



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.  
FACULTAD DE MEDICINA.**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.**

**SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR.**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS.  
UNIDAD ACADÉMICA**

**HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MEXICO**

**“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN LA CONSULTA  
EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL ISSEMYM”.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR.**

**PRESENTA:**

**DRA. NALLELY LOMELÍ TOVAR.**

**2015**

**CD. NEZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MÉXICO.**



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.


**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN LA  
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL  
ISSEMyM**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**


**PRESENTA:**

**DRA. NALLELY LOMELI TOVAR**

**AUTORIZACIONES:**



**DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL  
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL**



**DR. OSCAR BARRERA TENAHUA  
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS  
PROFESOR ADJUNTO Y MEDICO FAMILIAR  
EN EL HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL**



**DR. GUILLERMO VICTAL VÁZQUEZ  
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO  
JEFA DE DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA  
EN SALUD**

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN LA  
CONSULTA ETERNA DEL HOSPITAL REGIONAL  
NEZAHUALCÓYOTL ISSEMYM**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**

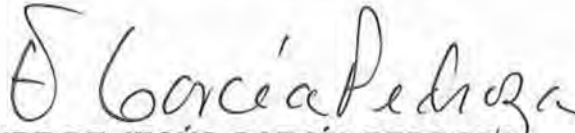
**PRESENTA**

**DRA. NALLELY LOMELÍ TOVAR**

**AUTORIZACIONES**



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

## INDICE.

|  |    |
|--|----|
| <b>1. MARCO TEORICO</b> .....                            | 1  |
| 1.1 Antecedentes.....                                    | 1  |
| <b>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....               | 19 |
| <b>3. JUSTIFICACION</b> .....                            | 20 |
| <b>4. OBJETIVOS</b> .....                                | 21 |
| 4.1 Generales.....                                       | 21 |
| 4.2 Específicos.....                                     | 21 |
| <b>5. MATERIAL Y METODOS</b> .....                       | 21 |
| 5.1 Tipo de estudio.....                                 | 21 |
| 5.2 Población, lugar y Tiempo de estudio.....            | 21 |
| 5.3 Muestra.....   | 22 |
| 5.4 Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación..... | 22 |
| 5.5 Variables.....                                       | 23 |
| 5.6 Instrumento para recolección de datos.....           | 24 |
| 5.7 Método de recolección.....                           | 24 |
| 5.8 Análisis de la Información.....                      | 25 |
| <b>6. CONSIDERACIONES ETICAS</b> .....                   | 26 |
| <b>7. RESULTADOS</b> .....                               | 29 |
| <b>8. ANALISIS DE RESULTADOS</b> .....                   | 32 |

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| <b>9. CONCLUSIONES</b> .....  | 33 |
| <b>10. BIBLIOGRAFIA</b> ..... | 34 |
| <b>11. ANEXOS</b> .....       | 36 |

## 1.- MARCO TEÓRICO

### 1.1 ANTECEDENTES.

La importancia del registro del proceso de la atención médico es evidente y ha permitido el desarrollo de la medicina a través de las distintas épocas de la humanidad. Existen evidencias arqueológicas y documentales de la elaboración de notas durante el proceso de la atención médica, y de diversas observaciones surgen escritos sobre anatomía y de algunas enfermedades en los años 2000-3000 a. de c. <sup>1</sup>

La historia clínica como documento básico del proceso propedéutico clínico ya se menciona en la medicina árabe del año 915 de nuestra era, señalando la realización de 33 historias clínicas por el médico persa Rhazes. Entre el siglo XVII y XVIII la escuela Vienesa señala la importancia de la recopilación de las observaciones clínicas en el curso de las enfermedades y la importancia de las exploraciones anatomopatológicas.

En el siglo XX surgen debates sobre la obligatoriedad social y legal de justificar las acciones y conductas en la medicina y ganan preponderancia durante los años cincuenta, se fundamentan en el Juramento Hipocrático y afectan la conducta de los profesionales de la medicina y tienden a una práctica competente en interés del paciente. En 1973 aparecen “los derechos de los pacientes hospitalizados y las obligaciones de los médicos”, emitidos por la ASOCIACIÓN AMERICANA DE HOSPITALES, en los cuales se señala el derecho a la información sobre su enfermedad, o sea el Consentimiento Informado<sup>1</sup>, hecho que actualmente tiene fundamento legal en nuestro País. <sup>2</sup>

Como consecuencia del desarrollo de la atención hospitalaria y el surgimiento de los grandes centros hospitalarios en nuestro país, a fines del siglo XIX y en el siglo XX, se instrumenta el uso sistemático del expediente clínico en el acto de la atención médica. Durante muchos años, fueron los principios de la Lex Artis, la Ética Médica y la Deontología los que guiaron y normaron los procedimientos para la atención de los pacientes, así como la elaboración de los documentos de

registro de dicho acto y aun cuando existieron variaciones en la presentación y orden de dichos documentos, el punto medular de los mismos, la historia clínica, las notas de evolución, notas quirúrgicas y anestésicas y de alta, eran muy similares en las distintas instituciones de salud públicas y privadas de México.

Los primeros antecedentes relacionados con la evaluación de expedientes clínicos en nuestro país se encuentran en la década de los 50, cuando el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) creó la Comisión de Supervisión Médica e integró la auditoría médica, con lo que sentó las bases para la evaluación de la calidad de la atención médica y desarrolló modelos sistemáticos de evaluación de la misma. En la década de los 70, a partir de la experiencia del IMSS, adquirió mayor importancia la Auditoría Médica y se iniciaron acciones similares en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) <sup>2</sup>.

En la Secretaría de Salud (SSA), no fue hasta 1997 cuando la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud creó en su estructura a la Dirección de Calidad de la Atención Médica, entre cuyas funciones se encontraron la coordinación y vigilancia sistemática del desarrollo de procedimientos tendientes a mejorar la calidad de la atención en el otorgamiento de los servicios, así como a elevar la satisfacción de los usuarios y de los prestadores mediante la ejecución de un programa diseñado ex profeso. Uno de los componentes del programa fue la evaluación de la elaboración del expediente clínico.<sup>1</sup>

En agosto de 1986 aparece la primera Norma relativa al expediente clínico en nuestro país, que fue la “NORMA TÉCNICA Número 52: para la elaboración, integración y uso del Expediente Clínico”. En diciembre de 1998, dicha norma fue modificada, primero, en el proyecto NOM-168-SSA1-1998 y, finalmente, en septiembre 30 de 1999 se elaboró la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico, la cual continúa vigente hasta el momento. **(3)** Lo que es indudable es el hecho de que este documento siempre deberá ser considerado como reflejo de la calidad en la atención médica.<sup>1</sup>



Este registro documental se encuentra dirigido a sistematizar, homogenizar y actualizar el manejo del expediente clínico, el cual 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 rehabilitadoras y se constituye como una herramienta de **OBLIGATORIEDAD** para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud y en su interpretación se tomarán en cuenta los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, atendiendo, además, a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que se presentaron los servicios.<sup>3,4</sup>

## **1.2 EL EXPEDIENTE CLINICO EN MEXICO**

En los últimos 30 años, los conocimientos y habilidades de la medicina se han incrementado y especializado como nunca antes, y el conocimiento es tan vasto que no puede ser dominado por un solo individuo. Hoy hemos escudriñado los cromosomas y los genes, gracias a la medicina genómica y la biología molecular, por citar algunos descubrimientos; la medicina será otra en lo sucesivo. Debemos adiestrarnos a un nuevo modelo en la relación médico-paciente y aceptar que se ha propiciado profunda reflexión —desde la médula de la filosofía de la ciencia y la bioética—. La nueva dinámica social exige ahora hacer explícitos los derechos y obligaciones en todos los ámbitos, la medicina no se escapa, y a la luz de las nuevas funciones que adquieren las instituciones de salud y los profesionales de la salud, frente al nuevo papel que reclaman los pacientes, se generan nuevos desafíos y complejidades que habremos de remontar en beneficio de los enfermos.<sup>4</sup>

