

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACION



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 34  
GUADALAJARA, JALISCO

**“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN EL  
REGISTRO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO  
EN LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR N° 137”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:  
**MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**DRA. MARIA IRMA YOLANDA DE LA TORRE RUVALCABA**

Médico del Curso de Especialización en Medicina Familiar para  
Médicos Generales en el IMSS



Guadalajara, Jalisco.

INSTITUTO DE EDUCACION  
E INVESTIGACION MEDICA  
U.M.E. No. 34

(2009)



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 EN EL  
REGISTRO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO**



**EN LA UNIDAD DE MEDICINA**

**FAMILIAR N° 137”**



TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**Dra. María Irma Yolanda de la Torre Ruvalcaba**

Médico del Curso de Especialización en Medicina Familiar para  
Médicos Generales en el IMSS

**AUTORIZACIONES**

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

**“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN EL  
REGISTRO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO  
EN LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR N° 137”**

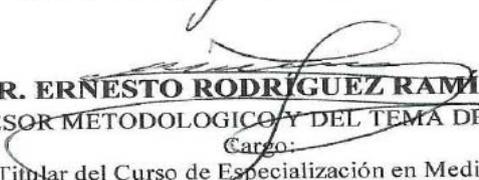
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
**MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**DRA. MARIA IRMA YOLANDA DE LA TORRE RUVALCABA**  
Médico del Curso de Especialización en Medicina Familiar para  
Médicos Generales en el IMSS

**AUTORIZACIONES:**

  
**DRA. ROSA MARIA RODRIGUEZ GARCÍA**  
Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar  
Para Médicos Generales en el IMSS, UMF 34

  
**DR. ERNESTO RODRIGUEZ RAMIREZ**  
ASESOR METODOLOGICO Y DEL TEMA DE TESIS  
Cargo:  
Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar  
Para Médicos Generales en el IMSS, HGZ 26, Tala, Jalisco

  
**DR. LUIS ALEJANDRO SANTANA CHÁVEZ**  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA

Guadalajara, Jalisco.

(2009)

## CONTENIDO

<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>5</b>
<b>MARCO TEORICO .....</b>	<b>8</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>26</b>
<b>JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>28</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>29</b>
OBJETIVO GENERAL: .....	29
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	29
<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>30</b>
A) CLASIFICACIÓN DEL ESTUDIO:.....	30
B) UNIVERSO DE ESTUDIO:.....	30
C) CALCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA:.....	30
D) DEFINICIÓN DE LAS UNIDADES DE OBSERVACIÓN:.....	30
E) CRITERIOS DE INCLUSIÓN: .....	32
F) CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN. ....	32
G) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN. ....	33
H) LUGAR EN DONDE SE REALIZÓ EL PROYECTO: .....	33
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>34</b>
<b>DISCUSION.....</b>	<b>44</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>46</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>47</b>

**Evaluación de la calidad en el registro del expediente clínico en la Unidad  
de Medicina Familiar N° 137**

**INTRODUCCION**

La historia clínica tiene sus orígenes desde que Thomas Sydenham el Hipócrates ingles (1624-1689), sentó las bases de la medicina clínica es decir, el estudio mediante el método empírico y de observación.<sup>1</sup>

La historia clínica debe ser única, integrada y acumulativa para cada paciente en el hospital, debiendo existir un sistema eficaz de recuperación de la información clínica.

La principal función de la historia clínica es la asistencial ya que permite la atención continuada a los pacientes por equipos distintos. Otras funciones son: la docencia, el permitir la realización de estudios de investigación y epidemiología, la evaluación de la calidad asistencial, planificación y gestión sanitaria y su utilización en casos legales en aquellas situaciones jurídicas en que se requiera.

Para cumplir estas funciones la historia clínica debe ser realizada con rigurosidad, relatando todos los detalles necesarios y suficientes que justifiquen el diagnóstico y el tratamiento y con letra legible.

La historia clínica debe tener un formato unificado, tiene que haber una ordenación de los documentos y de ser posible, una unificación en el tipo de historia a realizar.

La información que debe recogerse es aquella que es relevante para el paciente específico al que estamos monitorizando.

En líneas generales la información a recoger incluye:

- Datos del paciente como edad, sexo, peso, altura.
- Historia de la enfermedad actual, historia médica anterior, historia social.
- Alergias, hábitos (alcohol, tabaco, ejercicio), dieta, datos sobre cumplimiento de los tratamientos prescritos.
- Pruebas de laboratorio, constantes vitales.
- Farmacoterapia que está recibiendo o ha recibido.

La forma en cómo se recoge esta información depende de los diferentes profesionales, lo más idóneo es la utilización de impresos diseñados para este fin los cuales deben ser lo más completos y al mismo tiempo lo más sencillos posible, a fin de que permitan recoger toda la información necesaria, pero que sean de fácil utilización en el trabajo diario.<sup>2</sup>

Algunos médicos emplean las abreviaturas en la elaboración de la historia médica, su uso se ha extendido de tal manera que muchas veces la comprensión de las notas escritas puede ser confuso para el lector que no está acostumbrado a interpretar un conjunto de palabras

acortadas, cuyo significado sólo es bien conocido por los miembros de una determinada especialidad.<sup>3</sup>

# MARCO TEORICO

## ALGUNOS ASPECTOS IMPORTANTES DE LA HISTORIA CLÍNICA

### **1- La Historia Clínica constituye el registro de varios hechos de la vida de un ser humano:**

Por definición, historia es la relación de eventos de la vida de una persona. En ella se registran datos de una extrema intimidad, pues el enfermo sabe que cualquier distorsión en la información puede redundar en su propio perjuicio. Adicionalmente, se involucran datos familiares que también se consideran de un manejo delicado.

### **2- Intenta encuadrar el problema del paciente:**

De acuerdo con los conocimientos presentes, la queja del enfermo se ubica dentro de un marco teórico que sea capaz de involucrar sus síntomas, signos y documentos paraclínicos, con el objetivo de explicar la causa de la dolencia y las formas de combatirla en sus mismas raíces.

### **3- Orienta la terapéutica:**

El individuo que acude en busca de consejo y alivio a sus enfermedades se llama paciente. Quien recibe la información, la procesa y la utiliza para entregar una opinión científica y con base en ella, disponer un tratamiento, se llama médico. Y una de las partes más importantes del acto médico es la disposición terapéutica, sea de tipo biológico o psicológico.

En la historia clínica queda constancia de los pasos que se siguieron para llegar a esa opinión científica. De allí la importancia de su exhaustividad, con el objeto de encuadrar el mayor número de datos en forma ordenada y así llegar a conclusiones válidas.

#### **4- Posee un contenido científico investigativo:**

La investigación científica es uno de los objetivos de la medicina y con esto no se hace referencia a grandes proyectos y métodos de extrema sofisticación únicamente. Cada paciente es sujeto de su propia investigación, comenzando por el diagnóstico de su enfermedad. Ciertamente, en el campo terapéutico, el médico se debe atener a lo dispuesto en las leyes y los códigos de ética. Por lo tanto, debe orientar el tratamiento, la prescripción de medicamentos y la planeación de procedimientos invasivos de acuerdo a las normas de excelencia aceptadas en ese momento por la sociedad y la ciencia médicas. Investigar no es administrar sustancias no aceptadas por estudios científicos previos. Esto es experimentación humana sin consentimiento y constituye un delito.

