

11228



**GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL**  
México La Ciudad de la Esperanza



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

**SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**  
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN  
SUBDIRECCIÓN DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA LEGAL**

**“CONOCIMIENTO DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA  
No. 168 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO Y SUS  
REPERCUSIONES MÉDICO LEGALES”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA

**PRESENTADO POR  
DRA. IRENE VERÓNICA PÉREZ SALINAS**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA LEGAL

**DIRECTORA DE TESIS  
DRA. MA. ORALIA PÉREZ BALTAZAR**

- 2004



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.

“CONOCIMIENTO DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO Y SUS REPERCUSIONES MÉDICO-LEGALES”.

DRA. IRENE VERÓNICA PÉREZ SALINAS  
MÉDICO RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA LEGAL.

Vo. Bo.

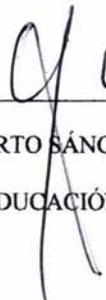


DR. GERMÁN BAZÁN MIRANDA  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA LEGAL.



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

Vo. Bo.



DIRECCION DE EDUCACION  
E INVESTIGACION  
SECRETARIA DE  
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL  
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN.



CONOCIMIENTO DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA DEL EXPEDIENTE  
CLÍNICO Y SUS REPERCUSIONES MÉDICO-LEGALES”.

DRA. IRENE VERÓNICA PÉREZ SALINAS  
MÉDICO RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA LEGAL.

Vo. Bo.

DIRECTORA DE TESIS

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Oralia Pérez Baltazar', is written over a horizontal line. The signature is enclosed within an oval shape drawn with a pen.

DRA. MA. ORALIA PÉREZ BALTAZAR  
DIRECTORA DEL SERVICIO MÉDICO DEL  
RECLUSORIO PREVENTIVO ORIENTE

***AGRADECIMIENTOS:***

A Dios por el don de la vida.

A mi madre por su apoyo incondicional y por ser mi mayor motivo de superación.

A Daniel por el amor y el apoyo brindados en esta etapa importante de mi vida.

A las Dras. Oralia Pérez Baltazar y María del Rosario Mendoza por su ayuda desinteresada.

A mis compañeros por los momentos compartidos.

¡¡Muchas gracias!!

## ÍNDICE

RESÚMEN	
INTRODUCCIÓN	1
MATERIAL Y MÉTODO	7
RESULTADOS	9
DISCUSIÓN	12
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15
ANEXOS	

## RESÚMEN

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal durante el periodo comprendido del 26 de Julio al 20 de Agosto del año 2004 en el Hospital General Xoco, a través de la aplicación de una encuesta a los médicos adscritos y residentes de los servicios de medicina interna, cirugía general y urgencias.

Además de la revisión de expedientes de los servicios antes mencionados de los pacientes atendidos durante la semana del 1º al 7 de Junio del 2004, para ello se elaboró un formato de captura de datos, para determinar el conocimiento y cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico. Obteniendo una respuesta del 72% de los médicos, la calificación media fue de 5.8, con una desviación estándar de 1.07; la calificación mínima de 2.3 y la máxima de 7.1. En cuanto a los expedientes clínicos se encontró que en el 100% de ellos hay incumplimiento de la norma.

La falta de conocimientos sobre la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico y las repercusiones médico-legales que conlleva, así como la negligencia para registrar las intervenciones hechas en el paciente da como consecuencia un expediente mal integrado lo que ante una demanda por responsabilidad profesional médica no permite fundamentar que la atención otorgada fue la adecuada.

Palabras clave: **conocimiento, cumplimiento, médicos, Norma del expediente clínico.**

## INTRODUCCIÓN

El concepto de responsabilidad médica apareció ya desde los años 2392 a. de J.C cuando el Código del Rey Hammurabi dedicaba al menos nueve artículos de los 282 de que constaba, a las faltas y castigos para los médicos. "Si un médico abre a alguien una gran herida con el cuchillo de bronce y lo mata, o si vacía a alguien una cavidad con el cuchillo de bronce y lo deja sin ojo, se le deberá cortar las manos". Además diferenciaba ya lo que hoy se denomina responsabilidad civil y penal, de manera que los fallos no dolosos ni graves estaban castigados con sanciones económicas o indemnizaciones a los perjudicados por los médicos, mientras que ante fallos con resultados graves, el médico podía perder una o ambas manos si era cirujano, con la única finalidad de evitar que siguiese operando. <sup>1</sup>

Es relativamente reciente la toma de conciencia sobre la responsabilidad profesional civil, penal y administrativa y por consiguiente la irrupción del derecho de pago en este campo. Pero hay que advertir que el fenómeno ha sido imparable y que las reclamaciones del pago de daños y perjuicios a la salud han crecido en proporciones ya alarmantes para los profesionales. Podemos argumentar que el cambio se ha producido como consecuencia de la creación de innumerables órganos que protegen los derechos relacionados con la salud y los derechos de los pacientes, entre ellos destacan la CONAMED y la Comisión de Derechos Humanos, no como suerte sino como derecho y de la contemplación del médico como profesional y no como mago o hechicero. <sup>2</sup>

