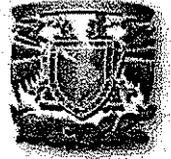


11228
//



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México • La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS
UNIDAD DEPARTAMENTAL DE ENSEÑANZA DE POSGRADO

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA LEGAL

EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN A TRAVÉS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO Y LAS IMPLICACIONES MÉDICO LEGALES DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

PRESENTADO POR:
AURELIANO RAMOS CHIMAL

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA LEGAL

DIRECTORA DE TESIS:
M. en ISS. MARIA DEL ROSARIO MENDOZA MARTÍNEZ

2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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

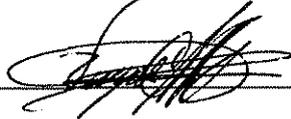
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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 ATENCIÓN A TRAVÉS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO Y
LAS IMPLICACIONES MÉDICO LEGALES DEL HOSPITAL MATERNO
INFANTIL CUAUTEPEC.**

Dr. Aureliano Ramos Chimal.

Vo. Bo.
Dra. Minerva Vargas Cabrera.



Profesora Titular del Curso de
Especialización en Medicina Legal.

Vo.Bo.
Dr. Roberto Sánchez Ramírez



Director de Educación e Investigación.



**DIRECCION DE EDUCACION
E INVESTIGACION
SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**

**EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN A TRAVÉS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO Y
LAS IMPLICACIONES MÉDICO LEGALES DEL HOSPITAL MATERNO
INFANTIL CUAUTEPEC**

Dr. Aureliano Ramos Chimal.

Vo. Bo.

M. en ISS. Maria del Rosario Mendoza Martínez.

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

Jefe de Oficina de Desarrollo Metodológico.

A dios por permitirme llegar a cumplir esta meta de mi vida, la cual era un gran reto.

A mi esposa Laura y a mi pequeña hija Ariana Berenice por su amor, comprensión y gran apoyo que me han dado durante todo este tiempo.

A mis padres Alicia y Aureliano por haberme dado la educación y por el apoyo en mis decisiones.

A las personas que me han demostrado su amistad y cariño durante la especialidad.

A la M. en ISS. María del Rosario Mendoza Martínez por su asesoría en la realización de este trabajo.

A la Dra. Carolina Salinas Oviedo y al personal del archivo clínico del Hospital Materno Infantil Cuauhtepac por su apoyo para la realización de este trabajo.

A la Dra. Minerva, Dra. Marín por haber compartido su tiempo en la obtención de los conocimientos de la medicina legal.

Al Dr. Gerardo Fernández Joffre por brindarme su amistad, y compartir sus conocimientos de Toxicología e investigación en el presente trabajo.

A todos mis compañeros por haber compartido momentos felices y difíciles durante la especialidad.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

1

MATERIAL Y MÉTODOS

10

RESULTADOS

11

DISCUSIÓN

14

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

17

ANEXOS

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo observacional, analítico, comparativo, retrospectivo y transversal; de una muestra de 208 expedientes clínicos de pacientes hospitalizadas en el año 2000 en el Hospital Materno Infantil Cuauhtépec de la Secretaría de Salud del Gobierno Distrito Federal. A través de un muestreo probabilístico, sistemático con sustitución; para evaluar la calidad de la atención a través del expediente clínico y las implicaciones médico legales. Para lo cual se elaboró un formato de captura de datos el cual incluía los siguientes apartados del expediente clínico: datos generales, historia clínica, notas de evolución, nota de interconsulta, nota de referencia/traslado, notas médicas, reportes, cartas de consentimiento bajo información, hoja de egreso voluntario, hoja de notificación al Ministerio Público, notas de defunción, de muerte fetal y la hoja de atención del parto. Se obtuvo la calificación media global de los expedientes clínicos de 61.89 y una D.E de 6.74. La calificación media global de las historias clínicas fue de 69.74 con una D.E de 33.45, se observó que en un 17.78% (37) faltaba este apartado en los expedientes clínicos y la carta de consentimiento bajo información con una calificación media de 77.52 y D.E de 27.41 y en un 10% no se encontraron en el expediente. Se observó una insuficiente calidad de la atención médica a través de la evaluación de expediente clínico y las implicaciones médico legales más importantes son la negligencia en el registro de la atención otorgada al paciente y la inobservancia de los reglamentos lo que ante una demanda por responsabilidad profesional no permite fundamentar que la atención otorgada fue la adecuada.

Palabras clave: **calidad, atención médica y expediente clínico.**

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este estudio es evaluar la calidad de la atención a través del expediente clínico y las implicaciones médico legales.

El programa de Reforma del Sector Salud, plasma la mejoría de la calidad de la atención en la prestación de los servicios de salud, como uno de los principales objetivos del Plan de Desarrollo del Gobierno Federal, 1995-2000. Destaca por su importancia, el presente ordenamiento dirigido a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando las acciones preventivas, curativas, rehabilitatorias y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

La Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998 representa el instrumento para la regularización del expediente clínico y orienta al desarrollo de una cultura de calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico. La presente Norma es de observancia general y obligatoria en territorio nacional y por lo tanto sus disposiciones son del mismo carácter, para los prestadores de servicios de atención médica de los sectores antes mencionados.

El expediente clínico es el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.¹

Para Donabedian la calidad es un atributo de la atención médica que puede darse en diversos grados. Lo define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. La calidad implica, por definición, resultados de atención, intervención oportuna evaluada como la mejoría esperada en la salud, atribuible a la atención misma. Esta es un concepto que debe interpretarse en dos dimensiones íntimamente relacionadas e interdependientes: una técnica, representada por la aplicación de conocimientos y técnicas para la solución de los problemas del paciente, y una interpersonal, representada por la relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor mismo.²

En México, actualmente se escucha con frecuencia la expresión de “calidad y calidez”. En estricto sentido, ambos términos se refieren a lo mismo. En efecto “calidez” alude a una de las dos dimensiones que integran el concepto de “calidad”; esto es, el aspecto interpersonal que de manera muy efectiva y eufónica, ha sido enfatizada creando la impresión de otra parte, de que “calidad” se refiere sólo a la dimensión técnica, aún cuando no sea así. En el caso de la atención a la salud, la calidad no puede referirse solamente como “satisfacción del cliente” aún cuando ésta constituya un elemento indispensable para su juicio.³

Frenk, Ruelas y Donabedian, propusieron la existencia de tres tipos de eficiencia en los servicios de salud: eficiencia clínica, eficiencia de producción de servicios, y eficiencia general. La eficiencia clínica se refiere concretamente a la producción de salud; se define como el grado en que el médico combina los tiempos y secuencias diagnósticas, terapéuticas y de intervención para lograr un incremento

en los niveles de salud, dentro de los límites de gasto razonable. A esta combinación se le denomina "estrategia de atención". Así, la estrategia más eficiente sería aquella que produjera el mayor grado de mejoría en la salud en relación a un costo determinado o bien aquella que produjera cierto nivel de salud con la utilización de recursos menos costosa, "optimización de recursos al máximo beneficio".

