



112261.63

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA HOSPITAL "DR. BELISARIO DOMINGUEZ"

"FACTORES QUE SE ASOCIAN CON LA MALA CALIDAD EN LA ELABORACION DE LA HISTORIA CLINICA Y NOTAS DE EVOLUCION EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA CLINICA HOSPITAL DR. BELISARIO DOMINGUEZ, DE TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS"

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, PRESENTA

JOSE LUIS JIMENEZ GOMEZ



CHIAPAS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1997



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCIÓN GENERAL MEDICA

RECIBIDO

SIC. 1 1997

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES Y ESTADÍSTICA

" FACTORES QUE SE ASOCIAN CON LA MALA CALIDAD EN LA ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Y NOTAS DE EVOLUCIÓN, EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA CLÍNICA HOSPITAL DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ, DE TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS "

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

JOSÉ LUIS JIMÉNEZ GÓMEZ

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. ROGELIO SÁNCHEZ FIGUEROA
PROFESOR TITULAR
DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES EN
TUXTLA GUTIÉRREZ.

DRA. MARGARITA NAVARRETE SALCEDO
ASESOR DE TESIS
I S S T E L.

DR. PEDRO DORANTES BARRIOS
ASESOR DE TESIS
U.N.A.M.
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. HÉCTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA I S S T E L.

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS..

AGOSTO DE 1997.

" FACTORES QUE SE ASOCIAN CON LA MALA CALIDAD EN LA ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Y NOTAS DE EVOLUCIÓN, EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA CLÍNICA HOSPITAL DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ, DE TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS "

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

PRESENTA:

JOSÉ LUIS JIMÉNEZ GÓMEZ

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DRA. MARÍA DEL SOCÍO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS,

AGOSTO DE 1997

A G R A D E C I M I E N T O :

A LA DRA. MARGARITA NAVARRETE SALCEDO

*Por su valiosa asesoría,
que sin ella no hubiera sido
posible la realización del presente trabajo.*

AL PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE ARCHIVOS CLINICOS Y ESTADISTICA DE LA CLÍNICA HOSPITAL DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ

*Por su apoyo en la elaboración del
presente trabajo.*

ÍNDICE

	PÁG.
1. MARCO TEÓRICO.....	5
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
3. JUSTIFICACIÓN.....	20
4. OBJETIVOS.....	23
5. METODOLOGÍA.....	24
Tipo de Estudio.....	24
Tipo y Tamaño de Muestra.....	24
Criterios de Inclusión	25
Criterios de Exclusión	25
Criterios de Eliminación	25
Información a recolectar	26
Método o procedimiento para captar y analizar la información..	27
Consideraciones Éticas.....	27
6. RESULTADOS.....	28
7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS.....	61
8. CONCLUSIONES.....	66
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
10. ANEXOS	

I. MARCO TEÓRICO

Algunos autores refieren que la atención a la enfermedad es un proceso que se realiza para solucionar en forma conjunta un problema de salud. El reto actual de la atención a la enfermedad se presenta en medio de circunstancias que es preciso superar. La escasez de recursos determina la necesidad de plantear cuidadosamente las acciones para mejorar el otorgamiento de los servicios. La organización del personal y de los servicios es el elemento básico para aprovechar más los recursos y atender mejor y oportunamente a los pacientes.¹

El control de la calidad asistencial es un proceso de enorme interés y gran complejidad, que suele hacerse valorando las estructuras del centro donde se realiza la asistencia, el proceso de atención al enfermo y/o los resultados obtenidos. La historia clínica es un documento importante en la calidad de la atención, además de otros factores que intervienen también para lograrla y los médicos que trabajan en medicina familiar y comunitaria suelen ser poco conscientes de la calidad de las mismas. La realización periódica de auditorías sobre ellas permite obtener una información importante que retorna a los médicos que las generan y permite detectar insuficiencias y en su caso introducir elementos correctores. Este tipo de actividades debería de incorporarse de forma rutinaria a la práctica clínica, porque a pesar de no estar demostrado mejora la calidad asistencial.²

En el primer nivel de atención médica una de las principales innovaciones ha sido la creación de la historia clínica específica de su medio. La realización de auditorías sobre el registro de la historia clínica permite conocer directamente la calidad de la documentación que se está manejando y de forma indirecta aproxima al sistema de evaluación de la calidad asistencial.³

La historia clínica es el documento fundamental del sistema de registro del primer nivel de atención que garantiza la existencia de información sobre aspectos administrativos, de investigación y asistenciales de una forma continua en el tiempo lo que permite un seguimiento longitudinal del paciente. Permite una unificación diagnóstico-terapéutica, el análisis y comparación entre profesionales que actúan ante un mismo problema así como la autoevaluación. Y aunque en sí misma no supone una garantía de calidad en la atención prestada, puede asegurarse que existe una relación directa entre esta y la calidad de las historias clínicas.

Tradicionalmente el análisis del expediente clínico y los registros médicos fueron sinónimos de Auditoría Médica y de Evaluación de calidad. Se pueden enumerar críticas acerca de la confiabilidad del expediente clínico para medir la calidad, pero

este documento ha resistido la prueba del tiempo y es la evidencia escrita más importante de la atención médica que tiene indudable utilidad en la docencia e investigación y es la prueba documental en ocasiones la única ante demandas legales. El número y complejidad de comités técnicos varía en razón del nivel y complejidad del hospital. En Holanda, país pionero en programas de garantía de calidad, los Comités Técnicos tienen más bien un papel simbólico y se organizan más para cumplir con las reglas oficiales de acreditación. En México por el contrario lo mínimo a que puede aspirarse es que investiguen si las muertes, infecciones, o complicaciones pudieron evitarse; si los expedientes clínicos reflejan el cuidado y el conocimiento médico; y si los trabajadores que ingresan a la institución son los más competentes¹

En diferentes instituciones del sector salud se han llevado a cabo análisis de procedimientos para la calidad de atención, que incluye la revisión de expedientes clínicos los que han sido instrumentados para evaluar la atención que otorgan los médicos y corresponde a un comité de evaluación la verificación de los registros en el expediente clínico, tanto en presentación como en contenido, en donde también el Jefe de Servicio tiene la responsabilidad de revisar los registros médicos, mediante recolección de datos.²

En un estudio realizado en la Clínica Oriente del ISSSTE en la ciudad de México, cuyo objetivo era el análisis del tratamiento y seguimiento de pacientes diabéticos atendidos durante 1 año o más, encontraron como hallazgo importante que el total de los 70 pacientes estudiados no tenían elaborada la historia clínica en su expediente. Este hallazgo es de mucha utilidad para evaluar la conducta operativa del equipo de salud de ese centro de atención, y no debe pasar desapercibido. Esto puede ser tomado en cuenta para la mejor organización de la atención médica en lo concerniente a mejorar las posibilidades de tratamiento y seguimiento adecuado de cualquier patología.

Los propósitos de mantener registros de pacientes son: clínico, médico-legal, epidemiológico, de salud pública, interés público e histórico, investigación y evaluación. Estos registros y resúmenes han mostrado influencia en el cuidado del paciente y la continuidad del mismo. El mantenimiento de datos orientados en problema y tiempo son de reciente desarrollo y han sido adoptados por la mayoría de los países como un estándar para seguimiento de registros en expedientes clínicos. El médico general coordina una variedad de tratamientos en el manejo de enfermedades crónicas y medicina preventiva, incluyendo filtrado y detección temprana. Con el incremento de grupos multidisciplinarios en el cuidado de la salud los registros de la atención son importantes para integrar notas de salud médica, así como para la realización de investigaciones epidemiológicas tomados como fuente

de información que puede ser compartida por el equipo de atención a la salud. En México el desarrollo de estudios epidemiológicos basados en este tipo de registros ha evolucionado pobremente, esto debido a la gran diversidad de problemas a que se enfrenta el investigador en la obtención de datos en los registros médicos, sin dejar de ser por esto una fuente valiosa en cuanto a la acuciosidad del diagnóstico. La información confiable y relevante es también un requisito fundamental para la interacción y toma de decisiones clínicas en el encuentro médico-paciente. Existen estudios que critican la calidad variable en el registro clínico de pacientes, pudiendo ser una razón que un 70% de información médica necesaria es ignorada durante la visita del paciente. Sin embargo, los conocimientos actuales en la administración de información en la práctica general no están disponibles en la mayoría de los países.⁷

La medicina clínica es la que se ejerce directamente con el paciente, en una concepción amplia es el estudio ordenado de las diversas manifestaciones de los padecimientos en los enfermos, sean reveladas por medio de la historia clínica o de los diferentes procedimientos auxiliares, con el fin de obtener el diagnóstico y a través de él aplicar las medidas terapéuticas oportunamente y conocer su pronóstico. Existen muchos investigadores que intentan explicar el procedimiento diagnóstico como parte del método científico, aunque hay que aceptar que no todos los médicos utilizan esa metodología en su trabajo diario y menos ante todos los pacientes. Para ejercer la medicina se necesitan una serie de herramientas y también características humanas (compromiso social, compasión y honestidad). Dichas herramientas se enseñan de manera dogmática en las fases iniciales de la carrera de médico cirujano, como sucede con la propedéutica, a base de cartabones incluyendo el llamado Estándar de oro, en lugar de darla a conocer como método deductivo, que en la búsqueda del conocimiento de los problemas del paciente permita el análisis de sus signos y síntomas así como del resultado de estudios de laboratorio y/o gabinete, los cuales forman parte del protocolo de estudio del paciente.⁸

El método de registro que según los autores satisface las necesidades de la práctica médica general y familiar está basado en el sistema orientado hacia problemas enunciado por el Dr. Weed, quien dijo: "Esta multiplicidad de problemas... es la principal característica diferencial entre las actividades del médico y la de otros científicos" y desde hace mucho tiempo arguye que la instrucción clínica del mismo debe basarse en un sistema que lo ayude a definir y seguir los problemas de los pacientes, y sus cuatro fases de acción médica son: Base de datos, lista de problemas, planes iniciales y seguimiento. Este no es el único sistema que se puede utilizar, ya que por ejemplo existen actualmente los elementos para el registro de datos en una historia clínica familiar que consiste también en: datos objetivos, subjetivos, de evaluación y diagnóstico, sin embargo el primero tiene muchas

ventajas sobre la mayoría. Los principios ilustrados aquí proporcionan la información básica necesaria para planear o modificar los registros de su práctica y adaptarlas a sus propias condiciones de trabajo, a sus necesidades y temperamento.^{10, 11, 12}

En estudios realizados en México, el autor revisó 170 historias clínicas elaboradas por 17 médicos en el servicio de consulta externa encontrando que en un 93% de casos el médico obtuvo información del paciente a través del interrogatorio dirigido y en un 6.5% en forma de tribuna libre. Siendo un hecho significativo que en más del 32% de los casos no preguntaran sobre antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales no patológicos, antecedentes gineco-obstétricos, ni de terapéutica actual, también encontró que solo el 68.5% de los médicos realizó exploración física al paciente y que en un 34.1% los médicos no proporcionaron diagnóstico alguno, sin determinar los factores que intervinieron en estos resultados.¹¹

Ruelas Barajas y colaboradores en un estudio observaron la corrección de registros médicos incompletos a expedientes clínicos completos a partir de la creación de círculos de calidad de la atención médica, si bien difícilmente se logra un 100% de registros completos los niveles mejoran notablemente. Además coinciden con Barbara Bates y col., al considerar importante el preparar previamente el escenario de la entrevista y la valoración de la infraestructura física donde son realizadas las actividades médicas ya que un ambiente adecuado mejorará la comunicación incluyendo entre otros los siguientes factores: Sistemas de iluminación y ventilación adecuados, y agregan que la solución de la patología detectada en el paciente está íntimamente relacionada con los insumos utilizados.^{14, 15, 16, 17}

Otros autores consideran la clase social e ingreso económico del médico como factores que se asocian a deficiente comunicación y relación médico paciente, asociando también el número de pacientes asignado a cada médico, como posible factor que influye en el llamado síndrome de hipocompetencia clínica, con carencias u omisiones, principalmente de conciencia de una cultura de calidad, en donde se identifican patrones de actitud y comportamiento en los prestadores del servicio, que dan lugar a una deficiente atención al paciente. En un estudio realizado con médicos de primer nivel de atención y considerando los factores antes mencionados, observaron que menos de la mitad de médicos coincidieron con sus pacientes en la identificación del problema que originó la consulta de los mismos. Treviño, G. apoya la consideración de éstos factores y opina que todo programa que aspire a mejorar la calidad del los servicios de salud, debe incluir la mejora de sueldos y prestaciones, que han sido vulnerados por la crisis económica de la última década.¹⁸

¹⁹

En un estudio realizado por Aguirre Gas encontró que los grados de satisfacción más bajos de los trabajadores fueron: por Salario 43%, por área de trabajo (63%), por pocas expectativas de superación 75% y por apoyo institucional un 68%. La evaluación de los servicios médicos del ISSSTE en 1988 por un grupo interinstitucional presidido por la Secretaría de Salud reveló opiniones desfavorables de los médicos respecto a los tiempos de respuesta en la prestación de servicios y los niveles salariales. También el personal espera contar con elementos físicos y materiales para la realización de sus actividades, además de mejores sueldos y un reconocimiento a su labor.²⁰

J. Bellón S y cols. Realizaron un estudio acerca de los factores que se asocian a la complementación del registro estático de la historia clínica en un centro de salud en Albaycín, España, obteniendo como resultado que la edad del médico, es un factor que se asocia en forma importante en la consignación de los registros, encontrando que a mayor edad y antigüedad laboral del médico sus registros son mas incompletos. Otros factores asociados fueron falta de tiempo disponible, mala organización, déficit del personal administrativo y un aumento de la demanda de atención médica por parte de los derechohabientes.