El médico está viviendo un profundo trance por el nuevo papel que reclaman los enfermos, la globalización del saber médico, los aspectos éticos de las nuevas tecnologías y los condicionantes económicos, o la desaparición del vetusto modelo paternalista que debe evolucionar a una relación deliberativa, los terceros pagadores y la industria del litigio, pudieran estar entre los diversos factores que generan una palpable incomodidad a muchos médicos que están pensando dejar de ejercer la profesión. Ahora, el paciente está investido del derecho de exigir del

médico o de la institución de salud que los datos relativos a su salud, contenidos en el expediente clínico, no sean divulgados, a excepción de los que la Ley obligue, e incluso, a que no sean dados a conocer por otro médico; pero la evolución de la sociedad ha alcanzado a la relación médico-paciente y a los sistemas de salud, conmocionando al gremio médico por el reclamo de autonomía, principio ético de la práctica profesional que es irrenunciable. Este último aspecto, del acceso del paciente a información clínica sobre su estado de salud y que tiene relación directa con todo lo antes mencionado, gira alrededor del expediente clínico en los últimos años, y ha sido motivo de discusión profunda en todo el mundo; sin embargo, para los fines del presente trabajo, acotaremos la discusión en algunos países latinoamericanos.<sup>3</sup>

Tradicionalmente, los datos clínicos del paciente se han consignado en un documento, que los médicos en diferentes partes del orbe lo han denominado con diversos nombres. Desde que la enseñanza de la medicina se ha sistematizado, los médicos hemos sido adiestrados, en nuestra formación, para elaborar ordenadamente los datos objetivos y subjetivos del paciente, como una herramienta indispensable en el tratamiento del enfermo. Dicho conjunto de datos se conoce como: expediente clínico, ficha clínica, historial médico o historia clínica. Sin embargo, la información encontrada en diversos artículos, libros y publicaciones de los últimos cinco años es variada y hace evidente la diferencia de opiniones sobre el significado de cada concepto.<sup>5</sup>

Al debatir y reflexionar a quién pertenece el expediente clínico, debemos insertar el análisis en el contexto de los principios clásicos que guían el proceder médico y los profesionales de la salud, y que dan consecuencia a los derechos de los pacientes: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

La principal justificación de la existencia del expediente clínico está inserta en el contexto de la beneficencia. Si el médico lleva un registro de los datos que conciernen al paciente, y anota todo aquello que le pueda ser útil para obtener un diagnóstico correcto, un pronóstico lo más certero posible y un tratamiento adecuado, es porque persigue el bien del paciente. Principio que ha guiado a la

medicina desde siempre. Le interesa al médico no olvidar ningún detalle que le permita cumplir adecuadamente con este objetivo y dejar constancia de ello, le facilita volver continuamente a analizarlos, buscando claridad o explicaciones para lo que está observando en el presente.

En México lo conocemos como expediente clínico, en conjunto lo conforman: la historia clínica, notas de evolución, notas de enfermería, estudios paraclínicos, resúmenes clínicos, y está definido legalmente en la Norma Oficial del Expediente Clínico NOM-168-SSA-1-1998.<sup>6,7</sup>

Por tanto se considera al expediente una documentación clínica es un medio o sistema que incluye la historia clínica entre otros registros; y que la historia clínica contiene datos objetivos, así como información y valoraciones subjetivas referentes, que no pertenecen específicamente a la atención de un paciente.

Partiendo de esta distinción, el derecho de acceso de los pacientes es tan sólo a los datos objetivos que contiene el expediente clínico. Estos datos objetivos serán los que el paciente ha proporcionado a través del interrogatorio y las mediciones obtenidas a través de instrumentos, como los signos vitales y los resultados de estudios de laboratorio y gabinete. Y ya que la información obtenida a través de la exploración física siempre será subjetiva, ya que es interpretada por nuestros sentidos. Como ejemplo: un eritema de mucosas puede ser valorado con (+) o (++) , de acuerdo a la percepción del observador, sin que esta diferencia represente en ningún momento un error. De igual manera, la integración de esos datos objetivos y subjetivos se traduce en una impresión diagnóstica, que consiste en una interpretación subjetiva, por supuesto.<sup>6</sup>

Ante esta diferenciación evidente de los tipos de información según su origen, se manifiesta lo acertado y justo del enfoque jurídico mexicano.

La Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM-168 SSA-1-1998 establece que es obligación del médico plasmar en el Resumen Clínico «los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos,

tratamientos, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete». De esta manera, se logra el acceso a la información que la autonomía del paciente precisa, de una manera expedita y con información actualizada, precisa, pertinente, mucho más clara y comprensible, pues será orientada a las necesidades particulares que el paciente exprese. En la perspectiva de los profesionales de la salud, se resguarda el secreto médico y el «proceso diagnóstico» mediante el cual el médico plantea uno o varios diagnósticos de probabilidad y los descarta o confirma hasta alcanzar el diagnóstico de certeza. <sup>7</sup>

Y desde la perspectiva y contexto de los derechos y principios éticos, en el manejo del expediente clínico del paciente debe cumplirse estrictamente con el principio de no maleficencia que, en este caso, se relaciona fundamentalmente con mantener la confidencialidad, la reserva y el secreto profesional. En la medida que estas condiciones están insertas en el derecho a la privacidad de las personas, su no cumplimiento implica necesariamente no respetar sus derechos e infligirle daño.

### **1.3 DEFINICION DEL EXPEDIENTE CLINICO**

El expediente clínico se define como “el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos, en los cuales el personal de salud hace los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención”. Los criterios para la integración y uso del expediente clínico se encuentran plasmados en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1- 1998, la cual constituye una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.<sup>7</sup>

El expediente clínico es el documento que permite disponer de un registro organizado del proceso de salud enfermedad del paciente y de las medidas preventivas, curativas y de rehabilitación que se le practicaron. Reúne un conjunto de documentos que identifican al usuario de los servicios y hace un relato patográfico individual, en donde se registran las etapas del estado clínico y de la evaluación cronológica del caso hasta su solución parcial o total. No solo mide el

desempeño de los diferentes servicios que intervienen y la incertidumbre de los procedimientos realizados, así como las omisiones o deficiencias encontradas, sino que se constituye en un instrumento para la enseñanza médica y la investigación clínica.<sup>1, 2</sup>

Se considera además una herramienta de carácter legal, confidencial y propiedad de la institución y de esta forma, se convierte en un instrumento de autoevaluación de su trabajo.<sup>3</sup>

Para el médico tratante el expediente clínico es la fuente de información que le proporciona elementos para su diagnóstico y tratamiento, es su constancia de productividad y contiene el material para delinear protocolos de estudio, investigación o tratamiento para el caso específico.<sup>4</sup>

Por lo tanto su valor es imponderable ya que contiene datos confidenciales de carácter médico-legal y es la base para la asistencia, docencia e investigación médica. Además para conocer los datos de morbilidad y mortalidad, e implementar un sistema de vigilancia epidemiológica, se requiere de información veraz y oportuna que contribuya a la planeación estratégica por medio de datos estadísticos.

