



11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

106

FACULTAD DE MEDICINA

2 es.

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

LA UTILIDAD DEL EXPEDIENTE CLINICO EN  
INVESTIGACION RETROSPECTIVA EN LA  
U.M.F. No. 21

**T E S I S**

PARA OBTENER EL TITULO DE POSTGRADO EN:

**LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A :**

**DR. GENARO MARCOS MENDOZA**



258359

MEXICO, D. F.

1998

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



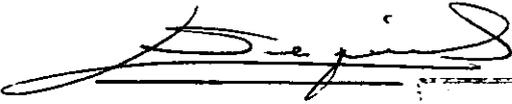
## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

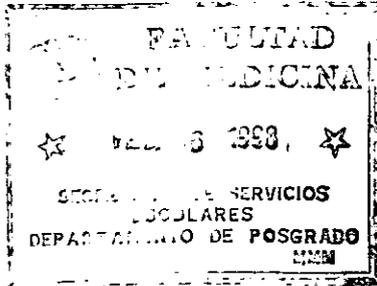
Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

Vo. Bo



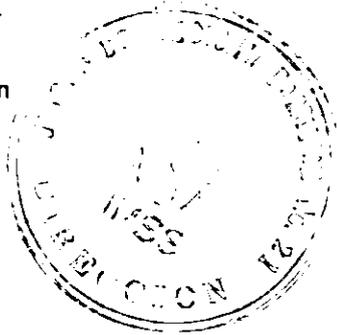
Dra. Georgina Farfán Salazar  
Directora de la U.M.F No. 21



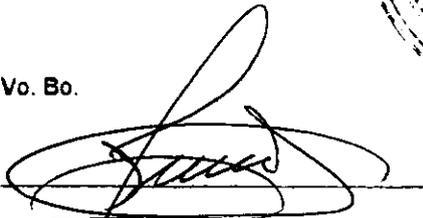
Vo. Bo.



Dr. Rodolfo Aguilar Zafra  
Jefe de Enseñanza e Investigación  
U.M.F No. 21.

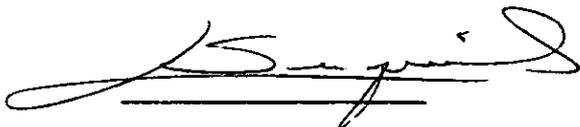


Vo. Bo.



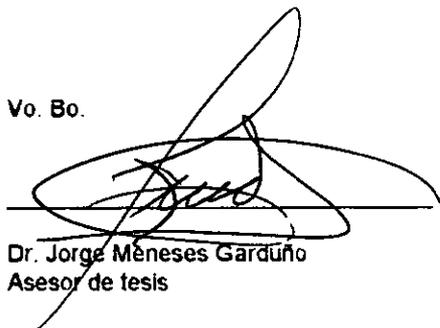
Dr. Jorge Meneses Garduño  
Profesor titular del curso de especialidad  
de Medicina Familiar.

Vo. Bo

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Georgina', written over a horizontal line.

**Dra. Georgina Farfán Salazar**  
Asesora de tesis

Vo. Bo.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jorge', written over a horizontal line.

**Dr. Jorge Méneses Garduño**  
Asesor de tesis

A mi madre por su gran amor que  
siempre nos a tenido.

A mi padre (+) que aunque no este  
con nosotros estoy seguro que se  
encuentra orgulloso por el presente  
que vive cada uno de sus hijos  
y esposa

A mis hermanas, cuñados y  
sobrinos, por su gran apoyo,  
para mi formación como médico

A tí cory, que supiste esperar  
la llegada del buen tiempo. Solo  
me queda decirte GRACIAS.  
que siempre estés llena de  
bendiciones lo mismo que a  
Genaro y Antonio