En el Departamento del Distrito Federal actualmente se está realizando la valoración inicial del proceso e impacto del programa considerando los cambios de actitud a partir de la satisfacción laboral como factor relevante. La satisfacción del trabajador en el desempeño de sus funciones es considerada por diferentes teóricos o investigadores en ciencias sociales como un factor determinante de la calidad de atención, que se aplica a los modelos de evaluación en servicios de salud. Maslow afirma que la satisfacción de las necesidades da como resultado una actitud positiva de los trabajadores, por lo tanto se establece que éste es uno de los factores prevalentes relacionados con su motivación y desempeño eficiente. Según Herzberg, existen factores de motivación intrínsecos del trabajo que son: el reconocimiento recibido por el desempeño, la responsabilidad y ascensos. Y los extrínsecos que incluyen factores higiénicos, políticas de organización, supervisión, disponibilidad de recursos (equipo e instrumental apropiado), el salario (remuneración adecuada a su nivel) y la seguridad. Blendom en una publicación compara la complejidad de los procedimientos en la práctica médica con la escala de valores relativos y los honorarios que cobran los médicos.²¹

La situación laboral es tan importante que el ser humano le dedica sus mejores años y gran parte de su tiempo, tanto si se le considera un medio para ganarse la vida, o como una oportunidad para la realización personal. La situación laboral implica aspectos como son la vocación y las aptitudes de la persona, así como la necesidad de contar con un ingreso que le permita satisfacer sus necesidades básicas. La

insatisfacción en el trabajo se manifiesta de diferentes formas: Burocratismo, apatía, ausentismo, pasividad o agresividad, estas tienen un alto contenido emocional, derivadas tanto de causas personales como de factores del medio ambiente, y bajo estas condiciones difícilmente se puede otorgar un servicio de calidad. En un estudio realizado en el servicio de urgencias del Hospital " Lic. Adolfo López Mateos " I.S.S.S.T.E. en la ciudad de México, se detectaron algunos problemas como son la falta de capacitación de su personal, el burocratismo y la desmotivación del mismo, mala organización del servicio, insatisfacción por parte del personal de salud de la desproporción existente entre la responsabilidad que implica su trabajo y la remuneración económica que recibe, además de un incremento importante en la demanda de atención médica por parte de los derechohabientes.²²

Otros factores serían el rendimiento del médico, si la consulta es de primera vez o subsecuente, si se realiza examen físico completo o si el paciente es joven o anciano, y no debe asegurarse que este último sea incapaz de proporcionar datos para una historia clínica confiable, sin embargo el elaborarla tomará más tiempo que en el paciente joven, existiendo con frecuencia por parte del anciano una multitud de quejas en lugar de una queja principal, la limitación de la audición o el habla, trastornos en el carácter o dificultad en los procesos de pensamiento, es posible que presenten múltiples problemas de salud que además suelen ser crónicos, progresivos y debilitantes y se solapan en el propio proceso de envejecimiento. Hay pacientes ancianos que olvidan informar de algunos de sus síntomas, simplemente porque temen que las quejas se atribuyan a su edad o porque creen que no se puede hacer ya nada al respecto, cualquiera de estos factores pueden plantear dificultades específicas a la hora de organizar la información de la historia clínica aun si la fuente de información son los familiares y amigos del paciente. El tiempo que emplea el médico en la atención puede servir de indicador aproximado de la calidad de la consulta y de las diferencias en el contenido del expediente clínico, documento tradicional que necesita de formatos especiales, sobre todo en la atención institucional por la gran cantidad y variedad de acciones médicas que requieren uniformidad en su registro. Este documento ha evolucionado acorde con los cambios en la medicina y existen múltiples modelos y todos estos constan de una Historia clínica como elemento fundamental y hojas adicionales para datos complementarios.^{23,24}

En el sistema de salud del país, se ha pretendido que el expediente clínico sea único, es decir sirva en todos los niveles de atención 1º, 2º y 3º, pero ésto no se ha logrado, debido a que las instituciones que conforman el sistema tienen diferentes políticas de salud.

Se han comentado diferentes medidas y tendencias como son: Modelo Weed, modelo Stuart, de las Escuelas de Medicina de South Hampton, Inglaterra, de otras Escuelas del Sistema Médico Familiar del IMSS y otra propuesta por la Facultad de Medicina de la UNAM, etc.

En lo que se refiere al ISSSTE desde 1986 se planteo la posibilidad de contar exclusivamente con una historia clínica para la consulta externa de Medicina General y otra para los Hospitales, en donde el modelo utilizado para los médicos generales viene en forma simplificada y no afecta o interfiere en la calidad de la atención, cuya información serviría a los modelos de hospital agregando solamente una hoja de envío o transferencia, todo esto con el objeto de registrar datos relevantes únicamente y en el menor tiempo posible. Esta propuesta es una combinación de lo que contiene el Expediente Tradicional y el Expediente Clínico Organizado por Problemas; los cambios que se introducen en el formato de la Historia Clínica van más acordes con el concepto actual de salud, sobre todo en lo relacionado con los antecedentes en donde se integran el componente biológico, medio ambiente general y el modo de vida. Pero en el momento actual este modelo no se ha implementado en la clínica hospital y el modelo que se utiliza para la elaboración de Historia Clínica enumera los siguientes puntos: Nombre del enfermo, edad, sexo, sala, cama, número de expediente, cédula, servicio. En otro apartado van: Antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales no patológicos, antecedentes personales patológicos, padecimiento actual, Interrogatorio por aparatos (digestivo, respiratorio, circulatorio, urinario, genital, nervioso), órganos de los sentidos, síntomas generales y terapéutica empleada. Finalmente contiene los datos de la Exploración física que incluye signos vitales y somatometría (estatura, peso actual, peso ideal, pulso, respiraciones, temperatura, T.A.). Inspección general, cabeza, cuello, tórax, abdomen, tacto rectal y vaginal, extremidades, impresión diagnóstica. Lugar, fecha y nombre del médico que elaboró la historia clínica. (Formato SM-1-2), ver anexo 1. Y se encuentra clara y debidamente establecido en la normatividad del Instituto, que la elaboración de la historia clínica corresponde a los médicos del primer nivel de atención y que ésta deberá realizarse a todo paciente que solicite la apertura de su expediente clínico en el servicio de archivos clínicos de la unidad o cuando solicite atención médica por primera vez.

Otro componente del expediente clínico es la nota de evolución y tratamiento que en concordancia con los problemas y diagnósticos establecidos deberá contener en la primera vez el programa de estudio, los diagnósticos y/o problemas y las indicaciones terapéuticas. En la consulta subsiguiente se podrán registrar la evolución reciente de los síntomas y signos, resultados de exámenes de laboratorio y gabinete y expresando la interpretación y comentarios, así como la ratificación o rectificación del diagnóstico y la terapéutica. Notas de revisión de procesos

crónicos, complicaciones, falta de respuesta al tratamiento, reingresos, que requieren una actualización del proceso. Notas de interconsulta por parte del médico de primer nivel de atención, en la que conste la finalidad o motivo de la transferencia a la especialidad consultada. El especialista valorará y determinará si el paciente amerita o no atención especializada. Elaborará nota clínica con resumen y resultados de la evolución y tratamientos en el servicio, indicaciones específicas de control y tratamientos posteriores en la nota de evolución para que el paciente continúe su atención si es necesario en el servicio de Medicina General o Familiar de la misma unidad de adscripción.

Para el llenado de Notas de Evolución en el Instituto se utiliza el formato SM-1-3, normado desde el año de 1986, el cual incluye los siguientes apartados o campos: Nombre del paciente, número progresivo, cédula o número de expediente, servicio, cama, fecha, hora, nombre del médico y la evolución del paciente. ver anexo 2.

Respecto al tiempo de duración de cada consulta, desde 1988 se encuentra establecido que el tiempo promedio de duración de la consulta de especialidad será de 30 minutos para pacientes de primera vez y de 20 minutos para los subsecuente. Para el médico general esta establecido que la duración promedio será de 30 minutos en pacientes de primera vez y de 15 minutos en los subsecuentes y que a todo paciente que solicite consulta por primera vez se deberá elaborar su historia clínica.^{25, 26, 27}

ESTUDIO PILOTO

Con el objeto de validar los instrumentos de medición del presente trabajo se realizó un estudio piloto en el Hospital de Zona II del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Para tal efecto se aplicó un cuestionario con 25 preguntas abiertas y cerradas a 10 médicos adscritos al servicio de consulta externa, eligiéndose en forma aleatoria a 5 médicos especialistas y 5 médicos generales o familiares; además se realizó la revisión de 10 expedientes de médicos especialistas tomados al azar del archivo general y de la misma manera un número similar de expedientes se tomó del archivo clínico del servicio de consulta externa de medicina familiar, teniendo un total de 20 expedientes como universo de estudio.

Para la encuesta de los expedientes clínicos se aplicaron 2 instrumentos de medición. (Ver Anexos 5 y 6)

En el cuestionario aplicado a los médicos se incluyeron las siguientes preguntas:

- 1.- ¿Qué tipo de plaza ocupa en el Instituto?
1 base
2 eventual
- 2.- ¿Según su contrato laboral qué tipo de categoría tiene usted?
1 Médico General
2 Médico Especialista
- 3.- ¿Cuánto tiempo tiene trabajando en el Instituto?
R _____
- 4.- ¿De cuántas horas diarias comprende su contrato laboral?
R _____
- 5.- ¿Cuántas horas diarias dedica para la atención de su consulta?
R _____
- 6.- ¿Tomando en cuenta sus horas contratadas cuántos pacientes debe atender diariamente?
R _____
- 7.- ¿De estos pacientes cuántos deberían ser de primera vez?
R _____

- 8.- ¿Cuántos pacientes deberían ser subsecuentes?
R _____
- 9.- ¿La iluminación del consultorio en dónde realiza sus actividades es?
1 Natural
2 Artificial
- 10.- ¿Este tipo de iluminación cómo influye en la realización de sus actividades diarias?
R _____
11. ¿La ventilación del consultorio en dónde realiza sus actividades diarias es?
1 Natural
2 Artificial
- 12.- ¿Este tipo de ventilación cómo influye en la realización de sus actividades diarias?
R _____
- 13.- ¿Para la atención de sus pacientes la Institución les proporciona?
1 Si 2 No
Estetoscopio
Baumanómetro
Estuche de diagnóstico
Ninguno
- 14.- ¿Cuántos pacientes de primera vez atiende diariamente?
R _____
- 15.- ¿Cómo selecciona a que paciente realizarle la historia clínica?
R _____
- 16.- ¿Cuánto tiempo emplea en la elaboración de la historia clínica?
R _____
- 17.- ¿Cuántas historias clínicas elabora diariamente?
R _____

- 18.- ¿Cuál es el objetivo de que los pacientes tengan elaborada su historia clínica?
R _____
- 19.- ¿Qué utilidad tienen las notas de evolución de los pacientes?
R _____
- 20.- ¿Qué utilidad tiene para usted el modelo utilizado dentro del Instituto para la realización de la historia clínica?
R _____
- 21.- ¿Qué cambios le haría usted al modelo utilizado dentro del Instituto para la elaboración de la historia clínica?
R _____
- 22.- ¿Qué cambios le haría usted al modelo utilizado dentro del Instituto para la elaboración de las notas de evolución?
R _____
- 23.- ¿Existe algún factor que influya en la realización de la historia clínica completa de sus pacientes?
1 Si 2 No
- MENCIONELO _____
- 24.- ¿Existe algún tipo de paciente a quien se le facilite hacerle la historia clínica?
1 Si 2 No
¿Quién? _____ ¿Por qué? _____
- 25.- ¿Existe algún tipo de paciente a quien le resulte difícil hacerle la historia clínica?
1 Si 2 No
¿Quién? _____ ¿Por qué? _____

Resultados

En el cuestionario aplicado a los médicos se encontró que 8 son especialistas, 1 es médico general, 1 respondió que es médico familiar; 1 médico tiene antigüedad de 8 años, 1 de 10 años, 1 más de 11, 1 lleva laborando 13 años, 1 de 16 años, 2 médicos de 17 años, 2 más llevan laborando 20 años, y 1 viene laborando desde hace 23 años; 9 médicos son de base y 1 tiene contrato eventual. 2 médicos dedican 3 horas para la atención de la consulta diaria, 2 más le dedican 4 horas, 1 refiere que para la atención diaria de la consulta invierte 5 horas, y a 5 médicos le toma 6 horas la atención de la consulta; 2 médicos respondieron que por turno de trabajo deben atenderse a 1 paciente de primera vez, 1 considera que son 3 los pacientes de primera vez, 4 médicos contestaron que por turno deben ser atendidos 4 pacientes de primera vez, 1 respondió que deben ser 6 pacientes de primera vez y 2 médicos refieren que 8 pacientes de primera vez por turno.

A 5 médicos se les facilita realizar la historia clínica a pacientes adultos jóvenes, 4 respondieron que en pacientes con nivel sociocultural alto, 1 médico no respondió la pregunta.

A 2 médicos se les dificulta realizar la historia clínica en pacientes seniles, a 5 médicos se les dificulta en pacientes con nivel sociocultural bajo, a 1 médico se le dificulta en pacientes con déficit neurológico, 2 médicos no respondieron la pregunta.

Respecto al equipo médico 6 de ellos refieren que la Institución les proporciona estetoscopio, a 3 no se lo proporciona y 1 médico no contestó la pregunta; A 8 médicos el Instituto les proporciona baumanómetro, a 1 médico no se lo proporciona y 1 médico no respondió la pregunta; A 6 médicos les proporcionan estuche de diagnóstico, a 3 no se lo proporcionan y 1 médico no respondió la pregunta.

En relación a la forma de asignación de historias clínicas, 1 médico respondió que se realiza a todo paciente de primera vez, 1 contestó que según la patología del paciente, 1 que se realiza a todo paciente que aún no cuenta con esta, 1 médico respondió que se realiza a todo paciente que es enviado a 2º nivel de atención, 1 refiere que no le corresponde a él determinar la forma de asignación de la historia clínica, 3 médicos no respondieron la pregunta.

Respecto al área física laboral 5 médicos respondieron que la iluminación del consultorio influye positivamente en sus actividades; 1 contestó que es suficiente; 1 la considera adecuada y 3 refiere que la iluminación no influye en sus actividades.

Dos médicos consideran que la ventilación del consultorio influye positivamente en sus actividades; 5 consideran que influye negativamente; uno contestó que la ventilación es suficiente y 2 médicos no respondieron a la pregunta.

Se realizó la revisión de 20 expedientes clínicos, encontrando que el 30% de éstos (6) cuentan con historia clínica elaborada, de éstas el 50% (3) tienen registrado el nombre del enfermo; en una sola se encuentra la edad del paciente; el 100% (6) no tiene registro de la sala de atención; 100% (6) no registró el sexo del paciente; en el 33.3% (2) se encuentra anotado el número de expediente; el 16.7% (1) únicamente tiene anotada la cédula del paciente y el servicio en donde fue atendido; el 66.7% (4) tiene consignados los antecedentes heredo-familiares; el 33.3% (2) tiene anotado los antecedentes personales no patológicos; 0% (ninguna) de ellas cuenta con padecimiento actual, interrogatorio dirigido por aparatos y sistemas somatométrica ni signos vitales: en el 0% (ninguna) de ellas se encuentra consignada la exploración física del paciente.

