



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

CALIDAD DEL EXPEDIENTE CLÍNICO
DEL PACIENTE DE CIRUGÍA
PROGRAMADA EN UN HOSPITAL DE
SEGUNDO NIVEL.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
LUIS GERARDO VARAS PÉREZ
N° DE CUENTA: 30328939-1

MTRA. GANDHY PONCE GÓMEZ
ASESORA ACADÉMICA

MEXICO, DISTRITO FEDERAL

AGOSTO 2012





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

Dedicatorias

A Dios por darme la vida y la oportunidad de poder realizar todos mis sueños, he sido testigo de su gran amor en cada uno de los momentos de mi vida y por siempre cuidarme de todo mal.

A la vida por enseñarme que cada una de las situaciones que nos acontecen son experiencias que nos ayudan a madurar y que no hay experiencias malas.

A mis padres (Matita y Pepito) que siempre han creído en mí y han apoyado cada uno de mis sueños. Por su gran amor tan incondicional, y estar presente en cada uno de los momentos de mi vida. Gracias por ayudarme y nunca dejarme solo. Son mis dos grandes ángeles que siempre cuidarán de mí. Este logro es gracias a USTEDES. Siempre los voy amar.

INDICE

	Pág.
I. <u>INTRODUCCIÓN</u>	1
II. <u>JUSTIFICACIÓN</u>	4
III. <u>OBJETIVOS</u>	5
3.1. OBJETIVO GENERAL	5
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
IV. <u>MARCO REFERENCIAL</u>	6
V. <u>MARCO TEÓRICO</u>	10
5.1. CALIDAD DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	10
5.2. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	12
5.3. MODELO DE EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO INTEGRADO Y DE CALIDAD (MECIC)	15
5.4. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y EL EXPEDIENTE CLÍNICO	18
VI. <u>METODOLOGÍA</u>	20
6.1. TIPO DE ESTUDIO	20
6.2. UNIVERSO DE ESTUDIO	20
6.3. MUESTRA	20
6.4. UNIDADES DE OBSERVACIÓN	21
6.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN	21
6.5.1. Criterios de Inclusión	21
6.5.2. Criterios de Exclusión	21
6.5.3. Criterios de Eliminación	21
6.6. VARIABLES DE ESTUDIO	22
6.6.1. Variables Intervinientes	22
6.6.2. Variable del Estudio	22
6.6.2.1. Dimensiones de la Variable de Estudio	22
6.6.2.2. Operacionalización de Variables	23

A mi hermana Adriana por alentarme a siempre buscar el éxito. Por cada una de sus palabras y el apoyo incondicional en los momentos difíciles. Y por cumplir cada uno de mis caprichos. “Gracias hermanita por creer en mi y estar siempre conmigo, eres parte de mi razón de ser”.

A mi hermano Israel por ser uno de los guías importantes en esta gran exploración y por ese consejo en los momentos de debilidad. Te Quiero hermanito.

A todos mis amigos porque cada momento que compartimos hizo que se volvieran parte importante en mi vida. Gracias por compartir su vida conmigo. En especial a Cesarín (mi ahijadito), Monse, Hilda María, Rubencito “El Bipolar”, Paola, Luis Ángel, Alejandro Rojas E.P.D. y no menos importantes todos aquellos que están en mi corazón.

Finalmente me dedico a mí este triunfo porque me demuestra el resultado de muchos logros y desvelos. Y me permite ver que soy capaz de lograr todo lo que me propongo. Que no hay adversidad resistente a la perseverancia. Porque en este camino aprendí a quererme mucho mas.

Agradecimientos

En especial a la mejor casa de estudios que es la UNAM por darme una educación gratuita y de alta calidad. Por confiar en mi talento, por todo muchas gracias y siempre llevare sangre azul y piel dorada.

A la ENEO por ser mi segunda casa a lo largo de estos cuatro años y darme la oportunidad de contar con todo lo necesario para mi desarrollo profesional. Y el alto prestigio que se recibe al ser egresado de esta honorable escuela.

A la Mtra. Gandhi Ponce Gómez por toda su ayuda y su gran apoyo incondicional. Por motivarme a demostrar todas mi capacidades y a no conformarme con obtener las cosas fáciles. Gracias por su cariño comprensión y por cada uno de los conocimientos que me ha transmitido. Todo mi Respeto y Admiración.

A cada uno de los maestros de la Licenciatura por transmitirme cada uno de sus conocimientos y experiencias profesionales. En especial al Dr. Juan Rafael León Rojas por su empeño en cada una de sus clases, por cada momento de apoyo y por siempre tener un espacio para compartir con sus alumnos.

Al Hospital General “Dr. Rubén Leñero” de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, por abrirme sus puertas para la realización de mi servicio social, por abrigarme durante un año en donde convive con personal que formaron parte esencial en mi desarrollo profesional.

6.7.	HIPÓTESIS	25
6.8.	PROCEDIMIENTOS	26
6.8.1.	Prueba Piloto	26
6.8.2.	Para la Recolección de datos	26
6.8.3.	Para la Medición	27
6.8.4.	Para el Análisis de Datos	27
6.8.5.	Presentación de los Resultados	27
6.9.	INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	28
6.9.1.	Descripción	28
6.10.	ASPECTOS ORGANIZATIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	29
6.10.1.	Recursos Humanos	29
6.10.2.	Físicos	29
6.10.3.	Materiales y Financieros	30
6.11.	CUANTIFICACIÓN DE RESPUESTAS	30
6.12.	ASPECTOS ÉTICOS	30
6.13.	RELEVANCIAS Y EXPECTATIVAS	31
VII.	<u>RESULTADOS DESCRIPTIVOS</u>	32
VIII.	<u>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</u>	48
IX.	<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	53
X.	<u>APÉNDICE</u>	54

RESUMEN

Introducción. El expediente clínico es el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención en paciente lo que hace posible un intercambio de información entre los miembros del equipo de salud. Esta investigación se orientó a identificar la calidad del expediente clínico del paciente de cirugía programada.

Material y Métodos. Se realizó un estudio descriptivo, correlacional, prospectivo, no experimental (transversal), de campo y de enfoque cuantitativo, evaluándose 80 expedientes clínicos utilizados en la atención del paciente sometido a cirugía programada, del 1 de febrero al 1 de marzo de 2012. Se aplicó un instrumento basado en el Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC). Los datos fueron procesados empleando el paquete estadístico SPSS V.15.0.

Resultados. El índice general de nivel de cumplimiento de calidad correspondió al 70% de los expedientes. Se identificaron deficiencias en los expedientes y el mayor porcentaje de incumplimiento consistió en el uso de corrector, tachaduras y enmendaduras en elaboración de las notas médicas y registros de enfermería, en la omisión de nombre completo y firma del personal que elabora el registro o nota médica. En la falta de actualización de la nota de evolución y cuadro clínico, así como la omisión del reporte de textiles, cuantificación del sangrado y en la

duración de la anestesia. Y los datos relacionados con la descripción del habitus exterior, valoración del dolor en la hoja de enfermería. Los datos que con mayor frecuencia se registraron como lo indica la norma fueron: tener un número único de identificación, ficha de identificación, registro de signos vitales y somatometría, y anotaciones correspondientes a la administración de medicamentos.

Conclusiones. Es importante hacer una intensa capacitación en cada uno de los servicios del hospital ya que esto ayudara aumentar la calidad del expediente clínico. Mediante folletos informativos de acuerdo a la categoría en donde se establezcan los criterios que deben de contener el documento que manejan, así como la norma oficial mexicana que lo rige.

El personal de enfermería está obligado a conocer y atender las reglas generales de su profesión, tomando en cuenta que la NOM 168 determina los lineamientos específicos que deben cumplirse debido a su carácter técnico y obligatorio

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad los servicios de salud tanto públicos como privados se encuentran en un proceso de transformación, tanto por las reformas de carácter oficial como por los retos internacionales en pro de la seguridad del paciente, así como de las innovaciones tecnológicas y por el creciente empoderamiento social.

La presente investigación se divide en nueve capítulos. El capítulo uno es un breve resumen acerca del contenido de la investigación. Mientras que en el segundo capítulo están los objetivos que se establecieron para la investigación.

En el capítulo tercero se hace revisión de la literatura que se ha publicado en relación al tema de la investigación.

Mientras que en el cuarto capítulo nos habla de expediente clínico donde nos hace mención que se convierte en un documento médico-legal, de ahí deriva la importancia por la cual se establece una Norma Oficial Mexicana para su homogenización en el contenido y manejo. Y de un modelo para la evaluación de los expedientes clínicos que cualquier unidad que preste atención médica sin importar si es de un ámbito público y privado. Para así poder garantizar una atención segura.

Se establece la metodología de la investigación en el capítulo quinto. Mientras que en el capítulo sexto se hace la descripción de los resultados obtenidos mediante

tablas y gráficas. Y ya en el capítulo séptimo se encuentra la discusión de los mismos, y las conclusiones que se obtuvieron al realizar la investigación.

En el octavo capítulo encontraremos la bibliografía que se consultó para dar el sustento teórico.

Por último en el noveno capítulo encontraremos el instrumento de medición.

Es por eso que el expediente clínico ocupa un lugar de gran importancia en la innovación y transformación del sistema de salud ya que al ser el instrumento en el cual se registran las acciones realizadas en la atención médica prestada; lo que convierte en un medio legal. De ahí deriva el interés que debe prestar el profesional para realizar un adecuado manejo del expediente clínico; así como de los registros que en él se almacenan, haciendo uso de las recomendaciones de la unidad hospitalaria, y de la Norma Oficial Mexicana 168 SSA-1 1998, del Expediente Clínico.

De tal modo que en la actualidad se han elaborado modelos para su evaluación donde se establecen los criterios de la NOM correspondiente y de tal modo hacer planes de mejora para continuar con el manejo adecuado o hacer énfasis en las áreas de oportunidad.

Producto de esta tendencia se encuentra situada la evaluación externa de las instituciones, actividad desarrollada por el Consejo General de Salubridad y la Secretaría de Salud. Mediante el establecimiento de estándares; los cuales se evalúan mediante auditorías externas e internas. Los resultados obtenidos

permiten a la institución desarrollar comités encargados de la gestión de la calidad y hacer planes de mejora. La adecuada aplicación dará como resultado la confianza de que dichas instituciones han desarrollado un sistema de gestión por la calidad que garantiza contar una estructura, la instrumentación de los procesos y cuidado de los resultados, para brindar una atención médica que cumpla con las expectativas del usuario, como es en lo servicios de salud.