Diversas publicaciones han analizado temas y experiencias de investigaciones relacionadas con el desarrollo de los servicios y con la calidad de la atención médica, surgiendo las bases para la evaluación de la calidad de la atención, a través del correcto llenado del Expediente Clínico, el cual ha sido objeto de revisión y actualización reciente (NOM-168-SSA-1998), a través de la cual la Secretaría de Salud establece este instrumento normativo de calidad de la atención para aplicarse en las unidades de atención médica con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de sus servicios, en beneficio de la población usuaria. En esta norma se establece que los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la presente Norma; los establecimientos, serán solidariamente responsables, respecto del cumplimiento

de esta obligación por cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.<sup>5</sup>

Destaca por su importancia, el presente ordenamiento dirigido 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 de rehabilitación y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.<sup>5</sup>

Es importante señalar que para la correcta interpretación de la actual Norma Oficial Mexicana, se toman en cuenta, invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescripción a favor del personal médico a través de la cual los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios. Esta Norma Oficial Mexicana establece los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico.<sup>7</sup>

Desde hace años la evaluación del expediente clínico ha sido utilizada como herramienta para establecer la calidad de la atención médica. Si las unidades de atención médica desean mejorar la calidad de atención que ofrecen, requieren expedientes clínicos de calidad, en donde sea posible recabar información fiable de los pacientes, sus entidades y la forma en que se desarrolla la atención del mismo.<sup>8</sup>

La regulación del manejo del expediente clínico se orienta a permitir los usos médico, jurídico, de enseñanza e investigación, así como para fines de evaluación y control administrativo (1). Las acciones destinadas a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico han sido identificadas como promotoras del establecimiento de una cultura de la calidad en el proceso de

atención médica ya que permite su empleo como instrumento para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario. Para el personal de salud se constituye en un instrumento de orientación, capacitación y apoyo técnico.

La evaluación del llenado del expediente clínico puede hacerse desde el enfoque de la estructura, el proceso y los resultados (4). El término estructura menciona todos los atributos –materiales y organizacionales– relativamente estables en los sitios en donde se proporciona la atención. El proceso incluye todo lo que médicos y otros proveedores de atención hacen por los pacientes, así como la habilidad con la cual lo llevan a cabo. Finalmente, el término resultado comprende lo que se ha obtenido para el paciente; específicamente supone un cambio en el estado de salud, para bien o para mal, e incluye otras consecuencias de la atención, por ejemplo el conocimiento adquirido sobre la enfermedad, y cambios en la conducta que conducen a la salud y la satisfacción del paciente.<sup>8</sup>

Con expediente completo y ordenado es más sencillo determinar el paso a seguir o rectificar oportunamente. Proporciona evidencia documentada sobre el curso de la salud, enfermedad y tratamiento del paciente, ofrece información para la investigación y docencia, protege los intereses legales del paciente del establecimiento de salud, del cuerpo médico y otro personal.

La Norma del Expediente Clínico es de observancia general en el territorio nacional y sus disposiciones son obligatorias, como ya fue mencionado, para todos los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios, en los términos previstos de la misma.<sup>5</sup>

Todo documento normativo que regule la prestación de servicios de salud, se orienta en dos vertientes, una a quien presta los servicios y otra a quien los recibe; o sea, a aquel que tiene la función y deber de proteger el derecho a la salud como un bien social, y al individuo objeto de esa protección. Para el personal de salud, las normas son una orientación, capacitación y apoyo técnico que le permiten brindar una mejor calidad de atención, ya que garantiza los “mínimos” requeridos

en el proceso de la atención médica. La norma es además una guía que permite que en el proceso de la atención médica se actúe con estricto apego a la Ley. 6

El expediente clínico, ante una situación de conflicto en la atención médica, es fundamental para el análisis del acto médico y su trascendencia e importancia en los dictámenes técnico-médicos o de arbitraje médico lo convierte en la piedra angular en la cual se fundamenta la existencia o no de mala práctica. De aquí que se afirme que “será el más fiel de los amigos o el más cruel de los enemigos” según sea utilizado por el personal de salud.

Los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos, y deberán ser conservados por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico. Las instituciones en donde se prestan servicios de salud, son corresponsables con el profesionalista en el cumplimiento de esta obligación.<sup>7</sup>

#### **1.4 INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO<sup>5, 7, 10</sup>**

Todo expediente clínico deberá tener el siguiente contenido:

##### **1. 4. 1 DATOS GENERALES**

- Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y, en su caso, nombre de la Institución a que pertenece
- Nombre, sexo, edad, domicilio y ocupación del usuario

##### **1. 4. 2. CONSULTA EXTERNA**

- Historia clínica
- Nota de evolución
- Nota de interconsulta
- Nota de referencia/traslado



### **1.4. 3. URGENCIAS**

- Nota inicial
- Nota de evolución
- Interconsulta
- Referencia/traslado

En todas y cada una de las notas debe señalarse siempre fecha, hora, nombre y firma de quien las elabora

### **1. 4. 4. HOSPITALIZACIÓN**

- Nota de ingreso
- Historia clínica
- Nota de evolución
- Nota de referencia/traslado
- Nota pre operatorio
- Nota pre anestésica, vigilancia y registros anestésicos
- Nota post operatoria
- Nota de egreso
- Hoja de enfermería
- Resultados de laboratorio y gabinete
- Carta de consentimiento bajo información
- Hoja de egreso voluntario
- Hoja de notificación al Ministerio Público
- Reporte de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica

- Nota defunción y muerte fetal

#### **1. 4. 5. EXPEDIENTE ODONTOLÓGICO**

- Historia Clínica:
- Antecedentes heredo/familiares
- Antecedentes personales, patológicos y no patológicos
- Padecimiento actual
- Odontograma
- Diagnóstico y tratamiento
- Informes de estudio, de gabinete y laboratorio
- Nota de Evolución

#### **1.4. 6. LA HISTORIA CLÍNICA**

Documento que se contempla en los servicios de consulta externa y hospital, tiene como finalidad principal, el establecer un conocimiento amplio del paciente, de sus factores de riesgo, de la evolución de su padecimiento y a través del conjunto de signos y síntomas, establecer diagnósticos: presuncional, diferencial, etiológico, que permitan determinar un pronóstico y un plan terapéuticos.

Desde el punto de vista que nos atañe, que es el análisis del actuar médico, existen algunas condiciones mínimas de las que es importante dejar constancia. Lo menos que debe contener la historia clínica de un paciente es: ficha de identificación, antecedentes heredo familiares, antecedentes personales patológicos, historia de adicciones, antecedentes quirúrgicos y/o alérgicos, así como el interrogatorio del padecimiento actual y de aparatos y sistemas.

- **El interrogatorio.** El que a su vez, debe incluir por lo menos: la ficha de identificación, antecedentes heredo familiares, antecedentes personales

patológicos, historia de adicciones, antecedentes quirúrgicos y/o alérgicos, así como el interrogatorio del padecimiento actual y de aparatos y sistemas.

- **La exploración física.** Debe comprender como mínimo: el hábitus exterior, signos vitales, así como datos de exploración general de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales, además de resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros.

- Terapéutica empleada y resultados obtenidos.

- Diagnóstico Presuncional o problemas clínicos.

- Debe tener fecha de elaboración, nombre y firma de quien la elabora

#### **1. 4. 7. NOTA DE INGRESO O INICIAL**

Deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y contener como mínimo los datos siguientes: signos vitales, resumen del interrogatorio, exploración física y en su caso, estado mental y/ o emocional, resultados de estudios de laboratorio y gabinete; tratamiento, pronóstico y tratamiento indicado o sugerido. Por último es fundamental hacer un esfuerzo especulativo de las razones de internamiento y plan a seguir.