También se encontró que el 100% de expedientes tiene consignada la nota de evolución, de éstas el 35% (7) tiene registrado el nombre del paciente; el 0% (ninguna) cuenta con número progresivo: 40% de éstas (8) tiene consignada la cédula del paciente; 75% (15) tiene anotado el servicio en el cual fue atendido el paciente; 95% (19) tienen anotado la fecha de atención; el 65% (13) tiene anotada la hora; 30% (6) cuenta con nombre del médico que otorgó la atención; el 80% (16) tiene registrado el sexo del paciente; 75% (15) tiene anotada la edad del paciente; 70% (14) tienen anotados los síntomas del paciente; en el 80% (16) anotaron los signos clínicos en el 95% (19) se encontró anotado el diagnóstico del padecimiento y el tratamiento del mismo.

Análisis

Durante la aplicación del cuestionario se detectaron algunas deficiencias del mismo, por lo que se consideró necesario modificarlo.

Por ejemplo: a la pregunta 2 ¿Que tipo de categoría tiene usted? se agrego a las opciones 1.- Médico General 2.- Médico especialista, una tercera posible respuesta (Médico familiar); Respecto a las preguntas 7.- ¿De estos pacientes cuantos deberían ser de primera vez? y 8.- ¿cuantos pacientes de primera vez atiende diariamente como promedio? que eran abiertas hubo necesidad de modificarlas proporcionando opciones cerradas; A las preguntas referentes a la iluminación y ventilación del área laboral se modificaron por 2 preguntas más (¿Este tipo de iluminación "ventilación" influye en la realización de sus actividades?), y ¿Si su respuesta es afirmativa,

¿Como influye?; Respecto a las preguntas que se refieren al equipo médico se desglosa a una pregunta por cada tipo de instrumento por ejemplo: ¿Para la atención de sus pacientes la Institución les proporciona estetoscopio? repitiéndose para baumanómetro y estuche de diagnóstico; También se agrego una pregunta más al cuestionario ¿ Realiza usted historias clínicas a sus pacientes? dando las opciones afirmativa o negativa, y se creyó pertinente agregar a esta pregunta la siguiente instrucción: Si su respuesta anterior es SI continúe con las preguntas siguientes si es NO pase a la pregunta 34, esto se entiende si tomamos en cuenta que las preguntas siguientes hasta la 33 eran aplicables únicamente a los médicos que respondieran que SI realizan historias clínicas, las últimas 2 preguntas del cuestionario se refieren a las notas de evolución y no fue necesario modificarlas, quedando como originalmente fueron planteadas.

Conclusión

Podemos concluir que la realización del estudio piloto fue de gran utilidad para validar los instrumentos de medición para el estudio principal ya que el cuestionario compuesto originalmente de 25 preguntas fue ampliado a 35, y modificado según las necesidades detectadas, tanto para lograr la información adecuada, como para la concentración de resultados en una base de datos y su posterior análisis. Respecto al Instrumento utilizado en el estudio para la medición de historias clínicas y notas de evolución no fueron modificados ya que estos están compuestos de registros estáticos y en estos no se detectaron fallas, además que este instrumento consta de datos incluidos en el formato oficial de la Institución donde se llevó a cabo el estudio principal.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.-

Desde 1988 durante el desarrollo de mis actividades en el servicio de Consulta Externa de la Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, se ha observado que algunos expedientes clínicos de pacientes subsecuentes no cuentan con historia clínica, otros si la tienen pero son incompletas y/o ilegibles, se han encontrado también expedientes con historias clínicas legibles y completas. Otros cuentan con historia clínica realizadas por personal becario cuando el paciente curso con alguna patología que ameritaba hospitalización. También se ha observado que los expedientes de niños que nacieron en el Hospital, y que han sido atendidos posteriormente en el servicio de consulta externa en su mayoría cuentan únicamente con el resumen clínico del recién nacido elaborada por personal becario. En pacientes que en algún momento fueron referidos a un 2º nivel de atención y pasan de nuevo a consulta externa de medicina general se ha observado en la mayoría de estos que sus expedientes tampoco tienen elaborada la historia clínica.

Otro problema detectado es que las notas de evolución no se llenan bajo un mismo criterio, encontrando diversidad en los datos consignados; también se ha detectado que en ocasiones son ilegibles o incompletas

Tomando en cuenta que en el Instituto se encuentra reglamentado el correcto llenado tanto de la historia clínica como de las notas de evolución, surge la necesidad de plantearse la siguiente pregunta:

¿Cuales son los factores que determinan la mala calidad de las Historias Clínicas y Notas de Evolución elaboradas en el servicio de consulta externa de la Clínica Hospital Dr. Belisario Domínguez, del ISSSTE, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.?

3. JUSTIFICACIÓN

Considerando que la historia clínica y las notas de evolución son documentos del expediente clínico en los que se consigna información muy valiosa en cuanto a antecedentes, síntomas y signos en la consulta de primera vez y subsecuente, así como la exploración física completa del paciente, el análisis de esta información nos lleva al conocimiento del o de los problemas de salud del mismo, así como sus posibles causas, constituyendo el protocolo de estudio que podrá ser apoyado en caso necesario por estudios de laboratorio y/o gabinete y así, elaborar el o los diagnósticos de certeza y su tratamiento oportuno además de su seguimiento. Por ello es conveniente que esta información sea recabada y consignada en forma completa y adecuada por parte del médico, ya que constituye una herramienta útil a nuestro alcance para realizar el estudio integral del paciente.

Ante el problema observado en el servicio de Consulta Externa de la Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez del ISSSTE, en donde no se cuenta con historias clínicas y notas de evolución de calidad y de acuerdo a lo normado por la Institución, resultaría útil analizar los factores que se asocian a su elaboración ya que al identificarlos podremos dar a conocer los resultados obtenidos a quien corresponda, para plantear alternativas de solución y valorar la factibilidad de las mismas

Es obvio que al no existir estudios previos al respecto, se desconoce la existencia del problema, su magnitud y los factores que se asocian con el mismo, que pueden depender del personal médico o de las políticas del propio Instituto, y no se cuenta con la información necesaria para la búsqueda de soluciones a esta situación que persiste sin que nadie haga algo por modificarla. Esto nos motiva para la realización del presente trabajo, que si bien no ofrece por sí solo llegar a la solución del problema, ni al conocimiento de los métodos clínicos ideales de diagnóstico y mucho menos a valorar la calidad de la atención a través de los mismos, pretende dar a conocer si los modelos establecidos por el Instituto para el llenado de la historia clínica y notas de evolución son utilizados por el personal médico, y los factores que se asocian en su realización.

Se considerará a la antigüedad laboral del médico como factor asociado con la elaboración de la historia clínica y notas de evolución ya que en el Instituto trabajan médicos con diferente antigüedad en el servicio de Consulta externa y esta podría de alguna manera tener alguna influencia en la elaboración de las mismas. Otro factor considerado para el estudio es la permanencia del médico en el trabajo pues es importante saber el tiempo que invierte en la atención de la consulta diaria para que en base a esto se considere si el tiempo que utiliza es suficiente para realizar la

historia clínica y notas de evolución como esta establecido. El tipo de paciente asignado a cada médico se considera como factor asociado a la elaboración de la historia clínica y notas de evolución, pues se sabe que la atención del paciente que acude por primera vez a consulta incluye la elaboración de la historia clínica, por lo que es necesario conocer el tipo de pacientes que los médicos atienden y si esto se hace en base a los normas establecidas y dar a conocer los resultados a quien corresponda para su análisis. La edad del paciente como factor asociado a la elaboración de la historia clínica y notas de evolución es importante pues se sabe que no es igual el recabar los datos clínicos de un paciente pediátrico, adulto o senil, ya que a diferencia del adulto en el paciente pediátrico y senil el grado de dificultad es mayor pues el interrogatorio en la mayoría de los casos es indirecto, lo que implica mayor inversión de tiempo y más cuidado para su realización. También es importante conocer si existe alguna diferencia entre el médico eventual de bolsa de trabajo y el de base en la elaboración de la historia clínica y notas de evolución, para sugerir de acuerdo a los resultados obtenidos que sea tomada en cuenta la situación laboral del médico en la búsqueda de solución al problema planteado.

Consideramos indispensable valorar también la existencia de equipo médico para la realización de la historia clínica, y notas de evolución, pues estos instrumentos son necesarios como apoyo para realizar la exploración física del paciente y si carecemos de ellos se dificultará su realización en forma adecuada, por lo que consideramos necesario saber si se cuenta con equipo médico adecuado en el servicio de consulta externa, y dar a conocer los resultados obtenidos para que en caso necesario se solicite a quien corresponda la obtención de este recurso. Se considera también como factor asociado al procedimiento utilizado por el servicio de archivos clínicos para la designación del tipo de paciente a quien se elaborará la historia clínica y al médico que debe realizarla, tomando en cuenta que este procedimiento se encuentra normado por la institución, analizaremos si se cumple con lo establecido para proponer en caso contrario, que se lleve a cabo de acuerdo a los lineamientos correctos. Las condiciones del área física laboral que incluyen ventilación e iluminación suficientes, son muy importantes para que la atención del paciente se realice en un ambiente cómodo y agradable, además de que una buena iluminación es necesaria para realizar la exploración física en forma confiable considerándolos como factores asociados con la elaboración de la historia clínica y notas de evolución, por lo tanto es necesario conocer el tipo de ventilación e iluminación con la que cuentan los consultorios del servicio de consulta externa donde los médicos realizan sus actividades diarias y proponer en caso necesario la corrección de las mismas.

El presente trabajo también nos dará a conocer si contamos con información clara, completa y confiable que permita realizar estudios de investigación clínicos y/o

epidemiológicos facilitando el proceso enseñanza-aprendizaje y actualización del personal médico, además de despertar el interés de las autoridades del Instituto para que se evalúen otros modelos simplificados para la elaboración de la historia clínica en el servicio de consulta externa.

Otra razón es que de acuerdo con los resultados obtenidos se propondrá la vigilancia del proceso de atención médica mediante la supervisión, evaluación a través de la creación de un comité de revisión de expedientes clínicos para corregir las anomalías que se detecten.

Creemos que los motivos anteriormente expuestos justifican la elaboración del presente trabajo de investigación.

4. OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar los factores que se contribuyen para la mala calidad en la elaboración de las Historias Clínicas y notas de Evolución por parte de los médicos de consulta externa, en la Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Objetivos Específicos:

Determinar si la categoría del médico influye en la elaboración de la historia clínica y notas de evolución.

Determinar si la antigüedad laboral del médico influye en la elaboración de la historia clínica y notas de evolución.

Determinar si la permanencia en el trabajo influye en la elaboración de la historia clínica y notas de evolución.

Determinar si el número de pacientes asignados por hora a cada médico influye en la elaboración de la historia clínica y notas de evolución.

Determinar si la edad del paciente influye en la elaboración de la historia clínica y notas de evolución.

Determinar si la situación laboral del médico influye en la elaboración de la historia clínica y notas de evolución.

Identificar si el contar con equipo médico adecuado se asocia a la elaboración de la historia clínica y notas de evolución.

Determinar si la forma de asignación de pacientes a los médicos se asocia a la elaboración de la historia clínica y notas de evolución.

Identificar si las condiciones del área física laboral del médico se asocian con la elaboración de la historia clínica y notas de evolución.

5. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

El diseño del presente estudio será de tipo **RETROSPECTIVO, OBSERVACIONAL, DESCRIPTIVO Y TRANSVERSAL**

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

La población en estudio comprende a 11 médicos generales y a 11 especialistas del servicio de consulta externa de la Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" del I.S.S.S.T.E. En Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, de enero a diciembre de 1995.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizará un muestreo de tipo probabilístico iniciando primero por conglomerados, conformados estos por cada médico de la población en estudio y la información generada por ellos en forma mensual a través de las hojas de actividades diarias.

Por cada médico general se seleccionará un médico especialista a través de un muestreo aleatorio fijo, haciendo un total de 22 médicos. Como anteriormente se anotó, cada conglomerado será representado por cada médico. De cada uno de ellos se seleccionará el 5% de las hojas diarias de actividades archivadas de enero a diciembre de 1995; estas serán enumeradas en forma ascendentes para conformar la estructura muestral y a través de la paginación de un libro se elegirá en forma aleatoria simple los elementos de la muestra por lo que se tomará los dos últimos dígitos de la numeración del libro que corresponderán al número de la estructura muestral.

Como siguiente paso, se seleccionarán los expedientes que se revisarán, que también será el 5% de ellos, por lo que del total de hojas de actividades diarias del médico se formará nuevamente una estructura muestral y se utilizará nuevamente la paginación del libro hasta completar la muestra.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluirán en el estudio a los médicos generales y especialistas que se encuentren laborando en el servicio de consulta externa, durante la realización del estudio, tanto del turno matutino como los del turno vespertino, así como a los expedientes de pacientes que acudieron a consulta de enero a diciembre de 1995, a la Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" del I.S.S.S.T.E. en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluirán del estudio a los médicos que ingresaron a partir del año de 1996, a médicos que estuvieron laborando durante el año de 1995, pero que actualmente no prestan servicio en la institución

A médicos que estuvieron laborando durante el año de 1995, pero que se ausentaron por más de un mes.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Se eliminarán del estudio a médicos que al momento de realizar la investigación estén ausentes por más de 15 días

INFORMACIÓN A RECOLECTAR (variables a recolectar)

VARIABLES DEPENDIENTES

HISTORIA CLÍNICA

NOTAS DE EVOLUCIÓN

VARIABLES INDEPENDIENTES

CATEGORÍA

ANTIGÜEDAD LABORAL DEL MEDICO

PERMANENCIA EN EL TRABAJO

PACIENTE ASIGNADO

EDAD DEL PACIENTE

SITUACIÓN LABORAL DEL MEDICO

EQUIPO MEDICO

FORMAS DE ASIGNACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

ÁREA FÍSICA LABORAL

Para medir la validez y confiabilidad de los instrumentos de medición se realizará un estudio piloto con médicos del I.M.S.S. de consulta externa y expedientes del mismo lugar, en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. de enero a julio de 1996.

Tomando como estructura muestral al número total de médicos generales o familiares y por cada uno de ellos se seleccionará a un especialista. Pretendiéndose

revisar un total de 100 expedientes clínicos durante una semana. La recolección de la información se realizará de la siguiente forma:

Se aplicará un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas a los médicos generales y especialistas el cual será llenado por ellos mismos. El cuestionario se dará a cada médico, indicándoles que lo contesten en un tiempo no mayor de 60 minutos y se calcula aplicarlo al total de los médicos incluidos en el estudio en un tiempo de 5 días hábiles.