La eficiencia clínica es un componente indiscutible de la calidad de la atención, en tanto coincide con la búsqueda de los mayores beneficios con los menores riesgos posibles, dentro de un marco de costos razonables. En este caso, la relación entre eficiencia y calidad es directa y estrecha.

En conclusión, el concepto de eficiencia en los servicios de salud puede fraccionarse, para sus análisis, en tres tipos de eficiencia, de entre los cuales la eficiencia clínica forma parte del concepto de calidad, en tanto que las otras dos influyen en ésta. La relación de la calidad con la eficiencia es muy clara, ya que las estrategias para mejorar la calidad conducen a un decremento en los costos, debido a la disminución del número de eventos o procedimientos que deben repetirse por haberse realizado mal la primera vez, la disminución de procesos y procedimientos, la mejor utilización de los recursos. De aquí que, al mejorar la calidad y evitar así las situaciones que se ha mencionado, necesariamente se tiende a un incremento de la eficiencia.

En las organizaciones de servicios de salud no abundan los éxitos documentados y fundamentados con rigor. No obstante, podemos pensar que, una vez desarrollado este campo, podrán encontrarse resultados similares, tal vez no

iguales, debido a la particular naturaleza de este tipo de organizaciones. Existe, por consiguiente, una aparente relación recíproca entre calidad y eficiencia.⁴

Varios autores han propuesto de manifiesto estas relaciones recíprocas; en un caso se demostró que los hospitales más eficientes mostraron mejor calidad.⁵ En otro los autores señalan que los resultados que obtuvieron “que una calidad pobre y una utilización de servicios menos eficientes van de la mano”.

La deficiente calidad de atención a la salud, al igual que la ineficiencia en la producción de servicios, ésta considerada como uno de los grandes obstáculos que deben vencer las organizaciones prestadoras de servicios de salud en México. Debe reconocerse que, si la información sobre el nivel de calidad es escasa, la información sobre la eficiencia es aún más escasa.

Los primeros antecedentes de la evaluación formal de la calidad de la atención a la salud datan de 1957, con la creación de la Comisión de Supervisión Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). A través de los años esta institución ha realizado múltiples estudios sobre la atención médica, usando como principal instrumento el expediente clínico.

Otro elemento importante que refleja la preocupación del IMSS por la calidad de la atención, ha sido la integración de comités médico-asistenciales de las unidades de salud, tales como el de Bioética, Evaluación del Expediente Clínico, el de Detección, Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias, de Tejidos, de Mortalidad y el de Investigación.⁶

Con la promulgación de la Ley General de Salud en 1984, se establecieron las bases para dirigir el interés de las instituciones de salud hacia los aspectos de la

calidad de la atención, en su artículo 6°, uno de los objetivos del Sistema Nacional de Salud es el de " proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionan y causen daño a la salud, con especial interés en las acciones preventivas".⁷

Gracias a los estudios y experiencias obtenidas a lo largo de más de 30 años, en 1988 se creó el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector Salud. Una de sus principales tareas fue la elaboración de las bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud.⁸

La clara conciencia de la importancia del desarrollo de estrategias en pro del continuo mejoramiento de la calidad de los servicios de salud que se brindan en la población mexicana, queda asentada en las prioridades establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, al señalar que "la calidad en la prestación de servicios médicos sería motivo de atención permanente en todas las etapas del proceso, que va desde la búsqueda de atención médica, hasta la solución del problema de consulta".⁹

Uno de los trabajos más completos es el que realizó Bobadilla en 1984. Su principal objetivo fue determinar la contribución de la calidad de la atención prenatal y del parto a las tasas de mortalidad Perinatal en la Ciudad de México. Recabó información de un total de 25 hospitales de la Ciudad de México. Las variaciones en la mortalidad Perinatal son significativas entre las distintas instituciones, pues en los hospitales de la SSA la tasa cruda fue de un 500% más que en los hospitales privados y 25% mayor que en la seguridad social. Estas

diferencias son atribuibles a las variaciones en la calidad de la atención de las distintas instituciones. Cuanto mayor es el número de médicos en formación, en relación con los médicos de base, mayor fue la tasa de mortalidad, la cual fue significativamente menor (25%) en los hospitales con mayor capacidad de resolución. Cuando la cesárea era realizada por un médico en formación, el riesgo de mortalidad neonatal fue 4.1 veces mayor, comparado con los casos atendidos por un médico especialista adscrito. En cuanto a la atención prenatal a pesar de que el 85% de las madres la recibieron, sólo en el 16% de los casos fue adecuada mientras que en el 29% se calificó como inadecuada. Este estudio aporta evidencias suficientes en cuanto a la desigual, en muchos casos baja calidad, de la atención prenatal y del parto en la Ciudad de México.¹⁰

Durán y colaboradores realizaron un estudio para evaluar la calidad del proceso de atención y conducta prescriptiva de los médicos en la consulta de primer nivel para la atención de la población abierta. Se estudiaron elementos del proceso de atención como son: el interrogatorio, la exploración física, el diagnóstico, la información al paciente y el seguimiento de cada uno de los casos de demanda de atención. Se demostró que solo el 27% de los pacientes recibió atención satisfactoria, al 47% se le dio atención deficiente y al 26% una atención médica inaceptable. Se encontró que los problemas ginecológicos y la planificación familiar son los dos motivos de consulta con menor porcentaje de prescripción satisfactoria. Este estudio muestra las deficiencias en el conocimiento de las características y el manejo de los problemas frecuentes de la salud a los que se

enfrenta el médico, deficiencias que se manifiestan en una práctica con altos grados de incongruencia entre las actividades diagnósticas y terapéuticas.¹¹

Desde los primeros intentos en nuestro país para conocer la calidad con la que se otorga la atención médica, el expediente clínico representó el instrumento fundamental. Numerosos trabajos de investigación han demostrado su utilidad, como instrumento de registro y base fundamental para evaluar la calidad de la atención médica. En el análisis de una queja o demanda ante las autoridades institucionales o judiciales, en el expediente clínico pueden encontrarse los elementos necesarios que permitan exculpar a un médico, o su ausencia implicar la carencia de un apoyo importante.¹²