**Agradezco a todos aquellos profesores que con sus conocimientos y ejemplo, ayudaron a mi formación como médico y posteriormente como médico especialista en Medicina Familiar, en especial a la Dra. Georgina Farfán Salazar, al Dr. Jorge Meneses Garduño, al Dr. Rodolfo Aguilar Zafra, a la Dra. Maricela García Meneses a los médicos de la U.M.F No. 21, y a los médicos del H.G.Z No. 30, ofreciéndoles que con mi ejemplo para ejercer la medicina familiar, continúe el camino que ya empezaron y que finalmente es poner en alto la especialidad de MEDICINA FAMILIAR**

## INDICE

INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	2
MATERIAL Y METODOS.....	5
RESULTADOS .....	7
CONCLUSIONES.....	19
DISCUSION .....	20
SUGERENCIAS.....	22
ANEXOS.....	23
BIBLIOGRAFIA.....	25

## **INTRODUCCION**

Los expedientes clínicos, utilizados por instituciones prestadoras de servicios de salud, han servido tradicionalmente como fuente de información clínica específica de pacientes que acuden a atención médica; estos documentos son utilizados por el médico familiar u otras especialidades para algún tipo de información de interés.

La Organización Panamericana de la Salud señala que la utilidad de los registros médicos está relacionada con: prestar una atención médica de calidad, lo más pronta y amable posible, evitar la duplicidad de información, asegurando que esta sea exacta, oportuna, confiable y accesible, que contribuya a la capacitación y educación del personal médico o a otro personal de salud; coadyuvar a proteger los intereses legales del paciente, del cuerpo médico y del hospital, teniendo por lo tanto el personal de salud una gran responsabilidad por las observaciones y anotaciones que haga en este documento. (5)

Múltiples estudios clínicos ubicados en el primer nivel de atención, se basan en el expediente clínico por lo que existe la duda entre los investigadores (médicos familiares y epidemiólogos) sobre la utilidad de este documento para realizar este tipo de investigación.

## **ANTECEDENTES CIENTIFICOS**

Una idea central en la filosofía médica social mexicana, es la atención integral a la salud del grupo familiar, elemento fundamental de la estructura social. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S) es a partir de 1954 cuando se plantea la posibilidad de un médico de familia, que trabaje con grupos de población adscrita. En 1955 se instituye el Sistema Médico Familiar, con la finalidad de superar los niveles de calidad y eficiencia en la atención a la población adscrita. (1)

En octubre de 1954 la Subdirección General Médica dicta "normas de trabajo" para los médicos en las Unidades de adscripción. En el capítulo VII, se hace referencia al expediente clínico, su integración y cuidado, así como la obligación de anotar cualquier tipo de observación médica que sirva de base futura para una siguiente atención. (2)

El expediente clínico es el conjunto de documentos básicos escritos de manera específica, exacta, ordenada, que refleja con claridad la historia de salud de un paciente, comprende el registro de hechos demográficos, vitales, mortalidad, tratamientos impartidos y resultados obtenidos. constituidos por una serie de formas que llena fundamentalmente el médico. Su valor del expediente clínico radica en su veracidad, que se encuentre completo, con suficientes datos, con secuencia, del tal manera que pueda ser utilizado por otras personas con propósitos clínicos, estadísticos, de estudio, etc. (3).

Existen varios tipos de expediente clínico: el tradicional, el diseñado y el organizado por problemas. El primero utiliza el método libre para la obtención de datos clínicos, nos permite ver el perfil de salud, social y cultural del paciente (11). El

diseñado, son hojas especialmente preparadas que sólo reúne los datos de los que se necesita información, El organizado por problemas presenta al paciente de acuerdo a una serie de problemas, según su origen, dando un estudio integral y conciso. (4)

Los registros médicos se utilizan como fuente importante de información, que incluyen patologías, estados fisiológicos, atención prenatal, riesgos en niños (8-9), detecciones como Diabetes mellitus, diabetes mellitus y gestación (6-7), hipertensión arterial, cáncer mamario y cervico uterino, entre otras. (10).