Habiendo hecho la selección de la muestra se acudirá al departamento de archivos clínicos y se solicitarán los expedientes de donde se obtendrá la información para obtener los datos de la encuesta. Para el llenado de cada encuesta se calcula emplear aproximadamente 15 minutos por lo que se revisaran 16 expedientes al día, calculándose emplear un total de 40 días para la revisión de todos los expedientes que conforman la muestra, esta actividad se realizará en el transcurso de la mañana, por las tardes se capturará la información en una base de datos para su posterior análisis.

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR Y ANALIZAR LA INFORMACIÓN.

La concentración de la información se realizará diariamente a través de una base de datos (DBASE). El análisis de la información será de tipo multivariado y se utilizarán también las medidas de tendencia central (razones, proporciones, modo, media, mediana, desviación estándar), con el apoyo de un paquete estadístico (EPIINFO).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

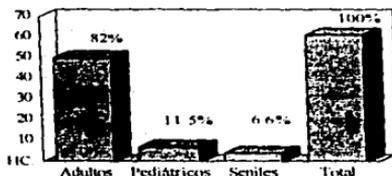
La información que se obtenga en la presente investigación, se manejará en forma confidencial por lo que no se consignarán nombres ni diagnósticos. Se solicitará la autorización previa de las autoridades de la Clínica Hospital, así como la de los médicos a quienes se le aplicará el cuestionario.

6. RESULTADOS

Se realizó la revisión de 136 expedientes clínicos, y de estos el 100% correspondieron a pacientes subsecuentes, de los cuales el 44.9% (61) tiene elaborada la historia clínica, de estas el 82% (50) son de pacientes adultos, el 11.5% (7) pediátricos y el 6.6% (4) de pacientes seniles (Figura 1). De 22 médicos adscritos al servicio de consulta externa, 11 médicos generales y 11 especialistas, se excluyó del estudio a 2 médicos generales, uno de ellos por encontrarse de permiso por mas de 30 días y el otro porque se encuentra ocupando un cargo administrativo de confianza; quedando incluidos en total 20 médicos de los cuales el 55% (11) son especialistas y el 45% (9) médicos generales, el 60% (12) lleva laborando en el Instituto mas de 11 años, un 25% (5) entre 5 y 10 años y el 15% (3) tiene una antigüedad menor de 4 años. El 30% (6) permanece en su área laboral todo el tiempo contratado, mientras que en el resto la permanencia es incompleta. El 95% (19) es personal de base.

Únicamente el 20% (4) cuenta con equipo completo, en el 40% (8) es incompleto, y a un 40% (8) no le proporcionan equipo médico, 2 médicos que cuentan con equipo completo refieren que la papelería que les proporciona la institución no es la adecuada. En un 25% (5) la elaboración de historias clínicas la asigna el servicio de archivos clínicos, en un 10% (2) por la dirección del hospital, únicamente en un 15% (3) las historias clínicas son asignadas por norma institucional y el 50% refiere que no realizan historias clínicas, correspondiendo este grupo a médicos especialistas. Respecto al área laboral solo el 15% (3) de médicos refiere que su área física laboral es adecuada.

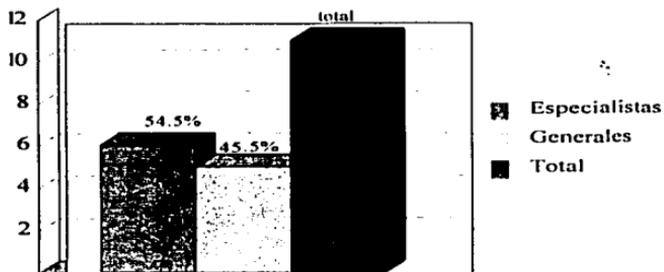
Figura 1. Historias Clínicas y edad del paciente, Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE, enero a diciembre de 1995.



Fuente: Expedientes revisados, servicio de archivos clínicos.

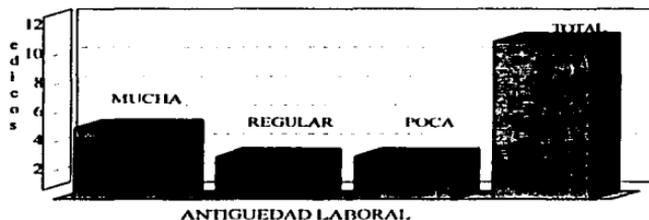
De los 11 médicos que cuentan con historias clínicas elaboradas el 54.5% (6) corresponden a especialistas y 45.5% (5) a médicos generales (Figura 2). El 27.3% (3) cuenta con poca antigüedad, un 27.3% (3) más corresponde a los de regular antigüedad y el 45.5% (5) a los de mayor antigüedad (Figura 3). El 72.8% (8) tienen permanencia incompleta (Figura 4). Corresponde un 90.9% (10) a los médicos de base (figura 5). A un 18.2% de médicos (2) el Instituto les proporciona equipo médico completo, en un 36.4% (4) el equipo es incompleto y el 45% (5) refiere que la institución no les proporciona equipo alguno para realizar su trabajo. El 27.3% (3) refiere que la realización de las historias clínicas les es asignada por el servicio de archivos clínicos, el 18.2% (2) por norma institucional, el 9.1% (1) que es establecida por la dirección del hospital, el 45.5% (5) refieren que ellos no realizan historias clínicas, correspondiendo a este grupo los médicos especialistas cuyos expedientes cuentan con historia clínica que fueron elaboradas por médicos generales (figura 6). De 11 médicos, cuyos expedientes cuentan con historia clínica elaborada el 100% considera su área laboral inadecuada.

Figura 2. Historia clínica y Categoría, Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE. enero a diciembre de 1995.



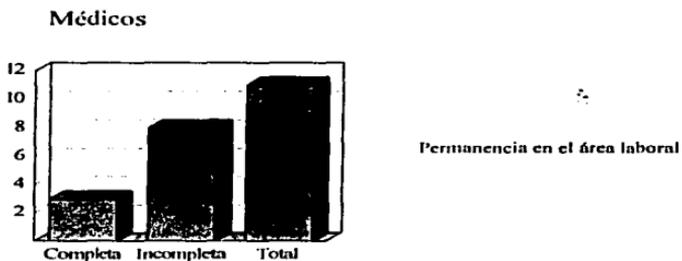
Fuente: Expedientes clínicos y cuestionario aplicado a médicos de consulta externa.

Figura 3. Antigüedad laboral de médicos que cuentan con historias clínicas, Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE, enero a diciembre de 1995.



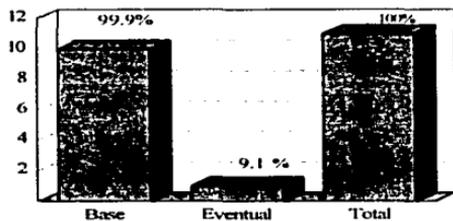
Fuente: Cuestionario aplicado a médicos de consulta externa y revisión de expedientes clínicos.

Figura 4. Permanencia en el área laboral de médicos que cuentan con historia clínica, Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE, enero a diciembre 1995.



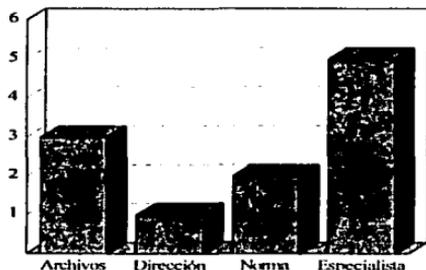
Fuente: Cuestionario aplicado a médicos de consulta externa y revisión de expedientes clínicos.

Figura 5. Situación laboral de los médicos e historia clínica elaborada, Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE., enero a diciembre de 1995.



Fuente: Cuestionario aplicado a médicos adscritos al servicio de consulta externa y revisión de expedientes clínicos.

Figura 6. Forma de asignación e historias clínicas elaboradas, Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE, enero a diciembre de 1995.

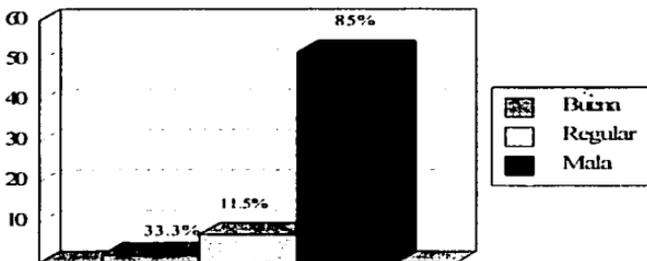


Forma de asignación de la historia clínica

Fuente: Cuestionario aplicado a médicos adscritos al servicio de consulta externa y revisión de expedientes clínicos.

De 61 historias elaboradas el 33.3% de ellas (2) tienen consignados todos los datos del formato oficial, y se consideraron de buena calidad, el 11.5% (7) presentan omitidos menos de 5 datos del formato y se consideraron regulares, y el 85% de estas (52) tienen omitidos más de 5 datos del formato y se consideraron de mala calidad (Figura 7).

Figura 7. Historias Clínicas, Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE, enero a diciembre de 1995.



Fuente: Revisión expedientes, servicio de archivos clínicos.

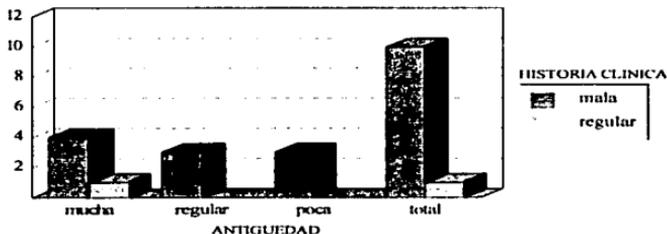
De 11 médicos que tienen historias clínicas consignadas, 10 de ellos cuentan con historias clínicas mal elaboradas y corresponde a 45.45% (5) médicos generales y el mismo porcentaje para especialistas, encontrando que únicamente el 9.1% (1) médico especialista cuenta con historia clínica regular, únicamente el 9.1% (1) médico con mucha antigüedad cuenta con historia clínica regular correspondiendo el resto a historias clínicas mal elaboradas(Figura 8). También se encontró que el 9.1% (1) cuenta con historias clínicas regulares y corresponde a un médico con permanencia incompleta , el 90.9 % restante (10) médicos cuentan con historias clínicas mal elaboradas(Figura 9).

El 100% de historias clínicas corresponde a pacientes subsequentes, 85% mal elaboradas, 11.55% regulares y 33.3% buenas (Figura 10).

De las 50 historias clínicas que corresponden a pacientes adultos el 84% (42) están mal elaboradas, el 12% (6) están regularmente elaboradas, y únicamente el 4% (2) están bien elaboradas (Figura 11). De 10 médicos de base únicamente el 10% (1) de ellos tienen historias clínicas regulares, el 90% (9) están mal elaboradas (Figura 12).

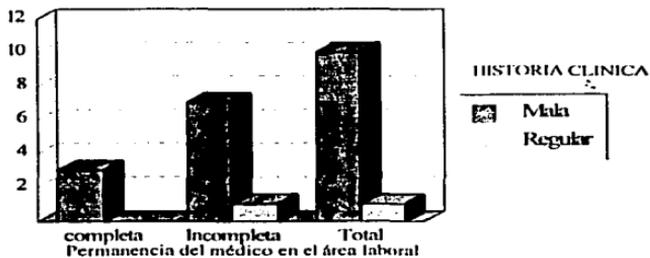
El único médico eventual tiene únicamente historias clínicas malas. De 5 médicos que refieren no contar con equipo médico el 80% (4) tiene historias clínicas mal elaboradas, y únicamente el 20% (1) tiene historias clínicas regulares; 4 refieren que cuentan con equipo médico incompleto de estos el 100% (4) tienen historias clínicas mal elaboradas. De los únicos 2 médicos que refieren tener equipo médico completo el 100% (2) tienen historias clínicas mal elaboradas (Figura 13). De los 3 médicos a quienes el servicio de archivos clínicos les asigna la realización de historias clínicas el 100% (3) tiene historias clínicas mal elaboradas, 1 médico a quien la dirección del hospital le asigna la realización de la historia clínica tiene historias clínicas mal elaboradas; de los 2 médicos a quienes les es asignado por norma institucional el 100% (2) tienen historias clínicas mal elaboradas (Figura 14). De los 5 médicos que refieren no realizar historias clínicas corresponden a la categoría de especialistas y de estos el 80% (4) tienen registradas historias clínicas de mal elaboradas y el resto 20% (1) cuenta con historias clínicas regulares cabe mencionar que estas historias clínicas fueron realizadas por médicos generales. De 11 médicos que consideran su área física inadecuada, encontramos que el 91% (10) de ellos tiene historias clínicas mal elaboradas, contra el 9% (1) que cuenta con historias clínicas regulares, ninguno registró historias clínicas bien elaboradas (Figura 15).

Figura 8. Antigüedad laboral y calidad de la historia clínica, Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE, enero a diciembre de 1995.



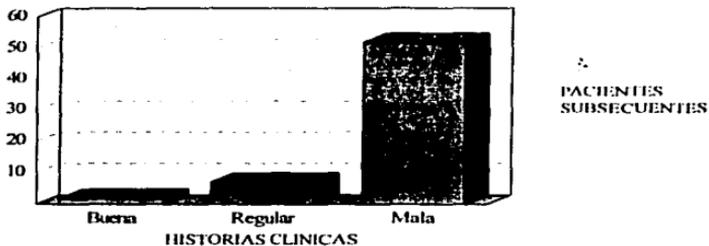
Fuente: Cuestionario aplicado a médicos adscritos al servicio de consulta externa y revisión de expedientes clínicos.

Figura 9. Permanencia en el área laboral y calidad de la historia clínica, Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE. enero a diciembre de 1995.



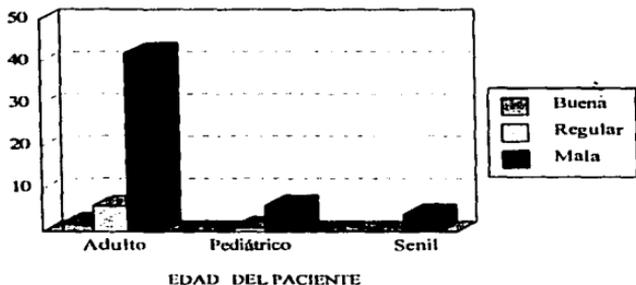
Fuente: Cuestionario aplicado a médicos del servicio de consulta externa y revisión de expedientes clínicos.

