERADO RESPONSABILIDAD JURÍDICA ENTRE LOS AÑOS 2000 Y 2010. Tomado de: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1587/4/Revision_practica_profesional.pdf
6. Briceño, N. et al. (2012). Responsabilidad estatal por falla médica en la prestación de servicios de salud diagnóstico equivocado estudio de caso – casanare. En: Universidad libre de Colombia. Tomado de: <http://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/6437/BricenoChiriviNelsonManuel2012.pdf?sequence=1>
7. Pruebas y procedimientos de diagnóstico neurológico. (2012). National institute of neurological disorders and stroke. Tomado de: http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/diagnostico_neurologico.htm
8. Alvarado, T.(2008). Errores medicos. Acta méd. costarric. Vol 51 (1), enero-marzo 2009. Tomado de: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n1/3941.pdf>



¡Estoy comprometido!

Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750 - www.unipamplona.edu.co

9. Cauqueva, J. (2007, Mayo). Guía de diagnósticos. Para qué nos sirve el diagnóstico. Tomado de www.cauqueva.org.ar/archivos/guía-de-diagnóstico.pdf.
10. Alvarado, A. Guevara, Gretchen, S. (enero-marzo 2009) Errores médicos. Trascendencia médica En Colegio de Médicos y Cirujanos. Revista Scielo (pág. 16-22) Tomado de: www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n1/3941.pdf
11. Díaz, J. Gallego, B. y León, A. (2006, 22 enero), El diagnóstico médico: bases y procedimientos; *Revista Cubana de Medicina General Integral* (pág. 1-11)
12. Cruz Gallo. R. (2012), Manual de Neuropediatría GPC Basado en la evidencia. Tomado de: es.slideshare.net/dantemalca007/manual-de-neuropediatra-35460086.
13. MAGRET IGLESIAS, M. et al. (2006). Discrepancias entre el diagnóstico clínico y el anatomopatológico en un Servicio de Cuidados Intensivos Polivalente. *Med. Intensiva*[online]. 2006, vol.30, n.3 [citado 2016-06-01], pp.95-100. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000300002&lng=es&nrm=iso. ISSN 0210-5691.
14. Babilonia M. (2012). Visible en Diccionario ilustrado de salud ocupacional. Recuperado en <http://saludocupacionalsdipsas.blogspot.com.co/>
15. Visible en Imagenes Diagnosticas de Loricá E.U Recuperado de <https://paolaempresa.wordpress.com/acerca-de>
16. COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD. ACUERDO NÚMERO 03 (2009 Julio 30) Recuperado de <http://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1500/ACUERDO%20003%20DE%2009.pdf>
17. LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015. Régimen Legal de Bogotá D.C. (Febrero 16 2015). Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>