El uso de la computadora en el área médica, ha contribuido agilizando el manejo de registros como; datos sociales y demográficos, diagnósticos, tratamientos, perfiles de medicamentos y perfiles de laboratorio.(11), situaciones, algunas de las cuales se han corroborado en la Unidad de Medicina Familiar No.160 y No. 10 del I.M.S.S.

Los propósitos del expediente clínico, según la Organización Panamericana de Salud son los siguientes: Servir como instrumento para planificar la atención del paciente y contribuir para que ésta sea continuada; proporcionar un medio de comunicación entre el médico y otro personal de salud que contribuya a la atención del paciente; proporcionar evidencia documentada sobre el curso de la enfermedad y tratamiento del paciente; servir como base para el estudio y evaluación de la calidad de atención prestada al paciente; proporcionar información para usos de investigación y docencia, contribuir al sistema de información, proporcionando datos para la programación, control y evaluación de actividades de salud a nivel local, de área regional y nacional; ayudar a proteger los intereses legales del paciente, del

hospital y del cuerpo médico. Como mínimo, cada historia de consulta externa debe contener: Suficiente información para identificar claramente al paciente: la fecha de la consulta; el motivo de la consulta; hallazgos; tratamiento y recomendaciones; en los casos que compete el diagnóstico problema; la identificación de la persona que brindó la atención. Todos los formularios incorporados a la historia del paciente deben ser identificados con el nombre completo del paciente, no se permite el uso de abreviaturas en los diagnósticos, las anotaciones en el expediente deben ser legibles. (5)

## **MATERIAL Y METODOS:**

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo de Enero a Junio de 1995, se revisaron expedientes clínicos de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 21, con los siguientes criterios de inclusión: cualquier consultorio; expedientes de pacientes vigentes; que tuvieran información de un año como mínimo y con más de tres consultas registradas; expedientes de niños menores de un año, a los cuales se les hubiera realizado tarjeta de control de niño sano; expedientes de pacientes con padecimientos agudos infecto-contagiosos o alérgicos; expedientes de mujeres con control prenatal; padecimientos crónico degenerativos como hipertensión arterial y diabetes mellitus.

El número de expedientes a revisar se basó en el número de consultas de medicina Familiar en 1994 y del número de consultas por programa de ese año, a través de la fórmula de proporciones considerando un nivel de significancia de 0.05 y un intervalo de confianza de 10.

La muestra se obtuvo en forma aleatoria dividiendo el total de cada programa entre el número de consultorios de consulta externa, tanto turno matutino como vespertino, enumerándose y asignándolos con una tabla de números aleatorios hasta completar el tamaño de la muestra para cada programa.

Se acudió a cada consultorio seleccionado, obteniéndose los datos de los pacientes de las tarjetas control de cada programa, y se revisó el expediente de cada paciente. Los datos a revisar se agruparon de la siguiente manera, considerando lo siguiente para cada uno:

\* Información completa en la hoja de contención del expediente. (MF-1)

- \* Expediente clínico con formatos en orden.
- \* Historia clínica con ficha de identificación.
- \* Historia clínica contestada y completa.
- \* Formatos del expediente con identificación del paciente.
- \* Legibilidad del resumen médico (con más de 5 palabras ilegibles no se toma en cuenta).

- \* Formato MF-5 (control de D.M) contestada en su totalidad y legible.
- \* Formato MF-7 (control prenatal) contestada en su totalidad y legible.
- \* Formato MF-8 (control de niño sano) contestada en su totalidad y legible.
- \* Formato 4-30/8 (hoja de referencia y contrareferencia de pacientes) contestada en su totalidad y legible.