Ha sido frecuente encontrar en la evaluación de los expedientes, notas médicas que no tienen la fecha y la hora en que se realizaron. Tampoco se encuentra la firma de los médicos responsables en el 90% de las notas médicas. En algunos casos no se encuentran las notas preoperatorias o preanestésicas, esto denota descuido o negligencia al no detectar situaciones de peligro prevenibles. El expediente clínico es la imagen de un buen médico, de sus atributos personales y profesionales y representa el cuidado que proporciona a sus enfermos.¹³

El concepto de responsabilidad: el vocablo proviene del latín "RESPONDERE" interpretable como estar obligado. Se entiende por responsabilidad, la capacidad de un sujeto de derecho de conocer y aceptar las consecuencias de sus actos realizados consciente y libremente.

La responsabilidad profesional médica puede decirse que, el médico en su ejercicio profesional no sólo tiene la obligación, sino también el deber jurídico de

aplicar una técnica profesional adecuada de la que debe responder ante el paciente y la sociedad. La responsabilidad médica implica la obligación que tiene el médico de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, excesos, omisiones y errores voluntarios e involuntarios en el ejercicio de su profesión. La responsabilidad profesional del médico debe ser analizada en el marco del derecho penal y civil. La responsabilidad puede significar privación de la libertad o la suspensión temporal o permanente del ejercicio de la profesión, la responsabilidad civil puede constituir su ruina económica, porque va encaminada a obtener una indemnización pecuniaria y este es el móvil del auge de las demandas contra médicos.¹⁴

Las formas de responsabilidad profesional del médico son: **Negligencia.-** Equivale a descuido u omisión, jurídicamente se interpreta como falta de la debida diligencia o el cuidado indispensable en la ejecución de un acto determinado, es la omisión inexcusable, es el incumplimiento de los principios elementales inherentes a la profesión; que sabiendo lo que se tiene que hacer no se hace; que teniendo los conocimientos y la capacidad necesaria no los ponga en práctica al servicio en el momento en que sea necesario.

Impericia.- Es la falta total o parcial de pericia, se entiende como, la sabiduría, conocimientos técnicos, experiencia y habilidades en el ejercicio de la medicina. El profesional en medicina ésta obligado a actuar, de acuerdo con el grado profesional y/o académico correspondientes a sus estudios o especialidad.

Imprudencia.- Es la ausencia de cordura y moderación en las acciones, o en el descuido en la atención requerida para la realización de las acciones y en la previsión de sus consecuencias.

Inobservancia de reglamentos.- Es la falta de cumplimiento de las normas que reglamentan el actuar profesional en cuestión. Es la culpa que surge de la actuación que, aunque prudente y diligente, está vedada por una norma jurídica.^{15,16}

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo observacional, analítico, comparativo, retrospectivo y transversal; de una muestra de 208 expedientes clínicos de pacientes hospitalizadas en el año 2000 en el Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc, hospital de 2° nivel de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, a través de un muestreo probabilístico, sistemático con sustitución. Para lo cual se elaboró un formato de captura de datos el cual incluía los siguientes apartados: el expediente clínico, datos generales, historia clínica, notas de evolución, nota de interconsulta, nota de referencia/traslado, notas médicas, reportes, cartas de consentimiento bajo información, hoja de egreso voluntario, hoja de notificación al Ministerio Público, notas de defunción, de muerte fetal y la hoja de atención del parto, a los cuales se les evaluó: Signos vitales, fecha y hora de elaboración, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, nombre y firma del médico, uso de abreviaturas, legibilidad, responsiva médica y firma de la paciente de acuerdo a cada apartado. Para la captura y análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico Excel; obteniendo las pruebas descriptivas de tendencia central (media), de dispersión (rango, desviación estándar) y porcentaje, siendo una investigación sin riesgo.

RESULTADOS

Se realizó el estudio de evaluación del expediente clínico con el fin de detectar las desviaciones que presentan, en relación con lo establecido en la Norma Oficial y evaluar el proceso de la atención y sus implicaciones médico legales.

El resultado de la calificación media global de los expedientes clínicos fue de 61.89 con una D.E de 6.74; con una calificación mínima de 36 y una calificación máxima de 80, la mayor frecuencia de expedientes estuvo incluida en el intervalo de 56-60, fig.1.

El apartado de historias clínicas obtuvo una calificación promedio de 69.74 y una D.E de 33.45; con una calificación mínima de 53 y una calificación máxima de 100, en un 17.78% (37) los expedientes clínicos no contenían este apartado, la mayor frecuencia de historias clínicas estuvieron incluidas en el intervalo de 83-87, fig.2.

Las notas de ingreso con una media de 88.62 y una D.E de 11.32; con una calificación mínima de 69 y una máxima de 100, en 1% (2) los expedientes clínicos no contenían este apartado, la mayor frecuencia estuvo en el intervalo de 75-77, fig.3.

Las notas de evolución con una media de 80.44 y una D.E de 13.96; con una calificación mínima de 66 y una máxima de 100, en un 2% (4) no se encontró en los expedientes, la mayor frecuencia estuvo en el intervalo de 81-83, fig.4.

Las notas preoperatorias obtuvieron una calificación media global de 28.80 y una D.E de 42.77; con una calificación mínima de 7 y una máxima de 100. En un 62% (46) no se encontraron en el expediente clínico. La mayor frecuencia estuvo en el intervalo de 88-96, fig.5.

Las notas preanestésicas obtuvieron una calificación media global de 34.20 y un D.E de 43.69; con un puntaje mínimo de 7 y un máximo de 100. En un 42.5% (37) no se encontraron en el expediente clínico. La mayor frecuencia estuvo en el intervalo de 79-87, fig.6.

Las notas postoperatorias con una calificación media global de 72.43 y una D.E de 21.36, con una calificación mínima de 58 y una máxima de 100. En un 3.8% (8) no se encontraron en el expediente clínico. La mayor frecuencia estuvo en el intervalo de 71-75, fig.7.

Las cartas de consentimiento bajo información obtuvieron una media de 77.52 y una D.E de 27.41; con una calificación mínima de 8 y una máxima de 91, en un 10% (22) este apartado no se encontró en los expedientes, la mayor frecuencia estuvo en el intervalo de 85-95, fig.8.