El personal de enfermería es pieza importante en el adecuado manejo del expediente clínico ya que al realizar registros de enfermería, los cuales deben de tener una coherencia y claridad al plasmar los cuidados y las intervenciones dependiente e independiente realizadas. Ya que en un caso legal es el respaldo que se tiene para realizar el deslinde de responsabilidades.

Es por eso que no se puede permitir que existan profesionales de enfermería que desconozcan el manejo y las normativas que rigen el expediente clínico. Ya que todo el equipo de salud somos responsables del manejo, cuidado y resguardo del expediente clínico.

En ese rubro se debe recalcar la importancia de dos elementos: el primero de ellos es el documento en el cuál quedan registradas las distintas actividades que implica el proceso de la atención médica, esto es el expediente clínico, documento que no sólo permite identificar las condiciones clínicas del paciente, sino que registra las actividades desarrolladas en consecuencia por el personal de salud

involucrado en la atención del paciente lo que permite la evaluación de dicho desempeño y la pertinencia de las acciones.

II. JUSTIFICACIÓN

El expediente clínico es el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención¹. Por tal motivo requiere de un manejo adecuado por el personal de la salud, ya que ante la ley es un documento medico legal.

Por eso es de suma importancia que el personal de enfermería lo maneje adecuadamente, mantenga el orden establecido para su manejo y los documentos que le correspondan llenar, los requirite de la manera adecuada, con el fin de evitar problemas legales a futuro. Ya que los documentos contenidos son prueba fiel de los procedimientos y de las intervenciones que el profesional de la salud realiza en bien del usuario.

En la actualidad surge el interés por evaluar la calidad del expediente clínico en pro de garantizar una atención de calidad y con seguridad; ya que al tener un expediente que cumple con la normatividad establecida disminuye los eventos adversos que se generan por la atención médica. Ante lo expuesto es que se realiza la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es la calidad de calidad del expediente clínico del paciente de cirugía programada en un hospital de segundo nivel de atención?

¹Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA2-Del Expediente Clínico. [on line] consultado 23 de enero de 2012 de w. ii wide web <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>

III. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Medir la calidad del Expediente Clínico a través del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC) en pacientes sometidos a cirugías en un hospital de segundo nivel de atención.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analizar las características del expediente clínico.

Analizar las diferencias por servicios de cirugía (Ortopedia, Quemados, Cirugía Plástica, Cirugía General).

Evaluar el contenido del expediente clínico en base a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

IV. MARCO REFERENCIAL

Al realizar la revisión de los antecedentes registrados en la literatura científica en relación a las acciones orientadas a generar una mejora en el expediente clínico en unidades de salud, se cuenta con poca información al respecto; incluso en la literatura internacional.

Dentro de la literatura se aprecia un artículo de Vázquez Leal (2011) donde propone un expediente clínico electrónico y universal estableciendo la necesidad de instrumentar el expediente clínico como una herramienta crucial en la construcción de un sistema de gestión hospitalaria más eficiente y confiable. Uno de los beneficios principales de estandarizar un versión del expediente clínico es el de cimentar las bases que apalanquen un esquema de salud pública electrónico. Para Vázquez Leal no es suficiente la norma mexicana del expediente clínico para poder llevar a cabo una instrumentación electrónica del expediente clínico².

Es importante dar a conocer que en la web se encuentran direcciones electrónicas que demuestran el uso de una paquetería orientada a mejorar la eficacia del expediente clínico; ya que desarrollan un expediente electrónico con la capacidad de ofrecer productos para especialistas médicos, ya que ofertan formatos simplificados de historia clínica, notas de evolución para consultas subsecuentes,

²RevMed UV, enero-junio 2011, un expediente clínico electrónico universal para México: características, retos y beneficios. Héctor vazquez leal

bases de datos de medicamentos, directorio de los pacientes, médicos, servicios auxiliares de diagnóstico, entre otros. Productos habitualmente dirigidos al área medica privada y con frecuencia desarrollados en países anglosajones. Mucho de ellos no cumplen con lo establecido dentro de la NOM-168; lo que hace que muchos de ellos no se puedan aplicar sin antes ejercer las modificaciones necesarias para su apego total a la norma que lo rige.

La siguiente línea se representa por la información técnica que soporta el expediente clínico electrónico como parte de una de las acciones estratégicas propuestas en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 ; puntualizando el hecho de que todo usuario de los servicios de salud tiene derecho a contar con un expediente como se señala en la Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de Febrero de 1984; en estos documentos se relaciona al expediente electrónico con la aplicación de las tecnologías de la información y las comunicaciones, señalando también sus implicaciones dentro del marco del derecho al acceso a la información propuesta por el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública.

El expediente electrónico ya ha sido incorporado por algunas instituciones hospitalarias del sector salud particularmente en el Instituto Mexicano del Seguro Social, sosteniendo que este recurso tecnológico significa una aportación que contribuye a la mejora del desempeño entre los profesionales de la salud, por tratarse de documentos pre codificados y que de algún modo sirven de guía al personal de salud para su elaboración. Sin bien esta es una tecnología que se ha

desarrollado en forma creciente en algunas instituciones privadas y en menor proporción en hospitales públicos de la Secretaría de Salud.

Se suman a las líneas reportadas; dos estudios que evalúan el grado de cumplimiento de los expedientes clínicos con respecto a la norma oficial, uno de ellos reportado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (1997) en donde se encontró que el 71% de los expedientes evaluados se encontraban incompletos y que la mayoría carecían de notas de ingreso, revisión, preoperatorias, pre anestésicas y que el 50% de estos no tenía nombre del médico en las notas. Motivo que exige de la continua evaluación y de la creación de nuevos parámetros que permitan una evaluación mas exigente conforme los avances de la necesidad de prestar una atención de salud de mayor calidad.

Otra de las experiencias reportadas es entre personal del área de ciencias de la salud de la Universidad Veracruzana (Pavón- León 2002) que reporta los resultados de la evaluación de expedientes en relación con la atención obstétrica en un Hospital de Ginecoobstetricia durante 1997, revisando en forma aleatoria un total de 1200 expedientes donde se encontró que el 85% de los expedientes se encontraban incompletos, en la mayoría se carecía de registro de signos vitales e inconsistencias en el parto gram, existían deficiencias hasta en el 50% de las historias clínicas, el 96% se carecía de firma y cédula profesional del médico tratante, no obstante concluye que “las serias deficiencias en la elaboración de los expedientes clínicos afectan la adecuada atención y seguimiento de los

pacientes”; haciendo recomendaciones de suma importancia como es la difusión de la norma entre el personal de salud y la verificación de su aplicación.

V. MARCO TEÓRICO

5.1. CALIDAD DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

El expediente clínico es el conjunto de documentos donde queda plasmada la información de las actividades e intervenciones que efectúa el equipo de salud, referente al usuario en cuanto a su valoración, tratamiento y acciones a realizar para mejorar su estado de salud.

Uno de los objetivos es de registrar las acciones asistenciales, enfocadas a prestar atenciones médicas de calidad; así como, la finalidad docente e investigadora que facilitara el análisis estadístico que contribuye al desarrollo de una atención de calidad y una cultura de mejora continua. Así como su propósito jurídico y legal, debido a que los registros constituyen una prueba objetiva de los actos realizados por el profesional.

Es así que el equipo de salud debe de reconocer su importancia, así como las implicaciones que conllevan las omisiones en el marco legal, ya que el desconocimiento de la ley no le exime de su cumplimiento. De tal que para obtener registros de calidad deberán de cumplir con los estándares establecidos en las disposiciones legales en la materia: favoreciendo la eficiencia de la actuación del personal.

El uso de abreviaturas, las tachaduras, ilegibilidad, redacción sobrepuesta, nombre incompleto y ausencia de firma en los documentos del expediente clínico repercuten en la comunicación del equipo de salud así como en la calidad del

expediente clínico. Ya que pierde su objetivo principal de ser un instrumento de informe sobre el estado, tratamiento, intervenciones y cuidado del usuario, obstaculizando una atención personalizada y profesional.

Por lo antes mencionado es importante saber si el cumplimiento que existe en una institución de tercer nivel está apegado a la normatividad nacional o es deficiente.

En contexto se define al Expediente Clínico como el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias³.

En este sentido en el Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal, Capítulo III, Artículo 13 señala que: en ninguna actuación penal se emplearán abreviaturas ni raspaduras. Las palabras o frases que se hubieran puesto por equivocación, testarán con una línea delgada de manera que queden legibles, salvándose al final con toda precisión antes de las firmas. En la misma forma se salvarán las palabras o frases omitidas por error que se hubieran puesto entre renglones. Toda acción penal terminará con una línea tirada de la última palabra al fin del renglón; si éste estuviere todo escrito, la línea se trazara debajo de él antes de las firmas⁴.

³ Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA2-Del Expediente Clínico. [on line] consultado 23 de enero de 2012 de w. ii wide web <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>

⁴ [on line] Consultado 27 de Enero de 2012 de w. ii wide web http://www.fuden.es/FICHEROS.../PROTOCOLOS/PDF_protocolo28.pdf

La calidad de las instituciones de salud se refleja en la calidad de su expediente clínico como una garantía documental de la calidad de la atención que brindan los profesionales de la salud.

5.2. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Destaca por su importancia, la normativa dirigida a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud. Esta Norma representa el instrumento que regula al expediente clínico y va encaminada a desarrollar una cultura de calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico⁵.

Lo anterior puede ser posible ya que establece los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico

Todo prestador de servicios médicos sea de carácter público, social y privado está obligado a integrar y conservarlo. Cada institución podrá establecer formatos para

⁵Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA2-Del Expediente Clinico. [on line] consultado 23 de enero de 2012 de w. ii wide web <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>

la conformación del expediente clínico tomando los lineamientos establecidos en la presente Norma.

A continuación se enlistan los datos generales que debe de contener todo expediente clínico:

- Tipo, nombre y domicilio del establecimiento, en su caso nombre de la institución a la que pertenece.
- Razón y denominación social del propietario o concesionario
- Nombre, sexo, edad y domicilio del usuario.

El expediente clínico es propiedad del establecimiento o institución prestadora de los servicios y por tratarse de un instrumento en beneficio del usuario de deberá de conservar por un periodo de 5 años a partir del último acto médico.

Todo profesional de salud así como personal técnico que interviene en la atención del usuario tiene la obligación de cumplir los lineamientos establecidos, en una manera ética y profesional.