\* Detecciones en el varón: hipertensión arterial sistémica (HAS), detección oportuna de diabetes mellitus (DOD), infección de vías urinaria (IVU). En mujeres: Hipertensión arterial sistémica (HAS), detección oportuna de diabetes mellitus (DOD), detección oportuna de cáncer cervicouterino (DOC), detección oportuna de cáncer de mama (DOCma), infección de vías urinarias (IVU), anotando los resultados en la MF-1 (carpeta de contención) y MF-2 (historia clínica).

\* Identificación del médico tratante, ya sea que tenga el nombre, firma o matrícula. (Anexo 1)

## **RESULTADOS:**

De los 131 expedientes resultantes del tamaño de la muestra, se excluyeron dos expedientes (control prenatal y niño sano menor de un año) del turno vespertino por no tener vigencia. En el cuadro 1 se aprecia que la MF-1 tiene información completa casi en un 100%, se debe considerar que esta parte del expediente clínico es llenada en el archivo clínico, sólo el 50% de los expedientes revisados se encontraron en orden los formatos, lo que puede resultar en una deficiente atención médica, menos del 70% tuvieron ficha de identificación completa lo que provoca pérdida de información demográfica de los derechohabientes de esta Unidad médica. Es de llamar la atención que sólo el 9% y 3% de los expedientes tanto del turno matutino como vespertino tuvieron historia clínica completa, lo que lleva al desconocimiento de antecedentes heredofamiliares o patológicos, que son de suma importancia sobre todo en pacientes con enfermedad crónico degenerativa. En el turno matutino menos del 35% de los formatos del expediente clínico tuvieron identificación del paciente lo que podría ocasionar traspapeleo de los formatos, confusión y pérdida de la información.

En este turno en menos del 70% el resumen médico fue legible, lo que ocasiona pérdida de información, dificultando la adecuada continuidad en que basa la práctica de la Medicina Familiar. Cerca del 95% de las notas médicas incluían identificación del paciente, así como nombre, firma o matrícula del médico. (Gráfica 1)

Analizando por programas (cuadro 2) la hoja de control del paciente diabético (MF-5) en el 51.4% tenían información completa, con un índice de confiabilidad (I.C)

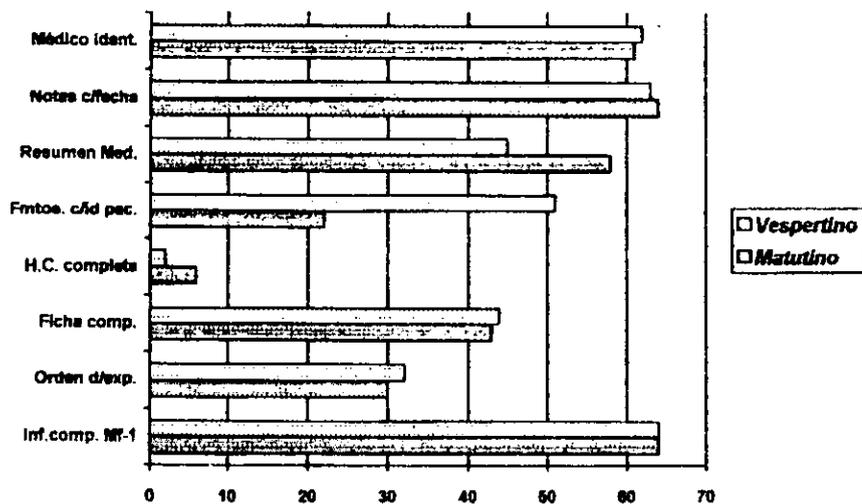
**Cuadro 1. Análisis del expediente según características de la información y por turno**

	TURNO MATUTINO	TURNO VESPERTINO	P
INFORMACION COMPLETA EN LA MF-1	64 (98%)	64 (97%)	0.9
ORDEN DEL EXPEDIENTE	30 (46%)	32 (48%)	0.7
FICHA DE IDENTIFICACION COMPLETA	43 (66%)	44 (68%)	0.95
H.C. COMPLETA	6 (9%)	2 (3%)	0.10
FORMATOS CON IDENTIFICACION DEL PACIENTE	22 (34%)	51 (77%)	0.005
RESUMEN MEDICO LEGIBLE	58 (89%)	45 (68%)	0.005
NOTA MEDICA CON FECHA DE ATENCION	64 (98%)	63 (95%)	0.3
MEDICO TRATANTE IDENTIFICADO	61 (94%)	62 (94%)	0.95