Y la hoja de atención del parto obtuvo una calificación media de 54.8 y una D.E de 42.47; con un puntaje mínimo de 50 y un máximo de 100, la mayor frecuencia estuvo en el intervalo de 90-94, fig.9.

Se observó que en un 98% los documentos están incompletos; en un 12% la falta de diagnóstico y un 9% falta de pronóstico en las historias clínicas; en un 65% falta de registro de signos vitales en la nota de ingreso, en un 39% en la nota de evolución, en un 60% en la preoperatoria, en un 33% en la preanestésica, en un 100% en la postoperatoria, en un 97% en la de egreso y en un 37% en la hoja de atención del parto. Falta del nombre del médico en un 45% de las historias clínicas, en un 42% en las notas de ingreso, un 50% en las notas de evolución, en un 31% en las notas de egreso, en un 18% en las cartas de consentimiento bajo información y en un 44% en la hoja de atención del parto. Falta de la firma del médico en 90% de las historias clínicas, un 40% en las notas de ingreso, un 41% en las notas de evolución, un 23% en las notas preoperatorias, un 23% en las notas preanestésicas, en un 53% en las notas postoperatorias, en un 9.2% en las notas de egreso, en un 7.5% en las cartas de consentimiento bajo información y en un 38% en la hoja de atención del parto. Falta de la hora de elaboración en un 25% de las historias clínicas, un 7.8% en las notas de ingreso, un 14% en las notas de evolución, en un 14% en las notas preoperatorias, en un 49% en las notas preanestésicas, en un 14% en las notas postoperatorias, en un 21% en las notas de egreso y en un 2.3% en las hojas de atención del parto. La falta del seguimiento en un 32% de las hojas de atención del parto, Cuadro.1.

DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos la falta del nombre y firma del médico que elaboró la nota aproximadamente en un 90% es similar a lo reportado por el Dr. Héctor Fernández Várela (Comisionado Nacional de la CONAMED)¹³, y hasta un 98% de los documentos del expediente clínico se realizan incompletamente, un documento de gran importancia en las implicaciones médico legales es la carta de consentimiento bajo información, en la que se encontró que en el 100% de los casos no se anota el acto autorizado. Además de la incongruencia con la exploración y el diagnóstico, falta de pronóstico en las historias clínicas y la falta de las anotaciones mencionadas anteriormente denota una insuficiente calidad de la atención médica, debido tanto a la realización de las historias clínicas y notas medicas por médicos en formación y la falta de supervisión de las autoridades competentes. Esto tiene como consecuencia que ante una demanda por responsabilidad profesional no se pueda fundamentar que la atención que se brindo al paciente fue adecuada, ya que la historia clínica es la base fundamental para una buena calidad de la atención.

Se detectó la falta de notas preoperatorias y preanestésicas, lo que denota descuido o negligencia al no detectar oportunamente situaciones de riesgo potencialmente prevenibles, similar a lo reportado en otro estudio.¹³

Estas deficiencias en la elaboración de los expedientes clínicos en ocasiones debidas a indiferencia, descuido, incluso negligencia en el registro de la atención otorgada al paciente, y en otros casos se provocan subregistros que desvían el diagnóstico a uno ajeno al causal, o cuando se dio una adecuada respuesta

profesional que no puede demostrarse son las implicaciones médico legales más importantes.

Otra responsabilidad profesional en la que se incurre con frecuencia es la inobservancia a las leyes, normas y procedimientos para integrar el expediente clínico, lo que se evitaría atendiendo:

1. - El cumplimiento a la Norma oficial Mexicana 168-SSA1-1998 referente al Expediente Clínico.
2. - Asignación del cumplimiento a las responsabilidades por parte de los médicos adscritos en acciones de supervisión en la atención del paciente y en la elaboración de los documentos que integran el expediente clínico completo.
3. - Se deberá integrar un comité permanente de revisión, evaluación y seguimiento de expedientes clínicos, a cargo de un médico legista ya que por el perfil de formación y los conocimientos de los aspectos médico legales, leyes, normas y procedimientos y su participación e intervención en demandas por responsabilidad profesional ya sean por negligencia, impericia, imprudencia e inobservancia en los procedimientos, permitirá detectar oportunamente cualquier incumplimiento y sugerir las acciones necesarias para su corrección, evitando las demandas y responsabilidad a la Institución y los recursos profesionales, equipo integrado además por personal del cuerpo de gobierno y operativo del hospital.
4. - La modificación para actualización y cumplimiento a los requerimientos legales establecidos para el expediente clínico vigente, como es la carta de consentimiento bajo información, ya que la norma vigente refiere que se autoriza un solo procedimiento médico o quirúrgico con sus riesgos y beneficios ya que la

actual autoriza todos los procedimientos médicos o quirúrgicos que sean necesarios en un solo documento, el que no es válido en la actualidad ante un procedimiento legal.

5. - Las autoridades competentes deberán poner el interés suficiente en el cumplimiento de la norma que regula el actuar médico.

6. - Los médicos residentes de la especialidad de medicina legal deberán participar en las sesiones de revisión de expedientes clínicos implicados en situaciones legales.

7. - Difundir la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico, a todos los prestadores de servicios de salud de manera obligatoria, ya que establece los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico.

8. - Realizar los procedimientos médicos o quirúrgicos de acuerdo al nivel de conocimientos que se tienen.