En cualquier establecimiento destinado para la atención médica deberá de manejar los datos con discreción y total confidencialidad, solo se podrán dar a conocer a terceros mediante la orden de la autoridad competente (autoridad judicial, órganos de procuración de justicia y autoridades sanitarias) o a CONAMED, para arbitraje médico.

Toda nota médica o reporte que estén contenidos en el expediente clínico deberán de contener nombre completo del usuario, edad, sexo, y en su caso número de cama o expediente; así como; fecha, hora, nombre completo y firma de quien elabora. Deberán de expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

En lo que refiere a las intervenciones quirúrgicas hace mención que las notas de hospitalización en el pre-operatorio es deber de elaborarlas el cirujano que va a intervenir al usuario y conteniendo como mínimo:

- 📌 Fecha de la cirugía
- 📌 Diagnóstico
- 📌 Plan quirúrgico
- 📌 Tipo de intervención quirúrgica
- 📌 Riesgo quirúrgico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones)
- 📌 Cuidados y plan terapéutico pre-operatorios
- 📌 Pronóstico
- 📌 Nota pre-anestésica, vigilancia y registro anestésico

Mientras que la nota post-operatoria esta la deberá de elaborar el cirujano que intervino al usuario, al término de la cirugía, constituye un resumen de la operación practicada, esta deberá contener como mínimo:

- 📌 Diagnóstico pre-operatorio
- 📌 Operación planeada

- 📌 Operación realizada
- 📌 Diagnóstico post-operatorio
- 📌 Descripción de la técnica quirúrgica
- 📌 Hallazgos transoperatorios
- 📌 Reporte de gasas y compresas
- 📌 Incidentes y accidentes
- 📌 Cuantificación de sangrado (si este existe)
- 📌 Estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios
- 📌 Ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulante
- 📌 Estado pos-quirúrgico inmediato
- 📌 Plan de manejo y tratamiento pos-operatorio inmediato
- 📌 Pronóstico
- 📌 Envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico
- 📌 Nombre completo y firma del responsable de la cirugía

5.3. MODELO DE EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO INTEGRADO Y DE CALIDAD (MECIC)

El MECIC es un instrumento diseñado para evaluar la calidad de los registros en el expediente clínico, ayuda a identificar áreas de oportunidad y puntos críticos que afectan la calidad, con la finalidad de implementar acciones a

favor de la mejora continua y de lograr un Expediente Clínico Integrado y de Calidad. Se pretende cubrir tanto el cumplimiento de la NOM-168-SSA1-1998, como otros aspectos de notable importancia que afectan a la integración, custodia y archivo del expediente clínico.



Los dominios que deberán ser considerados para la evaluación y revisión de la calidad del expediente clínico y el área de archivo en el MECIC son los siguientes:

- 📁 Custodia, conservación y archivo del expediente clínico
- 📁 Integración del expediente clínico
- 📁 Calidad de los registros y cumplimiento normativo
 - a) Historia clínica
 - b) Notas médicas
 - Nota de urgencias
 - Nota de evolución
 - Nota de referencia / traslado
 - Nota de interconsulta
 - Nota pre-operatoria
 - Nota pre-anestésica
 - Nota post-operatoria
 - Nota post-anestésica
 - c) Nota de egreso
 - d) Hojas de enfermería
 - e) Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento

- f) Registro de la transfusión de unidades de sangre o de sus componentes
- g) Trabajo social
- h) Carta de consentimiento bajo información
- i) Hoja de egreso voluntario
- j) Hoja de notificación al Ministerio Público
- k) Nota de defunción y de muerte fetal
- l) Análisis clínico

Como criterio general, la aplicación del MECIC deberá referirse en exclusiva a los documentos y registros que integran el expediente clínico analizado, sin perjuicio de que algunas unidades clínicas o de enfermería mantengan en sus propios archivos aquellos documentos que debieron incorporarse al expediente.





Durante la aplicación del MECIC, deberán registrarse de manera especial, los hallazgos siguientes:

-  No entrega por extravío de expedientes clínicos solicitados en el muestreo.
-  Cuando se observe duplicidad por la existencia de varios expedientes clínicos en el seno de un establecimiento médico para un mismo paciente.

Los hallazgos derivados del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC), en especial los incumplimientos relevantes que

se detecten deberán ser propuestos por parte de la Dirección del establecimiento médico para el conocimiento de los profesionales afectados.

Dominios de revisión del MECIC:

-  Integración del expediente clínico.
-  Calidad de los registros del expediente clínico.
-  Custodia y archivo del expediente clínico.
-  Calidad de la atención médica mediante los registros del expediente clínico.

En lo que respecta a los lineamientos de aplicación del MECIC es aplicable en los establecimientos médicos de los sectores público, social y privado tanto en la atención primaria como hospitalaria.

La periodicidad de aplicación recomendable es de cumplimiento trimestral como un mínimo establecido.

5.4. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y EL EXPEDIENTE CLÍNICO

Como parte del Programa de Seguridad del Paciente y el acuerdo adoptado por la Secretaría de Salud con la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, se recomienda integrar en el expediente clínico la “Lista de verificación para las intervenciones quirúrgicas” propuesta por la Organización Mundial de la Salud y que fue lanzada por SICALIDAD mediante la Campaña Sectorial “Cirugía segura salva vidas”.

El problema de la seguridad de la cirugía está ampliamente reconocido en todo el mundo. Estudios realizados en países desarrollados confirman la magnitud y omnipresencia del problema. En el mundo en desarrollo, el mal estado de las infraestructuras y del equipo, la irregularidad del suministro y de la calidad de los medicamentos, las deficiencias en la gestión organizativa y en la lucha contra las infecciones, la deficiente capacidad y formación del personal y la grave escasez de recursos financieros son factores que contribuyen a aumentar las dificultades. Por consiguiente, un movimiento mundial que promueva un enfoque sistémico de la seguridad de la cirugía podría salvar la vida de millones de personas en todo el mundo.

No existe un remedio único para mejorar la seguridad de la cirugía. Para lograr este objetivo es necesario emprender de forma fiable una serie de medidas imprescindibles en la atención sanitaria, no sólo por parte del cirujano, sino de toda una serie de profesionales que trabajen en equipo dentro de un sistema de salud que los respalde, para beneficio del paciente.

VI. METODOLOGIA

6.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo, prolectivo, no experimental (transversal), de campo y de enfoque cuantitativo.

6.2. UNIVERSO DE ESTUDIO

Se estudiaron los expedientes clínicos de los servicios de Cirugía General, Cirugía Plástica, Quemados y Ortopedia que fueron sometidos a cirugía programada.

6.3. MUESTRA

La muestra de expedientes clínicos de pacientes de los servicios de Quemados, Cirugía General, Ortopedia y Cirugía Plástica se determinó a través de conveniencia (n=80 expedientes). Se seleccionaron expedientes de pacientes de un mes, del 1 de febrero al 1 de marzo de 2012.

6.4. UNIDADES DE OBSERVACIÓN

Los expedientes de pacientes hospitalizados con cirugía programada del Hospital General “Dr. Rubén Leñero”.

6.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

6.5.1. Criterios de Inclusión

- 🇨🇺 Expedientes de pacientes de hospitalización con cirugía programada del 1 de febrero al 1 de marzo de 2012.
- 🇨🇺 Expedientes de pacientes que se hayan hospitalizado en los servicios de Cirugía General, Quemados, Ortopedia y Cirugía Plástica.

6.5.2. Criterios de Exclusión

- 🇨🇺 Expedientes de pacientes de hospitalización con cirugía no programada o de urgencia.
- 🇨🇺 Expedientes de pacientes que se hayan hospitalizado en los servicios que no sean Cirugía General, Quemados, Ortopedia y Cirugía Plástica.

6.5.3. Criterios de Eliminación

- 🇨🇺 Expedientes clínicos de pacientes de otras unidades hospitalarias.

6.6. VARIABLES DEL ESTUDIO

6.6.1. Variables Intervinientes

Servicio de cirugía que brindó la atención.

6.6.2. Variable del Estudio

Cumplimiento Normativo del Expediente Clínico del paciente sometido a cirugía programada. Nivel en que se cumple la serie de requisitos descritos en la NOM-168-SSA1-1998 PARA evaluar la calidad de los registros en el expediente clínico y que de acuerdo con el Modelo de Evaluación de Calidad del Expediente Clínico (MECIC) ayuda a identificar áreas de oportunidad y puntos críticos que afectan la calidad.

6.6.2.1. Dimensiones de la Variable de Estudio

Dimensiones de la variable Cumplimiento Normativo del Expediente Clínico del paciente sometido a cirugía programada.

1. HISTORIA CLÍNICA.
2. EN GENERAL DE LAS NOTAS MÉDICAS.
3. NOTA DE URGENCIAS.
4. NOTA DE EVOLUCIÓN.

5. NOTA DE REFERENCIA/TRASLADO.
6. NOTA DE INTERCONSULTA.
7. NOTA PRE-OPERATORIA.
8. NOTA PRE-ANESTÉSICA.
9. NOTA POST-OPERATORIA.
10. NOTA POST-ANESTÉSICA.
11. NOTA DE EGRESO.
12. HOJA DE ENFERMERÍA.
13. SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
14. REGISTRO DE LA TRANSFUSIÓN DE UNIDADES DE SANGRE O DE SUS COMPONENTES.
15. TRABAJO SOCIAL.
16. CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN.

6.6.2.2. Operacionalización de Variables

Cumplimiento Normativo del Expediente Clínico del paciente sometido a Cirugía Programada.