#### **5- Adquiere carácter docente:**

Hoy en día el trabajo médico, especialmente el de tipo hospitalario, se lleva a cabo en equipo. El ejercicio exclusivamente individual es cada vez más escaso. En las escuelas de medicina y en los hospitales, se impone a los docentes la responsabilidad de velar por el correcto desempeño de los practicantes (internos y residentes) y de responder por sus errores culposos, claro está, que “pese a su cuidado y autoridad no hubieren podido evitar el hecho”

En la historia clínica se registran las acciones terapéuticas y de manejo médico de los pacientes. Asimismo, en forma explícita o no, se encuentran elementos de la participación del equipo médico, incluyendo las notas del personal en adiestramiento, todas las cuales deben ir respaldadas por la firma del responsable legal del enfermo.

#### **6- Constituye importante elemento administrativo:**

Por obvias razones de tipo económico y gerencial, la historia clínica es el documento más importante para respaldar procedimientos practicados, complicaciones sufridas y costos monetarios de quienes responden por cada enfermo.

#### **7- Tiene implicaciones médico-legales:**

Por un lado, es parte del contrato de servicios médicos, cuyo fundamento se basa en varios aspectos.

##### *a) Capacidad de los sujetos*

Se origina en el uso completo de las facultades intelectuales, el criterio suficiente para juzgar los riesgos y alternativas, así como la integridad de las funciones mentales para comunicar esta decisión.

##### *b) Consentimiento*

Basado en la manifestación expresa de voluntades y el acuerdo mutuo. El consentimiento se define como la declaración de voluntad sobre un objeto. Toda declaración de voluntad debe tener por objeto una o más cosas en que se trata de dar, hacer o no hacer.

*c) Objeto lícito*

Esto quiere decir, ajustado a lo dispuesto por la ley.

*d) Causa lícita*

Aquella permitida por la ley, es decir, de acuerdo con el orden público y las buenas costumbres.

Entre el paciente y su médico se establece la típica relación de contrato consensual, por la cual el médico se compromete a colocar todos los medios de su parte para devolver o mantener la salud del enfermo, quien a su vez se compromete a pagar unos honorarios al profesional por su trabajo.

El acto médico negligente es una transgresión a normas comunes de sensatez a diferentes niveles. Es decir, constituye un descuido u omisión tal, que al comparar la conducta de un médico con la de otro que posea un conocimiento similar y el correspondiente sentido común de responsabilidad que les ha conferido la experiencia y el estudio respectivos, y de quienes se esperarían una conducta lógica, mesurada y acorde con el deber de cuidado y que rigen el acto determinado que se analiza, se concluye que obró por fuera de los parámetros mínimos de cuidado.

La historia clínica es uno de los elementos probatorios de la diligencia, desde su elaboración formal hasta su trasfondo científico. La historia clínica es el documento médico por excelencia, gran cantidad del tiempo de quien se educa en las facultades de medicina transcurre alrededor de la elaboración de una buena historia clínica de quienes se encuentran bajo su cuidado.

Las implicaciones de este documento son de todo tipo, especialmente médico legal, en un momento en que el ejercicio médico se ha tornado complicado, presionado y, en muchos aspectos, verdaderamente angustioso. La elaboración de una buena historia clínica es indispensable para los médicos de cualquier nivel jerárquico.<sup>4</sup>

También refiere el uso del expediente clínico, con los siguientes propósitos:

En la atención médica, permite disponer de un registro organizado del proceso salud-enfermedad del usuario y tomar las medidas preventivas, curativas y de rehabilitación.

Como elemento de enseñanza, permite utilizar los datos clínicos y terapéuticos del usuario, como un instrumento de apoyo para el proceso enseñanza-aprendizaje del personal de la salud.

En el área de investigación, utiliza los datos clínicos y terapéuticos del usuario consignados con método científico, como un instrumento de apoyo para llevar a cabo investigaciones en el campo de la salud.<sup>5</sup>

Hace algunos años, la evaluación del expediente clínico fue muy utilizada como la principal herramienta para medir la calidad de la atención médica, actualmente esto ha cambiado, pero no podemos ignorar el hecho de que para aplicar los métodos de evaluación de la calidad, se requieren fuentes de información e instrumentos precisos y confiables, que permitan analizar

adecuadamente la calidad del servicio médico. Todo lo anterior dirige nuevamente nuestra atención hacia el expediente clínico, como el principal registro de todas las acciones que el equipo médico lleva a cabo durante la atención del paciente.<sup>6,7</sup>

En la actualidad, existen diversas estrategias para la evaluación de la calidad de la atención médica que aunque tienen diferentes marcos teóricos, convergen en la necesidad de contar con instrumentos específicos que permitan el análisis y revisión del que hacer médico.

La conformación de las diferentes partes del expediente del enfermo, constituye, además, parte de la formación y desarrollo de las capacidades y talentos del médico.

La historia clínica es la base fundamental en la integración del expediente, incluye todos los hechos de importancia médica en la vida del paciente hasta el momento en que acude al médico, este último tiene la oportunidad de establecer una relación de confianza y apoyo con el paciente, al interpretar sus inquietudes en la comprensión de su padecimiento, sus temores y esperanza de recuperar su salud.

El médico en el interrogatorio debe guiar al paciente mediante preguntas para que narre sus síntomas, estando alerta para ser más enfático en cualquier síntoma por trivial o remoto que parezca, cuyo conocimiento más profundo le auxilie para resolver el problema médico. Una historia clínica es más que una lista ordenada de síntomas. Siempre se gana algo escuchando al paciente y observando la manera en que relata sus síntomas. La inflexión de la voz, la expresión del rostro y la actitud, pueden revelar claves importantes que ayuden a entender el significado que los síntomas tienen para el paciente. Así al escuchar su narración, el médico no sólo se entera de cosas que atañen a la enfermedad, sino también de cómo es la persona que la sufre.

A través de la experiencia, el médico aprende a conocer los escollos que se presentan al tomar la historia clínica. Lo que los pacientes relatan son, en su mayor parte, fenómenos subjetivos engañosamente filtrados a través de mentalidades cuyos antecedentes son distintos. Es evidente que los enfermos difieren mucho en sus respuestas a los mismos estímulos. Sus observaciones están variablemente matizadas por el miedo a la enfermedad, a la invalidez y a la muerte, y por la preocupación acerca de las consecuencias que la enfermedad pueda tener para sus familias.

En la exploración física de los enfermos, el médico desde que inicia su adiestramiento, aprende que los signos físicos son las pruebas objetivas y demostrables de las alteraciones patológicas. Los signos físicos representan un hecho sólido e indiscutible. Aún más, su significado se acrecienta cuando confirman un cambio funcional o estructural ya revelado por la historia clínica del paciente. En otras ocasiones, el signo físico puede ser la única manifestación de la enfermedad, especialmente en los casos en que la historia clínica ha sido inconstante o confusa o no pudo hacerse por la gravedad del caso.

Cuando los efectos deletéreos de la acción médica son mayores que las ventajas que lógicamente pudieran esperarse, está justificando designar estos efectos como iatrogénicos. Basta recordar las reacciones peligrosas o fatales que algunas veces produce el antibiótico aplicado para una trivial infección respiratoria, o la ictericia fatal por suero homólogo por transfusiones innecesarias de sangre o plasma.