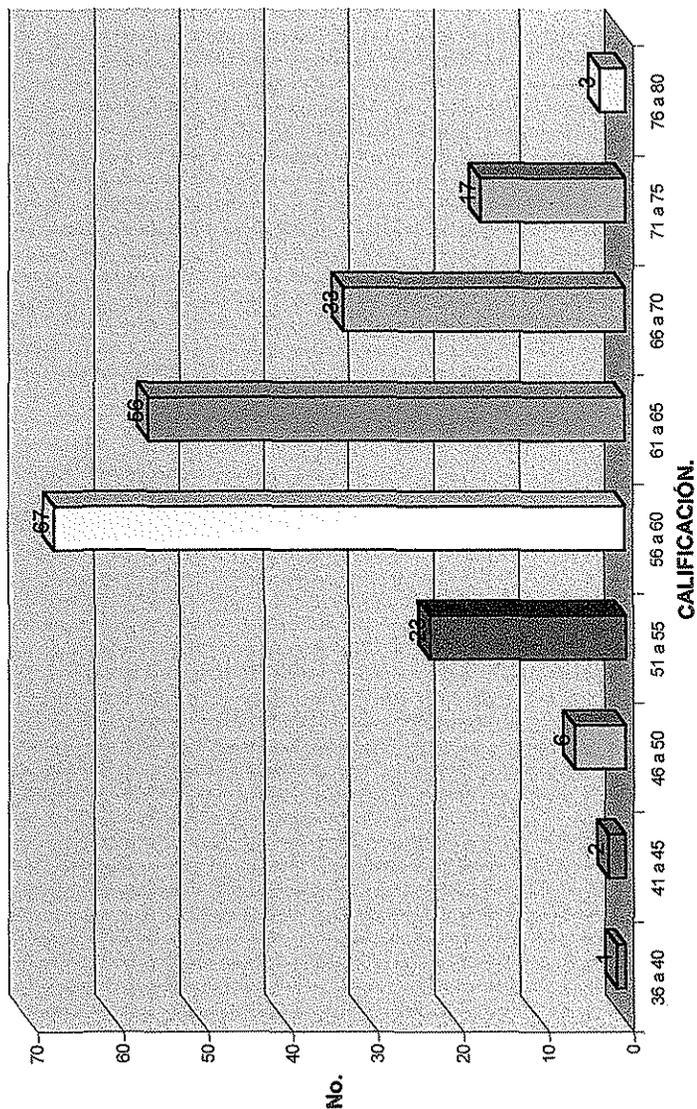
9. - Las solicitudes para la realización de procedimientos médicos o quirúrgicos deberán contar con el nombre completo y la firma del médico que los solicite, de manera obligatoria para que este sea realizado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. - Norma Oficial Mexicana 168-SSA-1-1998 del Expediente Clínico.
2. - Donabedian A. La Calidad de la Atención Médica. **La Prensa Médica Mexicana**. Ediciones científicas. México, 1984: 1-36.
3. - Ruelas E. Calidad, productividad y costos. **Salud Pública Mex**. 1993; 35:298-303.
4. - Frenk J. Ruelas E. Donabedian E. Staffing and training aspects of hospital management: some issues for research. **Med Care** 1989; 46:189-220.
5. - Ullman SG. The impact of quality cost en the prevision of long term care. **Inquiry** 1985; 3(22): 293-302.
6. - Aguirre Gas H. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. **Salud Pública Mex** 1990; 32:170-180.
7. - **Ley General de Salud**. México: Ed. Sista. 2000.
8. - Ruiz de Chavez M. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades del sector salud. **Salud Pública Mex** 1990; 32:156-169.
9. - Ruelas E. Hacia una estrategia de la garantía de la calidad. De los conceptos a las acciones. **Salud Pública Mex** 1992; 34:29-45.
10. - Bobadilla JL. Quality of perinatal Mexico City. México: Instituto Nacional de Salud Pública, **Perspectivas en Salud Pública** No. 3, 1998.
11. - Durán González et al. La calidad de la conducta prescriptiva en la atención primaria. **Salud Pública Mex** 1990; 32:181-191.

12. - Díaz JA. Aguirre-gas H. Valdiviesco R. López S. Calidad de la Atención Médica. **Conferencia Interamericana de Seguridad Social**, México.1997:77-138.
13. - Fernández H. La conveniencia de la norma en la calidad del expediente clínico. **Revista Conamed**, año 2, núm. 5,1997:9-14.
14. - Roldan G.J. **Etica médica: responsabilidad profesional**. Ed. U. La Salle. México 1981:29-34.
15. - Gisbert CJ. **Medicina Legal y Toxicología**. 5a ed; Ed. Masson. España 1998: 87-101.
16. - Ramírez CG. **Medicina Legal Mexicana**. Ed. 2000. México 1985 :26-33.

FIG.1 CALIFICACIÓN GLOBAL DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS DEL H.MI CUAUTEPEC.



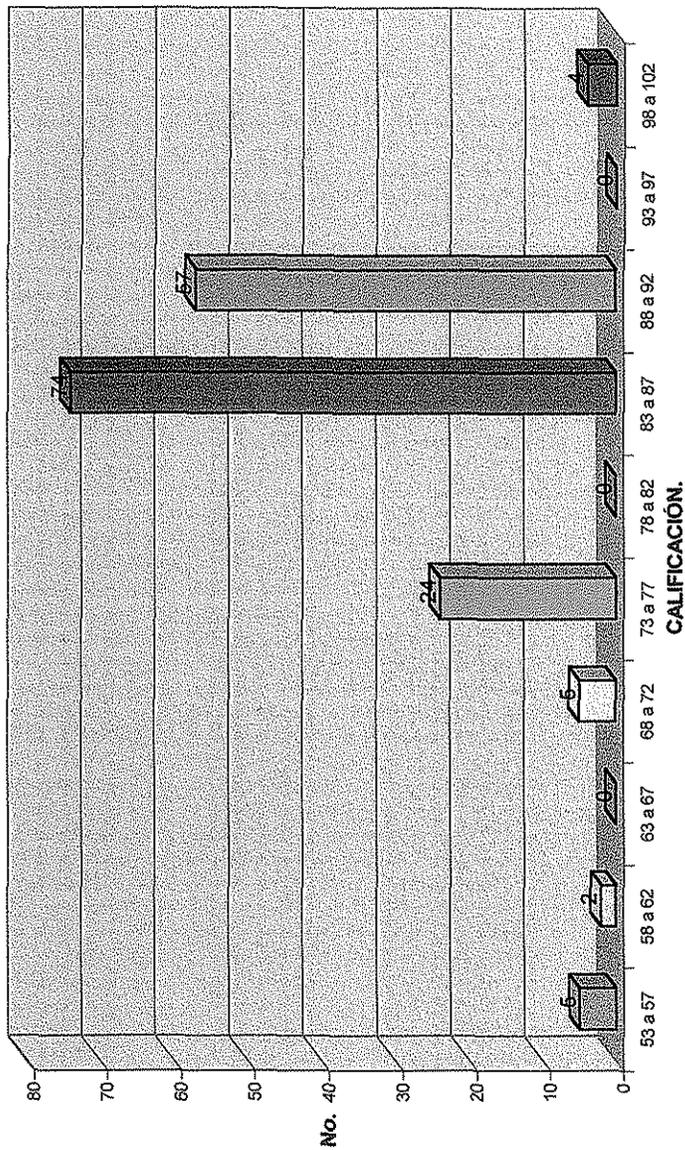
Fuente: Archivo Clínico del H.MI Cuauhtepc-2000.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIG.2 CALIFICACIÓN GLOBAL DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS EXPEDIENTES DEL H.MI CUAUTEPEC.