#### **1. 4. 8. LAS NOTAS DE EVOLUCIÓN**

La nota de evolución será tarea del médico cada vez que proporciona atención al paciente, de acuerdo con el estado clínico del mismo, y en ésta se debe dejar constancia escrita de la evolución y actualización del cuadro clínico, los signos vitales, los resultados de los exámenes o auxiliares de diagnóstico solicitados, reconfirmación u orientación de los diagnósticos previos y establecer en su caso, un nuevo diagnóstico; asimismo, hacer los ajustes, modificaciones o adecuaciones del tratamiento, en función de los nuevos resultados obtenidos; en esta nota de evolución se deberá contar con un apartado donde se señale en forma clara y precisa el tratamiento médico, mismo en que es obligatorio señalar: el tipo de medicamentos genéricos, sus dosis, vía y periodicidad de administración y en

algunos casos en particular, como en los casos de atención a los diabéticos, hipertensos o embarazadas, observar los lineamientos señalados en las Normas Oficiales emitidas por la Secretaría de Salud. Las notas deben ser claras y concisas, señalando todos los hechos trascendentales durante el manejo y vigilancia de los pacientes; la periodicidad de estas notas de evolución irá en concordancia con el cuadro clínico, desde el punto de vista de su severidad o gravedad.

En todas y cada una de las notas debe señalarse siempre fecha, hora, nombre y firma de quien las elabora.

En pacientes hospitalizados es obligado elaborar cuando menos una nota al día.

#### **1. 4. 9. NOTAS DE REFERENCIA Y TRASLADO**

Deberá contemplar:

- Establecimiento que envía y establecimiento receptor
- Resumen clínico y motivo de envío, elaborado por un médico del establecimiento
- La impresión diagnóstica
- La terapéutica empleada si la hubo
- Fecha, hora, nombre y firma del médico.

#### **1. 4. 10. NOTAS QUIRÚRGICAS\***

Debe contemplar la nota preoperatoria, y tendrá que ser elaborada por el Cirujano que va a intervenir al paciente, (incluye a los Cirujanos Dentistas) y tendrá que contener como mínimo: fecha de la cirugía, diagnóstico, plan quirúrgico, tipo de intervención quirúrgica, riesgo quirúrgico, cuidados, plan terapéutico pre operatorio y pronóstico.

#### **1. 4. 11. LA NOTA POST-OPERATORIA\***

Elaborarla es responsabilidad del Cirujano que operó al paciente, al término de la cirugía y constituye un resumen de la intervención practicada. Establecerá como mínimo: diagnósticos pre operatorios y post operatorios, operación planeada, operación realizada, descripción de la técnica quirúrgica, hallazgos trans-operatorios, incidentes y accidentes, la cuantificación de sangrado (si lo hubo), reporte de la cuenta de gasas y compresas, reporte del estudio de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento trans-operatorios, ayudantes quirúrgicos, instrumentistas, anestesiólogos y circulantes, estado post-quirúrgico inmediato, plan de manejo y tratamiento post-operatorio inmediato, pronóstico, señalamiento del envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histológicos, otros hallazgos de importancia para el paciente, relacionados con el quehacer del médico, nombre completo y firma del responsable de la cirugía.

La deficiencia en la elaboración de estas notas, establece un punto negativo en el proceso de evaluación de la calidad de la atención otorgada a un paciente, asimismo, es obligación y, así lo considera la Ley General de Salud, por otro lado, no se puede disponer de órganos o tejidos si no es con la autorización del paciente, por lo tanto, la omisión al enviar las piezas quirúrgicas a su estudio, o la disposición o extravío de las mismas, es de responsabilidad absoluta del médico tratante

En todas y cada una de las notas debe señalarse siempre fecha, hora, nombre y firma de quien las elabora

#### **1. 4. 12. LAS NOTAS DE REGISTRO ANESTÉSICO**

Las notas pre anestésicas, vigilancia y registros anestésicos. Se realizarán bajo los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998 para la práctica de la Anestesiología.

El anesthesiólogo bajo ninguna circunstancia debe abandonar al paciente, hasta en tanto éste no se haya recuperado de la anestesia. Si requiere traslado a otras unidades para su manejo posterior, debe observar la misma conducta.

#### **1. 4. 13. NOTA DE INTERCONSULTA**

La solicitud tendrá que ser elaborada por el médico solicitante cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico con fecha y hora. El médico consultado tendrá que responder por escrito anotando: fecha y hora de interconsulta, motivo de la misma, signos vitales, resumen del caso y de los estudios, problemas por resolver; plan de estudio, sugerencias diagnósticas y de tratamiento (s), tratamiento establecido, pronóstico y, nombre y firma del médico interconsultante.

#### **1. 4. 14. NOTA DE EGRESO**

Debe contener fecha de ingreso/egreso, motivo de ingreso/egreso, resumen de la evolución y el estado actual, diagnósticos finales, tratamiento (s) aplicado (s), problemas clínicos pendientes, plan de manejo general y terapéutico, recomendaciones para la vigilancia ambulatoria y pronóstico. En caso de defunción, señalar las causas de la muerte acorde al certificado de defunción, y si se solicitó y obtuvo estudio de necropsia.

Entre los aspectos generales a considerar; todos los documentos señalados deben:

- Ser realizados y firmados por el médico tratante, al calce de la nota
- Anotar la fecha y hora
- Ser legibles y sin tachaduras
- Señalar el número de la cama y el nombre del paciente
- Estar numeradas las hojas
- Elaborarse sin tachaduras

- Ser elaborados con apego a las instrucciones que dispongan las normas oficiales
- Ser congruentes con las condiciones clínicas del paciente
- Tener elaboración contemporánea a los hechos clínicos, evitando posponer su redacción

Se debe evitar:

- Escribir sobre lo escrito
- Escribir entre líneas
- Sobre añadidos en lo escrito, con posterioridad
- Maquillar las notas
- Uso de abreviaturas
- La subjetividad en los comentarios médicos

Los señalamientos previos, cuando no se observan, o se omiten, causan cuestionamiento sobre el acto realizado y pueden ser perceptibles cuando se intenta encubrir un acto médico. El uso de abreviaturas condiciona problemas para la interpretación de lo escrito.

Por último aún en nuestros días, constituye un desafío la creación de un expediente clínico que se ajuste a las concepciones más actualizadas del trabajo médico y que obligatoriamente debe reflejar la esencia del complejo integral salud-enfermedad-entorno, en estrecha relación e interacción con las no menos compleja dimensión biopsicosocial del ser humano. Hasta ahora, esos intentos no han cumplido todas las expectativas, ya que los problemas prácticos de la teoría del expediente clínico como documento, continúa presentando algunos problemas teóricos de la práctica en la confección, como:

1. Deficiente utilización del lenguaje médico con su terminología y errores gramaticales graves.

2. Empleo de formas puramente descriptivas con ausencia total y reiterada de pensamiento médico y juicio clínico.
3. Presencia de información no válida abundante.
4. La concepción del expediente clínico como un elemento estático.
5. Ausencia total del carácter explícito de las decisiones médicas.

Aunque se trata de una situación cuya solución no es parte del objetivo central del estudio, se mencionan como posibles, desviaciones que se presentan en la creación del expediente clínico.



## **2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El expediente clínico se define como “el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos, en los cuales el personal de salud hace los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención”. Los criterios para la integración y uso del expediente clínico se encuentran plasmados en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1- 1998, la cual constituye una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Y que en los últimos años ha sido necesaria la evaluación del llenado del expediente clínico, que puede hacerse desde el enfoque de la estructura, el proceso y los resultados. El término estructura menciona todos los atributos – materiales y organizacionales– relativamente estables en los sitios en donde se proporciona la atención. El proceso incluye todo lo que médicos y otros proveedores de atención hacen por los pacientes, así como la habilidad con la cual lo llevan a cabo. Finalmente, el término resultado comprende lo que se ha obtenido para el paciente; específicamente supone un cambio en el estado de salud, para bien o para mal, e incluye otras consecuencias de la atención, por ejemplo el conocimiento adquirido sobre la enfermedad, y cambios en la conducta que conducen a la salud y la satisfacción del paciente.