En ausencia de orientación que proporciona el expediente clínico y la historia clínica provocan pérdida de tiempo y error, tanto de diagnóstico como de tratamiento, con el consecuente

riesgo de iatrogenia por omisión y por comisión, además de la pérdida económica, alteración de la dinámica afectiva y emocional del paciente.<sup>8</sup>

Todas estas consideraciones y planteamientos que tiene en mente el médico responsable, deben quedar registrados en el expediente clínico, su plan de manejo, las modificaciones del tratamiento acordes a la evolución del padecimiento, sus razonamientos para someter a un procedimiento quirúrgico a un paciente, las posibilidades de complicaciones y su respuesta ante eventos inesperados que pueden poner en peligro la vida del enfermo, al ser anotados en el expediente, constituyen la prueba fehaciente de si su accionar fue correcto, apegado a las normas éticas y científicas de la medicina, o si existieron desviaciones que deben ser evitadas o, incluso, errores constitutivos de delito.

Las instituciones de salud más relevantes del país están conscientes de la importancia del expediente clínico, tanto en la evaluación de la calidad de la atención, como en su utilización como documento médico-legal. Es así, como las instituciones de seguridad social han integrado instructivos y manuales para la elaboración y el manejo de expedientes clínicos en la atención médica, tanto para sus unidades de consulta externa o medicina familiar, como para sus hospitales de segundo y tercer nivel.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el doctor Luis Castelazo Ayala en el tiempo que fungió como subdirector general médico, actualizó el Instructivo del Expediente Clínico en la Atención Médica, dirigido al área hospitalaria de esa institución. En ese documento se refiere lo siguiente: “la atención profesional que se proporciona al derechohabiente tiene que ser de calidad, y quedar registrada y ordenada en el expediente clínico, cuyo contenido debe

ser uniforme en todas las unidades, por lo que se deben seguir esas instrucciones para que el estudio de los pacientes se haga de manera sistematizada y completa”.

En relación con sus unidades de consulta externa, en agosto de 1992 se realizó una reunión nacional de médicos familiares, con el propósito de actualizar el expediente clínico para agilizar el registro de sus acciones y uniformar los criterios, este evento dio como resultado el Instructivo para el Manejo del Expediente Clínico de Medicina Familiar, que fue dado a conocer en octubre de 1993.

En el instructivo del IMSS para medicina familiar, se consideran en sus capítulos: la elaboración de la historia clínica, vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo, detecciones e inmunizaciones, vigilancia prenatal, notas médicas, notas estomatológicas, solicitud y resultados de exámenes de laboratorio, resultados de rayos X, solicitud de interconsulta, informe médico inicial, dictamen de alta por riesgo de trabajo y el estudio médico social.

En el caso del instructivo para hospitales, se modifica la hoja de nutrición y desarrollo por la de medicina preventiva, y se agregan las siguientes: hoja frontal, tránsito de pacientes, vigilancia y atención del parto, órdenes médicas, autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica, registro de anestesia y recuperación, registros clínicos y tratamientos, balance de líquidos en 24 horas, notas de enfermería y registro de pacientes hospitalizados.

Respecto al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), hace pocos años se elaboró el Manual de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica, a

través del Expediente Clínico en Unidades Médicas del Segundo y Tercer Nivel, impreso por la Subdirección General Médica cuando el doctor Rodolfo Rojas Rubí estaba a cargo. Ese documento, se describe como “normativo, de observancia obligatoria y con fines de auditoría”.

En el caso del manual del ISSSTE, no sólo se dan instrucciones para el llenado del expediente clínico, sino que además se indica cómo deberá estar integrado el Comité de Evaluación de la Calidad a través del expediente clínico, los procedimientos que deberá realizar y el puntaje que deberá considerar en la revisión de los siguientes capítulos: evaluación administrativa, historia clínica, programas de estudio y tratamiento, notas clínicas, hoja de egreso hospitalario y alta en el servicio.

Por su parte, desde hace 11 años la Secretaría de Salud, en su carácter de autoridad sanitaria nacional, emitió a través de la subsecretaría de servicios de salud, la Norma Técnica No. 52 para la elaboración, integración y uso del expediente clínico, que fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de agosto de 1986.

Esta norma es acorde al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, destinado a regular los servicios de salud.

Indica como su objetivo, el uniformar la actitud y los criterios de operación del personal del Sistema Nacional de Salud, en relación con la elaboración, integración y uso del expediente clínico.

Establece su observancia como obligatoria en todas las unidades de salud de los sectores público, social y privado del país. Define al expediente clínico como el conjunto de documentos en que se identifica al usuario y se registran el estado clínico, los estudios de laboratorio y gabinete, los diagnósticos y el tratamiento que se le proporciona, así como la evolución de su

padecimiento e indica su carácter legal, confidencial y que es propiedad de la institución de salud que lo conformó.

Considera al expediente, único en cada unidad de salud, y refiere que el número y tipo de documentos de que consta, están en relación con la complejidad del servicio.

Describe los siguientes apartados que pueden constituir el expediente: nota inicial; historia clínica, hoja frontal, las notas médicas del ingreso, revisión, evolución, interconsulta, preoperatoria, preanestésica, postoperatoria, post anestésica y de egreso, los informes de estudios de laboratorio y gabinete, y otros registros como son las notas de enfermería, trabajo social u otro personal de salud, así como las autorizaciones del usuario.<sup>9, 10, 11, 12</sup>

En la conformación de esta Norma No. 52 participaron representantes del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el grupo interinstitucional de atención médica y el área de asesoría técnica de la Subsecretaría de servicios de salud.

Con todos estos documentos normativos y lineamientos institucionales de observancia obligatoria, se podría pensar que los expedientes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, se encuentran bien estructurados y completos en un alto porcentaje, y son elementos para la Garantía de Calidad, sin embargo esto no sucede así en la realidad.

A pesar de que la primera manifestación de los esfuerzos tendientes a mejorar la calidad de la atención en México, correspondió a la revisión de los expedientes clínicos en el Hospital La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1956, que condujo al año siguiente a la creación de la Comisión de Supervisión Médica del IMSS. De 1970 a 1976 iniciaron los comités

de evaluación del expediente clínico y de auditoría, actualmente estamos aún lejos de que los expedientes de los enfermos nos permitan evaluar la calidad de la atención que ofrecemos a nuestros enfermos.

Las experiencias al respecto que se han tenido en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, han sido irregulares. La CONAMED tiene como objetivo, contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios y prestadores de los servicios de salud.

Para llevar a efecto estas tareas, tiene dentro de sus atribuciones el recibir toda la información y pruebas que aporten los prestadores de servicios médicos y los usuarios, así como requerir los documentos que sean necesarios para dilucidar las quejas.

Por lo que en el proceso de atención a las controversias, solicita al quejoso que además de narrar las posibles irregularidades que atribuye al prestador del servicio médico, entregue los escritos que tenga respecto a su padecimiento, como recetas médicas, estudios de laboratorio o gabinete y cualquier otro que sustente su inconformidad.

Además, la Comisión para analizar el otro lado de la situación, requiere al prestador del servicio su currículum, informe médico del caso y un elemento de vital importancia: el expediente clínico.