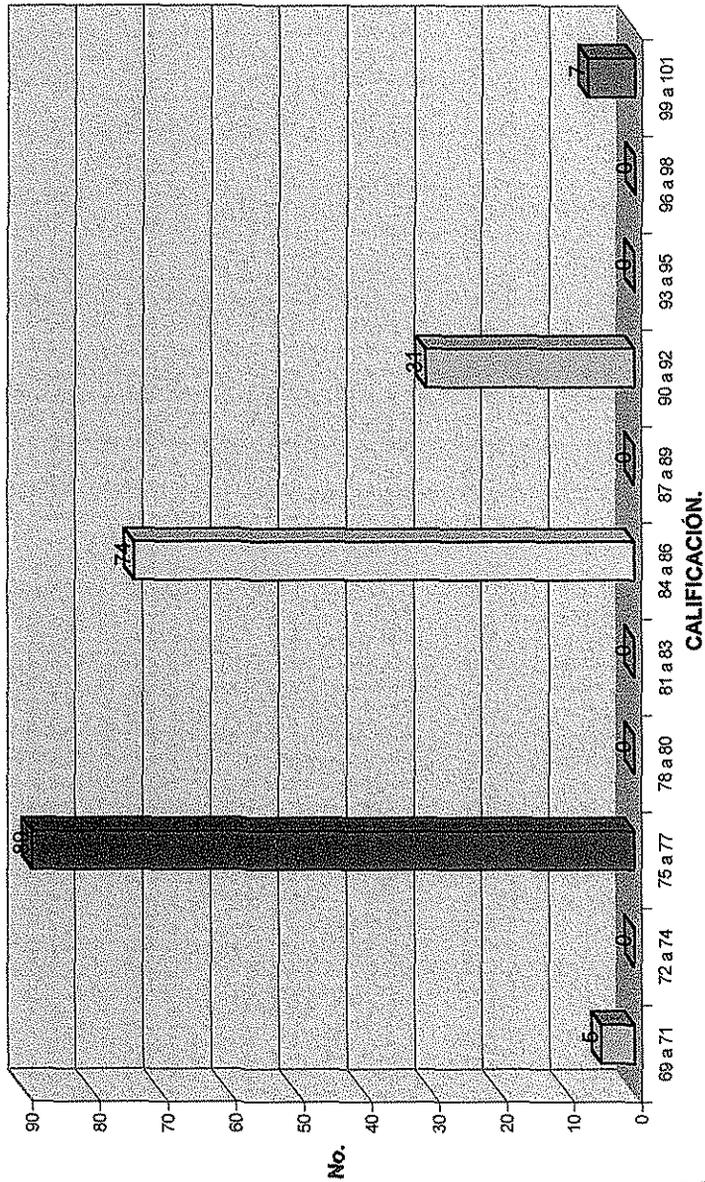


TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Fuente.- Archivo Clínico del H.MI Cuatepec-2000.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

FIG.3 CALIFICACIÓN GLOBAL DE NOTAS DE INGRESO DE EXPEDIENTES DEL H.MI CUAUTEPEC



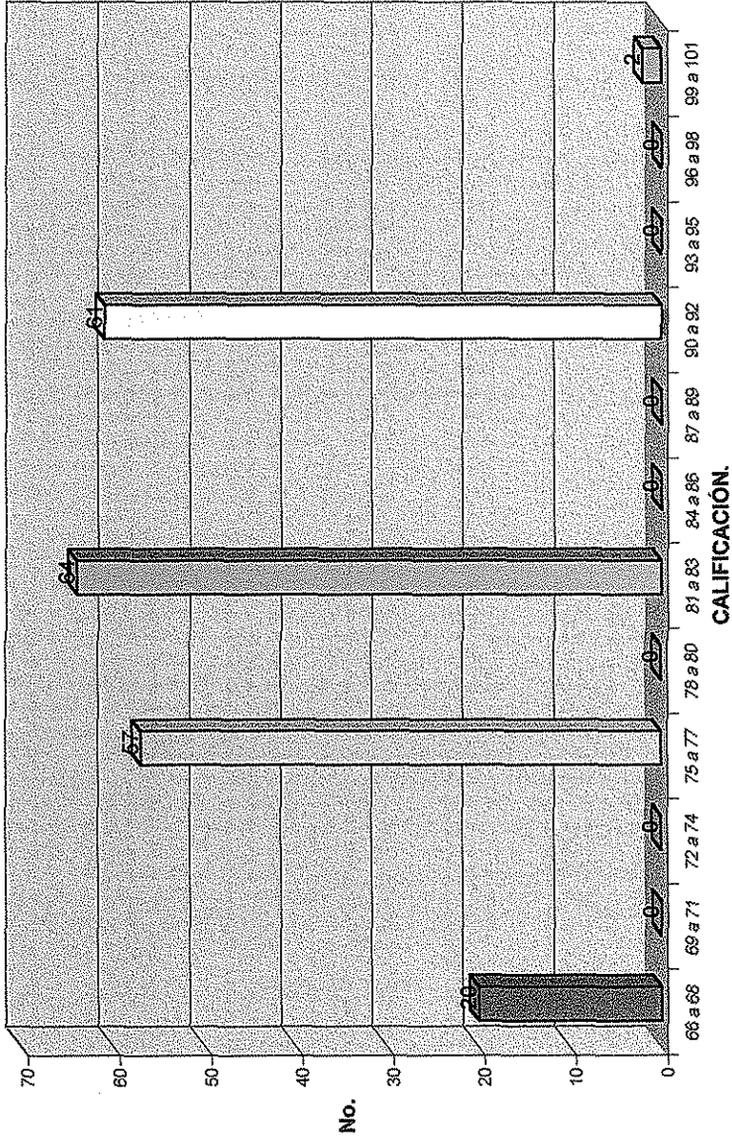
Fuente.- Archivo Clínico del H.MI Cuauhtepc-2000.

No.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

FIG.4 CALIFICACIÓN GLOBAL DE NOTAS DE EVOLUCIÓN DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS DEL H.MI CUAUTEPEC.