Lo anterior implica que el usuario de los servicios de salud se sienta protegido y reclame situaciones que a su parecer pueden ser violatorias de sus derechos aún cuando no lo sean. Ello origina que el médico día a día se vea implicado con mayor frecuencia en diversas situaciones legales que le pueden ocasionar diferentes sanciones. Cuando el personal de salud se ve ante una situación legal de cualquier tipo, el expediente clínico es el arma fundamental con la que cuenta para demostrar su actuar ante las diversas autoridades, pues de él obtendrá el perito o experto la información necesaria para determinar si existió o no algún tipo de responsabilidad. De ahí que la falta del expediente o un expediente mal integrado sea una gran desventaja para el médico presuntamente responsable.<sup>3,4</sup>

Desde los primeros intentos realizados en nuestro país para conocer la calidad con que se otorga la atención médica, el expediente clínico representó el instrumento fundamental.

En 1986 es publicada la Norma Técnica No. 52, para la elaboración, integración y uso del expediente clínico.<sup>5</sup>

Numerosas publicaciones han aparecido con carácter normativo en las instituciones de seguridad social y en la Secretaría de Salud, mismos que culminaron en 1998, con la promulgación en el Diario Oficial de la Federación de la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico No. 168.

Destaca por su importancia, el ordenamiento dirigido a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico a nivel nacional, para el estudio racional y la solución de problemas de salud del usuario,

involucrando acciones preventivas, curativas y de rehabilitación, se constituye como una herramienta de obligatoriedad para todos los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado incluyendo los consultorios.

La NOM-168 es un instrumento para la regulación del expediente clínico y promueve el desarrollo de una cultura de calidad de la atención médica al poner énfasis en la realización de una buena nota médica y así como consecuencia tener integrado un buen expediente clínico ya que éste tiene diferentes usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico.<sup>6</sup>

Desde el punto de vista médico asistencial y judicial, el expediente clínico es de indiscutible valor. El análisis de una queja o una demanda ante las autoridades institucionales o judiciales, en el expediente clínico pueden encontrarse los elementos necesarios que permitan exculpar al médico, o su ausencia implicar la carencia de un apoyo importante.

La revisión de expedientes clínicos como elemento indispensable para la realización de trabajos de investigación, representa un apoyo insustituible, especialmente cuando su calidad permite recuperar información y ésta es completa.

El expediente clínico como documento, debe contener la información completa y correctamente ordenada, con características que permitan, a quien lo consulta, la recuperación de la información para la toma de una decisión médica, el análisis con fines de evaluación a través de los subcomités

médicos, la realización de actividades de educación, investigación o conocer la calidad con que se está otorgando la atención médica, por lo cual el objetivo en este estudio es determinar el conocimiento y cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico.<sup>7</sup>

El Comité de Calidad de la Atención Médica, centra su atención en la auditoría médica para evaluar la calidad de los servicios prestados en la unidad hospitalaria, uniforma los criterios y procedimientos y toma como elementos básicos: la oportunidad y la atención integral al paciente, la información emanada de la fuente primaria que es el expediente clínico, la satisfacción del usuario y prestador de los servicios, así como la enseñanza e investigación.<sup>8</sup>

Dentro de los documentos de que se hace referencia en la NOM-168 está el consentimiento informado el cual puede definirse como la conformidad o asentimiento del paciente (y/o padre, tutor o encargado) a recibir un procedimiento médico o intervención quirúrgica luego de haber recibido y entendido toda la información necesaria para la toma de una decisión libre e inteligente.

La necesidad de recabar la autorización, por parte de los usuarios o del responsable legal o de las notificaciones que se hagan a la autoridad correspondiente de procedimientos que vayan a realizarse se encuentra bien requerida y fundada por la ley. Su obtención es la mejor garantía de disminuir en gran medida la posibilidad de que se presente una demanda en contra de un médico.<sup>9</sup>

En cuanto a la responsabilidad profesional, la palabra “responsabilidad”

proviene de respondere, cuyo significado es prometer, merecer, pagar. En un sentido más restringido, *responsum* (responsable) significa “el obligado a responder de algo o de alguien”. Se define como la obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión.

La responsabilidad encuentra su fundamento legal en la necesidad jurídica de que todo médico responda ante las autoridades sociales de los daños y perjuicios ocasionados por las faltas voluntarias, o involuntarias, pero previsibles y evitables, cometidas en el ejercicio de su profesión.<sup>10</sup>

Para los médicos ser responsable es hacer lo adecuado y preocuparse por cuidar a los pacientes. La responsabilidad profesional puede ser penal, civil o administrativa.

La responsabilidad civil se define como la obligación de responder ante los demás por actos propios o de quienes se encuentren a nuestro servicio, según lo que se marca en la legislación civil, penal, ley de profesiones: la obligación de resarcir de los daños y perjuicios ocasionados con nuestro actuar o de nuestros subordinados por incumplimiento de una obligación, sea ésta materia de contratos o cuasicontratos.

La responsabilidad penal se define como la obligación de responder ante la sociedad y ante los demás (reparación del daño) cuando, por la realización de una conducta determinada, se produzca un resultado tipificado en el Código Penal como delito.

Se define que la Ley de Responsabilidad de los Servidores Públicos obliga a vigilar y cumplir con legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia el desempeño realizado en el empleo, cargo o comisión de cualquier puesto que se trate.

Para fundamentar jurídicamente la responsabilidad profesional nos basamos en: el Código penal para el Distrito Federal en sus artículos 322, 324, 325, 326 y 328; Código de procedimientos penales para el Distrito Federal, artículos 125, 126, 127, 128, 129, 130 y 131; Código civil federal, artículo 2615 y, el reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica, artículos 32, 79, 80, 81, 82 y 83. <sup>11-14</sup>

Es importante que se conozca y se cumpla la normatividad referente al expediente clínico, es decir, la Norma Oficial Mexicana No. 168, pues además de ser de observancia obligatoria, debemos recordar que el desconocimiento de las leyes no exime de responsabilidades, por lo que el médico no podrá argumentar que desconocía que debía integrar un expediente clínico en el que se debe sentar su actuar y con ello demostrar que brindó al paciente atención de calidad.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal, durante el periodo comprendido del 26 de Julio al 20 de Agosto del 2004, en el Hospital General "Xoco", para medir las variables: médico, conocimiento de la NOM-168 y expediente clínico, por medio de la aplicación de una encuesta sobre conocimientos de la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico No. 168 y sus repercusiones médico legales al censo del personal médico de los servicios de medicina interna, cirugía general y urgencias. fig. 1

La encuesta consta de 16 enunciados de cuatro reactivos cada uno, de los cuales los primeros 11 son para evaluar el conocimiento general sobre la Norma Oficial Mexicana No. 168 del expediente clínico y los 5 últimos son para evaluar el conocimiento de las repercusiones médico legales que implica el no cumplimiento de la misma.

Previo a su aplicación , se realizó la prueba piloto, para lo cual se elaboraron dos formatos de encuesta con preguntas similares: No.1 y No.2, se aplicaron ambas con un intervalo de tiempo de dos semanas, a 5 médicos adscritos y 5 médicos residentes del Hospital General "Dr. Rubén Leñero" de los servicios de medicina interna, cirugía general y urgencias.

Posteriormente se calificaron, y se obtuvieron puntuaciones mayores en la encuesta No. 2, se tuvo como resultado un coeficiente de correlación de 0.93, por lo cual se concluyó en que el instrumento era confiable.

También se revisaron expedientes clínicos de los pacientes atendidos durante la semana del 1º al 7 de Junio del 2004 en los servicios antes

mencionados para lo cual se elaboró un formato de captura de datos, que incluía los siguientes apartados: historia clínica, nota de evolución, nota de interconsulta, nota médica de urgencias, nota de ingreso en hospitalización, nota pre-operatoria, nota post-operatoria, nota de órdenes médicas, nota de egreso, hoja de enfermería, servicios auxiliares: laboratorio y rayos X, carta de consentimiento informado, hoja de egreso voluntario, hoja de notificación al Ministerio Público. fig. 2

Los apartados de los expedientes clínicos se evaluaron en cuanto a si se encontraban completos, incompletos, omitidos o no eran necesarios, en base a la presencia o ausencia de los siguientes datos: signos vitales, fecha y hora de elaboración, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, nombre y firma del médico y firma del paciente en el caso de la carta de consentimiento informado.

Para la captura y análisis de datos se utilizó el programa Excel; se obtuvieron las pruebas estadísticas descriptivas de tendencia central (media), de dispersión (rango, desviación estándar) y porcentaje.

Fue una investigación sin riesgo.

## RESULTADOS

Se obtuvo una respuesta de los médicos del 72% (41) de un cerso médico de 57, de los cuales 17 son residentes: 7 de Urgencias, 5 de Medicina Interna, 5 de Cirugía General, y 40 adscritos de los que el 60% contestó (24) y 40% (16) se negó a contestar; de los 24: 10 son de Urgencias, 7 de Medicina Interna y 7 de Cirugía General.

La media de la calificación global es de 5.8, con una máxima de 7.1 y mínima de 2.3, con rango de 4.8 y una desviación estándar de 1.07; la media de la calificación sobre conocimientos de la norma del expediente clínico es de 5.5, con una máxima de 7.5 y mínima de 2.9, rango de 4.6 y desviación estándar de 1.19; y la media de la calificación de conocimientos sobre las repercusiones medico-legales del expediente clínico es de 6.2, con una máxima de 9 y mínima de 1, rango de 8 y desviación estándar de 1.25.

El promedio de calificaciones por categoría de médico son: en los adscritos de 6 en conocimiento global, 5.7 en conocimiento de la norma y 6.7 en conocimiento de las repercusiones médico-legales; en los residentes 5.4 a nivel global, 5.7 en conocimiento de la norma y 5.9 en conocimiento de las repercusiones médico-legales del expediente clínico. fig. 3

Lo médicos adscritos en general tienen una calificación media global de 6, los del servicio de urgencias de 6.2, los de cirugía general de 6.2 y los de medicina interna de 5.7. fig. 4

Los médicos residentes con calificación media global de 5.4, los de Urgencias de 4.5, los de Cirugía General de 6.1 y los de Medicina Interna 6. fig. 5

En cuanto a las preguntas en las que contestaron erróneamente con más frecuencia son: la referente al consentimiento informado, 31 de 41; la definición de resumen clínico, 21 de 41. Las respuestas más acertadas son las referentes a: usos del expediente clínico, 38 de 41; observancia de la norma del expediente clínico, 37 de 41; autoridades solicitantes de los expedientes clínicos, 32 de 41, número de años que se debe conservar el expediente clínico, 31 de 41, consecuencias médico-legales por un expediente clínico mal integrado, 29 de 41; casos en que se debe dar aviso al Ministerio Público, 29 de 41.

Se revisan 87 expedientes clínicos, de los cuales 43 son de Urgencias, 23 de Medicina Interna y 21 de Cirugía General. Se encuentra que el 100% de ellos en sus diferentes apartados hay incumplimiento de la Norma: ya que algunos documentos están incompletos, tales como historia clínica 75%, notas de evolución 38%, nota de interconsulta 50%, nota médica de urgencias 49%, nota de ingreso a hospitalización 34%, nota post-operatoria 63%, órdenes médicas 32%, nota de egreso 24%, hoja de enfermería 8%, estudios de laboratorio y rayos X 1%, carta de consentimiento informado 43%, hoja de egreso voluntario 33%, nota anestésica 74%, esto en base a la falta de datos tales como nombre del médico, firma del médico, signos vitales, fecha, hora, firma del paciente, ausencia de algunos apartados, o hacen falta algunas notas. cuadro 1.

Algunos documentos están omitidos: historia clínica 6%, notas de evolución 24%, nota médica de urgencias 6%, nota de ingreso a hospitalización 18%, nota pre-operatoria 100%, nota post- operatoria 4%, órdenes médicas 19%,

nota de egreso 52%, hoja de enfermería 4%, estudios de laboratorio y rayos X 1%, carta de consentimiento informado 5%, notificación al Ministerio Público 57%.

El porcentaje de cumplimiento de la norma en los apartados del expediente clínico son: historia clínica 19%, notas de evolución 38%, nota de interconsulta 50%, nota médica de urgencias 45%, nota de ingreso a hospitalización 48%, nota pre-operatoria 0%, nota post-operatoria 32%, órdenes médicas 49%, nota de egreso 24%, hoja de enfermería 88%, estudios de laboratorio y rayos X 98%, consentimiento informado 52%, egreso voluntario 67% notificación al Ministerio Público 43%, nota anestésica 26%. fig. 6.

## DISCUSIÓN

En los resultados se aprecia mayor desconocimiento de la Norma del expediente clínico y sus repercusiones médico-legales en los médicos residentes que en los adscritos. De los adscritos hay mayor conocimiento en los del servicio de Urgencias y Cirugía General sobre los de Medicina Interna. Los médicos residentes de Cirugía General obtienen una mayor calificación en conocimientos sobre los de Urgencias y de Medicina Interna.

La encuesta aplicada revela mayor desconocimiento sobre el consentimiento informado ya que es la pregunta más erróneamente contestada y mayor conocimiento de las generalidades del expediente clínico tales como sus usos, número de años que se conserva y autoridades que lo solicitan.

Así también, el desconocimiento por parte de los médicos de los casos en que se debe dar aviso al Ministerio Público.

En cuanto a los expedientes clínicos revisados, se encuentra que todos ellos están incompletos. Hay un gran porcentaje de historias clínicas incompletas en las que hace falta el apartado de antecedentes personales no patológicos y sobre todo el nombre y la firma del médico que la elaboró, algunas notas de evolución sin firma, fecha, hora ó signos vitales y en ocasiones la ausencia total de la misma lo cual puede demostrar mala atención médica. Las notas pre-operatorias y notas de egreso omitidas en su totalidad por el médico de cirugía general denota gran negligencia en el registro de la atención otorgada al paciente.

La carta de consentimiento informado es otro de los documentos mal

La carta de consentimiento informado es otro de los documentos mal llenados y mal realizado en sus diferentes apartados, principalmente en la de la autorización dada por el paciente para recibir atención médica a través de la firma de él o de sus familiares, todo esto puede ocasionar que el médico sea acusado de haber intervenido sin autorización cuando ya se ha presentado una complicación previsible.

Estas deficiencias de conocimientos sobre la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico y las repercusiones médico-legales que implica, se ve reflejado en la elaboración incompleta de los expedientes clínicos, debidas a indiferencia, descuido, sobrecarga de trabajo, e incluso inobservancia misma de la norma del expediente clínico, que lleva al médico a estar predispuesto a ser juzgado como responsable ante una demanda por mala práctica médica aunque él haya dado una atención médica adecuada pero que, sin embargo, no es posible demostrarlo ya que no se cuenta con un expediente integrado.

En tal virtud, el expediente clínico es el instrumento fundamental para determinar, mediante su estudio, si en el caso existió una buena o mala práctica médica; y las omisiones en su integración pueden originar alteraciones en el diagnóstico o tratamiento del paciente, o en su caso, juicios médico-legales que provoquen la consignación de un médico por supuestas conductas que podrían considerarse delictivas.<sup>15</sup>

Debido a esto, se sugiere:

1. Que el personal médico de base y becario sea constantemente capacitado sobre los lineamientos y normas del expediente clínico, con el

consentimiento informado que lleva implícito.

2. Que sean informados sobre todos aquellos casos en que se debe dar aviso al Ministerio Público y así evitar problemas posteriores de responsabilidad.

3. Se les haga hincapié de la importancia de plasmar su nombre y firma en los documentos realizados por ellos o por sus subordinados, ya que es obligatorio de acuerdo a la norma.

4. Contar con un comité activo y permanente de revisión, evaluación y seguimiento de los expedientes clínicos, solicitando asesoría al médico legista para la detección oportuna de cualquier incumplimiento y sugerencia de acciones necesarias para su corrección, evitando responsabilidad al médico y a la Institución.

5. Difundir la Norma del expediente clínico a todos los prestadores de servicios de salud de manera obligatoria, que incluye personal médico, de enfermería y administrativo.

6. Que el temario de Documentación médico-legal en la asignatura de Medicina Legal abarque la Norma 168 del expediente clínico en los estudiantes de medicina de pregrado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. [www.aeds.org/responsa2.htm](http://www.aeds.org/responsa2.htm). Formación en responsabilidad profesional. Conceptos generales y evolución histórica de la responsabilidad médica.
2. Aguirre Gas Héctor. Evaluación de la calidad de la atención médica. Bases para su evaluación y mejoramiento continuo. Ed. Noriega Editores. ed. 2000.: 151-
3. Carrillo Fabela Luz María. La responsabilidad profesional del médico. Ed. Porrúa. 3ª ed. 2003.
4. Ramírez Covarrubias G. Medicina legal mexicana. Ed. 2000. ed. 1999.
5. Norma técnica No. 52 para la elaboración, integración y uso del expediente clínico.
6. [www.salud.gob.mx/dirgrss/penno.html](http://www.salud.gob.mx/dirgrss/penno.html). Norma Oficial Mexicana No. 168 del expediente clínico.
7. Dobler López Irving. La responsabilidad en el ejercicio médico. Ed. Manual Moderno. 2ª ed. 2002.
8. Comité Técnico de Calidad de la Atención Médica. Comités Técnico Médico Hospitalarios. Lineamientos para la Organización y Funcionamiento: 33-43.
9. [www.ivic.vg/Bioetica/consentimiento.html](http://www.ivic.vg/Bioetica/consentimiento.html). El consentimiento informado. Aspectos generales.
10. Gisbert Calabuig Juan Antonio. Medicina legal y toxicología. Ed. Masson. 5ª. ed: 87-90.
11. Código penal del Distrito Federal 2003. Ed. Ediciones Fiscales Isef. 5ª ed.: 81-83
12. Código de procedimientos penales para el Distrito Federal 2003. Ed. Ediciones Fiscales Isef. 5ª ed.: 23
13. Código Civil Federal 2003. Ed. Ediciones Fiscales Isef. 4ª ed. 2003: 276.
14. Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Ed. Ediciones Fiscales Isef. 4ª ed. 2003: 6,12,13.

15. García Garduza Ismael. Procedimiento pericial médico-forense. Normas que lo rigen y los derechos humanos. Ed. Porrúa. 1ª ed. 2002: 51,52.

## FIGURA 1. ENCUESTA

### “Conocimiento de la Norma Oficial Mexicana del Expediente clínico y sus repercusiones médico-legales”

Categoría: \_\_\_\_\_ Servicio \_\_\_\_\_

Turno: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará enunciados que contiene la temática a indagar, de los cuales se desprenden aseveraciones que deberá responder sobre la línea izquierda con la letra **F (falso)**, **V (verdadero)** o **NS (No lo sé)**, de acuerdo al conocimiento que usted tenga sobre cada particular. Es importante que conteste todas las aseveraciones, ya que las que no responda se considerarán como erróneas.

Para la obtención de la puntuación alcanzada, cada respuesta correcta le suma un punto (+1), cada respuesta errónea le resta un punto (-1) y las respuestas “No lo sé” ni le suman ni le restan puntos, por lo cual se solicita total sinceridad en sus respuestas.

1.- Número de Norma correspondiente al expediente clínico:

- NOM-025
- NOM-190
- NOM-168
- NOM-013

2.- Nivel de observancia de la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico:

- Estatal
- Nacional
- Jurisdiccional
- Federativa

3.- El expediente clínico permite los usos:

- Jurídico
- Investigación
- Evaluación
- Administrativo

4.- Sector de la atención médica en que es obligatoria la aplicación de la Norma del expediente clínico:

- Público
- Social
- Consultorios
- Privado

5.- Son Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con el expediente clínico:

- Norma para la disposición de sangre humana y sus componentes
- Norma para la prevención y control de la Tuberculosis
- Norma para la prevención de enfermedades bucales
- Norma para la vigilancia epidemiológica

6.- Número de años que debe ser conservado el expediente en el hospital posterior al último acto médico:

- 1 año
- 3 años
- 5 años
- 8 años

- 7.- El expediente clínico se integra por los servicios de:
- Consulta externa (general y de especialidad)
  - Urgencias Adultos y Urgencias Pediatría
  - Medicina Preventiva
  - Hospitalización
- 8.- El expediente clínico puede ser solicitado por:
- Autoridad judicial
  - Autoridades sanitarias
  - Autoridades administrativas
  - Organos de procuración de Justicia
- 9.- Los expedientes clínicos:
- Son propiedad de la Institución
  - Son propiedad del prestador de servicios
  - La historia clínica se ajustará a la naturaleza de los servicios prestados.
  - Es un conjunto de documentos en los que el personal de salud hace registros y certificaciones correspondientes a su intervención
- 10.- Documento elaborado por el médico en el cual registra los aspectos relevantes de la atención médica:
- Interconsulta
  - Resumen clínico
  - Expediente clínico
  - Referencia-contrarreferencia
- 11.- El consentimiento informado:
- Solo es necesario cuando se realice un acto quirúrgico en el paciente hospitalizado
  - En caso de urgencia o de incapacidad transitoria del paciente el documento no es necesario
  - Bastará con el nombre y firma de un testigo
  - Se hace referencia de él en los artículos 80 a 84 de la Ley General de Salud
- 12.- Son errores en el expediente clínico que pueden perjudicar al médico al estar ante una demanda por mala práctica médica:
- Ausencia de nota quirúrgica o su pésima redacción
  - Ausencia de reporte de trabajo social
  - Ausencia de reporte de estudios de laboratorio y gabinete
  - Ausencia de nota postransfusional
- 13.- La responsabilidad profesional del médico puede ser de tipo:
- Civil
  - Penal
  - Administrativa
  - Negligencia
- 14.- Son repercusiones médico-legales por un expediente clínico deficiente:
- Ser hallado culpable en un juicio por mala práctica médica
  - Privación de la libertad
  - Pago de daños
  - Suspensión para ejercer la profesión
- 15.- Circunstancias en que se debe dar aviso al Ministerio Público:
- Al ingresar un paciente que haya sido atropellado
  - Pacientes que hayan sufrido quemaduras
  - Defunciones por sobredosis por cocaína
  - Pancreatitis hemorrágica de origen traumático

16.- Son constituyentes de delito para el médico las siguientes acciones.

Negativa de atención

Abandono de paciente

Extravío de expediente clínico

Impedir la salida de un cadáver o un recién nacido aduciendo aducidos de cualquier tipo

**\*\*\* Gracias por su tiempo y cooperación\*\*\***

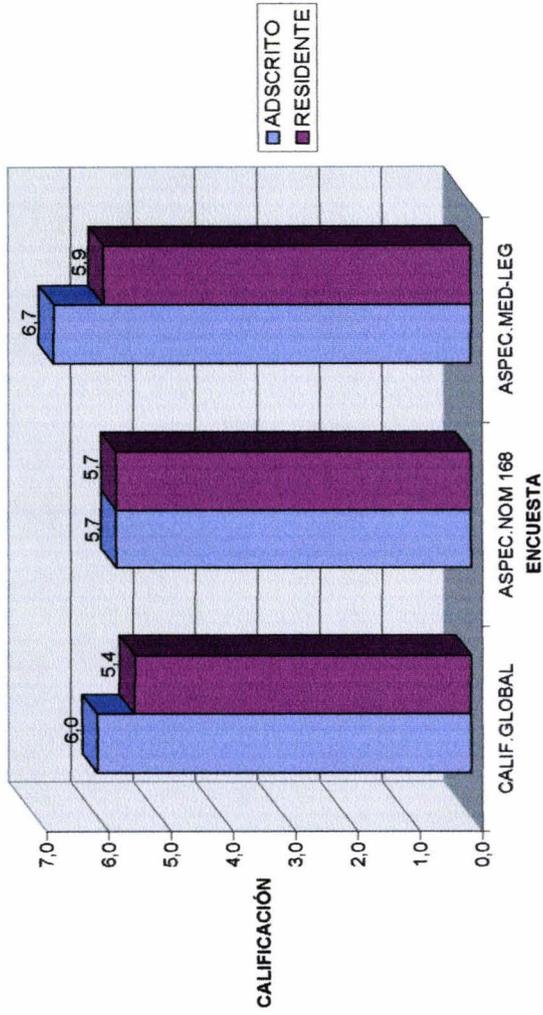
**Fig. 2**

**FORMATO DE CAPTURA DE DATOS DE EXPEDIENTES CLINICOS**

DOCUMENTO	(C)	(I)	(O)	(NN)
Historia clínica				
Nota de evolución				
Nota de interconsulta				
Nota médica de urgencias				
Nota de ingreso a hospitalización				
Nota pre-operatoria				
Nota post-operatoria				
Nota de órdenes médicas				
Nota de egreso				
Hoja de enfermería				
Servicios auxiliares: laboratorio y Rx				
Carta de consentimiento informado				
Hoja de egreso voluntario				
Hoja de notificación al M.P				
Hoja anestésica				

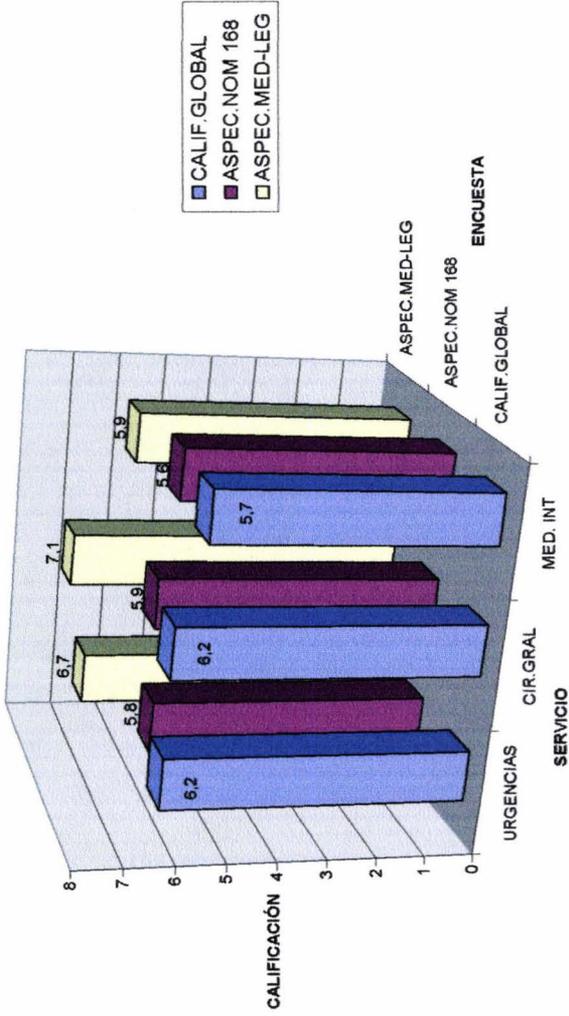
CLAVE: (C) Completa (I) Incompleta (O) Omitida (NN) No necesaria

**Fig.3**  
**PROMEDIO DE CALIFICACIONES OBTENIDAS EN LAS ENCUESTAS POR CATEGORÍA DE MÉDICO**



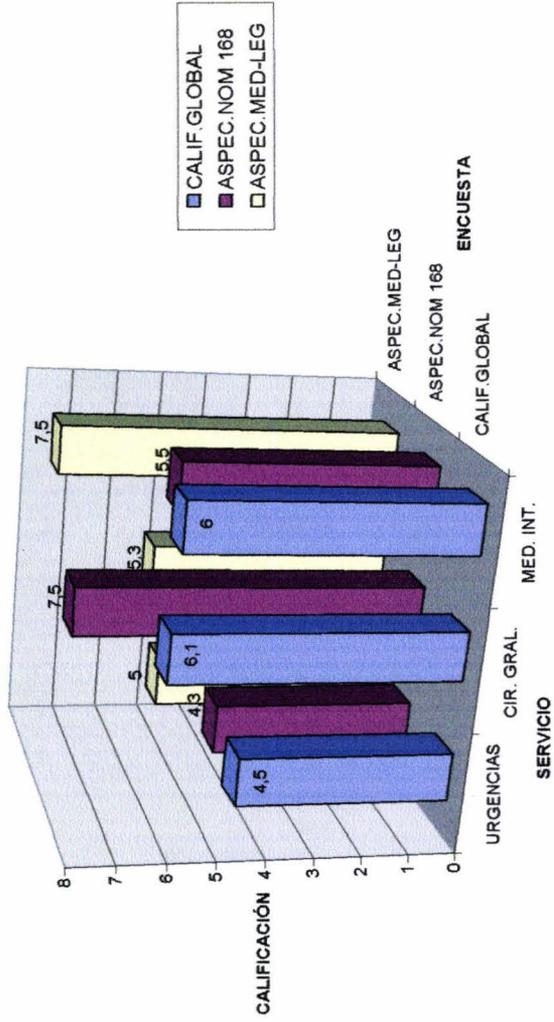
Fuente. - Encuestas aplicadas a los médicos del Hospital General Xoco.

**Fig. 4**  
**PROMEDIO DE CALIFICACIONES OBTENIDO DE LAS ENCUESTAS APLICADAS A LOS ADSCRITOS**  
**SEGUN SERVICIO**



Fuente. - Encuestas aplicadas a los médicos del Hospital General Xoco. 2004

**Fig. 5**  
**PROMEDIO DE CALIFICACIONES OBTENIDO EN LAS ENCUESTAS APLICADAS A LOS RESIDENTES**  
**SEGÚN SERVICIO**



Fuente.- Encuestas aplicadas a los médicos del Hospital General Xoco. 2004

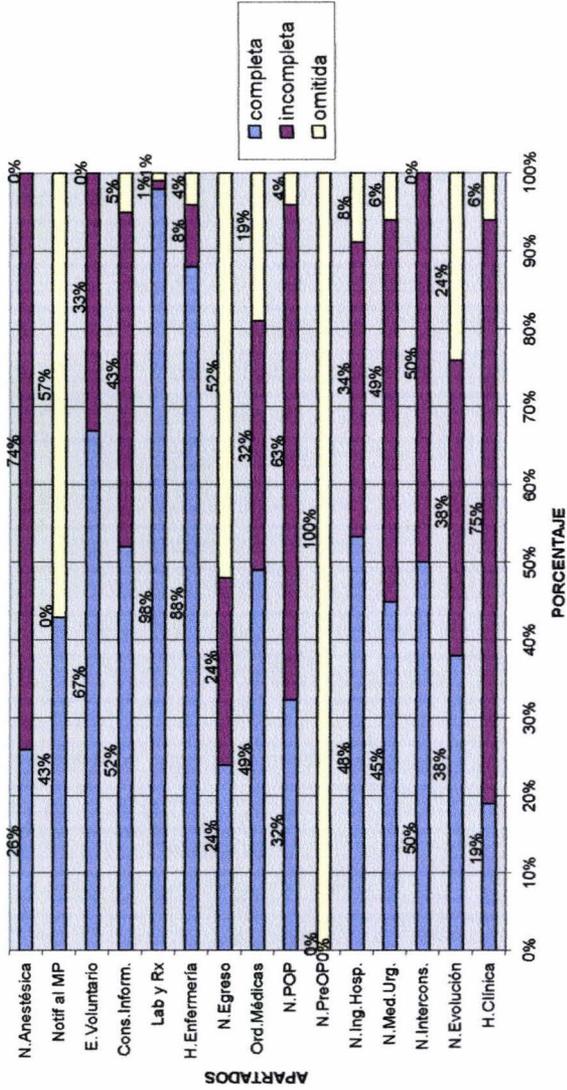
Cuadro 1

## PORCENTAJE DE INCUMPLIMIENTO EN LOS APARTADOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN EL HOSPITAL GENERAL XOCO

DOCUMENTO	NOMBRE DEL MÉDICO	FIRMA DEL MÉDICO	SIGNOS VITALES	FECHA	HORA	FIRMA DEL PACIENTE	FALTAN APARTADOS	FALTAN NOTAS
Historia clínica	40%	98%	2%	---	---	---	3%	---
N. de evolución	---	80%	28%	4%	4%	---	---	20%
N. Interconsulta	---	79%	35%	12%	12%	---	---	---
N. Med. Urgen.	---	75%	15%	15%	15%	---	---	---
No. Ing. a Hosp..	---	80%	13%	---	---	---	13%	---
N. preoperatoria	---	100%	---	---	---	---	---	---
N. posoperatoria	7%	100%	---	---	---	---	---	---
N. Ord. Médicas	---	63%	---	4%	4%	---	---	26%
N. egreso	---	23%	23%	72%	72%	---	---	---
H. enfermería	---	---	---	---	---	---	---	100%
Lab. y rayos X	---	---	---	---	---	---	---	100%
Consentimiento	---	28%	---	---	---	64%	8%	---
H. egreso volunt.	---	10%	---	---	---	---	---	---
Nota anestésica	---	100%	---	---	---	---	---	---

Fuente: Archivo clínico del Hospital General Xoco, 2004.

Fig.6  
**PORCENTAJE DEL ESTADO DE LOS APARTADOS DEL EXPEDIENTE CLINICO**



Fuente - Archivo clínico. Hospital General Xoco. 2004