VARIABLES INTERVINIENTES	CÓDIGO	DEFINICIÓN OPERATIVA	ESCALA DE MEDICIÓN
SERVICIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cirugía General 2. Quemados 3. Cirugía Plástica 4. Ortopedia 	Servicio en que se programa fuera realizada la cirugía	Categórica Nominal

VARIABLES PRINCIPAL: CUMPLIMIENTO NORMATIVO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA PROGRAMADA.	CÓDIGO	DEFINICIÓN OPERATIVA	ESCALA DE MEDICIÓN
<ol style="list-style-type: none"> 1. Historia Clínica. 2. En general de las Notas Médicas. 3. Nota de Urgencias. 4. Nota de Evolución. 5. Nota de Referencia/Traslado 6. Nota de Interconsulta 7. Nota Pre-Operatoria 8. Nota Pre-Anestésica 9. Nota Post-Operatoria 10. Nota Post-Anestésica 	<p>(1) Si cumple con los requisitos.</p> <p>(0) No cumple con los requisitos.</p> <p>(NA) No Aplica</p>	Serie de requisitos por apartados que constituyen el expediente clínico de acuerdo con Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad” (MECIC) en la instrucción 187/2009 del Programa SICALIDAD.	Categórica Nominal

<p>11. Nota de Egreso</p> <p>12. Hoja de Enfermería</p> <p>13. Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento.</p> <p>14. Registro de la Transfusión de unidades de sangre ó de sus Componentes.</p> <p>15. Trabajo Social</p> <p>16. Carta de Consentimiento Bajo Información</p>			
---	--	--	--

6.7. HIPÓTESIS

HI= Existe un nivel alto de cumplimiento normativo del expediente clínico de acuerdo con la NOM-168-SSA1-1998 del paciente sometido a cirugía programada en el Hospital General “Dr. Rubén Leñero” de la SSDF.

HO= No existe un nivel alto de cumplimiento normativo del expediente clínico de acuerdo con la NOM-168-SSA1-1998 del paciente sometido a cirugía programada en el Hospital General “Dr. Rubén Leñero” de la SSDF.

6.8. PROCEDIMIENTOS

6.8.1. Prueba Piloto

Con los instrumentos “CALIDAD DEL EXPEDIENTE CLINICO DEL PACIENTE DE CIRUGÍA PROGRAMADA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL” se llevo a cabo una prueba piloto en unidades de análisis semejantes a las requeridas para el estudio (expedientes clínicos de pacientes sometidos a cirugía programada) de otra unidad hospitalaria, en el 10% de la muestra.

6.8.2. Para la Recolección de Datos

Se solicito permiso aludiendo a la conservación del anonimato, el procedimiento de recolección de datos se llevo cabo por parte del responsable de la investigación previa estandarización del procedimiento de recolección; a través de una encuesta:

“CALIDAD DEL EXPEDIENTE CLINICO DEL PACIENTE DE CIRUGÍA PROGRAMADA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL”

La medición en cuanto al instrumento “Evaluación de la Calidad del Expediente Clínico del paciente sometido a Cirugía”, se realizará por la mañana con una evaluación de los expedientes de pacientes sometidos a cirugía en el mismo día.

6.8.3. Para la Medición

El procedimiento de recolección de datos se llevo a cabo por parte del responsable de la investigación, previo consentimiento y conservación del anonimato a través de un instrumento [Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC) del 1 de Febrero al 1 de marzo de 2012] a los expedientes de pacientes sometidos a cirugía programada.

6.8.4. Para el Análisis de Datos

Los datos serán procesados en el paquete estadístico SPSS V.15.0, se obtendrán tablas de frecuencia y porcentajes.

6.8.5. Presentación de los Resultados

El instrumento de auditoria evaluó las características que debe poseer el expediente clínico de los pacientes que son sometidos a cirugía programada constituido por 16 dominios en el que se dio un puntaje de uno (1) si cumple con los requisitos, cero (0) si no cumple con los requisitos y (NA) si no aplica la característica.


6.9. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

6.9.1. Descripción

El *instrumento de recolección de datos* fue tomado del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC). Los dominios tomados para el presente estudio abarcan del Dominio 0 al dominio 16 pertinentes a la investigación. Los dominios están divididos por columnas que enuncian el numeral de la variable a evaluar y el título de la variable.

 Dominio 0 (D0); Datos generales de la unidad médica.

Se deberán registrar los datos solicitados de forma clara y puntual.

 Dominio 1 (D1); Elaboración e integración del expediente clínico.

Las variables de este apartado evalúan los puntos críticos que con frecuencia afectan al expediente clínico. Se calificarán haciendo una revisión general del expediente clínico registrando en la columna correspondiente la ponderación según el resultado de la evaluación.

Dominio 2 (D2); Historia Clínica. Se verificará la existencia del registro de las variables integradas en este apartado, dando la ponderación correspondiente según sea el caso.

Dominio 3 (D3); En general de las notas médicas. En este apartado se evalúan las constantes que deberán estar registradas en los diferentes tipos de notas médicas, las casillas de calificación están encabezadas por la abreviatura de cada

tipo de nota y la calificación se deberá colocar en la columna correspondiente a la nota que se esté evaluando.

Se evaluarán las variables específicas de los diferentes tipos de notas médicas colocando la calificación en la casilla correspondiente dando seguimiento a la columna encabezada por las siglas del nombre de la nota médica.

La documentación a evaluar deberá ser la que corresponda a la última fecha encontrada en el expediente.

6.10. ASPECTOS ORGANIZATIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

6.10.1. Recursos Humanos

En la elaboración de la investigación participaron las siguientes personas:

Un tutor principal: Mtra. Gandhi Ponce Gómez.

Un alumno de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia: Luis Gerardo Varas Pérez.

6.10.2. Físicos

Servicios de Ortopedia, Cirugía General, Cirugía Plástica y Quemados.

6.10.3. Materiales y Financieros

El costo de la investigación corrió por parte del investigador principal.

6.11. CUANTIFICACIÓN DE RESPUESTAS

El numero total de ítems del instrumento es de 106, si cumple corresponde a 1 (uno), no cumple corresponde a 2 (dos) y NA para No Aplica.

Nivel de Cumplimiento	Ponderación
Alto Nivel	100-80%
Medio Nivel	79-60%
Bajo Nivel	Menos de 60%

6.12. ASPECTOS ÉTICOS

La investigación que se realizo no tuvo ningún riesgo hacia el paciente o el personal de salud ya que se trato de una investigación documental y observacional; sin embargo se requiere de la participación del personal de salud de manera directa, por lo que esta investigación se sustento en la leyes nacionales y principios éticos como la Ley General de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA2-Del Expediente Clínico.

Como se menciona anteriormente esta investigación no tiene ningún riesgo sin embargo se obtendrán beneficios para poder brindar un atención medica de calidad y libre de riesgos.

6.13. RELEVANCIAS Y EXPECTATIVAS

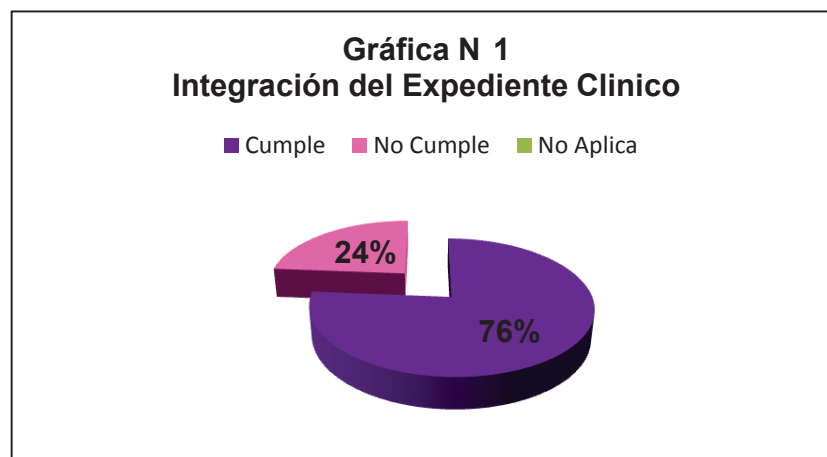
- 🏆 Diseñar un programa de mejora continua relativo a prevenir eventos adversos en los pacientes que sean sometidos a cirugía.
- 🏆 Fortalecer programas de calidad en la atención medico quirúrgica.
- 🏆 Presentación de tesis para obtener el Titulo de Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

VII. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

Se evaluaron 80 expedientes de los servicios de cirugía general, ortopedia, quemados y cirugía plástica. Haciendo la evaluación de 20 expedientes de cada uno de los servicios antes mencionados, fue una inspección de tipo visual y se realizó en el turno matutino.

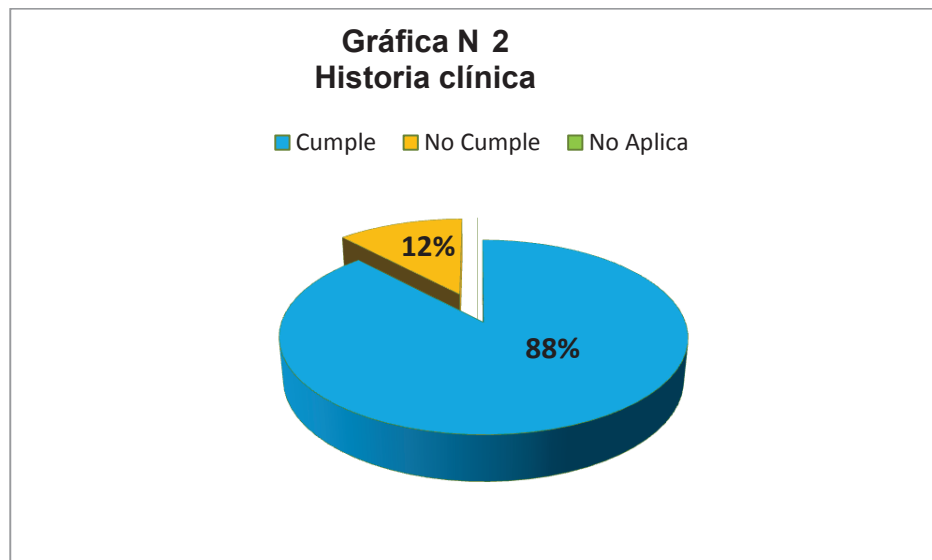
Referente a la integración el expediente clínico se puede visualizar que el 76% de los registros cumple con este criterio. Sin embargo no es menor importancia hacer notar que 19 de cada 80 expedientes no se encuentran integrados.