Fuente: UMF 21

Revisión: 131 expedientes

Gráfica 1. Análisis del expediente según características de la información y por turno



de +/- 0.15% y de legibilidad del 97% (+/- 0.03%). En el programa de control prenatal (MF-7) el 79% de los formatos tuvieron información completa, con un índice de confiabilidad de +/- 0.13%, siendo el 100% legible. Respecto al control del niño menor de 5 años, el 68% de los expedientes se encontró con información completa. Cabe mencionar que los formatos de control de estos programas sólo se deben de llenar espacios. (Gráfica 2 y 3).

En cuanto a características del expediente clínico (cuadro 3), el 48% de los expedientes se encontraron ordenados (de acuerdo al orden de la carpeta de confesión del expediente), con I.C de 0.08%, por lo que es de suponer que no se toman en cuenta los antecedentes del paciente para su atención médica. El 6% de los expedientes revisados tuvieron historia clínica completa de igual manera no se consideran datos de la ficha de identificación antecedentes, métodos de planificación familiar, inmunizaciones, etc. durante la consulta médica. El 57% de los expedientes (I.C +/- 0.07%) en los formatos no hay identificación del paciente, lo que facilita el extravío de la información de estos documentos. El 80% de los expedientes revisados fueron legibles (I.C 0.05%), perdiéndose el 20% de trabajo de la atención médica en esta Unidad de atención de salud. (Gráfica 4).

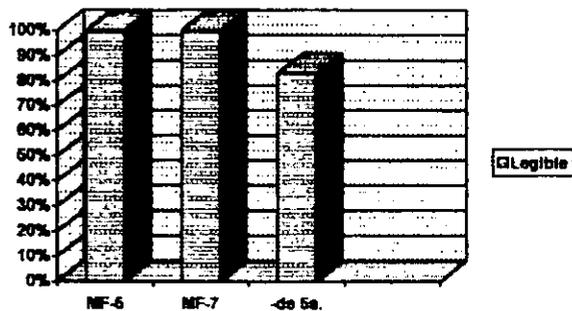
En el programa de detecciones en mujeres (cuadro 4), en una revisión de 72 expedientes, se encontró un bajo porcentaje en detección oportuna de cáncer (papanicolau) y de cáncer de mama con un 31% y 4% respectivamente, siendo que estos dos programas son prioritarios en el programa preventivo y que el segundo puede hacerse en el consultorio médico y durante la exploración física de la paciente. (Gráfica 5)

Cuadro 2. Análisis por programa de los diferentes formatos del expediente clínico

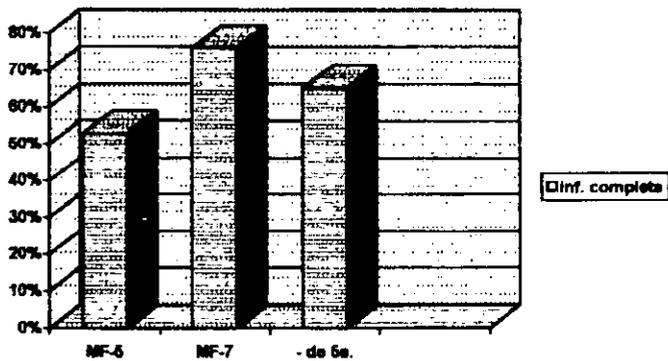
	COMPLETA	I.C	LEGIBILIDAD	I.C
MF-5	17 (53%)	+/- 0.15%	32 (100%)	+/- 0.03%
MF-7	19 (76%)	+/- 0.13%	24 (100%)	+/- 0.09%
MENOR DE 5 AÑOS	15 (65%)	+/- 0.17%	19 (83%)	+/- 0.13%