Pero además de ser en los términos legales una figura jurídica eficaz y justa, que concede al médico la oportunidad de comunicar e informar, así como beneficiar al paciente que requiere su información, con base en su derecho al acceso a la información clínica, tanto objetiva como subjetiva, lo que permite acceder dentro del marco de una relación médico-paciente sana, sin tener que recurrir a otras instancias o procedimientos que sólo violentarían la armonía que debe prevalecer en la relación médico-paciente. Por lo cual se realizó la siguiente interrogante:

¿Cuál es el resultado de la evaluación de la calidad del expediente clínico en la consulta externa del Hospital Regional Nezahualcóyotl Issemym?

### **3.- JUSTIFICACION**

Tradicionalmente, los datos clínicos del paciente se han consignado en un documento, que los médicos en diferentes partes del orbe lo han denominado con diversos nombres. Desde que la enseñanza de la medicina se ha sistematizado, los médicos hemos sido adiestrados, en nuestra formación, para elaborar ordenadamente los datos objetivos y subjetivos del paciente, como una herramienta indispensable en el tratamiento del enfermo. Dicho conjunto de datos se conoce como: expediente clínico, ficha clínica, historial médico o historia clínica. Sin embargo, la información en diversos artículos, libros y publicaciones de los últimos años es variada y hace evidente la diferencia de opiniones sobre el significado de cada concepto. La principal justificación de la existencia del expediente clínico está inserta en el contexto de la beneficencia. Si el médico lleva un registro de los datos que conciernen al paciente, y anota todo aquello que le pueda ser útil para obtener un diagnóstico correcto, un pronóstico lo más certero posible y un tratamiento adecuado, es porque persigue el bien del paciente. Principio que ha guiado a la medicina desde siempre. Le interesa al médico no olvidar ningún detalle que le permita cumplir adecuadamente con este objetivo y dejar constancia de ello, le facilita volver continuamente a analizarlos, buscando claridad o explicaciones para lo que está observando en el presente.

Aunado a esto la nueva dinámica social exige ahora hacer explícitos los derechos y obligaciones en todos los ámbitos, y la medicina no se escapa, a la luz de las nuevas funciones que adquieren las instituciones de salud y los profesionales de la salud, frente al nuevo papel que reclaman los pacientes, el bienestar del mismo o la recuperación de la salud. Pero por otra parte, para que la armonía y el beneficio imperen, el médico deberá mantener un nivel de comunicación apropiado con su paciente y anexados o reflejados en el documento oficial denominado en México expediente clínico, con fundamento jurídico en la Norma Oficial Mexicana nom-168-ssa1-1998, del Expediente Clínico.

## **4.- OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL.**

- Evaluar calidad del expediente clínico en la consulta externa del hospital regional Nezahualcóyotl Issemym

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar la calidad de la Historia clínica del expediente clínico.
- Identificar calidad de la nota de evolución
- Identificar calidad del tratamiento e indicaciones médicas.
- Determinar la calidad de las notas de interconsulta.
- Determinar la calidad de las notas de referencia.

## **5.- MATERIAL Y MÉTODOS**

### **5.1 TIPO DE ESTUDIO**

Se llevó un estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo.

### **5.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO**

La población de estudio fue un total de 20 médicos de la consulta externa, 8 médicos familiares, 4 médicos pediatras, 4 médicos internistas y 4 médicos de ginecoobstetricia, de ambos turnos de Hospital Regional de Nezahualcóyotl en el periodo de enero 2014 a junio 2014.

### **5.3 MUESTRA**

No probabilístico, fue el total de la muestra

### **5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.**

#### Criterios de Inclusión

- Médicos de base de la consulta externa de medicina familiar y otras especialidades.
- Ambos sexos
- Que acepten participar en el estudio.

#### Criterios de Exclusión

- Médicos del área quirúrgica.
- Médicos residentes de cualquier grado y especialidad.
- No firmar consentimiento informado.

#### Criterios de Eliminación

- Médicos de contrato o suplementes

## 5.5 VARIABLES DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES.

| Variable                      | Tipo         | Definición conceptual  | Escala de Medición | Calificación  | Fuente | Análisis |
|-------------------------------|--------------|--|--------------------|---|--------|----------|
| Sexo                          | Cualitativa  | Clasificación de hombres o mujeres teniendo en cuenta características anatómicas y cromosómicas  | Nominal            | a)Femenino<br>b)Masculino   | Cedula | Graficas |
| Expediente Clínico            | Cualitativa  | Es el documento médico legal en el que se registra el conjunto de 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. | Nominal            | a) Si<br>b) No  | Cedula | Graficas |
| Consulta Externa              | Cualitativa  | Es la atención por el médico a un paciente ambulatorio. Se incluyen entre las consultas médicas las brindadas a un consultante sano  | Nominal            | a) Medico Familiar<br>b) Pediatría<br>c) Medicina Interna<br>d) Gineco-obstetricia                | Cedula | Graficas |
| Calidad de Expediente Clínico | Cualitativa  | Se refiere al conjunto de propiedades inherentes al apego del expediente clínico a los criterios establecidos en la NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico para satisfacer necesidades implícitas o explícitas en relación a la salud.  | Nominal            | a)Historia clínica<br>b) Nota de evolución<br>c) Tratamiento<br>d) Referencia<br>e) Interconsulta | Cedula | Tablas   |
| Historia Clínica              | Cuantitativa | Es un documento médico-legal que surge del contacto entre el profesional de la salud y el paciente donde se recoge la información necesaria para la correcta atención de los pacientes.  | Nomina             | a) Si<br>b) No  | Cedula | Gráficas |

## **5.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se utilizó de instrumento la cedula formada como Herramienta de Evaluación del Apego del Expediente Clínico Integrado y de Calidad, en su apartado de evaluación del expediente clínico de médicos en consulta externa, elaborada por el comité nacional de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud de la Secretaria de Salud, es una herramienta de mejora de la calidad que evalúa el apego de los expedientes clínicos de los establecimientos médicos a la normatividad vigente. Consta de 6 apartados; el primero de la historia clínica, segundo nota de evolución, tercero tratamiento e indicaciones, cuarto nota de interconsulta, quinto nota de referencia y sexto generalidades.

Este se evalúa con 1= característica presente, 0= característica ausente y N= no aplica según corresponda la máxima expresión en un porcentaje de 100% y de cumplimiento si se encuentra en el rango mayor al 70%, la calificación se otorga totalizando los unos (A), totalizando los ceros (B), estos se suman A+B igual a C, posteriormente A/C por 100 dando el porcentaje de cumplimiento.

## **5.7 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Dentro de las instalaciones del Hospital Regional de Nezahualcóyotl Issemym en el área de archivo de consulta externa se recabo 40 expedientes al azar de cada uno de los médicos asignados a la consulta externa consistente en 20 médicos de la consulta externa, 8 médicos familiares, 4 médicos pediatras, 4 médicos internistas y 4 médicos de ginecoobstetricia, de ambos turnos en e invitarlos a participar en el estudio de investigación de forma individualizada, los que aceptaron se les dio a firmar las hojas de consentimiento informado y posteriormente se recopilo los datos de acuerdo a la cedula del expediente clínico de médicos en consulta externa. Para posteriormente de acuerdo a los criterios de exclusión y selección, vaciar la información en el programa Microsoft Excel.