Figura 10. Tipo de paciente asignado y calidad de historia clínica, Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE, enero a diciembre de 1995.



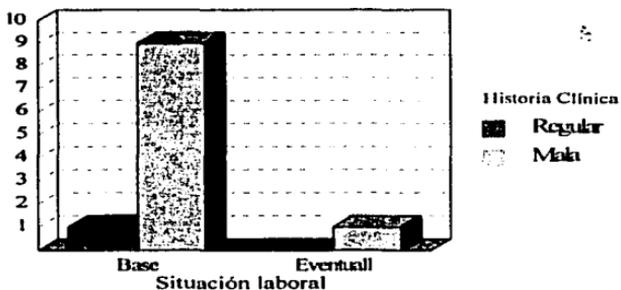
Fuente: Revisión expedientes clínicos.

Figura 11.- Edad del paciente y calidad de la historia clínica, Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE, enero a diciembre de 1995.



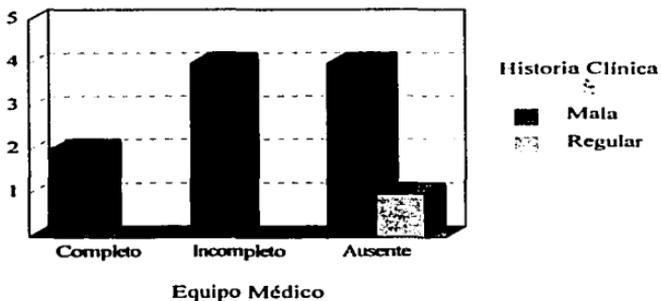
Fuente: Revisión de expedientes clínicos.

Figura 12. Situación laboral del médico y calidad de la historia clínica, Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE, enero a diciembre de 1995.



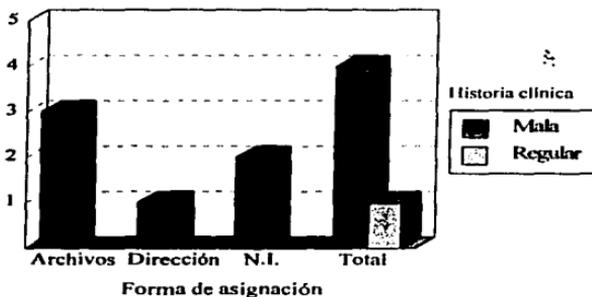
Fuente: Cuestionario aplicado a médicos del servicio de consulta externa y revisión de expedientes.

Figura 13. Equipo médico y calidad de la historia clínica, Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE,



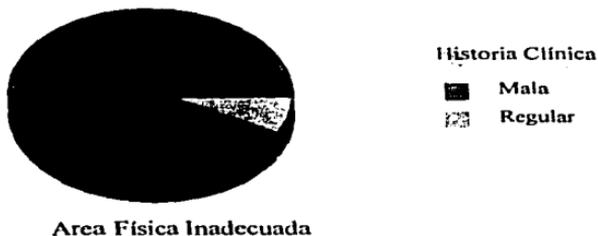
Fuente: Cuestionario aplicado a médicos del servicio de consulta externa y expedientes revisados.

Figura 14. Forma de asignación de la historia clínica y calidad de la misma, Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE, enero a diciembre de 1995.



Fuente: Cuestionario aplicado a médicos adscritos al servicio de consulta externa y expedientes revisados.

Figura 15. Área Física y calidad de las historias clínicas, Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE, enero a diciembre de 1995.

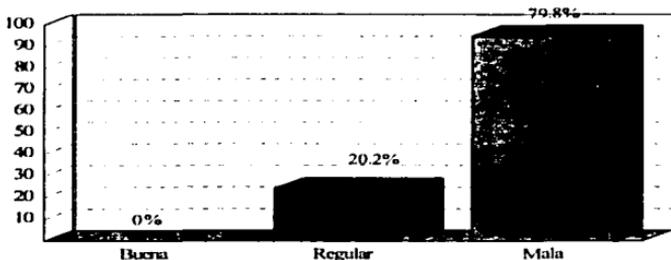


Fuente: Cuestionario aplicado a médicos de consulta externa y expedientes revisados.

De 136 expedientes el 87.5% (119) tiene consignada la nota de evolución, de estas el 100% fueron de pacientes subsecuentes, y elaboradas por 18 médicos, de los 20 incluidos en el estudio, el 50% corresponde a (9) médicos generales y otro tanto a especialistas, de ellos el 55.6% (10) cuentan con mucha antigüedad, el 27.8% (5) regular y el 16.7% (3) refiere tener poca antigüedad, el 66.7% (12) no permanece en su área laboral durante todo el turno, contra el 33.3% (6) que refiere permanencia completa, el 94.4% (17) es personal de base, el 22.2% (4) refiere que la institución le proporciona equipo médico completo, el 33.3% (6) refiere que es incompleto, y el 44.5% (8) refiere que no le proporcionan equipo médico para atender al paciente, únicamente el 16.7% (3) consideran su área laboral adecuada.

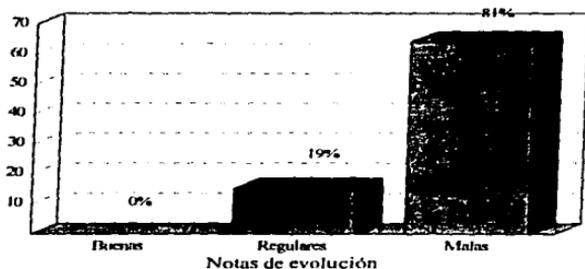
De los 119 expedientes que cuenta con notas de evolución el 66.4% (79) corresponde a pacientes adultos, 26.1% (31) a pacientes pediátricos y el 7.6% (9) son pacientes seniles. Se encontró que el 79.8% (95) tiene omitidos 2 o mas datos en el campo de evolución del padecimiento o fueron elaboradas con letra ilegible y se consideran mal elaboradas, contra el 20.2% (24) en las que se encuentra omitido uno de los datos de la misma y se consideraron como regulares, no se registraron notas bien elaboradas (Figura 16). De los 79 pacientes adultos el 81% (64) tiene notas mal elaboradas y el 19% (15) únicamente regulares, no se registraron notas bien elaborada (Figura 17). De 31 pacientes pediátricos el 74.2% (23) tiene notas de evolución mal elaboradas; el 25.8% notas regulares y no hubo notas bien elaboradas (Figura 18). De 9 pacientes seniles el 89% (8) tiene notas mal elaboradas, el 11% (1) notas regulares y tampoco se registraron notas bien elaboradas (Figura 19).

Figura 16. Calidad de las notas de evolución, Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE, enero a diciembre de 1995.



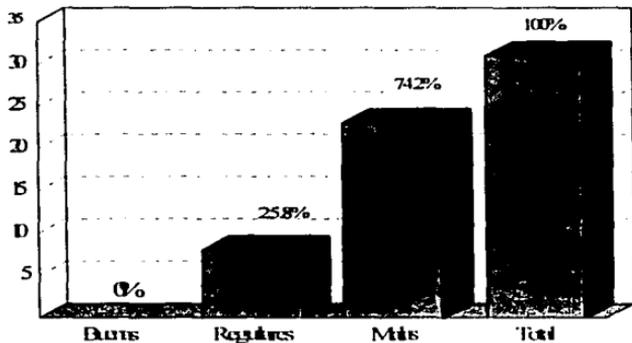
Fuente: Revisión expedientes, servicio de archivos clínicos.

Figura 17. Calidad de las notas de evolución en pacientes adultos, Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE, enero a diciembre de 1995.



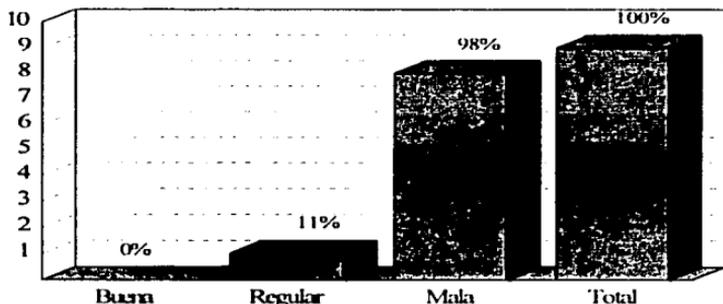
Fuente: Revisión expedientes, servicio de archivos clínicos.

Figura 18. Calidad de las notas de evolución en pacientes pediátricos, Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez", ISSSTE,



Fuente: Revisión expedientes, servicio de archivos clínicos.

Figura 19. Calidad de las notas de evolución en pacientes seniles, Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE, enero a diciembre de 1995.



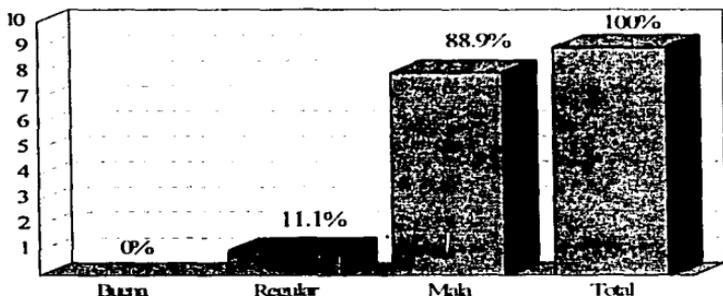
Fuente: Revisión expedientes, servicio de archivos clínicos.

De 9 especialistas el 88.9% (8) tiene notas de evolución mal elaboradas y el 11.1%(1) cuenta con notas regulares (Figura 20). De 9 médicos generales el 66.7% (6) cuentan con notas de evolución mal elaboradas, y de ellos el 33.3% (3) tienen notas regulares; ninguno registró notas bien elaboradas (Figura 21).

De 10 médicos que cuentan con mucha antigüedad el 80% (8) tiene notas de evolución mal elaboradas contra el resto que cuenta con notas regulares (Figura 22). De 5 médicos con regular antigüedad el 60% (3) cuentan con notas de evolución mal elaboradas, contra el 40% (2) que son regulares (Figura 23). De 3 médicos con poca antigüedad el total cuenta con notas mal elaboradas, tampoco en este grupo hay notas bien elaboradas (Figura 24). De 6 médicos con permanencia completa el 83.4% (5) tiene notas de evolución mal elaboradas, y el 16.6% (1) cuentan con notas regulares (Figura 25). de 12 médicos con permanencia incompleta el 75% (9) de

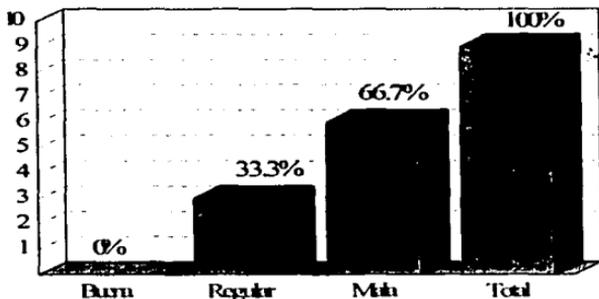
ellos cuentan con notas mal elaboradas contra el 25 % (3) que tienen notas regulares, no se registraron notas bien elaboradas (Figura 26). De 17 médicos de base que tienen registradas notas de evolución el 76.5% (13) tienen notas de evolución mal elaboradas, el 23.5% (4) tienen notas regulares, no se registraron notas bien elaboradas (Figura 27). De 4 médicos que refieren que la institución les proporciona equipo médico completo, el 50% (2) tiene notas mal elaboradas y el resto notas regulares, no se encontraron notas bien elaboradas (Figura 28). De 6 médicos a los que les proporciona equipo médico incompleto el 100% cuenta con notas mal elaboradas (Figura 29). Ocho médicos refieren que la institución no les proporciona equipo médico, el 75% de ellos (6) tienen notas mal elaboradas y el 25% (2) notas regulares (Figura 30). De los 3 médicos que tiene registradas notas de evolución y consideran su área laboral adecuada el 100% (3) tienen notas mal elaboradas (Figura 31). Y de 15 médicos que consideran su área laboral inadecuada el 73.4% (11) tienen notas de evolución mal elaboradas, y únicamente el 26.6% (4) cuenta con notas de evolución regulares, no se encontraron notas bien elaboradas (Figura 32).

Figura 20. Notas de evolución que corresponden a médicos especialistas. Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE, enero a diciembre de 1995.



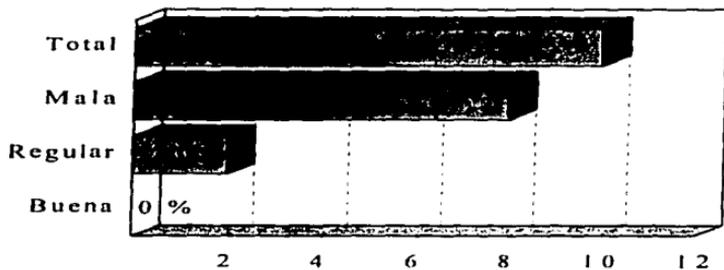
Fuente: Cuestionario aplicado a médicos de consulta externa y expedientes revisados.

Figura 21. Notas de evolución que corresponden a médicos generales, Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE, enero a diciembre de 1995.



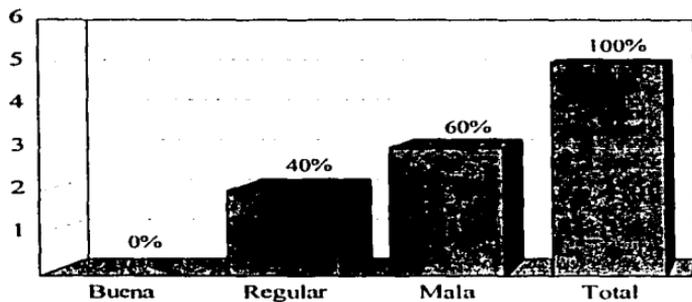
Fuente: Cuestionario aplicado a médicos en el servicio de consulta externa y expedientes revisados.

Figura 22. Notas de evolución en médicos con mucha antigüedad, Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE, enero a diciembre de 1995.



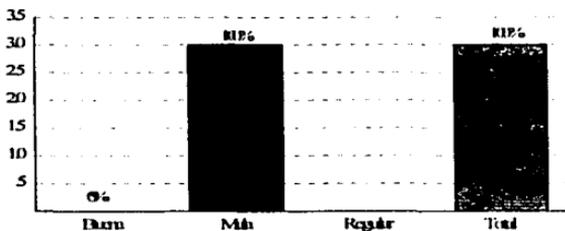
Fuente: Revisión expedientes clínicos y cuestionario aplicado a médicos de consulta externa.