Fuente: UMF 21

Gráfica 2. Análisis por programa de los diferentes formatos del expediente clínico



Gráfica 3. Análisis por programa de los diferentes formatos del expediente clínico



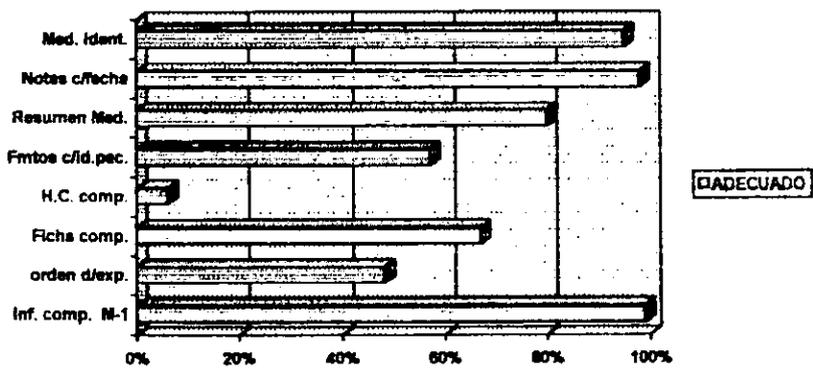
Cuadro 3. Situación de los registros médicos de acuerdo a:

CARACTERÍSTICA	ADECUADO	I:C
INFORMACION COMPLETA EN LA MF-1	128 (99%)	+/- 0.01%
ORDEN DEL EXPEDIENTE	62 (48%)	+/- 0.08%
FICHA DE IDENTIFICACION COMPLETA	87 (67%)	+/- 0.07%
H.C. COMPLETA	8 (6%)	+/- 0.11%
FORMATOS CON IDENTIFICACION DEL PACIENTE	73 (57%)	+/- 0.07%
RESUMEN MEDICO LEGIBLE	103 (80%)	+/- 0.05%
NOTA MEDICA CON FECHA DE ATENCION	127 (98%)	+/- 0.01%
MEDICO TRATANTE IDENTIFICADO	123 (95%)	+/- 0.01%

Fuente: UMF 21

131 expediente

Gráfica 4. Situación de los registros médicos de acuerdo a:

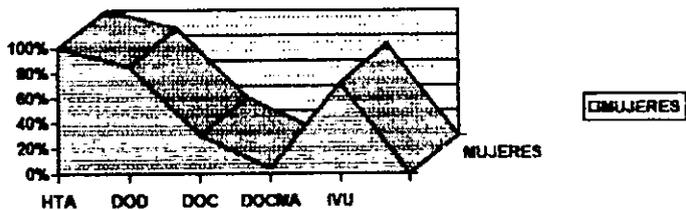


**Cuadro 4. Detecciones en derechohabientes mujeres mayores de 25 años**

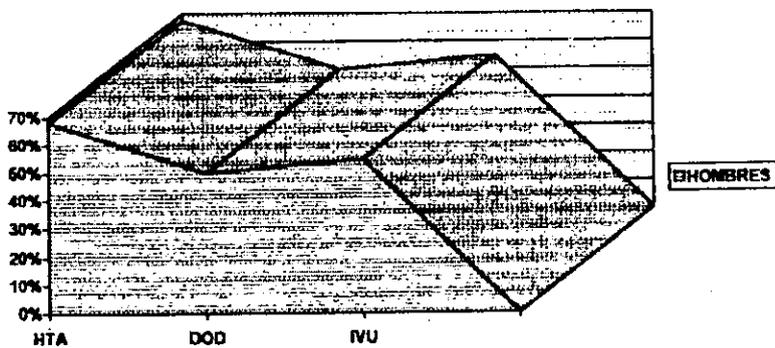
DETECCION	PORCENTAJE	I.C
HIPERTENSION ARTERIAL	72 (100%)	+/- 0.05%
DETECCION OPORTUNA DE DIABETES	62 (86%)	+/- 0.09%
DETECCION OPORTUNA DE CANCER	22 (31%)	+/- 0.09%
DETECCION OPORTUNA DE CANCER DE MAMA	3 (4%)	+/- 0.13%
INFECCION DE VIAS URINARIAS	53 (73%)	+/- 0.09%