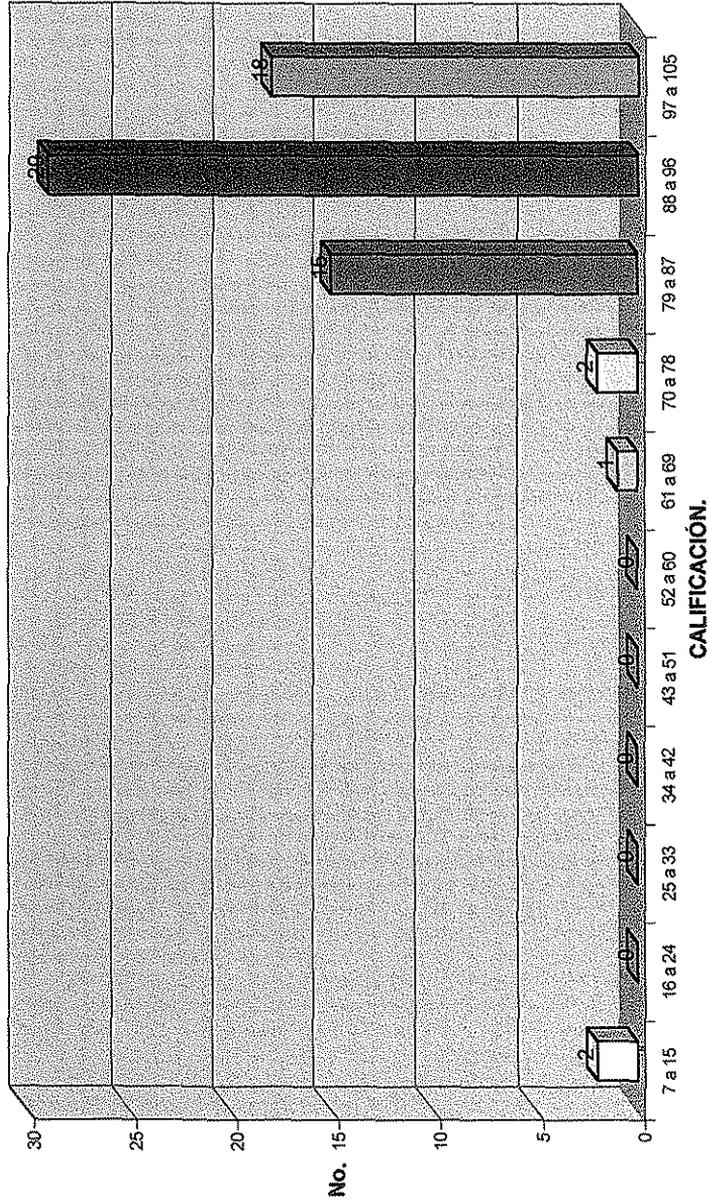


Fuente.- Archivo Clínico del H.MI Cuautepec-2000.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

FIG.5 CALIFICACIÓN GLOBAL DE LAS NOTAS PREOPERATORIAS DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS DEL H.MI CUAUTEPEC.

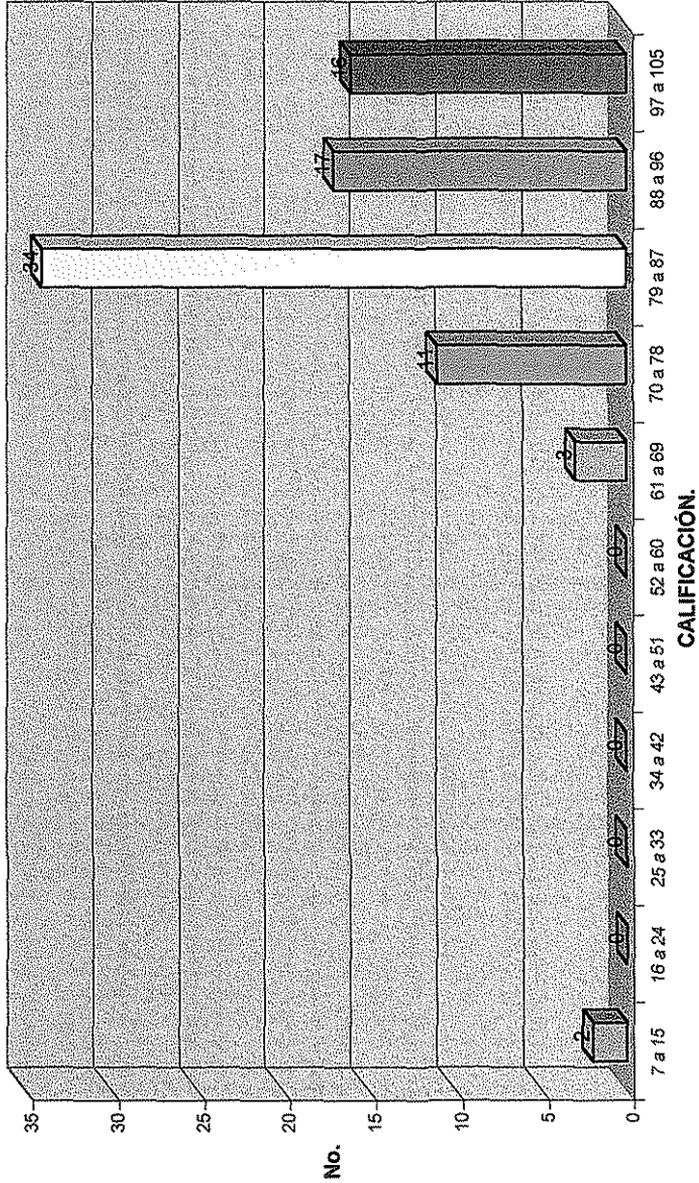


TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Fuente.- Archivo Clínico del H.MI Cuauhtepc-2000.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

FIG.6 CALIFICACIÓN GLOBAL DE LAS NOTAS PREANESTÉSICAS DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS DEL H.MI CUAUTEPEC.