Figura 23. Notas de evolución en médicos con regular antigüedad, Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE, enero a diciembre de 1995.



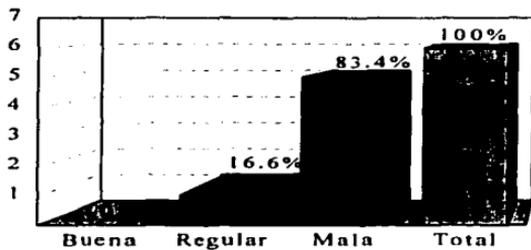
Fuente: Expedientes clínicos y cuestionario aplicado a médicos adscritos al servicio de consulta externa.

Figura 24. Notas de evolución en médicos con poca antigüedad, Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE, enero a diciembre de 1995.



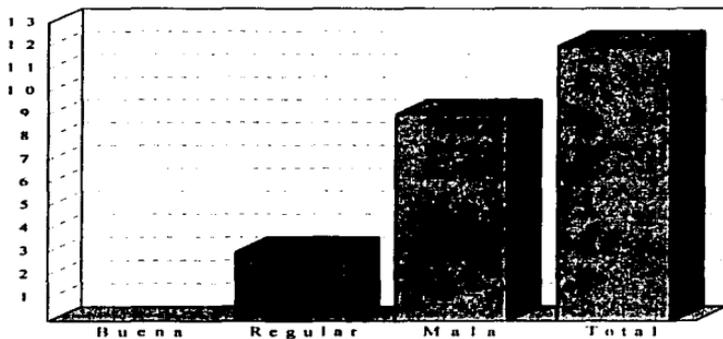
Fuente: Expedientes clínicos y cuestionario aplicado a médicos adscritos al servicio de consulta externa.

Figura 25. Nota de evolución en médicos con permanencia completa, Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE, enero a diciembre de 1995.



Fuente: Expedientes clínicos y cuestionario aplicado a médicos adscritos al servicio de consulta externa.

Figura 26. Notas de evolución en médicos con permanencia incompleta. Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE, enero a diciembre de 1995.



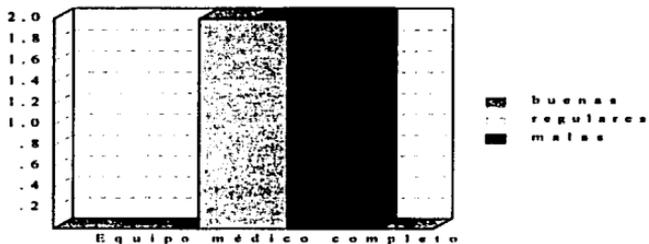
Fuente: Expedientes revisados y cuestionario aplicado a médicos adscritos al servicio de consulta externa.

Figura 27. Notas de evolución en médicos de base, Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez", ISSSTE, enero a diciembre de 1995.



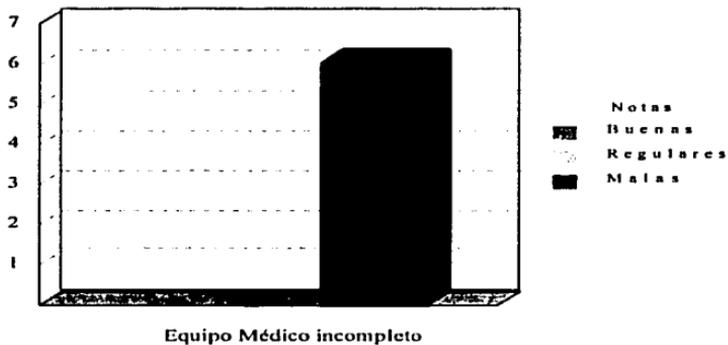
Fuente: Expedientes clínicos y cuestionario aplicado a médicos adscritos al servicio de consulta externa.

Figura 28. Notas de evolución de médicos con equipo completo, Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez", ISSSTE, enero a diciembre de 1995.



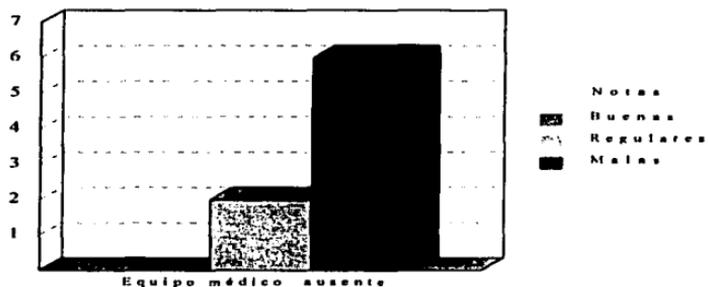
Fuente: Expedientes clínicos y cuestionario aplicado a médicos adscritos al servicio de consulta externa.

Figura 29. Notas de evolución de médicos con equipo incompleto, Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE, enero a diciembre de 1995.



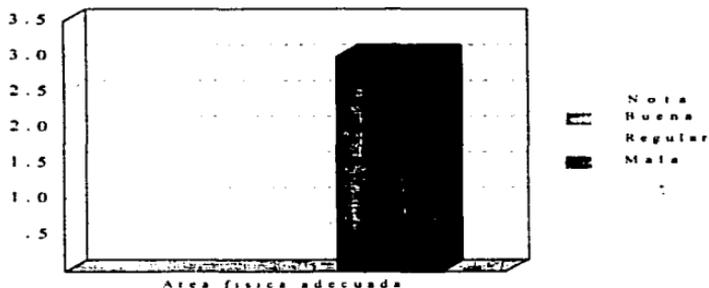
Fuente: Expedientes clínicos y cuestionario aplicado a médicos adscritos al servicio de consulta externa.

Figura 30. Notas de evolución de médicos con equipo ausente, Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE, enero a diciembre de 1995.



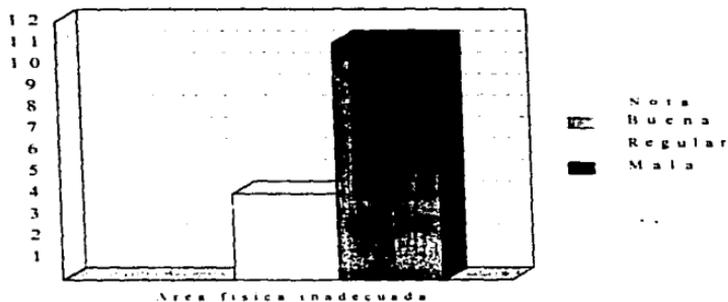
Fuente: Expedientes clínicos y cuestionario aplicado a médicos adscritos al servicio de consulta externa.

Figura 31. Notas de evolución de médicos con área física adecuada, Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE, enero a diciembre de 1995.



Fuente: Expedientes clínicos y cuestionario aplicado a médicos adscritos al servicio de consulta externa.

Figura 32. Notas de evolución de médicos con área física inadecuada, Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE, enero a diciembre de 1995.



Fuente: Expedientes clínicos y cuestionario aplicado a médicos adscritos al servicio de consulta externa.

7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS

Después de revisar minuciosamente los resultados obtenidos en el presente trabajo, y las gráficas del mismo, se encontró que únicamente el 44.9% de expedientes (61) tienen elaborada la historia clínica, datos similares a los resultados encontrados en un estudio efectuado en la Clínica Oriente de la ciudad de México en donde muestran que de 70 pacientes el 100% no tenían elaborada la historia clínica en su expediente 7. En el estudio efectuado en la Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez" se encontró que de las 61 historias clínicas elaboradas únicamente el 33.3% (2) de ellas tiene consignados todos los datos del formato oficial contemplado en la normatividad del Instituto, contra el 85% de ellas (52) a las que les faltan 5 o más datos del formato, ya que el modelo que se utiliza para la elaboración de Historia Clínica enumera los siguientes puntos: Nombre del enfermo, edad, sexo, sala, cama, número de expediente, cédula, servicio. En otro apartado van: Antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales no patológicos, antecedentes personales patológicos, padecimiento actual. Interrogatorio por aparatos (digestivo, respiratorio, circulatorio, urinario, genital, nervioso), órganos de los sentidos, síntomas generales y terapéutica empleada. Finalmente contiene los datos de la Exploración física que incluye signos vitales y somatometría (estatura, peso actual, peso ideal, pulso, respiraciones, temperatura, T.A.). Inspección general, cabeza, cuello, tórax, abdomen, tacto rectal y vaginal, extremidades, impresión diagnóstica. Lugar, fecha y nombre del médico que elaboró la historia clínica.²⁶

Estos resultados se hablan encontrado anteriormente en estudios realizados en México, en donde el autor revisó 170 historias clínicas elaboradas por 17 médicos en el servicio de consulta externa, siendo un hecho significativo que en más del 32% de los casos no preguntaran sobre antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales no patológicos, antecedentes gineco-obstétricos, ni de terapéutica actual, también encontró que solo el 68.5% de los médicos realizó exploración física al paciente y que en un 34.1% los médicos no proporcionaron diagnóstico alguno.¹⁴

Respecto a las notas de evolución, también se encontró que el 87.5 de expedientes (119) tiene consignada la nota de evolución que superó al porcentaje de historias clínicas elaboradas, además de que estas corresponden a 18 médicos de los 20 incluidos en el estudio lo que indica que la mayoría de los médicos consignan sus datos en la nota de evolución, pero 2 de ellos no lo realizaron y 17 expedientes no cuentan con el registro de la consulta otorgada, además del porcentaje de notas realizadas, se encontró que el 95% de estas no cuentan con la consignación de todos los datos en el formato establecido por la normatividad la cual indica que para el llenado de Notas de Evolución en el Instituto se utilizará el formato SM-1-3,

normado desde el año de 1986, el cual incluye los siguientes apartados o campos: Nombre del paciente, número progresivo, cédula o número de expediente, servicio, cama, fecha, hora, nombre del médico y la evolución del paciente.²⁶

Respecto al tipo de paciente asignado se encontró que las historias clínicas elaboradas (61) corresponde a pacientes subsecuentes, y no se encontró a ninguno de primera vez, por lo cual no fue posible saber si se realiza a algún paciente la historia clínica desde la primera consulta, pero es obvio que si los pacientes son subsecuentes con mayor razón deben tener elaborada la historia clínica y aquí se encontró todo lo contrario, y no se cumple con la normatividad Institucional en donde se encuentra clara y debidamente establecido que la elaboración de la historia clínica corresponde a los médicos del primer nivel de atención y que ésta deberá realizarse a todo paciente que solicite la apertura de su expediente clínico en el servicio de archivos clínicos de la unidad o cuando solicite atención médica por primera vez.²⁷

Respecto a la categoría fue mayor el número de especialistas en comparación con los médicos generales que resultaron con expedientes que tienen elaborada la historia clínica, cabe hacer la aclaración que las historias clínicas registradas en los expedientes de especialistas fueron elaborados por médicos generales no incluidos en el estudio, ya que se encuentra establecido en la normatividad que las historias clínicas deben ser elaboradas por el personal médico del primer nivel de atención, aunque un médico especialista respondió en el cuestionario que los médicos especialistas deberían realizar historia clínica de acuerdo a su especialidad cuando el paciente es referido por primera vez a su servicio.

En cuanto a las notas de evolución en los resultados se muestra que un número similar de médicos especialistas y generales consigna los datos en la nota de evolución, y se muestran algunas diferencias en la calidad de las mismas encontrando que un alto porcentaje de notas son de mala calidad en ambos grupos 88.9% del total de especialistas y 66.7% del total de médicos generales, en la que los especialistas cuentan con mayor porcentaje de notas de mala calidad, en lo referente a las notas regulares el 11.1% de especialistas contra el 33.3% de médicos generales, en donde observamos que estos últimos cuentan con mayor número de notas de regular calidad, ninguno de los dos grupos realizaron notas de buena calidad. Este fenómeno también es señalado en estudios que critican la calidad variable en el registro clínico de pacientes, pudiendo ser una razón que un 70% de información médica necesaria es ignorada durante la visita del paciente.⁹

Respecto a la antigüedad se encontró que un mayor número de médicos con mucha antigüedad tiene consignada la historia clínica en sus expedientes, en comparación con los de poca o regular antigüedad. Y en lo que corresponde a la nota de evolución se encontró que las notas de mala calidad en el mayor porcentaje corresponde a médicos de mucha antigüedad, ninguno de los 3 grupos mostró notas de buena calidad, lo que nos indica que la antigüedad laboral del médico es inversamente proporcional a la calidad de la nota de evolución, y se puede considerar como un factor que influye negativamente en la elaboración de las mismas. hecho que se menciona en otro estudio donde obtuvieron como resultado que a mayor edad y antigüedad laboral del médico sus registros son menos completos.²¹

En relación a la permanencia en el trabajo, el mayor porcentaje de médicos que tienen registrada la historia clínica refieren tener permanencia incompleta en el área laboral, de estos en un alto porcentaje están mal elaboradas, esto es señalado en otros estudios en donde el tiempo que emplea el médico en la atención puede servir de indicador aproximado de la calidad de la consulta y de las diferencias en el contenido del expediente clínico, sobre todo en la atención institucional por la gran cantidad y variedad de acciones médicas que requieren uniformidad en su registro.²⁵ Respecto a la nota de evolución 5 de 6 médicos con permanencia completa, y 9 médicos de 12 con permanencia incompleta tiene notas mal elaboradas, el número restante de médicos cuenta con notas regulares, no se registraron notas bien elaboradas. En los resultados no se aprecia diferencia significativa entre cada grupo de médicos en la forma de elaboración de la nota de evolución, lo cual hace suponer que la permanencia en el trabajo no resultó ser un factor determinante en la elaboración adecuada de las mismas.

Respecto a la edad del paciente se encontró que el mayor porcentaje de historias clínicas correspondió a pacientes adultos 82%, en pediátricos el 11.5% y en seniles únicamente el 6.6%, predominando las historias mal elaboradas en pacientes pediátricos y seniles, ya que esta considerado que el elaborarla tomará más tiempo que en el paciente joven, existiendo con frecuencia por parte del anciano una multitud de quejas en lugar de una queja principal, la limitación de la audición o el habla, trastornos en el carácter o dificultad en los procesos de pensamiento, es posible que presenten múltiples problemas de salud que además suelen ser crónicos, progresivos y debilitantes y se solapan en el propio proceso de envejecimiento es debido a que el paciente senil tiene limitaciones físicas inherentes a la vejez lo que significa que elaborar su historia clínica requiere de mayor tiempo disponible por parte del médico.²⁴

En relación a las notas de evolución se encontró que de 79 adultos 64 de ellos cuenta con nota mal elaborada, y 15 regulares, de 31 pediátricos 23 fueron mal elaboradas y 8 son regulares, de 9 pacientes seniles 8 están mal elaboradas, ningún grupo cuenta con notas bien elaboradas, no se aprecia diferencia significativa, por lo que puede suponerse que la edad no sea un factor que influya en la elaboración adecuada de la nota de evolución.