## **5.8 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

Toda vez que se obtuvieron los datos almacenados en el programa Excel, se procede a su análisis mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de resumen (porcentaje y frecuencias), y de tendencia central (media). La información obtenida se presenta en tablas y gráficas.

## **6. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

### **DECLARACIÓN DE HELSINKI**

### **RECOMENDACIONES PARA GUIAR A LOS MÉDICOS EN LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS.**

Adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29a Asamblea Médica Mundial (Tokio, 1975) y enmendada por las Asambleas Médicas Mundiales 35a (Venecia, 1983), 41a (Hong Kong, 1989), 48a. Sommerset West / África del Sur (1996) y 52a. Edimburgo / Escócia (2000).

### **A. INTRODUCCION**

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.

Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

#### PRINCIPIOS BASICOS PARA TODA INVESTIGACIÓN MÉDICA

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento



de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.

Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el

consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.

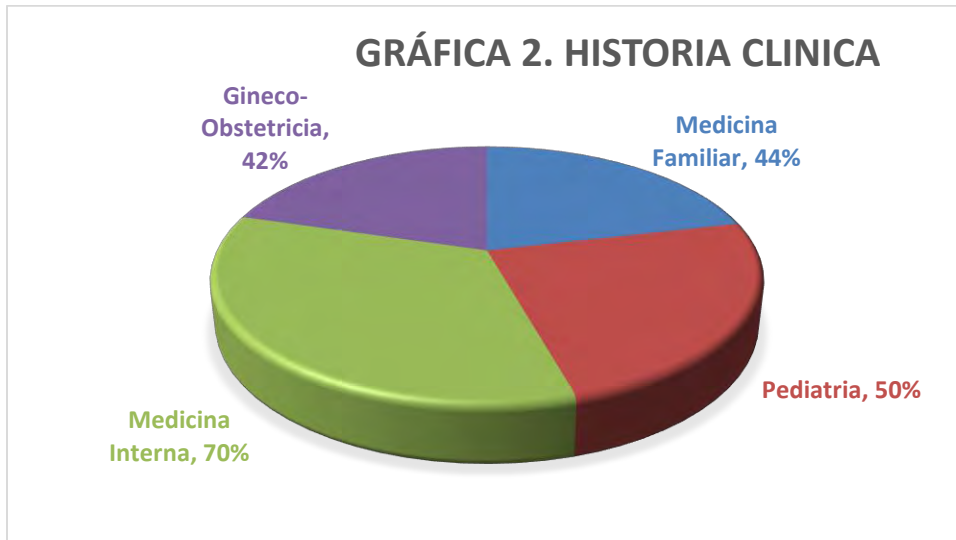
## 7. RESULTADOS

En el presente trabajo se incluyó un total de 20 médicos, con actividad en la consulta externa del Hospital Regional de Nezahualcóyotl Issemym, de los cuales 8 con categoría de Médicos Familiares, 4 con especialidad de Medicina Interna, 4 de Pediatría y 4 de Ginecoobstetricia. De los 20 Médicos de la consulta externa, se observaron que con un total de 10 médicos del sexo masculino y 10 del femenino, y que de acuerdo a la especialidad, se encontró con 6 médicos del sexo femenino de Medicina Familiar y 2 del sexo masculino, en cuanto a la especialidad de Ginecoobstetricia fueron 3 del sexo masculino y solo 1 medico del sexo femenino, en la especialidad de Medicina Interna son 2 del sexo masculino y 2 del sexo femenino, finalmente en la especialidad de Pediatría se encontró 1 del sexo femenino y 3 del sexo masculino. Grafica 1



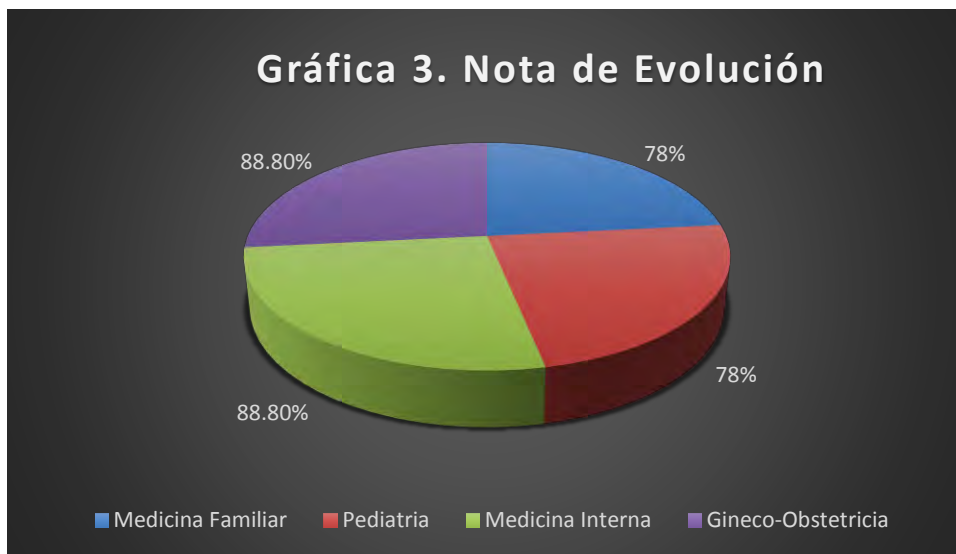
Cedula de evaluación del expediente clínico de Médicos en consulta externa

En cuando a lo observado en los módulos dela cedula de evaluación, se encontró que en el primer módulo concerniente a la Historia clínica; el cumplimiento de los médicos de medicina familiar fue del 44%, de la especialidad de Gineco-obstetricia del 42%, de la Especialidad de Medicina Interna del 70% y Pediatría del 50%. Grafica 2



Cedula de evaluación del expediente clínico de Médicos en consulta externa

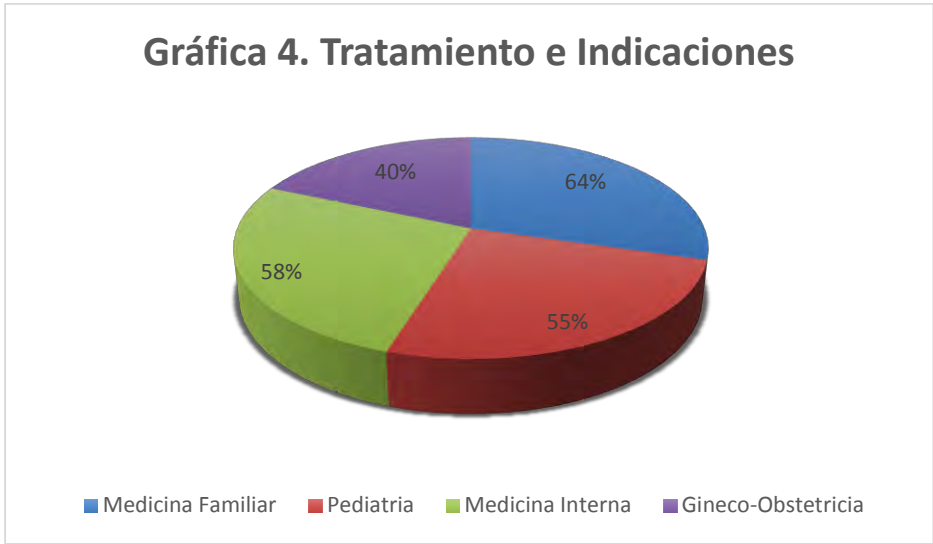
En el módulo de nota de evolución dentro de la consulta externa, se observó con un porcentaje de cumplimiento de los Médicos de Medicina Familiar del 78%, de Pediatría el 78%, de Medicina Interna con el 88.80% y Gineco-obstetricia 88.80%. Grafica 3.