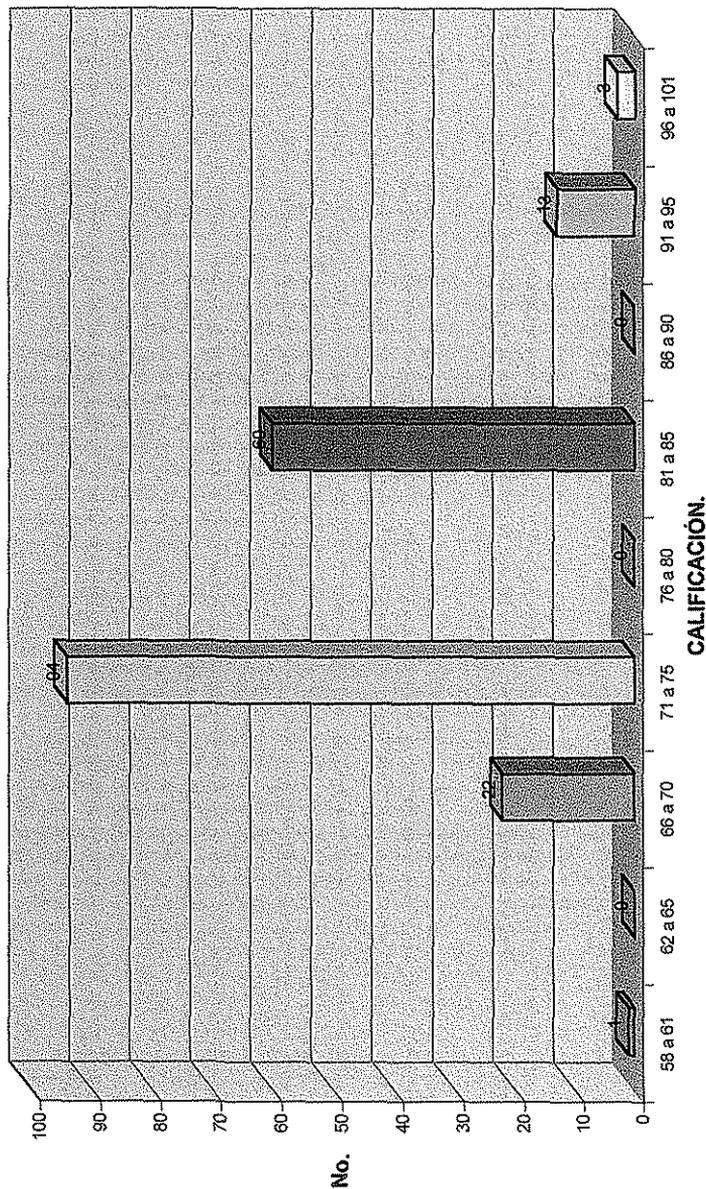


Fuente.- Archivo Clínico del H.MI Cuautepec-2000.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

FIG.7 CALIFICACIÓN GLOBAL DE NOTAS POSTOPERATORIAS DE LOS EXPEDIENTES DEL H.MI CUAUTEPEC.



No.

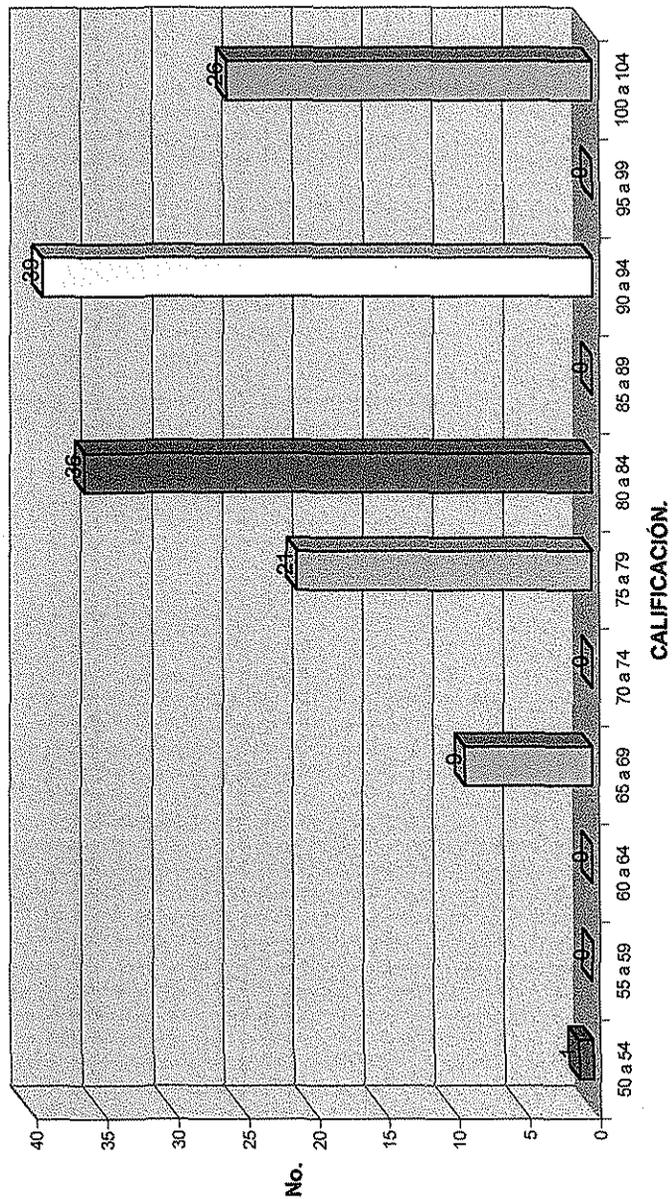
CALIFICACIÓN.

Fuente.- Archivo Clínico del H.MI Cuautepec-2000.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

FIG.9 CALIFICACIÓN GLOBAL DE LAS HOJAS DE ATENCIÓN DEL PARTO DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS DEL H.MI CUAUTEPEC.



Fuente.- Archivo Clínico del H.MI Cuautepec-2000

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CUADRO.1
PORCENTAJES DE LAS PRINCIPALES FALTAS EN LOS EXPEDIENTES DEL H.MI CUAUTEPEC

APARTADO	INCOMPLETA	SIGNOS	NOMBRE DEL MÉDICO	FIRMA DEL MÉDICO	HORA	FIRMA DE LA PACIENTE	SEGUIMIENTO
HISTORIA CLÍNICA	98%	VITALES 17%	MÉDICO 45%	MÉDICO 90%	25%	---	---
NOTA DE INGRESO	98%	65%	42%	40%	7.80%	---	---
NOTA DE EVOLUCIÓN	77%	39%	50%	41%	14%	---	---
NOTA PREOPERATORIA	57%	60%	7.70%	23%	14%	---	---
NOTA PREANESTESICA	96%	33%	15%	39%	49%	---	---
NOTA POSTOPERATORIA	71%	100%	13%	53%	14%	---	---
NOTA DE EGRESO	50%	97%	31%	9.20%	21%	---	---
CONSENTIMIENTO	99%	---	18%	7.50%	---	18%	---
INFORMACIÓN HOJA DE ATENCIÓN DEL	78%	37%	44%	38%	2.30%	---	32%
PARTO							

Fuente.- Archivo Clínico del H. MI Cuautepec-2000.

22