Cuadro N°1		
Integración del Expediente Clínico		
Dominio	Fo.	%
Cumple	61	76
No Cumple	19	24
No Aplica	0	0
Total	80	100



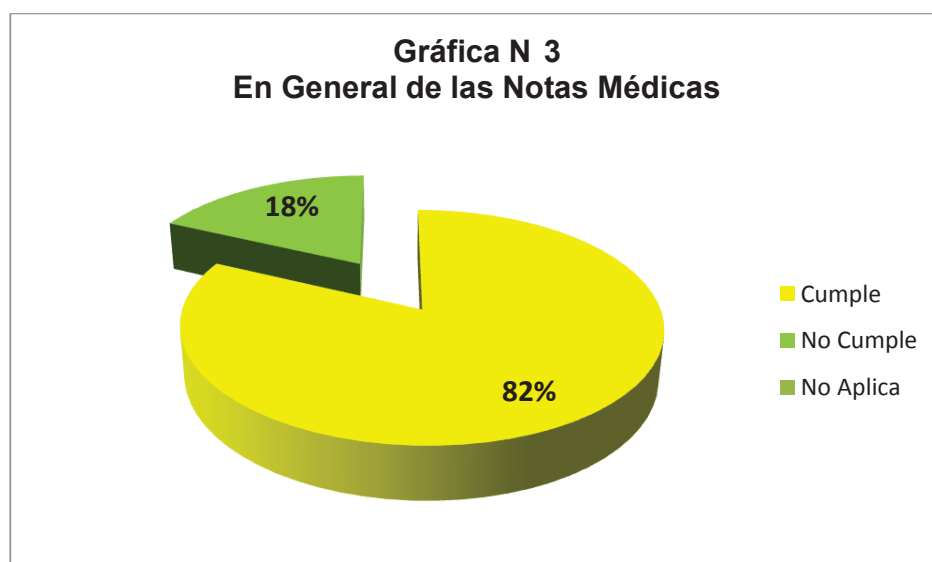
La historia clínica es un aspecto altamente importante del expediente clínico para saber los antecedentes y estado en que se recibe a un paciente y sin embargo podemos notar que el 12% no cumple con este requisito.

Cuadro N°2 Historia Clínica		
Dominio	Fo.	%
Cumple	70	88
No Cumple	10	12
No Aplica	0	0
Total	80	100



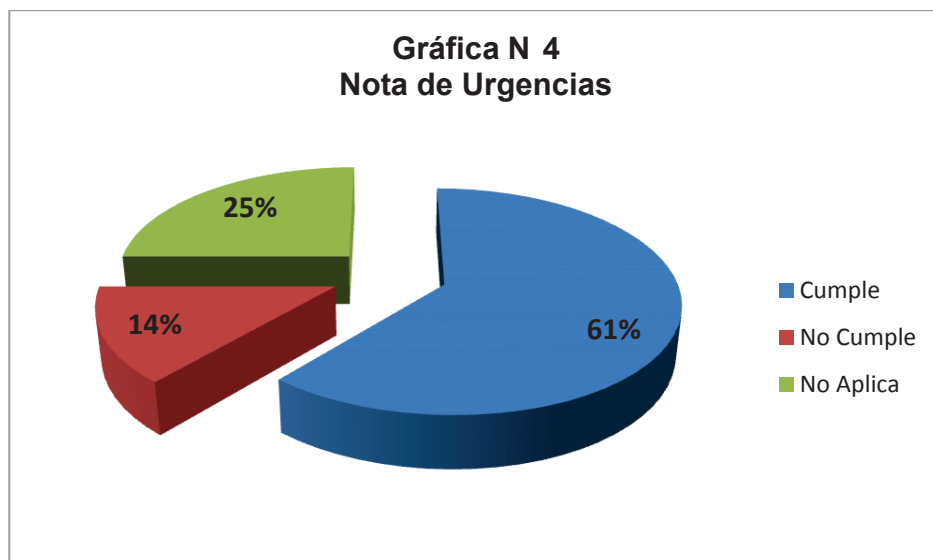
Las notas médicas son la base esencial para poder registrar la evolución del estado de salud del paciente en su estancia hospitalaria, así como la serie de procedimientos médicos que se le realizan. Sin embargo el 18% no cumple con los criterios establecidos.

Cuadro N°3 En General de las Notas Médicas		
Dominio	Fo.	%
Cumple	66	82
No Cumple	14	18
No Aplica	0	0
Total	80	100



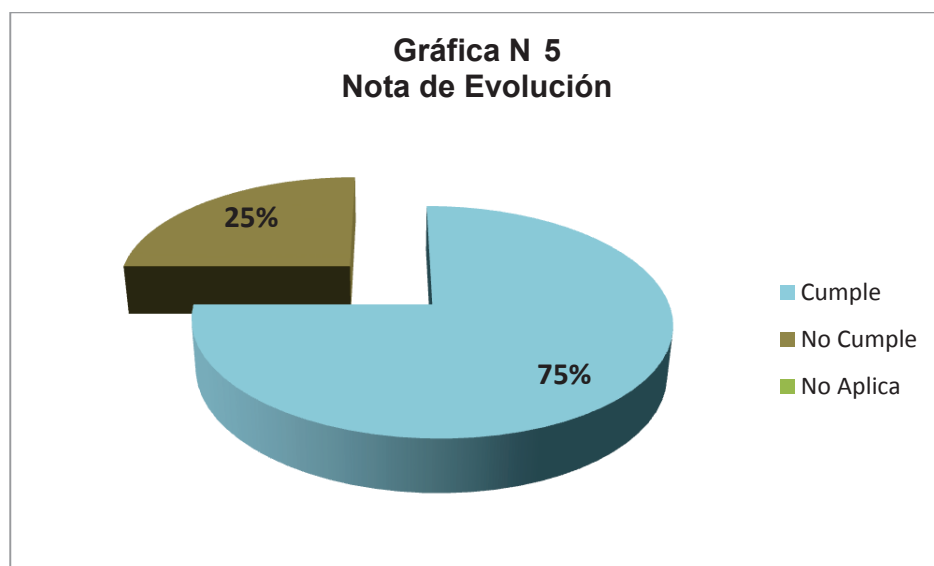
Referente a la nota de urgencias se puede apreciar que el 61.25% cumple con este criterio; además de cumplir con las generalidades de las notas médicas. Sin embargo en el 25% de los expedientes no aplica este dominio ya que su ingreso fue por consulta externa.

Cuadro N°4 Nota de Urgencias		
Dominio	Fo.	%
Cumple	49	61.25
No Cumple	11	13.75
No Aplica	20	25
Total	80	100



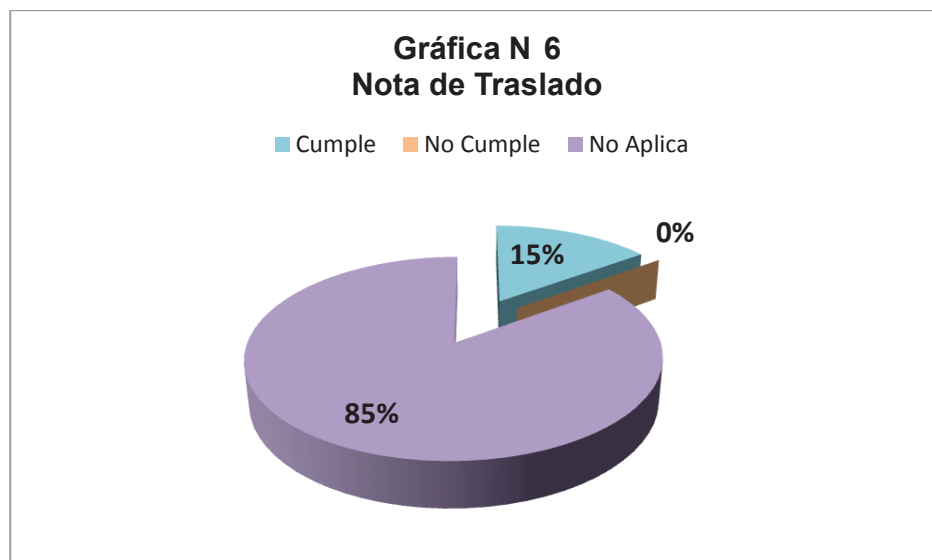
La nota de evolución es pieza clave ya que en ella se plasma el estado actual y los cambios que han surgido al momento del ingreso del paciente y durante la estancia. Y en este dominio un 75% cumple con los requisitos establecidos.

Cuadro N°5 Nota de Evolución		
Dominio	Fo.	%
Cumple	60	75
No Cumple	20	25
No Aplica	0	0
Total	80	100



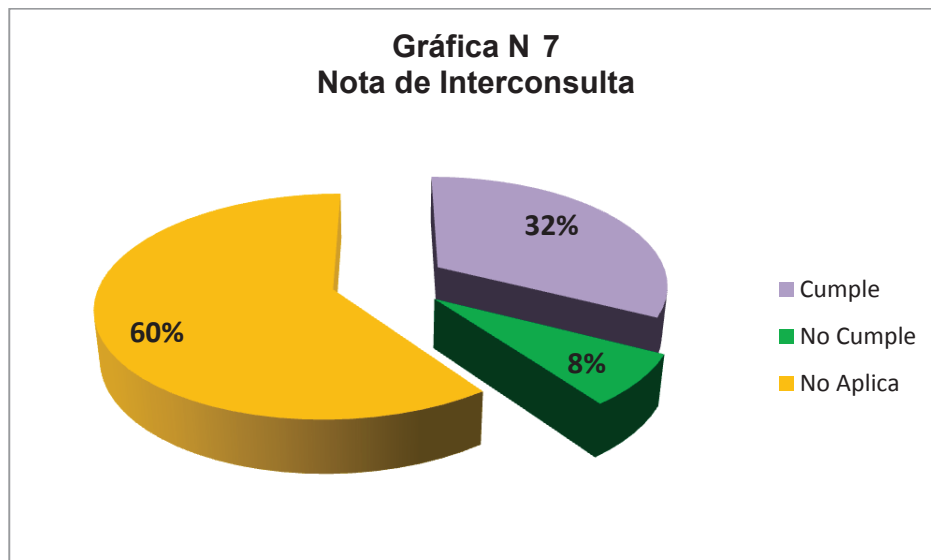
La nota de traslado es una de las notas que no sobresalió mucho durante la evaluación ya que solo un 15% fue trasladado de otras unidades médicas para su atención en el hospital. Mientras que el 85% era población originaria del hospital.