Fuente: UMF 21

Gráfica 5. Detecciones en mujeres derechohabientes mayores de 25 años



Gráfica 6. Detecciones en varones derechohabientes mayores de 25 años



En los hombres mayores de 25 años, (cuadro 5) se revisaron 22 expedientes, dando por resultado porcentajes bajos, sobre todo en detección oportuna de diabetes, sólo en el 50% (con un I.C de 0.14%) de los expedientes se encontraron resultados de glicemias o destroxitis, siendo que éste es un problema importante de salud y fácil y rápida detección. (Gráfica 6)

**Cuadro 5. Detecciones en varones derechohabientes mayores de 25 años**

DETECCION	PORCENTAJE	IC
HIPERTENSION ARTERIAL	15 (68%)	+/- 0.17%
DETECCION OPORTUNA DE DIABETES	11 (50%)	+/- 0.19%
INFECCION DE VIAS URINARIAS	12 (55%)	+/- 0.19%

Fuente: UMF 21

## **CONCLUSIONES**

Para valorar la calidad del expediente clínico utilizado en la Unidad de Medicina Familiar No. 21, se deberá considerar los diferentes resultados presentados en este estudio para cada uno de los rubros señalados, así como el índice de confiabilidad que se obtuvo de cada uno, de acuerdo a las finalidades y propósitos que se pretende estudiar.

Se debe recordar que en este estudio se evaluaron varios aspectos del expediente clínico, por lo que en algunos rubros los resultados son muy significativos, que ponen en duda la calidad de atención en la Unidad de Medicina Familiar No. 21, en contraste con otros resultados que hacen ver lo contrario.

## **DISCUSION:**

Analizando los resultados obtenidos se observa que las fallas principales en el expediente clínico es en el llenado incompleto de los formatos, la falta de legibilidad principalmente en las notas médicas. Al realizar la investigación notamos que la información existe en el expediente, pero no se encuentra en el documento indicado, lo que nos lleva a analizar lo que dice el Dr. Medalie en cuanto a las limitaciones de los expedientes clínicos tradicionales, a la pérdida de tiempo al revisar uno por uno cada expediente, para localizar un dato de interés, que no siempre se encuentra. En la práctica de nuestra especialidad, el uso de la computadora nos ayudaría en:

- a) Análisis de la práctica: Por la capacidad de almacenamiento de datos de la máquina.
- b) Comparación de prácticas: De un médico con estándares establecidos, o con otras prácticas del mismo tipo.
- c) Investigación clínica: No sólo el médico familiar atiende pacientes enfermos, también atiende sanos, en los cuales hay un gran número de datos en cuanto a como conservar la salud.

En su experiencia con las computadoras desde 1970, el Dr. Medalie menciona que se pueden codificar otros datos como:

- 1) Datos sociales y demográficos: edad, sexo, raza, nivel socioeconómico.
- 2) Perfiles de medicamentos: prescripción y modo de uso.
- 3) Perfiles de laboratorio: Cuántos estudios de laboratorio, resultados, además de

ordenarios cronológicamente.

4) **Signos vitales:** en forma cronológica en cada nota médica.

Todos los datos anteriores como proceso de actualización de registros en dicha clínica de práctica familiar.(8)

## **SUGERENCIAS:**

- Recordar a la asistente médica que debe de llenar la ficha de identificación, así como membretar cada hoja del expediente con los datos del derechohabiente y mantener en orden el expediente clínico.