En relación a la situación laboral del médico se encontró que los expedientes que tienen elaborada la historia clínica corresponden a 90.9% médicos de base (10), contra el 9.1% (1) eventual, de estos el 90% de base cuenta con historias clínicas mal elaboradas, el médico eventual del estudio únicamente tiene registradas historias clínicas mal elaboradas, lo que indica que no existe diferencia alguna entre los dos tipos de situación laboral. Para las notas de evolución de 17 médicos de base 13 tienen registradas notas mal elaboradas y 4 regulares y el único médico eventual cuenta con notas mal elaboradas, ninguno de los dos grupos registro notas bien elaboradas, estos resultados indican que la situación laboral tampoco es un factor que influya en la elaboración de la nota de evolución.

Respecto al equipo médico, se encontró que los dos médicos que cuentan con equipo médico completo, ambos resultaron con historias clínicas mal elaboradas, 4 médicos con equipo médico incompleto también cuentan únicamente con historias clínicas mal elaboradas, de cinco médicos que refieren no contar con equipo médico cuatro resultaron con historias clínicas mal elaboradas y 1 médico cuenta con historias regulares, ninguno de ellos tienen historias clínicas bien elaboradas, esto quiere decir que el contar con equipo médico no influye en la calidad de las historias clínicas, cabe aquí mencionar que dos médicos refieren que la papelería para la consignación de datos es inadecuada. Esta información es importante ya que en otros estudios encontraron que el personal espera contar con elementos físicos y materiales para la realización de sus actividades. 21 Por lo que corresponde a la nota de evolución de 8 médicos que no cuentan con equipo médico 6 cuentan con notas mal elaboradas y 2 tiene registro de notas regulares, de 4 médicos con equipo completo 2 cuentan con notas mal elaboradas y 2 con notas regulares, y 6 médicos que cuentan con equipo médico incompleto el 100% tiene registradas notas mal elaboradas, estos resultados parecen indicar que tampoco influye el contar o no con equipo médico en la elaboración de la nota de evolución y en la calidad de la misma.

Con respecto a la forma de asignación de la historia clínica se encontró que a 3 médicos les es asignada por el servicio de archivos clínicos y todos tienen historias clínicas mal elaboradas, 1 médico refiere que le es asignada por la dirección del hospital y tiene únicamente historias clínicas mal elaboradas, a 2 médicos que se les asignan por norma institucional o sea que se realizan a pacientes que acuden a

consulta por primera vez, se encontró que ambos tienen historias mal elaboradas, 5 médicos de los 11 que cuentan con expedientes con registro de la historia clínica respondieron al cuestionario que no realizan historias clínicas, esto se explica porque son médicos especialistas y las historias clínicas fueron elaboradas por médicos generales no incluidos en el estudio, y al revisar sus expedientes se encontró que 4 de ellos cuentan con registro de historias clínicas mal elaboradas y uno de ellos cuenta con historias clínicas bien elaboradas, quedando estas historias sin efecto para evaluar las otras variables consideradas en el estudio. Estos resultados indican que no se observa lo establecido por la normatividad del Instituto en la forma que es asignada la elaboración de la historia clínica, ya que esta deberá realizarse a todo paciente que solicite la apertura de su expediente clínico en el servicios de archivos clínicos de la unidad o cuando solicite atención médica por primera vez.²⁶ Dando lugar esto a que un alto porcentaje de pacientes subsecuentes no cuenten con la historia clínica elaborada, independiente de la mala calidad en su elaboración en las 3 formas de asignación encontradas.

En cuanto al área física laboral los 11 médicos que tienen registrada la historia clínica en sus respectivos expedientes, consideran su área laboral inadecuada y 10 de ellos la tienen mal elaborada, uno solo cuenta con historias clínicas de regular calidad. También 3 médicos que consideran su área laboral adecuada tiene registros de historias clínicas mal elaboradas, lo cual significa que no hay diferencias en cuanto a las condiciones del área laboral para la realización adecuada o inadecuada de las historias clínicas. De los 15 médicos que consideran su área laboral inadecuada 11 tiene notas mal elaboradas, 4 registraron notas regulares y los únicos 3 médicos que consideran que su área laboral es adecuada realizaron notas mal elaboradas, no se encontraron notas bien elaboradas en ninguno de los dos grupos, estos datos indican que las condiciones del área laboral no es un factor determinante en la elaboración de las notas de evolución en la clínica hospital tomada como marco de estudio, a pesar de que se encuentra considerado en otras investigaciones que la infraestructura física donde son realizadas las actividades médicas tales como los sistemas de iluminación y ventilación adecuados mejorará la comunicación y calidad de atención al paciente. "

8. CONCLUSIONES

Después de revisar los datos y analizar minuciosamente los resultados del presente trabajo, estos indican que de 136 expedientes estudiados menos del 50% tiene elaborada la historia clínica, y de este porcentaje el 85.2% (52) están mal elaboradas, correspondiendo únicamente un porcentaje menor del 15% a las historias regulares o bien realizadas, datos que coinciden con lo señalado en el planteamiento del problema, donde se menciona la observación de expedientes con ausencia de historias clínicas, la consignación ilegibles de datos o la falta de complementación de los mismos.

Respecto a la nota de evolución se encontró elaborada en cerca del 90% de expedientes, lo cual resulta ser un hallazgo interesante pues al plantearse el problema se mencionó que se ha observado que para el llenado de las notas de evolución no se respeta un mismo criterio por los médicos, observándose que estas son ilegibles y/o incompletas, mas no se planteo la ausencia de estas y en la investigación se encontró ausente en 10% de los expedientes revisados.

Esta información nos indica la ausencia completa de registros tanto de historias clínicas como de las notas de evolución, y de una deficiencia muy importante en el asentamiento de datos en los mismos, lo cual llama la atención si consideramos que el ISSSTE cuenta con una norma bien definida para el llenado adecuado y completo de las historias clínicas y notas de evolución en todos los pacientes, además de otros documentos que conforman el expediente clínico.

Como se mencionó en el párrafo anterior, el planteamiento del problema menciona la observación de notas ilegibles o incompletas que significa notas de mala calidad, y efectivamente en los resultados del estudio se encontró un alto porcentaje de notas mal elaboradas, y porcentaje menor de notas regulares y no se registraron notas bien elaboradas, obediendo esto quizá a factores no considerados en el presente trabajo ya que tanto la antigüedad laboral, la permanencia en el trabajo, el tipo de paciente asignado, la edad del paciente, la situación laboral del médico y el equipo médico no fueron factores de influencia para su elaboración, excepto la categoría del médico ya que los médicos generales registraron mayor número de notas regulares y una cantidad menor de notas mal elaboradas en comparación a los médicos especialistas lo cual hace necesaria la búsqueda de otros factores que si influyan en el problema planteado, ya que los datos encontrados en esta investigación podrían servir como punto de partida para tal fin.

Es importante tomar en cuenta el alto porcentaje de médicos que refieren que la historia clínica es asignada por el servicio de archivos clínicos, ya que esto significa que la elaboración de la misma en su mayoría no es asignada en la forma que lo establece la normatividad, para realizarla en los pacientes que acuden a consulta por primera vez, y se realiza la selección del paciente en forma desordenada, y a criterio del servicio de archivos clínicos, lo cual se refleja en la información obtenida respecto al tipo de paciente asignado ya que en el 100% correspondió a pacientes subsecuentes y de estos más del 50% no tiene registro de la historia clínica en su expediente.

Esto indica que la forma actual de asignación de la historia clínica, es un factor determinante en los resultados obtenidos en la presente investigación.

Además si tomamos en cuenta que el mayor porcentaje de historias clínicas están mal elaboradas, y que únicamente se encontraron 2 historias clínicas bien elaboradas las cuales correspondieron a pacientes adultos, que también cuentan con la mayor cantidad de historias regulares, significa que la edad del paciente también influye en la elaboración y complementación de datos en la misma.

También es necesario considerar lo señalado por 2 médicos sobre las deficiencias existentes en el tipo de papelería utilizada por los mismos, dato que quizá deba ser considerado como variable de estudio en otro trabajo de investigación

Tomando en cuenta lo anterior se pueden considerar las siguientes propuestas:

- 1 Actualizar los expedientes clínicos con historia clínica completa.
- 2 Verificar el llenado completo y adecuado de las notas de evolución tanto para médicos generales como para especialistas y concientizar a los mismos de la importancia que tiene la consignación de datos en las notas de progreso, para facilitar el trabajo.
- 3 A las autoridades de la Clínica Hospital corresponde el aplicar la normatividad del Instituto para la asignación de las historias clínicas a los médicos generales en la forma correcta. Dando a conocer estos lineamientos correctos para tal efecto al servicios de archivos clínicos y al personal médico del primer nivel de atención y verificar que estos sean llevados a cabo.

- 4 Crear un comité de revisión de expedientes clínicos, para la evaluación y supervisión de los mismos, corregir las anomalías detectadas y asegurar el continuo control en el manejo de los expedientes.

Finalmente, si consideramos los datos obtenidos en el presente trabajo, además de que no se cuenta con precedente alguno en la clínica hospital tomada como marco de estudio. Podemos concluir que cumple con las expectativas contempladas para el mismo, y que puede ser de utilidad para la corrección de los factores ya estudiados en la elaboración adecuada tanto de la historia clínica como de las notas de evolución, además que puede ser utilizado como antecedente para la realización de otros estudios de investigación.

9 **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1 Varela, C: Atención médica, Gacet. Med. de Méx. vol. 130, núm. 5: 324, 1994.
- 2 Gil, V., Arenas, M., Quirce, F., Simón, M., Belda, J., Merino, J: Interés de las auditorías de historias clínicas. Nuestra experiencia en cinco años, At'n prim. vol. 12, núm. 4: 185, 1993.
- 3 Bellón, J., Mendibil, H., Taboada, P: Factores asociados a la cumplimentación del registro, estático en la historia clínica de atención primaria. At'n prim. vol. 12, núm. 5: 251, 1993.
- 4 Corral, F., Arrojo, I., Gallego, A., Martínez, J., Meilán, A., Miguez, M., Machin, A. Auditoría de las historias clínicas de un centro de salud. At'n prim vol. 12, núm. 4: 220, 1993.
- 5 Treviño, N., Valle A: Mejoría de la calidad de la Atención médica, Gacet. Med. de Méx.. vol. 128, núm. 4: 473, 1992.
- 6 Ordoño, J, M., Díez, A., Esquisabel, R., Medrano, M.T., Ayesa, G., Pereda, L., Arroniz, M: Introducción del control de calidad en un centro de salud: evaluación del registro de la historia del usuario y de los problemas detectados, At'n Prim. Vol. 12, Núm. 3: 156, 158, 159, 1993.
- 7 Hernández, LM.: Análisis del tratamiento y seguimiento de los pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente de la Clínica Oriente del ISSSTE. Paracelso. Rev. Méd. y Hum. 4: 47,49,50, 1994.
- 8 Teng, S: Research. Australian Family Physician. Vol. 23, Núm. 2: 209, 1994.
- 9 Yamamoto, L., Narro, J.R.: Los sistemas hospitalarios de registro y la investigación clínica epidemiológica, Gac. Med. Distrito Federal México, Vol. I, núm 5: 291, 292, 293. 1983.
- 10 Hernández, M.R.: ¿ Se puede enseñar la clínica como una actividad científica Paracelso. Rev. Méd. y Hum. 4:107,111, 1994.

- ¹¹ Harvey Medalie, J.: Historia clínica familiar, base de datos, árbol familiar y diagnóstico. En: Medicina Familiar principios y prácticas. Jack H. Medalie. (eds.) Limusa, S.A. DE C.V., México, D.F., 1987. 393, 394.
- ¹² Tomas Spenser: Los principios del sistema de registro orientado hacia problemas. En: Medicina Familiar principios y prácticas. Jack H. Medalie. (eds.) Limusa S.A. DE C.V., México, D.F., 1987, 403, 404, 405, 406, 1987.
- ¹³ Mahlon H. Delp Robert T. Manning. Proceso Clínico. En: Propedéutica Médica de Major Mahlon H. Delp Robert T. Manning, (eds.) Nueva Editorial Interamericana S.A. DE C.V. México 4, D.F.. 31; 43. 1977.
- ¹⁴ Campero, L.: Calidad de la Relación Pedagógica Médico-Paciente en Consulta Externa: El Caso de Oaxaca, México, S.P.M. vol. 32, núm. 2: 195, 197, 198, 199, 200, 1990.
- ¹⁵ Ruiz, M., Martínez, G., Calvo, J.M., Aguirre, H., Arango, R., Lara, R., Caminos, M.I., Ortiz, G., Ugalde, E., Herrera, F: Bases para la Evaluación de la calidad de la atención en la Unidades Médicas del Sector Salud, S.P.M. Vol. 32, núm. 2: 161, 162, 1990.
- ¹⁶ Bates B. y A. Hoekelman R. Entrevista e historia clínica En: Propedéutica Médica. Bates B. (eds.) Interamericana. Mc. Graw-Hill, México D.F. 1992, pág., 12, 13.
- ¹⁷ Ruelas, E., Reyes, H., Zurita, B., Vidal, L:M., Karchmer, S: Círculos de Calidad como Estrategia de un Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica en el Instituto Nacional de Perinatología, S.P.M. vol. 32, núm. 2: 216, 1990.
- ¹⁸ Jesse, E.F., Garantía de calidad en los Hospitales de Estados Unidos, S.P.M. vol. 32, núm. 2: 132, 1990.
- ¹⁹ Cuevas, M.L., Ávila, I., Oliver, J., Sumano M., Palomares, G., Garduño, J: Relación entre Médico y Paciente en la Consulta Externa de Unidades de Primer Nivel de Atención Médica, S.P.M. vol. 33, núm. 6: 577, 578, 1991.
- ²⁰ Laguna, J., Salinas, C: Mejoría de la calidad de los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal, S.P.M. Vol. 32, núm.2: 222, 223, 1990.