Cedula de evaluación del expediente clínico de Médicos en consulta externa

En el módulo de tratamiento e indicaciones médicas, se observó que con un cumplimiento del 64% correspondió a los Médicos de Medicina familiar, el 58% de los Médicos de Medicina Interna, el 55% los Médicos Peditras y el 40% de Ginecoobstetricia. Grafica 4

**Gráfica 4. Tratamiento e Indicaciones**

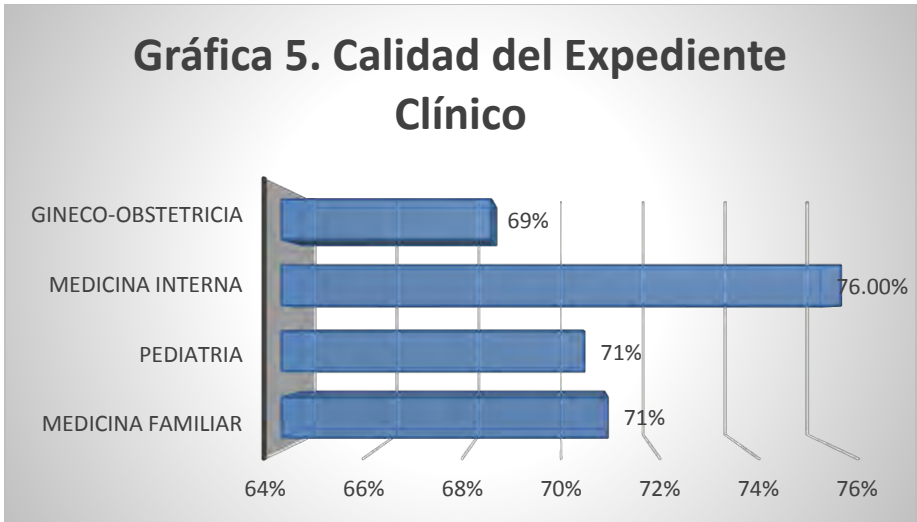


Cedula de evaluación del expediente clínico de Médicos en consulta externa

En las notas de interconsulta solo se realizaron dos de los 20 expedientes seleccionados, otorgado por lo médicos familiares a los servicios de gineco-obstetricia y ortopedia, con un cumplimiento 64%, no se realizaron en ningún caso referencias o traslados y en módulo de generalidades todos con un cumplimiento 80%, incurriendo en todos los médicos falla por la utilización de abreviaturas.

Finalmente la sumatoria de cumplimiento de calidad del expediente clínico de médicos en consulta externa, presento con el 76% los Médicos de Medicina Interna, Medicina Familiar con el 71%, Pediatría con el 71% y finalmente Gineco-obstetricia 69%. Gráfica 5

**Gráfica 5. Calidad del Expediente Clínico**



## 8. ANALISIS DE RESULTADOS

Finalmente se obtuvo un resultado del cumplimiento de calidad del expediente clínico de médicos en consulta externa, del 76% los Médicos de Medicina Interna, Medicina Familiar con el 71%, Pediatría con el 71% y finalmente Gineco-Obstetricia 69%. Esto comparado con un estudio realizado en un Hospital Pediátrico y publicado por la Dra. María Arany Hernández Cortez, obtuvo como resultados que solo el 50% de las historias clínicas tenían cumplimiento, concuerda con los médicos del presente estudio de las especialidades de Pediatría y Medicina Familiar, y está por encima de los especialistas de Medicina Interna con el 70%. Con un 37% de las notas de interconsulta, en el presente estudio se observó 64% el cual difiere del estudio de la Dra. Hernández Cortez. En otro estudio realizado en el cual se revisaron 768 EC llama la atención que las notas iniciales de consulta externa, solo el 1.28% cumplían con la totalidad de indicaciones de la norma.

Además en otro estudio publicado en la revista de la conamed en 2014, referente a la Evaluación del expediente clínico integrado, se determinó que de los dominios consistentes para evaluación la calidad del expediente clínico destaca que ninguno alcanzó un nivel de cumplimiento de 90% o más; el promedio general fue de 70.4%, lo cual corresponde a lo observado en el presente estudio con un 71% en Medicina Familiar y Pediatría, y hasta 76% en Medicina Interna, menciona además en que la Historia Clínica (77.3%), en este estudio quedaría por debajo del ese rublo en esta publicación. Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento Médico (72.2%), Notas Médicas (71.63%) y la Hoja de Enfermería (71.36%). Le siguen aquellos Dominios que se encuentran en 60% o menos de cumplimiento: Generalidades del Expediente (68.15%), Nota de Interconsulta (62.3%). Cifras alarmantes de no cumplimiento es lo referente a Nombre Completo, Firma y Cédula de quien Elabora. En el caso del presente estudio si difiere ya que todos cumplen en cuando nombre completo, firma y cedula, debido a que es un sistema ya electrónico, sin embargo se siguen presentando en todos el uso de abreviaturas, lo que resta puntaje al rublo de generalidades.

## 9. CONCLUSIONES

Conscientes de que el adecuado cumplimiento de la integración del expediente clínico refleja la calidad de las organizaciones de salud, el Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad, es una herramienta que permite homogeneizar el sistema de evaluación y contribuye a la evaluación de la calidad de la atención a través de los registros en el mismo, encaminado a identificar áreas de mejora.

Se concluye que la existencia de la NOM del Expediente Clínico, a pesar de ser difundida y normalizada en las Instituciones de salud, su uso y manejo cotidiano no es el adecuado; parece ser que existe un vacío en la normativa y esto incluye a los Comités encargados de la calidad en este rubro, el cual se debe hacer el ejercicio de revisión conjunta o bien capacitación y evaluación del aprendizaje o capacitación, sin descuidar con el tiempo la supervisión de la misma por entendimiento de considerar ya estar llevándose a cabo. Este estudio pone de manifiesto que los Médicos especialistas de otras áreas no concernientes a la Medicina Familiar, dejan de abordar las indicaciones no farmacológicas, y en general, consideran que el tabaquismo, alcoholismo y otras toxicomanías no deben ser incluidos como parte del padecimiento actual dentro de los distintos documentos que integran el Expediente Clínico, y no existe en muchas ocasiones en la nota de evolución esa concordancia diagnóstica, en todas las especialidades.

Por tanto es necesario incrementar el nivel de conocimientos y el nivel de cumplimiento de los criterios técnicos y normativos establecidos para el llenado del expediente clínico en la unidad. Además de cubrir las necesidades de capacitación del personal, esta modalidad permite que el personal continúe cumpliendo sus funciones y demuestra ser efectiva, eficiente y de calidad. Efectiva porque documenta que logra su objetivo: incrementar los conocimientos y capacidades del personal y que se traduce en una modificación de la conducta, pero además es necesario estar evaluando los expedientes clínicos para detectar y modificar dichas conductas.