Estos documentos, especialmente el expediente del paciente, permiten valorar en su cabal dimensión la actuación del médico, lo que facilita la valoración médica integral, que es el instrumento base para una conciliación imparcial, apegada a la justicia, ya que es determinante en la conclusión de si existió una mala atención médica, o si el proceder del facultativo involucrado estuvo apegado a las normas jurídicas y éticas que regulan la medicina.

Los expedientes, son también componentes primordiales en la elaboración de opiniones técnicas, y pruebas contundentes en los dictámenes que solicitan las instancias de procuración de justicia, así como en los laudos producto del procedimiento arbitral.

Sin embargo, hemos encontrado al solicitar el expediente a alguna institución de seguridad social, que en varios casos no existe, ya que fue depurado a 6 meses de la atención médica, violando el artículo 32 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986, señala que “los establecimientos para el internamiento de enfermos, estarán obligados a conservar los expedientes clínicos de los usuarios por un período mínimo de cinco años”. En otros casos, los expedientes están incompletos o son ilegibles, lo que imposibilita su evaluación.

El expediente clínico es también un instrumento jurídico, por lo que su ausencia o si contiene registros deficientes, pueden presumir ausencia o descuido en la atención médica proporcionada. Frecuentemente en una investigación jurisdiccional, el expediente clínico es la prueba más importante para establecer o descartar responsabilidad profesional.

Ha sido frecuente encontrar en la evaluación de los expedientes notas médicas que no tienen la fecha y la hora en que se realizaron, a pesar de lo señalado en el artículo 7 de la Norma Técnica No. 52. Estas anotaciones son muy relevantes en situaciones en las que es muy importante precisar el orden cronológico de los eventos, como es el caso de pacientes con sangrado postquirúrgico, urgencias, etcétera, en donde es necesario determinar la reacción que tuvo el personal de salud ante la contingencia, y verificar si no cometió un descuido o tardanza en su accionar.

Tampoco se encuentra la firma de los médicos responsables del enfermo en un 90 por ciento de las notas médicas, con lo que no se aprecia el compromiso o el aval a lo descrito en la nota, que puede incluir cambios terapéuticos riesgosos, la indicación de estudios peligrosos u otras decisiones críticas en la evolución de ese paciente.

En algunos casos no se encuentran notas preoperatorios o preanestésicas, en donde se evalúan los riesgos a que está sometido el paciente, lo que además de infringir los artículos 17 y 18 de la Norma Técnica No. 52 previamente descrita, denota descuido o negligencia al no detectar situaciones de peligro prevenibles.

Sólo al describir las características que debe tener esta nota médica, nos hace estimar su trascendencia sin embargo, por extraño que nos parezca, en muchos expedientes especialmente de la medicina privada, es muy escueta, no describe nada y sólo refiere “cirugía sin complicaciones”, a lo que se podría agregar “pero el paciente sí las tuvo”.

Otro aspecto grave es el correspondiente a las órdenes médicas, que son indicaciones delicadas, ya que existen fármacos de alto riesgo en su dosificación y administración como la digoxina que actúa sobre el corazón, etcétera, por lo que unas órdenes con letra ilegible o con error en un decimal, pueden llevar a la muerte al enfermo.

Como estos ejemplos descritos, existen otras deficiencias en la elaboración de los expedientes clínicos, en ocasiones debidas a indolencia, descuido o, incluso negligencia en el registro o en la atención otorgada al enfermo, y en otros casos esos subregistros dan falsas apariencias, cuando se dio una adecuada respuesta profesional que no puede demostrarse.

En el análisis del asunto por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se encontró que existe desconocimiento de la Norma Técnica No. 52 por gran parte de los prestadores de servicios, y que a pesar de que los instructivos y manuales que han elaborado las instituciones se consideran buenos en su contenido, el personal responsable de su llenado, no sigue sus indicaciones, apreciándose también falta de supervisión de las autoridades correspondientes y de acciones de los Comités encargados de la valoración de esos documentos.

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. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, para cumplir con la tarea de contribuir a la mejoría de la calidad de los servicios médicos que se otorgan a nuestra población, dentro de sus actividades de difusión publicó en el No. 2 de la Revista CONAMED de este año, el texto íntegro de la Norma Técnica No. 52 para la elaboración, integración y uso del expediente clínico.

También en el ámbito de su competencia, promoverá que las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, establezcan o reactiven el funcionamiento de los comités encargados de supervisar la correcta integración del expediente clínico, como mecanismos de garantía de la calidad con acciones sistematizadas y continuas para resolver los problemas médicos con aumento de los beneficios hacia los pacientes y disminución de los riesgos en su atención médica.<sup>13</sup>

Si las unidades de atención médica desean mejorar la calidad del servicio que prestan, requieren expedientes clínicos de alta calidad, en donde sea posible recabar información relacionada con el diagnóstico, gravedad del padecimiento, morbilidad, mortalidad, características del sistema de atención y datos sobre la aplicación de conocimientos científicos y técnicos, en la solución del problema de salud del enfermo.<sup>14, 15</sup>

Se ha demostrado que la deficiente elaboración e integración del expediente clínico afecta la atención y seguimiento a los pacientes, teniendo como consecuencia un mal diagnóstico y tratamiento, Por otro lado, se ha visto frustrada o incompleta alguna investigación por la inadecuada condición de los expedientes clínicos.<sup>16,17</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. 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.<sup>18</sup>

El médico nunca puede olvidar que su ejercicio profesional siempre está ligado a un conjunto de normas legales que lo regulan y de normas deontológicas, que deben regir su conducta profesional. La historia clínica también posee una doble regulación, deontológica y jurídica. La primera se encuentra en el Código de Deontología Médica Profesional y la segunda, al no existir una ley positiva específica que la regule, la encontramos en disposiciones legales dispersas que hacen referencia a ella directa o indirectamente.<sup>19</sup>

Por otra parte, como la historia clínica es un documento médico-legal que recoge toda la relación médico-paciente, ésta se encuentra íntimamente vinculada a determinados problemas jurídicos del quehacer cotidiano de nuestra profesión, y que hoy preocupan seriamente al médico.<sup>20</sup>

La evaluación del llenado del expediente clínico puede hacerse desde el enfoque de la estructura, el proceso y los resultados. (21) 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 los 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>21, 22</sup>

La CONAMED en 2002 reportó que 4 de cada 10 expedientes tenía una historia clínica completa, y 1 de cada 3 no tenía historia. Para el 2004 la modificaciones fueron mínimas, se redujo el porcentaje de historias completas a 38 %, pero también se redujo el porcentaje de expedientes sin historias de 33% en el 2002 a 26% en 2004, como es lógico las historias incompletas se incrementaron del 27% en el 2002 a un 36% en el 2004. Sin embargo al revisar los expedientes de la atención médica y buscar en ellos datos suficientes para integrar el diagnóstico y tratamiento se encontró una notable mejoría ya que se pasó del 60% en el 2002 al 87% en el 2004, y los casos en los que el expediente se encontraba ausente pasaron del 10 al 3 % en el mismo periodo. La CONAMED emitió recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina y dentro de las cuales se incluía la elaboración de un expediente clínico completo como elemento prioritario.<sup>23</sup>

Hace algunos años, surgió en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional, Siglo XXI, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el deseo de mejorar la calidad de la información de los registros médicos, para lo cual el subcomité del expediente clínico, desarrolló un instrumento denominado EXP-CLIN, que evalúa cinco aspectos fundamentales del expediente:

historia clínica, notas médicas, programas de diagnóstico, estrategias de tratamiento y aspectos administrativos.

Posterior a su desarrollo, el EXP-CLIN fue utilizado por un grupo de médicos especialistas y por otro de médicos con menor experiencia clínica (residentes médicos), quienes lo aplicaron en una muestra de expedientes, para después comparar las calificaciones obtenidas y así documentar la presencia de reproducibilidad de los resultados. De esta forma se obtuvo la validez de apariencia y contenido de dicho instrumento y en consecuencia se pudo medir lo que realmente se quería medir.<sup>24</sup>

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El incremento de las demandas legales hacia médicos e instituciones de salud se ha convertido en un redituable negocio para abogados y pacientes inconformes, que si bien, en nuestro país no alcanza los preocupantes niveles de los Estados Unidos, sí es lo suficientemente importante para que muchos médicos contraten seguros de Responsabilidad Profesional. CONAMED reportó en el 2004 más de 20,400 quejas recibidas, mientras que el año anterior 2003, se atendieron menos de 13,000. Además cabe mencionar que el IMSS sigue siendo la institución que mas origina quejas.

El expediente es el principal portador de datos en las quejas que se investigan, y su adecuado llenado es decisivo en la mayoría de los casos. En muchas ocasiones el personal de salud realiza las acciones adecuadas, pero no lo registra, lo que ocasiona que en caso de inconformidad existan pocos elementos para poder demostrar que se actuó correctamente.

Esto ha hecho que las instituciones y los médicos refuercen la importancia del expediente clínico tanto en las áreas del hospital como en la consulta externa, realizando acciones que permitan conocer el estado en que se encuentran sus registros, con la finalidad principal de conocer que tan vulnerables pudieran ser en caso de quejas y acciones legales en su contra.

Es por eso que con la finalidad de saber el estado en que nuestra unidad se encuentra en este aspecto surge la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuál es la calidad del registro de los expedientes clínicos en la Unidad de Medicina Familiar**

**Nº 137?**

## JUSTIFICACIÓN

No tenemos antecedentes documentados de evaluaciones realizadas en nuestra unidad sobre el adecuado registro o no, de los expedientes clínicos; considero necesario por lo tanto la realización de un estudio para evaluar la calidad del registro de los mismos en nuestro centro de trabajo. De esta manera se dejaría abierta un área de oportunidad para plantear el tipo de acciones que sea necesario seguir a fin de tener un adecuado registro de las actuaciones o procedimientos que se realizan.

### *MAGNITUD*

El inadecuado registro del expediente ha sido un problema que aqueja a las instituciones desde hace años incluyendo al IMSS. La CONAMED en el periodo del 2002 al 2004 informó, que 4 de cada 10 expedientes evaluados, los registros de los datos estaban completos en la historia clínica y 1 de cada 3 no contaba con el registro de datos en este rubro. En general está demostrada la deficiencia que existe del registro de los datos dentro del expediente clínico.

### *TRASCENDENCIA*

El creciente número de problemas legales y quejas a las que se enfrentan los médicos parece centrar su atención en las instituciones públicas, al considerar que más del 80 % de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico están dirigidas contra instituciones públicas. Estos hechos han puesto en alerta a las instituciones para que establezcan diferentes medidas o acciones con la finalidad de protegerse ante estos acontecimientos y mejorar la calidad de la atención que se ofrece.

### *VULNERABILIDAD*

Una de las primeras medidas ha sido la formulación de normas de atención en cada área en las que la Institución presta sus servicios, así el IMSS ha formulado normas técnicas internas, las cuales intentan dar una uniformidad en la atención que se brinda. En muchas ocasiones la atención se brinda correctamente, pero sus acciones o procedimientos no se registran, omisión que hace al Instituto vulnerable frente a las quejas que se presenten, debidos sobre todo a que el expediente clínico es el principal elemento a considerar por la autoridad para emitir un veredicto.

El problema de la falta de registro puede ser resuelto de manera adecuada ya que en algunos estudios se ha demostrado la eficacia de estrategias de intervención educativa para incrementar el nivel de cumplimiento de los criterios normativos para el llenado del expediente clínico.

#### *FACTIBILIDAD*

Este estudio fue factible ya que los recursos se encontraban disponibles, se trabajó exclusivamente con los expedientes clínicos y no se requirió de financiamiento por parte del Instituto.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

1.- Determinar la calidad del registro de los expedientes clínicos de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar Nº 137, de acuerdo a la NOM 168-SSA1 del Expediente Clínico.

### **Objetivos específicos:**

1.- Evaluar los expedientes clínicos de la consulta externa de la UMF 137 para conocer la calidad de su llenado y registro según la NOM 168-SSA1 del expediente clínico.

2.- Identificar que datos son los que menos se registran dentro del expediente clínico, considerando en este objetivo a la historia clínica, las notas de evolución y las generalidades (letra legible y abreviaturas).

## METOLOGIA

### **A) Clasificación del estudio:**

Estudio descriptivo y observacional.

### **B) Universo de estudio:**

Se evaluaron los expedientes clínicos de la consulta externa de medicina familiar de ambos turnos de la UMF N° 137.

### **C) Calculo del tamaño de muestra:**

Tomando en consideración que la población derechohabiente de la UMF 137 es de aproximadamente 2,900 familias. Para el cálculo del tamaño de la muestra se consideró un nivel de confianza del 95% con un error estándar de 5%, dando un resultado de 302 expedientes clínicos.

Se tomaron expedientes de pacientes vistos en un lapso no mayor de un año antes de la evaluación. Se realizó una selección al azar mediante tómbola enumerando del 1 al 24 que es el número promedio de pacientes vistos en un turno de consulta externa de Medicina Familiar de lunes a viernes. El número seleccionado fue el expediente visto según el orden de la hoja de registro diario que se tomó para la realización de la evaluación mediante el instrumento para ello.

### **D) Definición de las unidades de observación:**

La evaluación de cada una de las variables se llevo a cabo con base a el instrumento EXP-CLIN, el cual cuenta con los criterios explícitos, así como una ponderación específica para cada rubro dentro del expediente clínico, en la que se utiliza una escala ordinal con las siguientes calificaciones de cada variable: 0 = ( Omitido) cuando el aspecto a revisar no se encontró dentro del expediente; 1 = (Insuficiente) cuándo el aspecto a revisar estuvo presente pero con deficiencias; 2 = ( Adecuado) cuando el aspecto estuvo presente y sin deficiencias.<sup>10, 27</sup>

VARIABLES	CONCEPTO	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	ESTADÍSTICA
<b>HISTORIA CLINICA</b>				
<b>1. Ficha Clínica</b>	Son los datos generales del paciente: edad, sexo, # de seguridad, edo. civil, etc.	Cualitativa ordinal	<b>0</b> Omitido  <b>1</b> Insuficiente  <b>2</b> Adecuado	Frecuencias y porcentajes
<b>2. AHF</b>	Antecedentes Familiares			
<b>3. APP</b>	Antecedentes personales patológicos			
<b>4. APNP</b>	Antecedentes no patológicos			
<b>5. PEPA</b>	Evolución del padecimiento			
<b>6. SV</b>	Signos vitales de la Historia Clínica			
<b>7. Datos topográficos</b>	Descripción anatómica			
<b>8. laboratorio, gabinete, etc.</b>	Descripción de resultados paraclínicos			
<b>9. Terapéutica</b>	Descripción del tratamiento indicado			
<b>10. Diagnostico</b>	Correlación clínica y paraclínica			
<b>NOTA MEDICA</b>				
<b>11. Fecha y hora</b>	Registro de fecha y hora	Cualitativa ordinal	<b>0</b> Omitido  <b>1</b> Insuficiente  <b>2</b> Adecuado	Frecuencias y porcentajes
<b>12. Evolución y actualización del cuadro</b>	Descripción de la evolución del cuadro			
<b>13. Signos vitales</b>	Signos vitales de la nota medica			
<b>14.- Exploración Física</b>	Registro de los datos de la exploración de la nota medica			
<b>15. Resultados de exámenes de laboratorio y</b>	Descripción de resultados paraclínicos de la nota medica.			

<b>gabinete.</b>				
<b>16. Diagnósticos</b>	Correlación clínica y paraclínica de la nota médica.			
<b>17. tratamiento e indicaciones medicas</b>	Descripción del tratamiento indicado en la nota médica			
<b>18. Nombre y firma</b>	Registro de los datos del médico tratante.			
<b>GENERALIDADES</b>				
<b>19. Letra legible</b>	Comprensión del lenguaje escrito.		<b>0</b> Omitido	
<b>20. Sin abreviaturas.</b>	Sin registro de palabras acortadas.	Cualitativa ordinal	<b>1</b> Insuficiente <b>2</b> Adecuado	Frecuencias y porcentajes
<b>Calidad del registro del expediente clínico.</b>	Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos correspondientes a la intervención médica.	Cualitativa ordinal	<b>Mal registro</b> <b>Regular registro</b> <b>Buen registro</b>	Frecuencias y porcentajes

### **E) Criterios de inclusión:**

- Expedientes clínicos que se encontraron en la UMF 137 de pacientes con adscripción en la misma unidad, pertenecientes a la consulta externa de Medicina. Familiar, de ambos sexos, sin importar la edad.

### **F) Criterios de no inclusión.**

- Expedientes clínicos que no pertenezcan a pacientes adscritos a la UMF

- Expedientes clínicos que estuvieran incompletos.

**G) Criterios de exclusión.**

- Expedientes clínicos que en el momento de su revisión para la recolección de la información no tuvieran como mínimo 2 consultas registradas.

**H) Lugar en donde se realizó el proyecto:**

- Unidad de Medicina Familiar N° 137, Consultorios de Medicina Familiar.

## RESULTADOS

Se analizaron un total de 302 expedientes los cuáles reunieron los criterios de selección especificados en la investigación para ser evaluados.

De todos los expedientes revisados en cuanto a la calidad del registro, se encontró que 6 (1.9%) tuvieron un indicador de calidad "Malo" con un puntaje de 20 o menor a este, 25 (8.2%) con un indicador de calidad "Regular" con un puntaje de 21 a 30 y 271 expedientes (89.8%), resultaron con un indicador de calidad "Bueno" con una calificación de 31 a 40 puntos. (Tabla 1).

**Tabla 1.- Frecuencia y porcentaje de calidad del expediente clínico.**

CALIDAD	Frecuencia	%
>20 MALA CALIDAD	6	1.9%
21-30 REGULAR CALIDAD	25	8.2%
31-40 BUENA CALIDAD	271	89.8%
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Expediente clínico de la UMF 137

En las siguientes tablas se demuestra de manera grafica, los resultados que se obtuvieron en cuanto al registro de cada uno de los datos que debe de contener el expediente clínico: historia clínica, notas de evolución y generalidades.

### HISTORIA CLINICA

**Tabla 2: Ficha clínica**

	Frecuencia	%
<b>0</b> No hay registro	6	2.0%
<b>1</b> Registro inadecuado	49	16.2%

<b>2 Registro adecuado</b>	<b>247</b>	<b>81.8%</b>
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Expediente clínico de la UMF 137

La ficha clínica dentro de la historia clínica se encontró con un adecuado registro en el 81.8 %, inadecuado en 16.2% y sin registro en el 2 %.

**Tabla 3: Antecedentes Personales Patológicos**

	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>0 No Hay registro</b>	<b>20</b>	<b>6.6%</b>
<b>1 Registro inadecuado</b>	<b>12</b>	<b>4.0%</b>
<b>2 Registro adecuado</b>	<b>270</b>	<b>89.4%</b>
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Expediente clínico de la UMF 137

Los antecedentes personales patológicos con un adecuado registro en el 89.4%, registro inadecuado en 4% y sin registrar en 6.6%.

**Tabla 4: Antecedentes Personales no Patológicos**

	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>0 No Hay registro</b>	<b>38</b>	<b>12.6%</b>
<b>1 Registro inadecuado</b>	<b>13</b>	<b>4.3%</b>
<b>2 Registro adecuado</b>	<b>251</b>	<b>83.1%</b>
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Expediente clínico de la UMF 137

Los antecedentes personales no patológicos con registro adecuado en 83.1%, inadecuado en 4.3% y sin registro en el 12.6%.

**Tabla 5: Principio y Evolución del Padecimiento**

	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>0</b> No Hay registro	12	4.0%
<b>1</b> Registro inadecuado	18	6.0%
<b>2</b> Registro adecuado	272	90.1%
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Expediente clínico de la UMF 137

El principio y evolución del padecimiento con registro adecuado en 90.1%, inadecuado en 6% y sin registro en 4%.

**Tabla 6: Signos Vitales**

<b>Signos Vitales</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>0</b> No Hay registro	4	1.3%
<b>1</b> Registro inadecuado	10	3.3%
<b>2</b> Registro adecuado	288	95.4%
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Expediente clínico de la UMF 137

Los signos vitales con registro adecuado en 95.4%, inadecuado en 3.3% y sin registro en 1.3%

**Tabla 7: Datos Topográficos**

	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>0</b> No Hay registro	5	1.6%

<b>1</b> Registro inadecuado	5	1.6%
<b>2</b> Registro adecuado	292	96.6%
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Expediente clínico de la UMF 137

Los datos topográficos con registro adecuado en 96.6%, inadecuado en 1.6% y sin registro en 1.6%.

**Tabla 8: Datos de Laboratorio y Gabinete**

	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>0</b> No Hay registro	180	59.6%
<b>1</b> Registro inadecuado	7	2.3%
<b>2</b> Registro adecuado	115	38.1%
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Expediente clínico de la UMF 137

Los datos de laboratorio y gabinete con adecuado registro en 38.1%, inadecuado en 2.3% y sin registro en el 59.6%.

**Tabla 9: Diagnostico**

	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>0</b> No Hay registro	1	0.3%
<b>1</b> Registro inadecuado	1	0.3%
<b>2</b> Registro adecuado	300	99.3%
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Expediente clínico de la UMF 137

El diagnóstico en la historia clínica con adecuado registro en el 99.3%, inadecuado en 0.3% y sin registro en el 0.3%

**Tabla 10: Terapéutica**

	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>0</b> No Hay registro	5	1.7%
<b>1</b> Registro inadecuado	3	1.0%
<b>2</b> Registro adecuado	294	97.4%
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Expediente clínico de la UMF 137

La terapéutica presentó un adecuado registro en el 97.4%, inadecuado en 1% y sin registro en 1.7%

Dentro de la historia clínica el dato que menos fue registrado fue el laboratorio y gabinete (tabla 8), el que con mayor porcentaje se registró de manera adecuada fue el diagnóstico (tabla 9) y la terapéutica (tabla 10), el resto de datos presentaron predominantemente un registro adecuado.

### **NOTAS DE EVOLUCIÓN**

**Tabla 11: Fecha y Hora**

	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>2</b> Registro adecuado	302	100.0%
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Expediente clínico de la UMF 137

Dentro de las notas de evolución, todos los expedientes tenían registrada de manera adecuada la fecha y hora de atención.

**Tabla 12: Evolución y Actualización del Cuadro**

	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>0</b> No Hay registro	4	1.3%
<b>1</b> Registro inadecuado	12	4.0%
<b>2</b> Registro adecuado	286	94.7%
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Expediente clínico de la UMF 137

La evolución y actualización del cuadro se encontró con un registro adecuado en 94.7%, inadecuado en 4% y sin registro en 1.3%.

**Tabla 13: Signos vitales de la nota**

	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>0</b> No Hay registro	6	2.0%
<b>1</b> Registro inadecuado	9	3.0%
<b>2</b> Registro adecuado	287	95.0%
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Expediente clínico de la UMF 137

Los signos vitales de la nota con registro adecuado en 95%, inadecuado en 3% y sin registro en 2%.

**Tabla 14: Exploración Física**

	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>0</b> No Hay registro	3	1.0%
<b>1</b> Registro inadecuado	3	1.0%
<b>2</b> Registro adecuado	296	98.0%
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Expediente clínico de la UMF 137

La exploración física se registro adecuadamente en 98%, inadecuadamente en 1% y sin registro en 1%.

**Tabla 15: Resultados de Exámenes y Laboratorio**

	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>0</b> No Hay registro	182	60.3%
<b>1</b> Registro inadecuado	5	1.7%
<b>2</b> Registro adecuado	115	38.1%
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Expediente clínico de la UMF 137

Los paraclínicos se registraron adecuadamente en 38.1%, inadecuadamente en 1.7 y sin registro en 60.3%

**Tabla 16: Diagnostico de la Nota**

	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>0</b> No Hay registro	2	0.6%
<b>1</b> Registro inadecuado	3	0.9%
<b>2</b> Registro adecuado	297	98.3%
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Expediente clínico de la UMF 137

El diagnostico en las notas medicas se registraron de manera adecuada en 98.3%, inadecuadamente en 0.9% y sin registro en 0.6%.

**Tabla 17: Tratamiento e Indicaciones**

	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>0</b> No Hay registro	5	1.7%
<b>1</b> Registro inadecuado	2	0.7%
<b>2</b> Registro adecuado	295	97.7%
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Expediente clínico de la UMF 137

La terapéutica con registro adecuado en 97.7%, inadecuadamente en 0.7% y sin registro en 1.7%.

**Tabla 18: Nombre y Firma**

	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>2</b> Registro adecuado	302	100.0%

<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>100.0%</b>
--------------	------------	---------------

Fuente: Expediente clínico de la UMF 137

El registro del nombre y firma se realizó adecuadamente en el 100% de los expedientes.

En la evaluación de las notas médicas se repite la deficiencia del registro de los datos de laboratorio y gabinete (tabla 15). El dato más registrado en las notas fue el de nombre y la firma del Médico responsable (tabla 18).

### GENERALIDADES

**Tabla 19: Letra Legible**

	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>1</b> Registro inadecuado	2	0.7%
<b>2</b> Registro adecuado	300	99.3%
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Expediente clínico de la UMF 137

En las generalidades se encontró registro de la letra legible adecuadamente en 99.3% e inadecuadamente en 0.7%

**Tabla 20: Sin Abreviaturas**

	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>1</b> Registro inadecuado	232	76.8%
<b>2</b> Registro adecuado	70	23.2%
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Expediente clínico de la UMF 137

Las abreviaturas con registro adecuado en 23.2% e inadecuado en 76.8%.



## DISCUSION

En este trabajo se documentó con el instrumento utilizado, la calidad que presentan los expedientes clínicos de la unidad de medicina familiar número 137 del IMSS.

Con los datos obtenidos se observa que en general, la calidad en el registro del expediente clínico en esta unidad es buena en más del 89 % de los expedientes evaluados.

En los reportes de la CONAMED se hace mención que los porcentajes de registro adecuado de la historia clínica dentro del expediente es del 40% (4 de cada 10 expedientes).<sup>12</sup>

La diferencia es notable comparado con los resultados que se obtuvieron esta investigación en los que encontró que en 8 de cada 10 expedientes se contaba con registro adecuado de la historia clínica.

De los datos que menos se registraron en este rubro y en las notas medicas de evolución, fueron los resultados de laboratorio y gabinete, esto se pudiera explicar porque algunos diagnósticos no justificaban la solicitud de estudios paraclínicos, por lo que el porcentaje de registro fue bajo.

Los datos que más se registraron en general fueron: la hora y fecha de las atenciones médicas, así como el nombre y la firma del médico responsable en el 100% de los expedientes.

Es de conocimiento popular del médico, sobre la utilización repetida de abreviaturas dentro del expediente clínico aunque el registro de las abreviaturas es una táctica para disminuir el trabajo invertido en la redacción dentro del expediente, es necesario no hacer uso indiscriminado de las mismas ya que disminuye la legibilidad de lo que se registra y puede demeritar el valor legal del expediente.<sup>3</sup>

En este estudio se refleja un alto porcentaje de registro de las mismas (76.8%) en los expedientes, se observó que en muchas de estas abreviaturas no existe un antecedente documentado de su significado.

Caso contrario fue la utilización de la letra legible que es otro de los datos que frecuentemente se registra inadecuadamente, el porcentaje de registro adecuado fue de 99.3%, esto último se puede explicar por la utilización actual del expediente electrónico, en el cual existe poca probabilidad de ilegibilidad del registro a menos de que sea deficiente la redacción de las palabras utilizadas, detalle que en este estudio no se presentó.

El expediente clínico representa la suma de la relación médico-paciente y paciente-institución estableciéndose como un documento técnico, científico, administrativo, legal y confidencial, en donde se registran datos en orden cronológico concernientes al proceso salud-enfermedad, procedimientos diagnósticos y terapéuticos instauradas, debiendo registrarse todos los datos en todas sus partes pre-estructuradas, estar llena completa y bien diligenciada, con identificación personal a través de la firma y sello, la conclusión debe indicar el obrar médico y constituir un documento respaldatorio para el galeno y la institución.<sup>28, 29</sup>

## CONCLUSIONES

Con esta investigación se logró el objetivo de evaluar calidad del registro de los expedientes en nuestra unidad de medicina familiar.

Estos resultados permiten hacer un análisis reflexivo de la actitud del personal de salud y en especial de los médicos familiares, hacia la correcta documentación según se encuentra establecido en la norma oficial mexicana NOM-168-SSA1-1998.

Aporta con sus resultados, elementos para mejorar algunos aspectos en los que se omite este su registro. Es de suma importancia tomar en consideración estos datos para que puedan ser reproducidos en otras unidades de medicina familiar y en especial en las unidades en donde se encuentran Médicos Familiares con especialidad, supondríamos que la calidad del registro dentro de los expedientes sería buena en comparación con las unidades en donde se encuentran médicos sin el proceso de especialización.

El expediente clínico es frecuentemente menospreciado por los médicos en general, es un instrumento de gran valor que cuando no se utiliza, pone a los mismos médicos en situación de indefensa ante cualquier duda o inconformidad que el paciente interponga ya sea en los juzgados civiles o penales o en el mejor de los casos ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). De aquí la importancia que el expediente clínico se encuentre adecuadamente registrado con los datos que se establecen en la Norma Oficial Mexicana.

El formato de evaluación que se utilizó cuenta con los puntos básicos para calificar la calidad del registro del expediente clínico, con la mayor objetividad posible para que mediante este tipo de evaluación se permita una mejoría en el registro de los datos que debe de contener todo expediente, especialmente, los que se manejan a nivel de las unidades de medicina familiar y puede ser utilizado para siguientes estudios con el mismo objetivo.

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1.- Estañol B. La invención del método anatómico-clínico. México, Universidad Nacional Autónoma de México; 1996
  
- 2.- Normativa de uso y ordenación de la Historia Clínica del Hospital de la Santa Creu y Santa Paula. Barcelona, 1993.
  
- 3.- Quintero, Luis; Díaz, Isabel; Vethencourt, Alfredo; Vivas, Lilian. Las abreviaturas en la historia clínica. *Salus militiae*; 16(1/2):5-12, ene.-dic. 1991
  
- 4.- Fernando Guzmán Mora, Md “La Historia Clínica: Elemento Fundamental Del Acto Médico” URL:[http://www.abcmedicus.com/articulo/medicos/2/id/430/pagina/1/historia\\_clinica\\_elemento.html](http://www.abcmedicus.com/articulo/medicos/2/id/430/pagina/1/historia_clinica_elemento.html)
  
- 5.- Cabello C., Sanz Menéndez L. La organización social en los procesos de investigación y desarrollo tecnológico en el sector de informática de la salud. Comunicación al IV Congreso Nacional de Informática de la Salud (Inforsalid 2001). Madrid, 28-30 de Marzo de 2001.
  
- 6.- González MF, Pérez AJJ, Lee RAF. Evaluación específica de la atención médica a partir de los hallazgos de autopsia. *Bol Med IMSS* 1975; 17:321-323.
  
- 7.- Brook RH, McGlynn EA. Part 2. Measuring quality of care. *N Engl J Med* 1996; 335:966-970.
  
- 8.- Lifshitz A. La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica. México Universidad Nacional Autónoma de México, 1997

9.- La conveniencia de la norma en la calidad del expediente clínico. Rev. CONAMED, año 2. Núm. 5, 1997.

10.- Norma Oficial Mexicana NOM-168- SSAI-1998 del expediente clínico.

11.- Poder Ejecutivo (México). Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-168 SSAI-1998 del expediente clínico. México: Secretaría de Salud; 1999.

12.- Ramírez Ramírez A. Documentación del Acto Médico. Rev. CONAMED, Vol. 12, Núm. 1. Enero-Marzo 2007

13.- Fajardo GA, Tatsuko YKL, *Consistencia y validez de una medición en la investigación clínica pediátrica, definición, evaluación y su interpretación*. Vol. Med. Hosp. Inf. Méx. 1991; 48:367-381

14. - Chassin RM. Part 3. Improving the quality of care. N Engl J Med 1996; 335:1060-1063.

15.- Tarlov AR, Ware JE, Greenfield Sh, Nelson EC, Perrin E, Zubkoff M. The medical outcomes study. An application of methods for monitoring the results of medical care. JAMA 1989; 262:925-930.

16.- Hidalgo- Maldonado A, Aparicio- Rosas A, Cedillo-Naya M. Calidad de la atención médica en muerte perinatal. I. Rev Méd IMSS 1995; 33:161-66.

17.- Ugarte-Arce J. Mortalidad materna hospitalaria en la ciudad de Oruro. Rev. Volví Ginecol Obstet 1994;17 (2/3):53-8.

18.- Aguirre-Gas H. Administración de la calidad de atención médica. Rev. Med IMSS 1997; 35: 257-64

19.- Cantero Rivas R. La historia clínica y las penas por violación del secreto profesional. Conferencia: la responsabilidad civil y penal de los médicos. Madrid, 8-9 de abril, 1997.

20.- Martínez López de Letona J. El secreto de la historia clínica. Visión del médico. III Congreso nacional de derecho sanitario, Madrid, octubre de 1996.

21.- Donabedian A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. Un texto introductorio. México: Instituto Nacional de Salud Pública. Perspectivas en Salud Pública; 1990.

22.-Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México: Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana; 1984.

23.- Ramírez Ramírez A. Documentación del Acto Médico. Rev. CONAMED, Vol. 12, Núm. 1. Enero-Marzo 2007

24.- Garduño EJ, Martínez GMC, Gómez EJ, García MM, et al. Evaluación de un instrumento para medir la calidad del expediente clínico. Bol Med Hosp Infant Mex 1991; 48:63-64.

25.- Martín Abreu L. LA HISTORIA CLINICA Manual de procedimientos. PAC MG 1, A3, 1ra ed, MEXICO: Intersistemas SA DE CV; 1997.

26.- Quintero, Luis; Díaz, Isabel; Vethencourt, Alfredo; Vivas, Lilian. Las abreviaturas en la historia clínica. Salus militiae; 16(1/2):5-12, ene.-dic. 1991

27.- Navarrete Navarro S. "Consistencia y Validez en la evaluación del expediente clínico". Gac Med Mex, Vol 136, No. 3, 2000

28.- Aranguren E.A. "Auditoria Médica. Garantía de calidad en la atención a la Salud". Buenos Aires. Centro editor de la Fundación Favalaro. 2001

29.- Donabedian A. "Continuidad y Cambio en la búsqueda de la Calidad". Rev. Salud Pública de México. May- Jun 1993

### *FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS*

Nº DE CONSULTORIO	NUMERO DE EXPEDIENTE				
	1	2	3	4	5
<b>HISTORIA CLINICA</b>					
1. Ficha Clínica					
2. AHF					
3. APP					
4. APNP					
5. PEPA					
6. SV					
7. Datos topográficos					
8. laboratorio, gabinete, etc.					
9. Terapéutica					
10. Diagnostico					
<b>NOTA DE EVOLUCION</b>					
11. Fecha y hora					
12. Evolución y actualización del cuadro					
13. Signos vitales					

14.- Exploración Física					
15. Resultados de exámenes de laboratorio y gabinete.					
16. Diagnósticos					
17. tratamiento e indicaciones medicas					
18. Nombre y firma					
<b>GENERALIDADES</b>					
19. Letra legible					
20. Sin abreviaturas.					
<b>TOTAL</b>					
<b>INDICADOR DE CALIDAD</b>					

<b>0</b>	No se encuentra en el expediente.
<b>1</b>	Se encuentra de manera inadecuada.
<b>2</b>	Se encuentra adecuadamente en el expediente.

<b>Buena calidad del registro</b>	de 31 a 40 puntos.
<b>Regular calidad del registro</b>	de 21 a 30 puntos.
<b>Mala calidad del registro</b>	20 puntos o menos.