- Idear un programa para un mejor control de detecciones en el derechohabiente, en los que la asistente médica y el médico familiar envíen a los pacientes a detecciones y sean captados los resultados.

- Evitar en lo posible que el derechohabiente tenga consigo resultados de laboratorio, gabinete o resultados de detecciones, ya que se propicia el olvido o pérdida de éstos.

- Reconsiderar en el personal médico la importancia de la historia clínica, por los datos que podemos encontrar en el llenado de este documento.

- Introducir en el consultorio máquinas de escribir o computadoras, para hacer más legibles las notas médicas.

- Supervisar el llenado de los formatos del expediente sobre todo al que corresponda a programas o enfermedades crónico degenerativos por los coordinadores médicos, aplicando algún tipo de sanción, para aquellos médicos que no demuestren calidad en su trabajo, y por el contrario dar reconocimientos escritos o incentivos económicos al que demuestre calidad en su trabajo.

- Tener a médicos especialistas en Medicina Familiar en consultorios de primer nivel de atención, para mejorar aún más la calidad de atención.

## ANEXOS

## CUESTIONARIO

	SI	NO
La MF-1 tiene información completa		
El expediente clínico se encuentra en la carpeta de contención		
El expediente clínico se encuentra en orden		
La Historia clínica tiene ficha de identificación		
Está completa la historia clínica		
Los formatos tienen identificación del paciente		
Es legible el resumen médico		
Las notas médicas tienen fecha de atención		
Está contestado el formato MF-5		
Es legible la letra en la MF-5		
Está contestado el formato MF-7		
Es legible la letra en la MF-7		
Está contestada el formato MF-8		
Es legible la letra en la MF-8		
Detecciones en varones	HAS, DOD, IVU.	
Detecciones en mujeres	HAS, DOD, DOC, DOCma, IVU	
Están los resultados en la MF-1 y MF-2		
Las notas médicas tienen el nombre o matrícula del médico		

## **BIBLIOGRAFIA:**

- 1) Almeida A G , La Medicina Familiar Rev Med IMSS 1993; 31: 14-45
- 2) Cárdenas de la Peña E. Implantación de la Medicina Familiar en el IMSS. 1954-1955 En: Medicina Familiar en México México: IMSS, 1974: 81-124.
- 3) Guillermo F.O. Servicios paramédicos de la atención médica archivo clínico (expediente clínico). En: Atención médica teoría y práctica administrativa La prensa médica mexicana. México, 1983. 656-668.
- 4) Medalle JH Los principios del sistema de registro orientado hacia problemas Medicina Familiar. Principio y práctica. México: 1987; 403-11.
- 5) El departamento de registros médicos Guía para su organización Normas O. P. S., 1990; 19-25.
- 6) Tull ES, Cora LE, Roseman JM Registro de personas diabéticas de 0-19 años en las Islas Vírgenes. EUA. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1992. 112 (1); 31-42
- 7) Grupo de estudios sobre Diabetes Mellitus IMSS Diabetes y embarazo Re Me IMSS (Mex) 1992; 30; 35-37.
- 8) Belizan J. M., Nardín J.C., Carroli G, Campodónico L. Factores de riesgo de bajo peso al nacer en un grupo de embarazadas de Rosario, Argentina Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1989, 106 (5); 380-87.
- 9) Stusser R, Paz G, Ortega M Riesgo de bajo peso al nacer en el Area de Plaza de la Habana. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1993; 114 (3); 229-41.

10) Bernal B.S., Panduro B. G., Sánchez M. P. Factores de riesgo de cáncer mamario. Análisis comparativo. Ginecología y obstetricia de Mexico 1988; (56) 181-83.

11) Medalie J.H. Los registros médicos computarizados en la práctica familiar. Medicina Familiar. Principios y práctica. México: 1987; 339-50.