- ²¹ Treviño, N., Valle A: *Mejoría de la calidad de la Atención médica*, Gacet. Med. de Méx.. vol. 128, núm. 4: 471, 472. 1992.
- ²² Salinas, C., Laguna, J., Mendoza, M.R: *La Satisfacción Laboral y su Papel en la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica*, S.P.M. vol. 36, núm. 1: 23, 24, 1992.
- ²³ Flores, R.M., Ríos, D.Y., Villela, R: *La calidad de atención que se otorga en la sala de urgencias para adultos del Hospital Regional " Lic. Adolfo López Mateos " Paracelso*. Rev. Méd. y Hum., 4: 107, 111, 1994.
- ²⁴ Steven, A., Marcus, A., Lawrence, M., Stephen, J.: *Diagnóstico clínico y tratamiento* Edit. Manual Moderno, S.A. de C.V., México, D.F., 1993. pág. 25.
- ²⁵ Seidel H., Ball J., Dains J., Benedict G: *Anamnesis y entrevista* En: *Manual de Mosby*, Seidel H, Ball J., Dains J., Benedict G. (eds.). Mosby/Doyma libros, S.A., Madrid España. 1993, pág. 23, 24.
- ²⁶ Rojas, R. : *Instructivo para el llenado del Expediente Clínico de la Clínica de Medicina General* Edit. Imprenta ISSSTE, México D.F., 1991. pág.. 7 a 11.
- ²⁷ Valle, A.: *Manual de Operaciones de la Consulta Externa de las Unidades Médicas del Segundo Nivel de Atención* Edit ISSSTE, México D.F., 1988. pág.. 42.
- ²⁸ Rojas, R.: *Manual de Medicina General y Familiar*, Edit. Imprenta ISSSTE, México D.F., 1991. pág. 120, 121.

ANEXOS



Instituto de Nutrición
y Salud de las Especies Acuáticas
de El Salvador
Subdirección de Control Médico

Examen físico

Examen	Temperatura	Frecuencia	Presión	TA
Inspección general				
Cabeza				
Cuello				
Tórax				
Abdomen				
Extremidades				
Inspección de la piel				

Lugar y Fecha

Firma del Médico

Integritate

Circulație

Excreție

Genital

Motorii

Organii de la
sensibili

Senzorii
generali

Terapeutică
empirică



Instituto de Seguridad
y Salud en el Trabajo
de los Trabajadores
del Estado

Saludrescata General Médica

Historia clínica general

A N E X O I

Fecha de ingreso

Edad

Sexo

Etnia

Cama

Núm. Esp.

C. Asista

Servicio

Antec. recientes
hereditarios

Antecedentes
personales
no patológicos

Antecedentes
patológicos

Fluorurato

Celularino

Lineato

Candil

Espresso

Organo de los
sentidos

Sentencia
generalis

Terminada
empañada

**CLÍNICA HOSPITAL "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ" I.S.S.T.E.
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.**

CUESTIONARIO PARA CONOCER LA ANTIGÜEDAD Y SITUACIÓN LABORAL DEL PERSONAL MEDICO, SU PERMANENCIA EN EL TRABAJO, CONDICIONES DEL ÁREA FÍSICA LABORAL, NUMERO FORMA DE ASIGNACIÓN Y EDAD DE PACIENTES, CON RELACIÓN A LA REALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Y NOTAS DE EVOLUCIÓN EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.

FECHA:

Anote en el cuadro de la derecha el número que corresponda a la opción que usted elija y complemente las que así lo requieran

1.- ¿Qué tipo de plaza ocupa en el Instituto?

- 1 BASE
2 EVENTUAL

2.- ¿Según su contrato laboral que tipo de categoría tiene usted?

- 1 MEDICO GENERAL
2 ESPECIALISTA
3 MEDICO FAMILIAR

3.- ¿Cuanto tiempo tiene trabajando en el Instituto?

4.- ¿De cuantas horas diarias comprende su contrato laboral?

5.- ¿Cuantas horas diarias dedica para la atención de su consulta?

6.- ¿Tomando en cuenta sus horas contratadas cuantos pacientes debe atender diariamente?

7.- ¿De estos pacientes cuantos deberían ser de primera vez?

1 1 A 3

2 4 A 6

3 7 A 9

4 OTRA CANTIDAD

ANOTE LA _____

5 LO IGNORO

8.- ¿ Cuantos pacientes de primera vez atiende diariamente como promedio ?

1 1 A 3

2 4 A 6

3 7 A 9

4 OTRA CANTIDAD

ANOTE LA _____

5 LO IGNORO

9.- ¿Cuantos pacientes deberían ser subsecuentes?

1 1 A 5

2 6 A 10

3 11 A 20

4 21 O MAS

5 OTRA CANTIDAD

ANOTE LA _____

6 LO IGNORO

10.- ¿La iluminación del consultorio en donde realiza sus actividades es?

1 NATURAL

2 ARTIFICIAL

3 MIXTA

11.- ¿Este tipo de iluminación del consultorio influye en la realización de sus actividades?

1 SI

2 NO

12.- Si su respuesta es SI, ¿Como influye?

1 POSITIVAMENTE

5 ES ADECUADA

2 NEGATIVAMENTE

6 ES INADECUADA

3 ES SUFICIENTE

7 INFLUYE MUCHO

4 ES INSUFICIENTE

8 INFLUYE POCO

13.- ¿La ventilación del consultorio en donde realiza sus actividades es?

1 NATURAL

2 ARTIFICIAL

3 MIXTA

14.- ¿Este tipo de ventilación influye en la realización de sus actividades diarias?

1 SI

2 NO

15.- Si su respuesta es SI, ¿Como influye?

1 POSITIVAMENTE

5 ES ADECUADA

2 NEGATIVAMENTE

6 ES INADECUADA

3 ES SUFICIENTE

7 INFLUYE MUCHO

4 ES INSUFICIENTE

8 INFLUYE POCO

16.- ¿Para la atención de sus pacientes la Institución le proporciona ESTETOSCOPIO

1 SI

2 NO

17.- ¿Para la atención de sus pacientes la Institución le proporciona BAUMANOMETRO?

1 SI

2 NO

18.- ¿Para la atención de sus pacientes la Institución le proporciona

ESTUCHE DE DIAGNOSTICO

1 SI

2 NO

19.- ¿ Realiza usted Historia clínica a sus pacientes?

1 SI

2 NO

Si su respuesta anterior es SI continúe, si es NO pase a la pregunta 35

20.- ¿Como selecciona a que paciente realizarle historia clínica?

1 PACIENTES DE PRIMERA VEZ

2 SEGÚN SU PATOLOGÍA

3 A TODOS LOS PACIENTES

4 PACIENTES QUE SE ENVÍAN A 2º NIVEL

5 NO ES MI FUNCIÓN

6 LOS QUE ME ASIGNA EL SERVICIO DE ARCHIVO CLÍNICO

7 OTRA FORMA DE SELECCIÓN.....

MENCIONELA _____

21.- ¿Cuánto tiempo emplea en la elaboración de la historia clínica?

1 MENOS DE 10 MINUTOS

2 DE 11 A 20 MINUTOS

3 DE 21 A 30 MINUTOS

4 MAS DE 30 MINUTOS

5 OTRO. MENCIONELO _____

22.- ¿ Cuántas historias clínicas elabora diariamente?



- 1 DE ACUERDO AL NUMERO DE PACIENTES DE LA VEZ
- 2 1 A 2
- 3 3 A 4
- 4 MAS DE 4
- 5 ES VARIABLE
- 6 LAS QUE ME ASIGNA EL DPTO. DE ARCHIVOS CLÍNICOS
- 7 NINGUNA
- 8 OTRA CANTIDAD -----ANOTE LA _____

23.- ¿Cuál es el objetivo de que los pacientes tengan su historia clínica elaborada?



- 1 CONOCER Y EVALUAR TODOS LOS RIESGOS
- 2 FACILITAR EL TRABAJO MEDICO
- 3 FACILITAR EL CONOCIMIENTO DEL DIAGNOSTICO
- 4 EPIDEMIOLOGICO
- 5 LABORAL
- 6 LEGAL
- 7 NINGUNO
- 8 OTRO ----- MENCIONELO _____

24.- ¿Qué utilidad tiene para usted el modelo utilizado dentro del Instituto para la realización de la historia clínica?



- 1 FACILITA LA REALIZACIÓN DE ESTA
- 2 CONSIGNAR TODOS LOS DATOS DESDE LA 1A. VEZ
- 3 NINGUNA UTILIDAD
- 4 OTRA -----MENCIONELA _____

25.- ¿Qué cambios le haría usted al modelo utilizado dentro del Instituto para la elaboración de la historia clínica?

()

- 1 AMPLIAR EXPLORACIÓN FÍSICA.
- 2 AGREGAR FACTORES DE RIESGO.
- 3 INCLUIR UN APARTADO PARA ANOTAR REPORTE DE LABORATORIO
- 4 CAMBIAR A MODELO FAMILIAR.
- 5 QUE SEA MODIFICADA A UN MODELO MÁS PRACTICO Y RÁPIDO DE LLENAR.
- 6 SUPRIMIR INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.
- 7 QUE SEA ADAPTE AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA
- 8 OTRO CAMBIO ----- MENCIONELO _____

26.- ¿Existe algún factor que influya en la realización de la historia clínica completa de sus pacientes?

1 SI

2 NO

()

27.- Si su respuesta es SI, ¿Que factor influye?

()

- 1 EL TIEMPO DISPONIBLE PARA REALIZARLA
- 2 EDAD DEL PACIENTE
- 3 SEXO DEL PACIENTE
- 4 NIVEL SOCIOCULTURAL
- 5 PACIENTES SOLOS O ACOMPAÑADOS
- 6 MATERIAL O EQUIPO MEDICO
- 7 VENTILACIÓN DEL CONSULTORIO
- 8 ILUMINACIÓN DEL CONSULTORIO

28.- ¿Existe algún tipo de paciente a quien se le facilite hacerle la historia clínica?

()

1 SI

2 NO

29.- Si su respuesta es SI ¿ Que tipo de paciente?

- 1 NIÑO
- 2 JOVEN
- 3 ADULTO
- 4 SENIL
- 5 HOMBRE
- 6 MUJER
- 7 OTRO TIPO.... MENCIONELO _____

30.- ¿Por qué?

- 1 COOPERA Y PUEDE EXPRESARSE MEJOR
- 2 CONOCE MAS SOBRE SUS ANTECEDENTES
- 3 EL TIPO DE PATOLOGÍA PERMITE REALIZAR EL INTERROGATORIO
- 4 ALGÚN FAMILIAR AMPLIA LA INFORMACIÓN
- 5 OTRO.... MENCIONELO _____

31.- ¿Existe algún tipo de paciente a quien le resulte difícil hacerle la historia clínica

- 1 SI
- 2 NO

32.- Si su respuesta es SI, ¿Que tipo de paciente?

- 1 SI
- 2 NO
- 1 NIÑO
- 2 JOVEN
- 3 ADULTO
- 4 SENIL
- 5 HOMBRE
- 6 OTRO TIPO....MENCIONELO _____

33.- ¿Por qué?

- 1 TIENE DIFICULTAD PARA EXPRESARSE
- 2 CONOCE POCO SOBRE SUS ANTECEDENTES
- 3 EL TIPO DE PATOLOGÍA NO PERMITE REALIZAR EL INTERROGATORIO
- 4 INHIBICIÓN DEL PACIENTE POR LA PRESENCIA DE ALGÚN FAMILIAR U OTRA PERSONA
- 5 OTROS... MENCIONELO _____

34.- ¿Qué utilidad tienen las notas de evolución de los pacientes?

- 1 CONOCER LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD
- 2 OBJETIVIZAR ACCIONES CLÍNICO - TERAPÉUTICAS
- 3 INVESTIGACIÓN
- 4 LABORAL
- 5 LEGAL
- 6 EPIDEMIOLOGICA
- 7 NINGUNA UTILIDAD
- 8 OTRA ----- MENCIONELA _____

35.- ¿Qué cambios le haría usted al modelo utilizado dentro del Instituto para la elaboración de las notas de evolución?

- 1 CAMBIAR POR UN MODELO MAS DESCRIPTIVO
- 2 QUE SE ADAPTE AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA
- 3 OTRO CAMBIO ----- MENCIONELO _____
- 4 NINGÚN CAMBIO

ENCUESTA PARA MEDIR LA HISTORIA CLÍNICA

Anotar en el cuadro de la derecha el número que corresponda a la respuesta

	1 SI	2 NO
Tiene Historia Clínica		<input type="checkbox"/>
Nombre del enfermo		<input type="checkbox"/>
Edad		<input type="checkbox"/>
Sala		<input type="checkbox"/>
Sexo		<input type="checkbox"/>
Número de Expediente		<input type="checkbox"/>
Cédula y servicio		<input type="checkbox"/>
Antecedentes Heredo-familiares		<input type="checkbox"/>
Antecedentes personales no patológicos		<input type="checkbox"/>
Antecedentes personales patológicos		<input type="checkbox"/>
Padecimiento actual		<input type="checkbox"/>
Interrogatorio por aparatos y sistemas		<input type="checkbox"/>
Digestivo		<input type="checkbox"/>
Respiratorio		<input type="checkbox"/>
Circulatorio		<input type="checkbox"/>

- Urinario**
- Genital**
- Nervioso**
- Órganos de los sentidos**
- Síntomas generales**
- Terapéutica empleada**

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Estatura**
- Peso actual**
- Peso ideal**
- Pulso**
- Respiraciones**
- Temperatura**
- T/A**
- Inspección general**
- Cabeza**
- Cuello**
- Tórax**
- Abdomen**
- Tacto rectal y vaginal**

Extremidades

Impresión diagnóstica

Lugar

Fecha de elaboración

Nombre del médico

ENCUESTA PARA MEDIR LA NOTA DE EVOLUCIÓN

Anotar en el cuadro de la derecha el número que corresponda a la respuesta

1 SI

2 NO

Tiene nota de evolución:	<input type="checkbox"/>
Nombre del paciente	<input type="checkbox"/>
Número progresivo	<input type="checkbox"/>
Número de cédula o expediente	<input type="checkbox"/>
Servicio	<input type="checkbox"/>
Fecha	<input type="checkbox"/>
Hora	<input type="checkbox"/>
Nombre del médico	<input type="checkbox"/>
Evolución del paciente	
Sexo	<input type="checkbox"/>
Edad	<input type="checkbox"/>
Síntomas	<input type="checkbox"/>
Signos	<input type="checkbox"/>
Diagnóstico	<input type="checkbox"/>
Tratamiento	<input type="checkbox"/>