## 10. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Barreto Penié Jesús. La historia clínica: documento científico del médico. Revista Ateneo. 2000; 1(1):50-5.
- 2.- Bañuelos Delgado Nicolás. Expediente Clínico. Gaceta; Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de Nayarit, 2007.
- 3.- Sánchez-González Jorge Manuel, Ramírez-Barba Héctor Jaime. El expediente clínico en México. Rev Mex Patol Clin. 2006; 53 (3): 166-173.
- 4.- Gutiérrez-Vega Rafael, Gallegos-Garza Adriana Cecilia, Misael Uribe-Ramos Misael. El expediente clínico: Su utilidad para evaluar la calidad de la atención médica y las implicaciones legales del incumplimiento de la normatividad vigente. Rev. Med. Hosp. Gen Mex. 2011; 74(1):30-34.
- 5.- Gutiérrez Estívaliz. Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad. Boletín Braun Sharing. 2013: 1-22.
- 6.- Hernández Cortez María Arany, Muñoz Zurita Guillermo. Conocimiento de la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico en estudiantes del área de la salud. Acta Científica Estudiantil 2010; 8(1): 3-8.
- 7.- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- 8.- Carmona-Mejía Beatriz, Ponce-Gómez Gandhy. Evaluación del expediente clínico integrado y de calidad en pacientes de cirugía programada. Rev. CONAMED 2014; 19 (3): 117-127.
- 9.- Hernández TF, Alcántara BA, Contreras CH. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia. México: Secretaría de Salud; 2012; 54-55.
- 10.- Cortés PI. Modelo de evaluación del expediente clínico integrado y de calidad (MECIC). Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Secretaría de Salud. 2012.



- 11.- Mejía DA, Dubón PM, Carmona MB, Ponce GG. Nivel de apego de los registros clínicos de enfermería a la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico. Rev CONAMED. 2011; 16(1):45.
- 12.- Loría CJ, Moreno de León E., Márquez AG. Apego a la norma oficial mexicana del expediente clínico en el servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel de la ciudad de México. Revista BVS.2013; 7(4):
- 13.- Aibar Remón C, Aranaz Andrés JM, García- Montero JI, Mareca-Doñate R. La investigación sobre seguridad del paciente: necesidades y perspectivas. Published in Med. Clin. Barc. 2008; 131 (Supl 3): 12-7.
- 14.- Aguirre Gas H, Campos Castolo EM, Carrillo Jaimes A. Análisis crítico de quejas CONAMED 1996-2007. Revista CONAMED 2008; 13: 5-16.
- 15.- López LFH. La importancia del Expediente Clínico como prueba documental. Rev. Evidencia Invest. Clin. 2009; 2(2):70-4.



**SECRETARÍA DE SALUD  
SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD**

**COMITÉ NACIONAL DE ESTÍMULOS A LA CALIDAD DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE SALUD.**

**EVIDENCIAS PARA LA CÉDULA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO PARA PERSONAL DE LA SECRETARÍA DE SALUD PECD-10.**

**EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DE MÉDICOS EN  
CONSULTA EXTERNA.**

UNIDAD: \_\_\_\_\_

FECHA DE EVALUACIÓN: \_\_\_\_\_

PERSONAL EVALUADO. \_\_\_\_\_

INICIALES DEL EVALUADOR O DE LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO: \_\_\_\_\_

**Códigos para la calificación ; 1 = característica presente; 0 = Características ausentes; N = No aplica**

| 1  | Identificación del caso / número de expediente:   |  |  |  |  |  | SUMATORIA |
|----|---|--|--|--|--|--|-----------|
| 2  | Historia clínica  |  |  |  |  |  |           |
| 3  | Fecha   |  |  |  |  |  |           |
| 4  | Hora  |  |  |  |  |  |           |
| 5  | Nombre completo del paciente  |  |  |  |  |  |           |
| 6  | Edad del paciente   |  |  |  |  |  |           |
| 7  | Sexo del paciente   |  |  |  |  |  |           |
| 8  | Número cama o expediente( si es el caso)  |  |  |  |  |  |           |
| 9  | Interrogatorio/antecedentes heredo familiares, personales patológicos ( incluido exfumador, exalcohólico y exadicto) y no patológicos |  |  |  |  |  |           |
| 10 | Interrogatorio/padecimiento actual (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones   |  |  |  |  |  |           |
| 11 | Interrogatorio por aparatos y sistemas  |  |  |  |  |  |           |
| 12 | Exploración física/habitus exterior   |  |  |  |  |  |           |
| 13 | Exploración física/signos vitales/pulso   |  |  |  |  |  |           |
| 14 | Exploración física/signos vitales/temperatura   |  |  |  |  |  |           |
| 15 | Exploración física/signos vitales/tensión arterial  |  |  |  |  |  |           |
| 16 | Exploración física/signos vitales /frecuencia cardiaca  |  |  |  |  |  |           |
| 17 | Exploración física/signos vitales /frecuencia respiratoria  |  |  |  |  |  |           |
| 18 | Exploración física/datos de cabeza  |  |  |  |  |  |           |
| 19 | Exploración física/datos de cuello  |  |  |  |  |  |           |
| 20 | Exploración física/datos de tórax   |  |  |  |  |  |           |
| 21 | Exploración física/datos de abdomen   |  |  |  |  |  |           |
| 22 | Exploración física/datos de miembros  |  |  |  |  |  |           |
| 23 | Exploración física/datos de genitales   |  |  |  |  |  |           |
| 24 | Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros  |  |  |  |  |  |           |
| 25 | Terapéutica empleada y resultados obtenidos   |  |  |  |  |  |           |
| 26 | Diagnósticos o problemas clínicos   |  |  |  |  |  |           |
| 27 | Nombre completo de quien la elabora   |  |  |  |  |  |           |
| 28 | Firma de quien la elabora   |  |  |  |  |  |           |
| 29 | Nota de evaluación  |  |  |  |  |  |           |
| 30 | Fecha   |  |  |  |  |  |           |
| 31 | Hora  |  |  |  |  |  |           |
| 32 | Nombre completo de paciente   |  |  |  |  |  |           |
| 33 | Edad del paciente   |  |  |  |  |  |           |
| 34 | Sexo del paciente   |  |  |  |  |  |           |
| 35 | Número cama o expediente( si es el caso)  |  |  |  |  |  |           |
| 36 | Evolución y actualización del cuadro clínico ( incluido tabaquismo alcoholismo y otras adicciones                                     |  |  |  |  |  |           |
| 37 | Signos vitales  |  |  |  |  |  |           |
| 38 | Resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento   |  |  |  |  |  |           |
| 39 | Diagnóstico   |  |  |  |  |  |           |



**NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

GERMAN ENRIQUE FAJARDO DOLCI, Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4o. de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o. fracción XI, 38 fracción II, 40 fracciones III y XI, 41, 43, 47 fracciones III y IV de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 3o. fracciones I, II y VII, 13 apartado A fracciones I y IX, 34, 45 y 48 de la Ley General de Salud; 28 y 34 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 1o., 7o., 8o., 9o., 10o. fracciones I, II, III, IV y VI, 28, 29, 32, 37, 62 y 134 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica; 2o. apartado A fracción I, 8o. fracción V y 9o. fracción IV Bis del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación, en el Diario Oficial de la Federación, de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

**CONSIDERANDO**

Que con fecha 5 de octubre de 2010, fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el Proyecto de Modificación de esta norma, en cumplimiento a la aprobación del mismo por parte del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud; de conformidad con lo previsto en el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, a efecto de que en los siguientes 60 días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud.

Que durante el periodo de Consulta Pública de 60 días, que concluyó el 4 de diciembre del 2010, fueron recibidos en la sede del mencionado Comité, comentarios respecto del Proyecto de Modificación de Norma Oficial Mexicana, razón por la que con fecha previa fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, en los términos del artículo 47 fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, se expide la siguiente:

**NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLINICO****PREFACIO**

En la elaboración de esta norma participaron:

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

SECRETARIA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Dirección General de Epidemiología

Dirección General de Información en Salud

Dirección General de Evaluación del Desempeño

Dirección General de Planeación y Desarrollo

Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Instituto Nacional de Rehabilitación

Instituto Nacional de Cancerología

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez