

Artículos Originales

Evaluación del expediente clínico en la atención obstétrica.

Patricia Pavón-León M.C. MASS, Ma. del Carmen Gogascoecbea- Trejo M.C.
MASS, Miguel Ramírez-Muro M.C., Victor Landa-ortiz M.C
Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Veracruzana. Xalapa, Ver.

1).- Resumen

Objetivo. Evaluar la integración y el llenado del expediente clínico obstétrico en un hospital de ginecología y obstetricia con el fin de ofrecer información para la definición, de estrategias institucionales que contribuyan al mejoramiento de la calidad de la atención médica. **Material y métodos.** En un estudio transversal se tomó una muestra aleatoria de 1,200 expedientes clínicos de pacientes embarazadas atendidas durante el año de 1997. **Resultados.** El 85% de los expedientes evaluados estaban incompletos. Más del 50% de las historias clínicas y el 88% de los partogramas se encontraban incompletas. El principal motivo fue la falta de registro de los signos vitales. **Conclusiones.** Existen serias deficiencias en la elaboración de los expedientes clínicos que afectan la adecuada atención y seguimiento a los pacientes. Se debe intensificar la difusión de la Norma Oficial del expediente clínico y verificar su cumplimiento.

Abstract

Objective. To evaluate the elements that integrate the obstetric clinical record in an obstetrics and gynecology hospital with the purpose of offering information for the definition of institutional strategies that contribute to the improvement of the quality of the medical attention. **Material and methods.** In a cross-sectional study was selected a random sample of 1,200 clinical records of pregnant patients assisted during the year of 1997. **Results.** 85% of the evaluated clinical records was incomplete. More than 50% of the clinical histories they were incomplete and 88% of the partograms, mainly the vital signs were omitted. **Conclusions.** Serious

deficiencies exist in the elaboration of the clinical records that affect the appropriate attention and pursuit to the patients.

Introducción

Actualmente, existen diversas estrategias para evaluar la calidad de la atención prestada en los hospitales, las cuales coinciden en señalar la necesidad de contar con herramientas específicas que permitan el análisis y revisión del trabajo médico.

Una de las herramientas básicas para brindar un servicio de calidad es la integración adecuada del expediente clínico, el cual es un documento legal muy importante, ya que contiene el registro de los elementos técnicos esenciales para el estudio y la solución de los problemas de salud del usuario, y permite así, valorar la actuación del médico durante el trabajo clínico. El expediente clínico tiene también otros usos como la enseñanza, la investigación, la evaluación, administrativo y estadístico.¹

Se ha demostrado que la deficiente elaboración e integración del expediente clínico afecta la atención y seguimiento a los pacientes, teniendo como consecuencia un mal diagnóstico y tratamiento. Por otro lado, se ha visto frustrada o incompleta alguna investigación por la inadecuada condición de los expedientes clínicos.^{2,3}

En 1998 la Secretaría de Salud emitió la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico¹, con el fin de sistematizar, homogeneizar y regular el manejo de éste, estableciendo su observancia obligatoria para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

De acuerdo con la vigencia de tal norma, se podría pensar que los expedientes clínicos en el Sistema Nacional de Salud se encuentran correctamente estructurados y completos en un alto porcentaje; sin embargo, esto no sucede así en la realidad.

En un estudio realizado por la CONAMED (Comisión Nacional de Arbitraje Médico) en 1998 se encontró que el 71% de los expedientes clínicos estaban incompletos, y que la mayoría carecía de las notas de ingreso, de revisión, preoperatorias y preanestésicas, mientras que 50% no tenía el nombre del médico responsable. Estas carencias son el principal obstáculo en la resolución de las quejas por negligencia médica.

El propósito de este trabajo fue evaluar la integración y el llenado del expediente clínico obstétrico en un hospital de Ginecología y Obstetricia del Estado de Veracruz, con el fin de ofrecer información para la definición de estrategias institucionales que contribuyan al mejoramiento de la calidad en la prestación, de los servicios médicos.

Material y métodos.

En un hospital de Ginecología y Obstetricia del Estado de Veracruz, se realizó un estudio transversal descriptivo. Se revisaron los expedientes clínicos de las pacientes embarazadas hospitalizadas para la atención del trabajo de parto y parto.

Se tomó una muestra aleatoria, estratificada y representativa por turno, por mes y por día de atención. El tamaño de la muestra fue de 1,200 expedientes clínicos de un total de 3,221. El período de estudio fue de enero a diciembre de 1997. Los expedientes se dividieron entre los doce meses del año, por lo que se revisaron 100 expedientes mensuales, quedando incluidos los diferentes días de la semana y turnos. Para la selección de

los expedientes por día y por turno se utilizó la tabla de números aleatorios.

La evaluación de la integración y el llenado del expediente clínico obstétrico se realizó conforme a la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico¹; y la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacidos.

Se consideró como expediente clínico completo a la presencia conjunta de la documentación necesaria para registrar todos los actos médicos relacionados con la atención proporcionada a la paciente obstétrica (historia clínica, notas médicas, partograma, informe de estudios de laboratorio y gabinete).

Para el análisis estadístico se utilizaron frecuencias simples y proporciones.

Resultados

Del total de los expedientes clínicos evaluados, el 85% estaban incompletos ya que faltaba uno o más de los elementos que lo integran.

En 50.2% de los expedientes se encontraba la historia clínica incompleta, en 49.5% completa y en 0.3% no había historia clínica. Del total de historias clínicas incompletas los datos omitidos fueron los siguientes: en 93.5% los signos vitales, en 4.3% el padecimiento actual, en 1.4% los datos generales de la paciente, en 0.4% los antecedentes y en 0.4% la exploración física.

En lo que se refiere al partograma, en el 11.8% de los expedientes se encontraba completo, en 88% incompleto y 0.2% de los expedientes carecía de éste. De los partogramas incompletos, los datos omitidos fueron los siguientes: en 50.3% los signos vitales; en 33.4% la nota médica final del trabajo de parto; en 9.9% las notas sin nombre y finna; en 5.9% solo existía la primera nota y no había

notas subsecuentes y en 0.5% la frecuencia cardíaca fetal.

La información sobre el control prenatal no se reportó en 72.5% de los expedientes.

Del total de las pacientes, al 36% se les realizó inducto-conducción del trabajo de parto y de éstas, en 81.2% expedientes no se reportó la justificación por escrito de dicho procedimiento. De acuerdo con la normatividad, la utilización de dicho procedimiento debe justificarse por escrito en el expediente clínico.

En el 96% de los expedientes revisados, las notas médicas no se encontraban firmadas, sólo se reportaba el nombre del médico.

Discusión

Es indispensable que en el expediente clínico exista la documentación correspondiente a las acciones médicas realizadas durante la atención proporcionada a la paciente obstétrica. Con un expediente completo y ordenado es más sencillo determinar el paso a seguir o rectificar oportunamente. Es de resaltar que en este estudio se encontró un alto porcentaje de expedientes incompletos coincidiendo con los hallazgos del estudio realizado por la CONAMED.

La historia clínica es el documento central en el expediente. De su buena elaboración depende el éxito o el fracaso del médico para conseguir el mayor provecho para su paciente. De su exactitud e integración dependen el diagnóstico, el pronóstico y la terapéutica. La exploración física se debe realizar en forma completa y ordenada. Un aspecto importante durante el examen físico es la toma y registro de los signos vitales ya que son los parámetros para evaluar el estado general, y la vigilancia estrecha de estos durante el trabajo de parto es de gran importancia para conocer las

condiciones de la paciente durante el transcurso de este.

Llama la atención que más del 50% de las historias clínicas se encontraron incompletas, siendo la causa principal la falta de registro de los signos vitales, dicha cifra es similar a la reportada por CONAMED (40%).

Con relación al partograma, de gran importancia en el expediente clínico obstétrico, ya que en él se registran todos los procedimientos realizados a la paciente durante el trabajo de parto, destaca que en un alto porcentaje su llenado fue deficiente, siendo la omisión principal los signos vitales.

El conocimiento del control prenatal es de gran importancia durante la atención del trabajo de parto y el parto, sin embargo, en la mayoría de los expedientes no se encontró registrada dicha información.

La inducción y conducción del trabajo de parto normal ha sido revalorada en vista de que no aporta beneficios y sí contribuye a aumentar tanto la morbilidad y mortalidad materna como la del recién nacido, por lo que su uso debe quedar limitado a ciertos casos muy especiales. Según la Norma Oficial para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, la inducción y conducción del trabajo de parto normal no deben aplicarse de manera rutinaria con el solo, motivo de aprontar el parto, y en caso de necesitarlas, estos procedimientos deben tener una justificación por escrito. A pesar de esto, en el 81% de los expedientes de las pacientes que fueron sometidas a inducto-conducción, no se reportó ninguna justificación.

La Norma Oficial Mexicana del expediente señala que "todas las notas médicas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien la elabora". Sin embargo, en un gran porcentaje (96%

) de los expedientes no se asentó la firma del médico tratante.

Como se ha visto, existen serias deficiencias en la elaboración de los expedientes clínicos que pueden ser debidas al desinterés por parte de los médicos, al desconocimiento de la normatividad ya una deficiente supervisión por parte de las autoridades correspondientes. La difusión de las Normas del expediente clínico y para la atención del embarazo, parto y puerperio debe intensificarse así como verificar su cumplimiento.

Por otro lado en el hospital se debe establecer un comité de evaluación del expediente clínico para vigilar su integración en forma correcta y completa, con el fin de asegurar que la información relevante para la adecuada atención médica de la paciente quede registrada.

La experiencia ha demostrado que mediante el expediente clínico es posible conocer el estado del paciente, así como seguir paso a paso la conducta del médico. Si bien es cierto que puede existir la situación de que una buena atención no esté reflejada en el expediente, lo habitual es que, mediante el análisis crítico de éste, se puedan determinar fallas en la atención del paciente y con ello mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos.

Bibliografía

1. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico.
2. Hidalgo- Maldonado A, Aparicio-Rosas A, Cedillo-Naya M. Calidad de la atención médica en muerte perinatal. I. Rev Méd IMSS 1995; 33:161-66.
3. Ugarte-Arce J. Mortalidad materna hospitalaria en la ciudad de Oruro. Rev Volví Ginecol Obstet 1994;17 (2/3):53-8.
4. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. El expediente clínico y el consentimiento bajo información. Rev CONAMED 1997;1 (3):17-20.
5. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. El expediente clínico: documento de gran valor en la práctica médica. Rev CONAMED 1997;1 (2):23-29.
6. Fernández-Varela H. La conveniencia de la norma en la calidad del Expediente Clínico. Rev CONAMED 1997;2 (5):9-14.
7. Barreto-Penié J. La historia clínica: documento científico del médico. Ateneo 2000;1(1):50-5.
8. Norma Oficial Mexicana NOM007-SSA2-1993, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.