Cuadro N°6 Nota de Traslado		
Dominio	Fo.	%
Cumple	12	15
No Cumple	0	0
No Aplica	68	85
Total	80	100



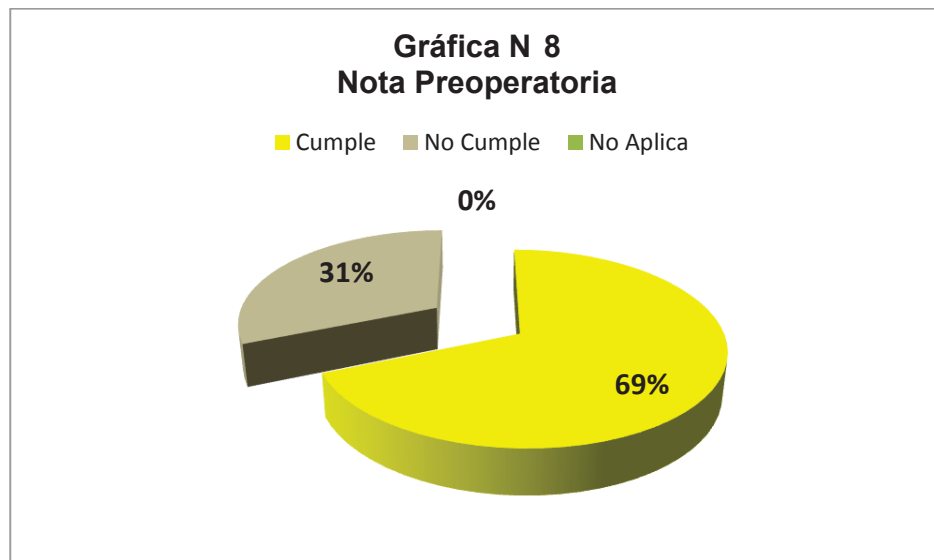
Se puede apreciar que el 32% de los expedientes cumple con los requisitos establecidos en la nota de interconsulta. Sin embargo en un 60% de los expedientes no aplica este dominio.

Cuadro N°7 Nota de Interconsulta		
Dominio	Fo.	%
Cumple	26	32
No Cumple	6	8
No Aplica	48	60
Total	80	100



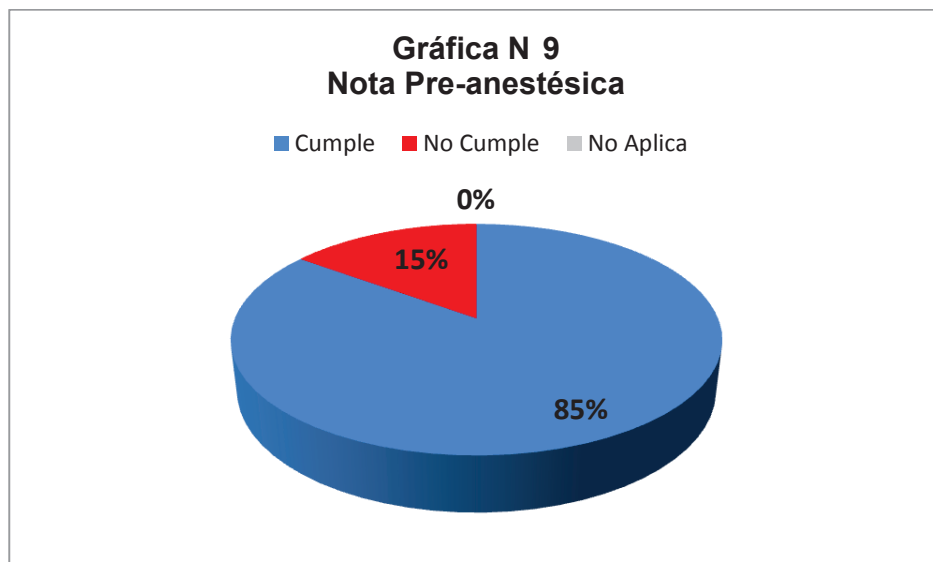
En relación a la nota preoperatoria se puede observar que el 69% de los expedientes cumple con este criterio. Pero es importante recalcar que 25 de 80 expedientes no cumplen adecuadamente con este dominio.

Cuadro N°8 Nota de Preoperatoria		
Dominio	Fo.	%
Cumple	55	69
No Cumple	25	31
No Aplica	0	0
Total	80	100



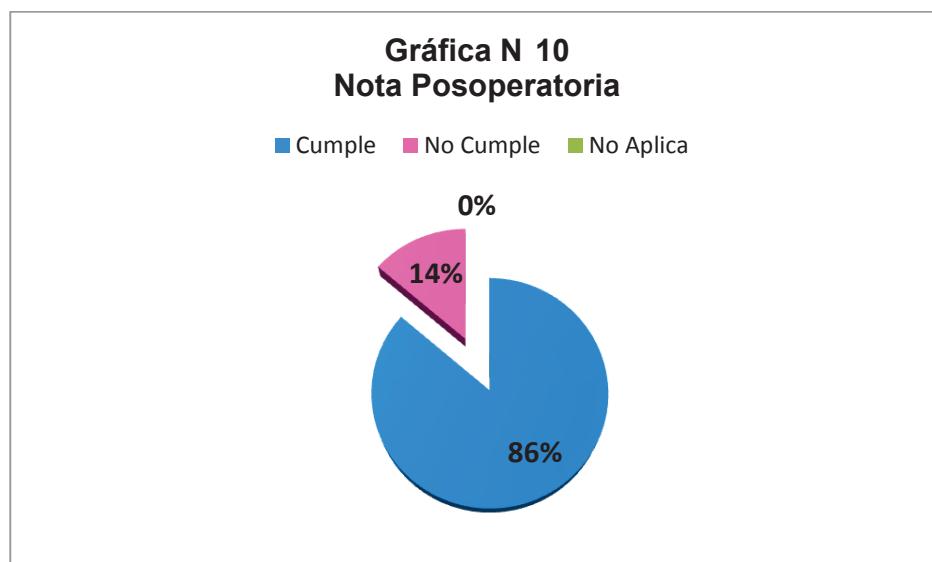
La nota pre-anestésica es de suma importancia que contenga todos los criterios establecidos ya que en ella se establece el tipo de anestesia a utilizar y el riesgo quirúrgico. Sin embargo podemos notar que el 15% no cumple con los requisitos.

Cuadro N°9 Nota de Pre-anestésica		
Dominio	Fo.	%
Cumple	68	85
No Cumple	12	15
No Aplica	0	0
Total	80	100



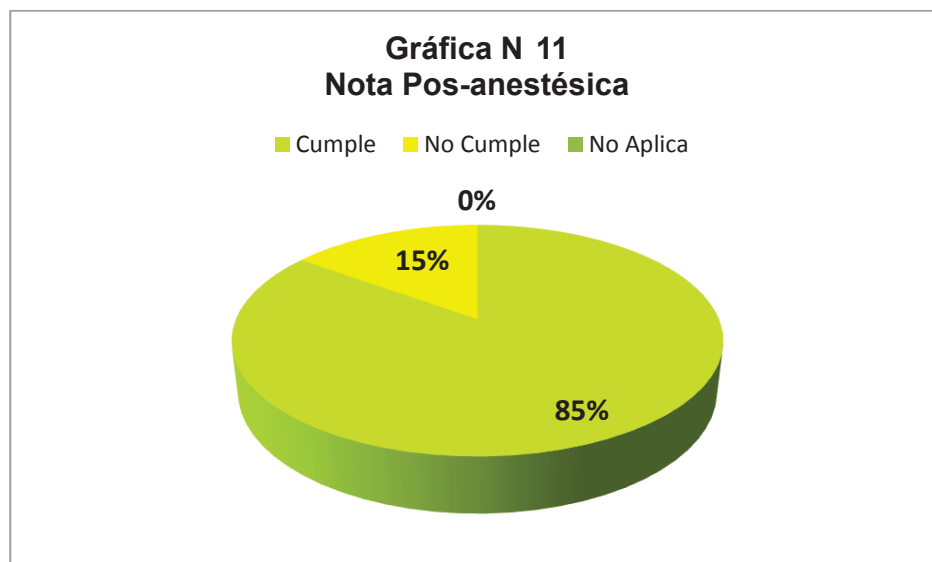
Referente a la nota posoperatoria se puede visualizar que el 86% de los registros cumple con este criterio. Sin embargo no es menor importante hacer notar que 11 de 80 expedientes no cuentan con una nota posoperatoria bien integrada.

Cuadro N°10 Nota de Posoperatoria		
Dominio	Fo.	%
Cumple	69	86
No Cumple	11	14
No Aplica	0	0
Total	80	100



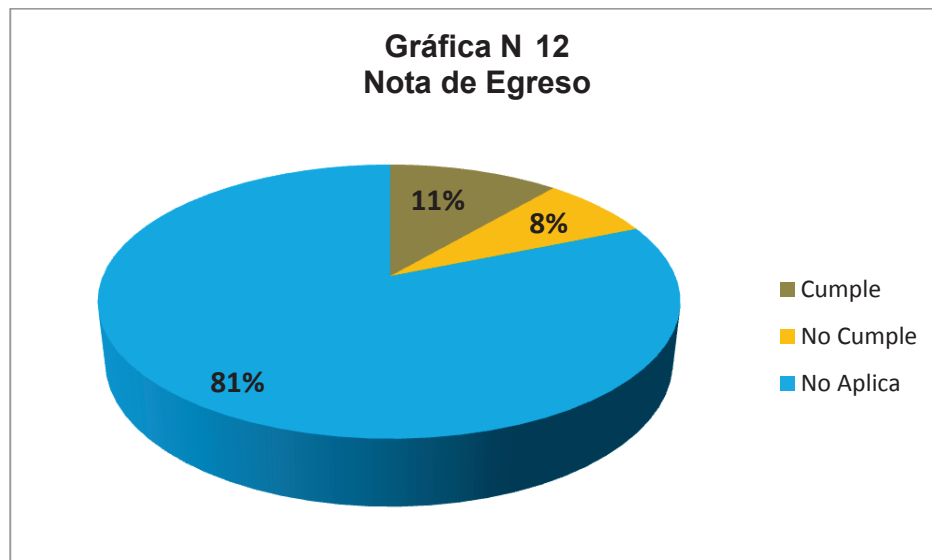
La nota pos anestésica en ella se puede ver el comportamiento del paciente durante y después de la anestesia. Es importante recalcar que el 85% cumple adecuadamente con su llenado, mientras que el 15% no lo hace.

Cuadro N°11 Nota de Pos anestésica		
Dominio	Fo.	%
Cumple	68	85
No Cumple	12	15
No Aplica	0	0
Total	80	100



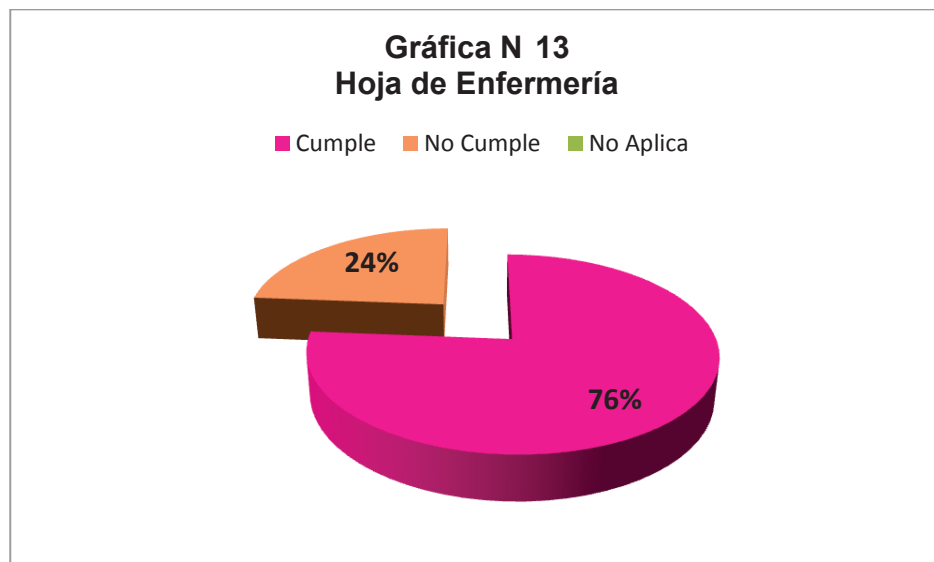
Referente a la nota de egreso se puede visualizar el 11% cumple con el criterio. Mientras que en 65 expedientes no aplica debido a que se encontraban aún hospitalizados.

Cuadro N°12 Nota de Egreso		
Dominio	Fo.	%
Cumple	9	11
No Cumple	6	8
No Aplica	65	81
Total	80	100



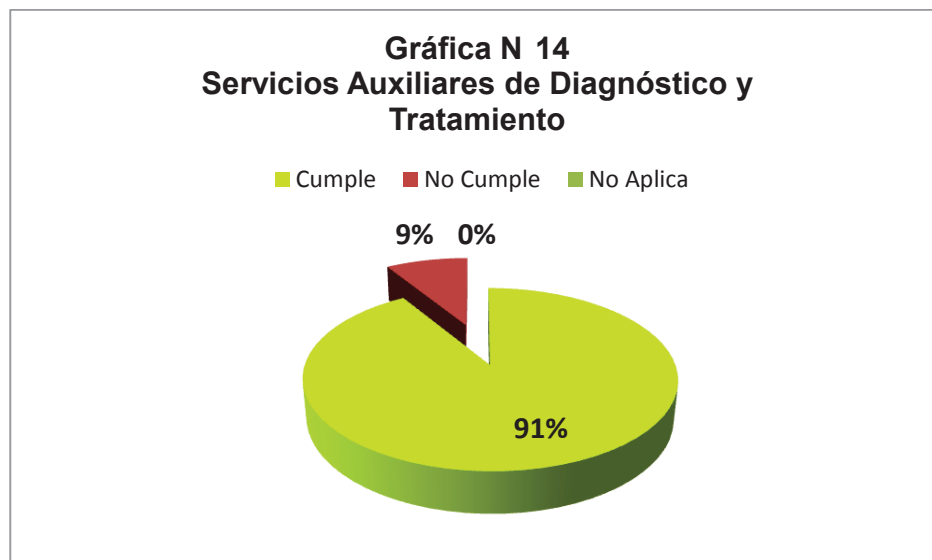
Referente a la hoja de enfermería se puede visualizar que el 76% cumple con una hoja de enfermería de calidad. Sin embargo 19 de 80 expedientes presentan una hoja de enfermería mal requisitada.

Cuadro N°13 Hoja de Enfermería		
Dominio	Fo.	%
Cumple	61	76
No Cumple	19	24
No Aplica	0	0
Total	80	100



Referente a los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamientos se puede visualizar que el 91% cumple con los criterios establecidos. Sin embargo no es menos importante que 7 de cada 80 expedientes no cumple.

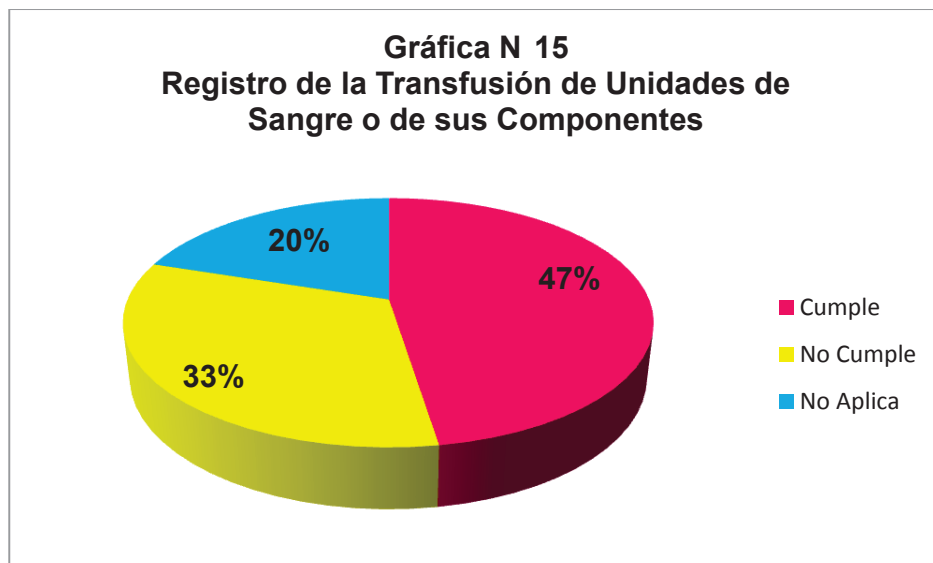
Cuadro N°14 Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento		
Dominio	Fo.	%
Cumple	73	91
No Cumple	7	9
No Aplica	0	0
Total	80	100



Las transfusiones sanguíneas son un procedimiento de suma delicadeza ya que requiere de una estricta supervisión médica así como del personal de enfermería. Sin embargo podemos notar que el 32.5% no cumple con los requisitos en los formatos dedicados para este fin.

Cuadro N°15
Registro de la Transfusión de
Unidades de Sangre o de sus
componentes.

Dominio	Fo.	%
Cumple	38	47.5
No Cumple	26	32.5
No Aplica	16	20
Total	80	100



La intervención de trabajo social consiste en realizar estudio socioeconómico para determinar el costo de la atención medica y la estancia hospitalaria, asi como de la dinámica familiar y de diversos factores que alterar la situación del paciente. Podemos analizar que el 82.5% cumple con este criterio.

Cuadro N°16 Trabajo Social		
Dominio	Fo.	%
Cumple	66	82.5
No Cumple	4	5
No Aplica	10	12.5
Total	80	100



VIII. DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

En salud inicia la preocupación por crear una metodología para el control de la calidad de la atención médica con los trabajos de Donabedian en la década de los ochentas (1984).

Es hasta el año 2000, que en nuestro país se desarrolla la preocupación de la calidad de la atención médica en una política gubernamental, iniciando acciones como la certificación de unidades de salud y continuar con el monitoreo de algunos procesos de la atención a través de la Cruzada Nacional de la Calidad, en la que se establecía una vigilancia nivel nacional en las unidades de salud de algunos parámetros entre los que se encuentra el expediente clínico (Programa Nacional de Salud 2001-2006), resaltando la importancia del expediente como uno de los recursos para la evaluación del apego del profesional de la salud; en especial del médico y del personal de enfermería a las normas oficiales editadas por el gobierno mexicano para la atención de los principales problemas de salud de la población.

Con lo anterior se pudo desarrollar una auditoría especializada del expediente clínico para a su vez ser utilizado como una herramienta básica para la evaluación del desempeño profesional e institucional ante los requisitos señalados en este caso por el Consejo de Salubridad General.

La calidad del expediente clínico del presente estudio alcanza un 70% en apego a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. Las

carencias se detectan que en lo refiere en la integración de el expediente clínico se encuentra que no cumple el 24% ya que se encontraron tachaduras, el uso de corrector y se encontraban desordenados, así como un 12% en la historia clínica debido a que el médico que la realiza no registra signos vitales y no coloca su nombre completo, firma y cédula profesional, sin embargo en el dominio correspondiente a en general de las notas médicas se observa un 18% lo que equivale a 14 expedientes que no cumplen con los requisitos deseados entre ellos predomina que el médico que elabora la nota medica no registra su nombre completo, firma y cédula profesional, y omite la fecha y hora de elaboración.

En lo que refiera a la nota de urgencia se encuentra un 14% de no cumple ya que se omite el destino del paciente después de la atención de urgencias, así como la especificación de los procedimientos realizados en el área de urgencias, mientras que un 25% de no aplica este dominio a los expedientes debido a que el ingreso del paciente fue por medio de la consulta externa. Así como en la nota de evolución se puede observar una deficiencia del 25%, ya que esta no se encuentra actualizada por turno y la evolución del cuadro clínico. Mientras que en el dominio de nota de traslado no hay porcentaje de no cumple, esto se debe a que el 85% son pacientes que ingresaron por el propio hospital y no requirieron de algún traslado. En relación al dominio correspondiente a nota de interconsulta solo el 8% no cumple ya que el 60% no necesito de interconsulta de otro servicio.

La deficiencia que se puede observar en la notas relacionadas con la atención quirúrgica podemos observar que en la nota pre-operatoria se encontró una

deficiencia del 31% ya que omiten datos como son la fecha de cirugía a realizar, el riesgo quirúrgico, así como el plan terapéutico, mientras que en la nota pre-anestésica solo existe un 15% de deficiencia por no reportar el riesgo anestésico y la evaluación clínica del paciente.

Analizando las deficiencias de las notas que corresponden al post-operatorio se encontró que el 14% no cumple con los requisitos de la nota posoperatoria debido a que omiten el reporte de gases y compresas, los hallazgos trans-operatorios, los incidentes y accidentes, así como la cuantificación del sangrado reportes, mientras que solo el 15% no cumple con la nota post-anestésica ya que se encontraron deficiencias en el reporte de la duración de la anestesia, los incidentes con accidentes atribuibles a la anestesia y finalmente el estado clínico del paciente a su egreso del quirófano.

En el dominio de nota de egreso se encuentra un porcentaje considerable de no aplica ya que el 81% de los pacientes aun estaban hospitalizados; el 8% de deficiencia que se encontró fue a que no se registraron los signos vitales del paciente a su egreso y la especificación de la fecha y hora de los procedimientos realizados.

La hoja de enfermería cuenta con un considerable 24% de no cumple y esto se debe a que el personal no registra el habitus exterior del paciente, los procedimientos realizados en el turno, la valoración de la escala del dolor y riesgo de caídas, finalmente no registra el nombre completo y firma de quien elabora.

El 9% de deficiencia correspondiente al dominio de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento se debe a que no cuenta con el nombre completo y firma del médico.

En el registro de la transfusión se encuentra un 33% de deficiencia ya que no se registra fecha y hora de la transfusión, el nombre completo del médico que indicó la transfusión, así como el del personal de salud encargado de la aplicación, vigilancia y control de la transfusión, así como control de signos vitales y estado general del paciente antes, durante y después de la transfusión.

Finalmente el 5% de deficiencia del dominio de trabajo social se debe a que no se registra el nombre completo y firma de quien elabora.

Se cumplió con los objetivos establecidos ya que se analizó cada una de las características que están establecidas en la normatividad para tener un expediente clínico de calidad, se obtuvo que uno de los servicios que cuenta con el mayor número de expedientes clínicos de calidad es el de quemados.

Se comprobó la hipótesis establecida ya que el 70% de los expedientes tienen un alto nivel de cumplimiento.

Es importante hacer una intensa capacitación en cada uno de los servicios del hospital ya que esto ayudara aumentar la calidad del expediente clínico. Mediante folletos informativos de acuerdo a la categoría en donde se establezcan los criterios que deben de contener el documento que manejan, así como la norma oficial mexicana que lo rige.

El personal de enfermería está obligado a conocer y atender las reglas generales de su profesión, tomando en cuenta que la NOM 168 determina los lineamientos específicos que deben cumplirse debido a su carácter técnico y obligatorio

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. [on line] consultado el 25 de enero de 2012 de w.ii wide web
<http://www.fundaciónmhm.org/pdf/Mono8/articulo14.pdf>
2. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Colección Porrúa 113° Edición, México 1996.
3. Donabedian A. reimpresión, 1991. La Calidad de la Atención Médica. La Prensa Médica Mexicana
4. Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad. Instrucción 187/2009
5. Norma Oficial Mexicana Nom-168-Ssa2-Del Expediente Clínico. [on line] consultado 23 de enero de 2012 de w. ii wide web
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>
6. Revista Facultad de Medicina UNAM Vol. 53 N° 1 Enero-Febrero, 2010

X. APÉNDICE

**Secretaria de Salud del Distrito Federal
Hospital General “Dr. Rubén Leñero”**

**CALIDAD DEL EXPEDIENTE CLINICO DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA
PROGRAMADA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.**

INSTRUCCIONES: El siguiente pretende evaluar la calidad del Expediente Clínico Integrado de pacientes sometidos a cirugía. Le solicitamos realizar la revisión del expediente clínico en busca de la existencia de los siguientes indicadores. Marque con una (X) en el registro que corresponda en caso de identificarlo o no.

Marque el:

1

Si cumple satisfactoriamente con el criterio de la variable a evaluar.

0

Cumple parcialmente o NO cumple con el criterio de la variable a evaluar.

NA

No Aplica

Servicio: _____ Folio: _____

D1 INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO				
		1	0	NA
1	Existe el expediente clínico solicitado			
2	Tiene un número único de identificación			
3	Se incorpora un índice guía en las carpetas			
4	Los documentos están secuencialmente ordenados y completos			
5	Escrito con letra legible en lenguaje técnico médico			
6	Sin abreviaturas, tachaduras y enmendaduras			
7	Se anexa la lista de verificación para las intervenciones quirúrgicas			
D2 HISTORIA CLINICA				
1	Ficha de Identificación			
2	Antecedentes Heredo-Familiares			
3	Antecedentes Personales No patológicos			
4	Antecedentes Personales Patológicos			
5	Padecimiento Actual			
6	Interrogatorio por Aparatos y Sistemas			
7	Exploración Física (Habitus Exterior, Signos Vitales, Datos de Cabeza, Cuello, Tórax, Abdomen, Extremidades y Genitales)			
8	Resultados previos y actuales de Estudios de Laboratorio, Gabinete y Otros.			

9	Terapéutica Empleada y Resultados Obtenidos (Medicamento, Vía, Dosis, Periodicidad)			
10	Diagnóstico (s) o Problemas Clínicos			
11	Nombre Completo, Cédula Profesional y Firma del Médico			
D3 EN GENERAL DE LAS NOTAS MÉDICAS				
1	Nombre del Paciente			
2	Fecha y Hora de Elaboración			
3	Edad y Sexo			
4	Signos Vitales (Peso, Talla, Tensión Arterial, Frecuencia Cardíaca, Frecuencia Respiratoria, Temperatura.)			
5	Resumen del Interrogatorio			
6	Exploración Física			
7	Resultado de Estudios de los Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento			
8	Diagnóstico [s] o Problemas Clínicos			
9	Plan de Estudio y/o Tratamiento (Indicaciones Médicas, Vía, Dosis, periodicidad.)			
10	Pronóstico			
11	Nombre Completo, Cédula Profesional y Firma del Médico			
ESPECIFICACIONES DE LAS NOTAS MÉDICAS				
D4 NOTA DE URGENCIAS				
12	Motivo de la Consulta			
13	Estado Mental del Paciente			
14	Se menciona destino de Paciente después de la Atención de Urgencias			
15	Se precisan los Procedimientos en el Área de Urgencias			
D5 NOTA DE EVOLUCIÓN				
12	Existencia de Nota Médica por turno			
13	Evolución y Actualización de Cuadro Clínico			
D6 NOTA DE TRASLADO				
12	Motivo de envío			
13	Establecimiento que envía y establecimiento receptor			
14	Nombre del Médico responsable de la Recepción del paciente en caso de urgencia			
D7 NOTA DE INTERCONSULTA				
12	Criterio Diagnóstico			
13	Sugerencias Diagnósticas y de Tratamiento			
14	Motivo de la Consulta			
D8 NOTA PRE-OPERATORIA				
12	Fecha de Cirugía a realizar			
13	Diagnóstico Pre-Operatorio			
14	Plan Quirúrgico			
15	Riesgo Quirúrgico			

16	Cuidados y Plan Terapéutico			
D9 NOTRA PRE-ANÉSTESICA				
12	Evaluación Clínica del Paciente			
13	Tipo de Anestesia			
14	Riesgo Anestésico			
D10 NOTA POST-OPERATORIA				
12	Operación Planeada			
13	Operación Realizada			
14	Diagnóstico Post-Operatorio			
15	Descripción de la Técnica Quirúrgica			
16	Hallazgos Transoperatorios			
17	Reporte de Gasas y Compresas			
18	Incidentes y Accidentes			
19	Cuantificación de Sangrado			
20	Resultados e Interpretación de Estudios de Servicios Auxiliares de Diagnostico Transoperatorios			
21	Estado Post-Quirúrgico inmediato			
22	Plan Manejo y Tratamiento Post-Operatorio inmediato			
23	Envío de Piezas y Biopsias Quirúrgicas para Examen Macroscópico			
D11 NOTA POST-ANESTÉSICA				
12	Medicamentos Utilizados			
13	Duración de la Anestesia			
14	Incidentes y Accidentes atribuibles a la Anestesia			
15	Cantidad de Sangre o Soluciones Aplicadas			
16	Estado Clínico del Enfermo a su Egreso de Quirófano			
17	Plan Manejo y Tratamiento inmediato			
D12 NOTA DE EGRESO				
1	Nombre del Paciente			
2	Edad y Sexo			
3	Fecha y Hora de Elaboración			
4	Signos Vitales (Peso, Talla, Tensión Arterial, Frecuencia Cardiaca, Frecuencia Respiratoria, Temperatura)			
5	Fecha y Hora del Ingreso/Egreso Hospitalario			
6	Días de Estancia en la Unidad			
7	Se Identifica si es reingreso por la misma afección en el año			
8	Diagnóstico [s] de Ingreso. Contiene Principal y Diagnósticos Secundarios			
9	Resumen de la Evolución y el Estado Actual			
10	Manejo durante la Estancia Hospitalaria			
11	Diagnóstico [s] Final [es]			
12	Fecha y Hora de Procedimientos Realizados en su caso			
13	Motivo de Egreso (Máximo Beneficio, por Mejoría, Alta Voluntaria, Exitus)			

14	Problemas Clínicos pendientes			
15	Plan de Manejo y Tratamiento			
16	Recomendaciones para la Vigilancia Ambulatoria			
17	Nombre completo, Cedula Profesional y Firma del Médico			
D13 HOJA DE ENFERMERÍA				
1	Identificación del Paciente			
2	Hábitus Exterior			
3	Gráfica de Signos Vitales			
4	Ministración de Medicamentos (Fecha, Hora, Vía, Dosis, Nombre de quien aplica el Medicamento)			
5	Procedimientos Realizados			
6	Valoración del Dolor (Localización y Escala)			
7	Nivel de Riesgo de Caídas			
8	Observaciones			
9	Nombre Completo y Firma de quien Elabora			
D14 SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO				
1	Fecha y Hora del Estudio			
2	Estudio Solicitado			
3	Problema Clínico en Estudio			
4	Especifica Incidentes o Accidentes			
5	Descripción de Resultados e Interpretación por el Médico Tratante (Excepto Estudios Histopatológicos)			
6	Nombre Completo y Firma del Médico			
D15 REGISTRO DE LA TRANSFUSIÓN DE UNIDADES DE SANGRE O DE SUS COMPONENTES				
1	Cantidad de Unidades, Volumen, Número de Identificación de las Unidades de Sangre o de sus Componente Transfundidos			
2	Fecha y Hora de Inicio y Finalización de la Transfusión			
3	Control de Signos Vitales y Estado General del Paciente, Antes, Durante y Después de la Transfusión			
4	En caso de Reacciones Adversas a la Transfusión indicar su tipo y Manejo, así como, los procedimientos para efecto de la Investigación correspondiente			
5	Nombre completo y firma del médico que indicó la transfusión, así como del personal de salud encargado de la aplicación, vigilancia y control de la transfusión			
D16 TRABAJO SOCIAL				
1	Se integra copia en el expediente clínico del estudio socioeconómico de trabajo social			
2	Nombre completo y firma de quien lo elabora			

FUENTE: Tomado del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC).