

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**CARACTERIZACIÓN DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS DE PACIENTES  
INGRESADOS EN LOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD  
MENTAL.**

LUIS ANDRÉS PANIAGUA CHARNAUD

Tesis  
Presentada ante las autoridades de la  
Escuela de Estudios de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias Médicas  
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría  
Para obtener el grado de  
Maestro en Ciencias con Especialidad en Psiquiatría  
Octubre 2015



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El Doctor: Luis Andrés Paniagua Charnaud

Carné Universitario No.: 100018171

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría, el trabajo de tesis **“CARACTERIZACIÓN DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS DE PACIENTES INGRESADOS EN LOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL”**


Que fue asesorado: Dr. Jorge Villar Anleu

Y revisado por: Dra. Luisa María Charnaud Cruz

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para octubre 2015.

Guatemala, 24 de septiembre de 2015

  
**Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.**  
Director  
Escuela de Estudios de Postgrado

  
**Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.**  
Coordinador General  
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

Guatemala, 20 de julio de 2012

Dr. Luis Ruiz  
Coordinador General de Programas de Maestrías y especialidades  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimado Dr.:

Por este medio le informo que asesoré el contenido del informe final de tesis con el título **"Caracterización de los expedientes clínicos en pacientes ingresados en los intensivos del Hospital Nacional de Salud Mental durante el año 2010"**, del Dr. Luis Andrés Paniagua Charnaud, con carné universitario No. 100018171, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por el área de investigación de la Maestría en Psiquiatría de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular, me suscribo de usted,

Atentamente,



Dr. Jorge Villar Anleu  
Asesor de tesis

Guatemala, 20 de julio de 2012

Dr. Luis Ruiz  
Coordinador General de Programas de Maestrías y especialidades  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimado Dr.:

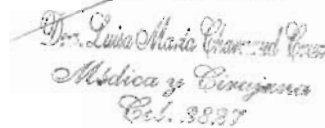
Por este medio le informo que revisé el contenido del informe final de tesis con el título **“Caracterización de los expedientes clínicos en pacientes ingresados en los intensivos del Hospital Nacional de Salud Mental durante el año 2010”**, del Dr. Luis Andrés Paniagua Charnaud, con carné universitario No. 100018171, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por el area de investigación de la Maestría en Psiquiatría de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular, me suscribo de usted,

Atentamente,



Dra. Luisa María Charnaud Cruz  
Revisora de tesis



## ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE GRÁFICAS .....	i
RESUMEN .....	i
I. INTRODUCCIÓN .....	01
II. ANTECEDENTES .....	03
III. OBJETIVOS .....	08
IV. MATERIALES Y MÉTODOS .....	09
V. RESULTADOS .....	13
VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS .....	21
6.1 CONCLUSIONES .....	23
6.2 RECOMENDACIONES.....	24
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	25
VIII. ANEXOS .....	26

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1 .....	13
Distribución de elementos presentes en los expedientes clínicos	
Gráfica 2 .....	14
Identificación de elementos del expediente clínico	
Gráfica 3 .....	15
Distribución de elementos presentes en la Historia Clínica de ingreso	
Gráfica 4 .....	15
Distribución de elementos completos de la Historia Clínica de ingreso	
Gráfica 5 .....	16
Distribución de relación entre Historia Clínica y diagnóstico de ingreso	
Gráfica 6 .....	17
Distribución de presencia de firma y sello al final de Historia Clínica	
Gráfica 7 .....	17
Distribución de la presencia del Método de Weed en los expedientes clínicos	
Gráfica 8 .....	18
Características de notas de trabajo social, notas de psicología, notas de enfermería y hojas de laboratorio y exámenes de gabinete	
Gráfica 9 .....	19
Distribución de expedientes clínicos en los que se realizó cambio de diagnóstico	
Gráfica 10 .....	20
Características de las órdenes de prescripción, control de signos vitales y control de medicamentos	

## RESUMEN

*Introducción:* El expediente clínico es una herramienta importante dentro del proceso de atención médica y a través de él conocemos todos aquellos elementos necesarios para conocer la enfermedad del paciente, constituyendo la base sobre la cual gira el cuidado del paciente durante su hospitalización. Además es esencial la relevancia en la docencia, la investigación, auditorías y desde el punto de vista judicial. La auditoría médica es un procedimiento evaluativo y preventivo de la atención médica en beneficio del médico, de las instituciones de salud, de los pacientes y de la comunidad: acción dirigida a emanar recomendaciones en caso necesario, para que se adopten medidas correctivas en el fortalecimiento de las actividades y funciones para lograr la satisfacción de los usuarios a través de una atención de calidad. *Objetivo:* Caracterizar los expedientes clínicos de los pacientes hospitalizados en los servicios de intensivo de hombres y mujeres del Hospital Nacional de Salud Mental durante el año 2010. *Método:* Estudio descriptivo de corte transversal, de los expedientes clínicos en los servicios de intensivo del Hospital Nacional de Salud Mental durante el período de enero a diciembre del año 2010. *Conclusiones:* Los expedientes clínicos de los intensivos del Hospital Nacional de Salud Mental se caracterizan por: ser legibles, estar bien identificados, tener una historia clínica de ingreso incompleta que guarda relación con el diagnóstico, no tener un método de seguimiento del caso, no presentar pruebas psicológicas y tener pocos exámenes de laboratorio y de gabinete.

## I. INTRODUCCIÓN

El abordaje del paciente en toda unidad que ofrece servicio de salud tiene como meta brindar calidad de atención, lo que representa un reto técnico y humano con fundamentos científicos teóricos. Para encausar la deseada calidad se requiere recoger información a través del paciente, de familiares, en fin de todas aquellas personas que de alguna u otra manera han estado en contacto y en relación con el paciente. Dicha información se organiza en diferentes componentes, en donde participa un equipo multidisciplinario, y cada uno de ellos plantea los elementos propios de su intervención constituyéndose así un documento por excelencia conocido como el expediente clínico. (1,2)

El expediente clínico es una herramienta importante dentro del proceso de atención médica y a través de él conocemos todos aquellos elementos necesarios para conocer la enfermedad del paciente, constituyendo la base sobre la cual gira el cuidado del paciente durante su hospitalización. Además es esencial la relevancia en la docencia, la investigación, auditorías y desde el punto de vista judicial. El buen manejo de un expediente comienza desde que el paciente pone sus pies en el centro asistencial, siendo este momento crucial para la exploración. La buena organización del expediente clínico, con el llenado de información de calidad, con letra legible, resultará en una mejor calidad de atención. El profesional de la salud, así como el equipo multidisciplinario y las autoridades de los centros asistenciales de salud no están comprometidos con los pacientes y sus familias si no hay un constante seguimiento del paciente, cuya evolución debe registrarse en el expediente clínico permanentemente. (3)

Ha sido preocupación de las autoridades sanitarias que sus servicios cumplan con la elaboración y ordenamiento del expediente clínico. A pesar de esto con frecuencia se encuentra desorganización, letra ilegible, notas con graves deficiencias en la redacción y por ende mal manejo de algunos casos. Es evidente entonces que para los médicos y las instituciones hospitalarias debe ser toda una meta mantener expedientes y archivos de alta calidad. En los países en que se aplica a médicos e instituciones un proceso de acreditación, este aspecto es revisado por personas, no necesariamente médicos, debidamente entrenadas para este fin. La auditoría médica es un procedimiento evaluativo y preventivo de la atención médica en beneficio del médico, de las instituciones



de salud, de los pacientes y de la comunidad: acción dirigida a emanar recomendaciones en caso necesario, para que se adopten medidas correctivas en el fortalecimiento de las actividades y funciones para lograr la satisfacción de los usuarios a través de una atención de calidad. (4)

El aumento de quejas en el sector salud por negligencia o mala praxis y otros, ha generado la necesidad de implementar en las entidades de salud la auditoría médica, cuyo objetivo es evaluar la calidad de atención que se brinda a los pacientes y desarrollar programas y estrategias que alcancen este fin. Cumple un papel evaluativo basando sus actividades en componentes de estructura, proceso y resultado, constituyendo dentro del proceso, el expediente clínico la pieza fundamental. (5)

En base a lo anterior, se pretende describir las características de los expedientes clínicos en los intensivos de mujeres y hombres del Hospital Nacional de Salud Mental durante el año 2010.

## II. ANTECEDENTES

El desarrollo vertiginoso de la ciencia y de la tecnología, la globalización de la información, el creciente aumento del interés de la población en los problemas médicos, la generalización de los conceptos de calidad en general, y en particular los referentes a los servicios de salud, han propiciado que los médicos tengamos que buscar un método que permita una autoevaluación crítica del acto médico, a fin de establecer un proceso de retroalimentación y mejora continua de nuestras habilidades, naciendo la Auditoría Médica. Sumado a esto la solidez y el buen desempeño de las instituciones gubernamentales tienen como base las mejores prácticas administrativas emanadas de la permanente revisión y actualización de las estructuras organizacionales y sistemas de trabajo, del diseño e instrumentación de proyectos de innovación y del establecimiento de sistemas de gestión de la calidad. (1,2)

La auditoría médica es la evaluación sistemática de la atención en salud enfocada a la estructura, proceso y resultado, que hacen parte del sistema de garantía de calidad de las instituciones que prestan servicios de salud. Estructura, que comprenden los recursos humanos, físicos, tecnológicos, financieros y filosóficos de una institución. Proceso, entendido como todas las actividades que ocurren entre los profesionales médicos y los pacientes, que examina la integralidad, oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad, racionalidad lógico científica, basando su actividad en el expediente clínico. Resultado, referido a la eficacia, eficiencia, efectividad y la satisfacción del usuario. (6)

La auditoría es un procedimiento técnico, evaluativo, preventivo sobre la calidad de atención médica fundamentada en la aplicación y análisis de indicadores institucionales vigentes, la revisión del expediente clínico o historia clínica, los protocolos de atención, el compromiso de gestión, el cumplimiento de legislación interna y externa y la satisfacción de usuarios y prestadores de servicios. Cumple una función fiscalizadora y de recomendación, dirigida a que se adopten medidas correctivas en el fortalecimiento de las actividades y funciones que se desarrollan día tras día, y que den como resultado servicios de mayor calidad al usuario. (6)

Por lo tanto la auditoría médica constituye un sistema de educación y

perfeccionamiento continuo, vigilando la calidad y todos sus atributos como son: la eficiencia, oportunidad, continuidad, suficiencia, integridad, racionalidad lógico científica, efectividad, optimización, aceptabilidad, legitimidad, equidad, satisfacción del usuario y del proveedor, calidez y humanidad en las prestaciones; tratando de lograrlo a través de un proceso enseñanza-aprendizaje, motivación y participación de todo el equipo que está en relación al paciente. Además tiene un carácter preventivo del error médico y reparador del mismo, de orden no penal. Además es una instancia de mediación, conciliación y solución de conflictos que puedan surgir en la relación médico-paciente, familiares e instituciones en beneficio de los afectados e involucrados. (6)

Al respecto, observamos que en el área de Salud Mental aparecen falencias en planes terapéuticos, propuestas de tratamientos, evaluaciones de los resultados, calidad deficitaria en las modalidades existentes, no hay protocolos estandarizados que permitan el control de la calidad de la prestación, desconocimiento de la problemática del área por parte de algunos auditores, insuficiente control de los servicios brindados, historias clínicas mal confeccionadas, derivaciones inadecuadas. (1)

Para poder evaluar la calidad de atención de la salud mental de la población es necesario mantener, restaurar y promover la salud mental de la población. Los medios son un conjunto de intervenciones que se evalúan por su efectividad, su costo y el grado de aprobación del usuario en particular y la población en general. En el área de la Salud Mental garantizar un nivel dado de calidad es de una complejidad tal, por los contenidos subjetivos del proceso, que no siempre resulta posible, pero sí se puede aspirar a conservar y mejorar la calidad de la atención que se brinda. Se puede definir la calidad como el grado de capacidad de una organización para satisfacer las necesidades o demandas de la población destinataria de los servicios. (5)

La garantía de calidad, en un sentido amplio, está compuesta por dos elementos: 1-El diseño del sistema o modelo de gestión, 2-El monitoreo del desempeño. El diseño del sistema incluye todas aquellas características que se considera que contribuyen a la calidad de atención de la salud mental de la población. Una de esas características es la modalidad de selección o incorporación del recurso humano, la formación de post-grado y el entrenamiento en servicio, así como la necesidad de mantener el desempeño de los profesionales bajo revisión permanente. El monitoreo del

desempeño del sistema comprende dos aspectos fundamentales: 1-Evaluar la calidad del desempeño, 2-Adoptar las medidas para corregir las desviaciones en relación con los estándares de calidad establecidos. Es importante señalar que el diseño del sistema y el monitoreo del desempeño son componentes inseparables que se influyen mutuamente. No es probable que el monitoreo resulte efectivo en un sistema perverso, del mismo modo que sin monitoreo no se puede conocer el desempeño del sistema ni como mantenerlo dentro de un determinado curso cuando aparezcan las desviaciones previsibles. (5)

Actualmente la auditoría médica no representa un sistema de control institucional, no existe la concientización suficiente técnico-administrativo-médica y el personal médico con entrenamiento en esta disciplina es sumamente escaso. (4)

Esta evaluación Médica que es un proceso de investigación y evaluación de la calidad de atención médica, que puede ser realizada en 2 formas: lo. — Auditoría Interna, la cual es realizada por los sectores de salud tal como lo indica su nombre en forma interna o sea una autoevaluación; y 2o. — Auditoría Externa que es la realizada por comisiones o departamentos sin relación directa con el sector de salud o médico evaluado. En el proceso de auditoría médica, sea interno o externo, un instrumento valioso que se utiliza, es el expediente clínico. (4,6)

El expediente clínico es el documento resultante de la entrevista médico paciente y la bitácora de cada individuo hospitalizado; el expediente guarda los datos clínicos ordenados y es una especie de inventario contenido en una minuta, de cada caso clínico que llega al hospital, o de cada paciente que ingresan a un consultorio, y en él se van acumulando las opiniones diagnósticas de quienes participan en su elaboración. El Expediente Clínico es el documento que permite disponer de un registro organizado del proceso de salud-enfermedad del paciente y de las medidas preventivas, curativas y de rehabilitación que se le practicaron; reúne un conjunto de documentos que identifican al usuario de los servicios y hace un relato patográfico individual, en donde se registran las etapas del estado clínico y de la evaluación cronológica del caso, hasta su solución parcial o total; mide el desempeño de los diferentes servicios que intervienen y la incertidumbre de los procedimientos realizados, así como las omisiones o deficiencias encontradas; es un instrumento para la enseñanza médica y la investigación clínica; es de carácter legal, confidencial y propiedad de la institución; para el instituto es un instrumento

de autoevaluación del trabajo. (3,7)

Las historias clínicas, que deberían ser la fuente más frecuente de información para evaluar la efectividad de las intervenciones realizadas, suelen ser deficientes, incompletas y poco precisas. Por lo tanto, las visitas a los efectores y la observación directa del funcionamiento de los mismos constituyen un aporte de inestimable valor para la evaluación del sistema. (5)

Para el enfermo, el tener un expediente significa confianza en la institución; denota además que se le pone atención. El enfermo internado se da cuenta que existe un espíritu rector de las acciones que se toman contra la enfermedad. Para el médico tratante es la base de datos que le proporciona elementos para su diagnóstico y tratamiento, es su constancia de trabajo realizado y contiene el material con el que va a delinear programas de estudio, de investigación o de tratamiento para el caso específico. (3)

Para el médico en formación, con el expediente clínico, todo lo que realiza adquiere importancia y es su instrumento más valioso. Las notas de evolución son testigos del apego o dedicación del médico con su paciente, para mantenerse en inteligente vigilancia de los cambios inducidos por la enfermedad o por la acción terapéutica. Para la enfermera, el expediente clínico es el instrumento de comunicación con los médicos tratantes: a través de él da a conocer sus observaciones, resultado de su vigilancia continua; ello resulta habitualmente decisivo para el manejo terapéutico. (3)

Gran relevancia adquiere el expediente clínico para la información médica y por medio de los datos estadísticos apoya la planeación estratégica. La elaboración adecuada de un buen expediente clínico es demostrativa de los altos niveles de excelencia alcanzados en la práctica clínica por una institución y su personal de expertos. (3)

El Expediente Clínico Psiquiátrico deberá elaborarse para todos los pacientes desde la primera vez, debe ser llenado por el Médico, deberá actualizarse cuando el paciente fue dado de alta y se presenta por cualquier nueva causa al servicio, cuando abandone el tratamiento y regrese después de un tiempo. Además es propiedad

del Instituto, es un instrumento expedido en beneficio del paciente, por lo tanto deberá de conservarse por un período mínimo de cinco años, contados a partir de la última fecha del acto médico registrado. (7)

Los formatos que integran el Expediente Clínico Psiquiátrico deberán colocarse en un orden establecido con el propósito de estandarizar los archivos clínicos de las unidades médicas del Instituto, facilitar su ubicación y localización y permitir una mejor y ágil supervisión y aplicación de la normatividad. El médico, así como otros profesionales o personal técnico y auxiliar que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir los lineamientos establecidos en forma ética y profesional. Los prestadores de servicio otorgarán la información verbal y el resumen clínico deberá ser solicitado por escrito, especificándose con claridad el motivo de la solicitud, por el paciente, familiar, tutor, representante jurídico o autoridad competente. Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos: autoridad judicial, órganos de procuración de justicia y autoridades sanitarias. (7)

Las notas médicas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado. En todos los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente, para arbitraje médico. Los formatos del Expediente Clínico Psiquiátrico, deberán ser llenados con letra de molde legible y, en su caso, utilizar números arábigos. El Consentimiento Informado deberá estar firmado por la persona responsable que autoriza el tratamiento, en caso de que no sepa escribir deberá colocar su huella digital y el responsable del servicio registrará el nombre de la persona que autoriza el tratamiento o responsable legal. El Expediente Clínico Psiquiátrico se integrará atendiendo a los servicios prestados de: consulta externa, urgencias y hospitalización. (7)

### III. OBJETIVOS

#### General:

1. Caracterizar los expedientes clínicos de los pacientes hospitalizados en los servicios de intensivo de hombres y mujeres del Hospital Nacional de Salud Mental durante el año 2010.

#### Específicos:

1. Enumerar los elementos de los expedientes clínicos.
2. Describir los registros de las intervenciones del equipo multidisciplinario en los expedientes clínicos.
3. Evidenciar la relación de las descripciones del expediente clínico con las impresiones clínicas registradas en los pacientes

## IV. MATERIALES Y MÉTODOS

### 4.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo de corte transversal.

### 4.2 Población

Expedientes clínicos de todos los pacientes hospitalizados durante el período de enero a diciembre de 2010 en los servicios de intensivo de hombres y mujeres del Hospital Nacional de Salud Mental

### 4.3 Criterios de inclusión

Expedientes clínicos de pacientes que ingresen a los intensivos de hombres y mujeres del 1 de enero al 31 de diciembre del 2010.

### 4.4 Criterios de exclusión

- Expedientes clínicos de pacientes que ingresen a los intensivos de hombres o mujeres antes del 01 de enero de 2010
- Expedientes clínicos de pacientes que tienen egreso a partir de 01 de enero de 2011
- Expedientes clínicos de pacientes que reingresan 1 ó más veces durante el período de 01 enero de 2010 a 31 diciembre de 2010
- Expediente clínico que no se encuentre en el Departamento de archivo



#### 4.5 Definición y operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Elementos del expediente clínico	El expediente clínico es el conjunto de elementos necesarios para conocer la enfermedad del paciente, constituyendo la base sobre la cual gira el cuidado del paciente durante su hospitalización. Está compuesto por: resumen de caso, control de signos vitales, ordenes médicas de medicamentos, control de medicamentos, notas de evolución, ordenes médicas, notas de enfermería, resultados de laboratorio y gabinete, test psicológicos, admisión y egreso, boleta de identificación, notas de trabajo social, notas de psicología.	Elemento presente e identificado en el expediente clínico	cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos
Historia Clínica de ingreso	La <b>historia clínica</b> de ingreso es un documento médico-legal que surge del primer contacto entre el médico y el paciente, donde se recoge la información necesaria para iniciar la correcta atención de los pacientes. Está compuesta por: datos generales, referente, motivo de consulta, historia de la enfermedad, antecedentes patológicos familiares, antecedentes patológicos personales, historia personal, personalidad premórbida, dinámica familiar, exámen físico, examen mental, impresión clínica (por ejes), firma y sello del interventor.	Elemento presente, legible, completo en la historia clínica de ingreso y existe relación entre datos de historia clínica de ingreso e impresión clínica de ingreso	cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos
Notas de evolución	Datos descritos por el médico que hacen referencia a la evolución de la enfermedad del paciente desde el punto de vista de la psiquiatría. El método utilizado es el método de Weed y debe estar firmada y sellada por el interventor.	La nota de evolución está desarrollada mediante el Método de Weed y está firmada y sellada por el interventor.	cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos
Notas de trabajo social	Datos descritos por la trabajadora social que hacen referencia a la condición socioeconómica de del paciente.	El elemento está firmado y sellado por el interventor y es legible.	cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos
Notas de psicología	Datos descritos por el psicólogo que hacen referencia a la evolución de la enfermedad del	El elemento está firmado y sellado por el interventor y es	cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de

	paciente desde el punto de vista de la psicología.	legible.			datos
Test psicológico	Instrumento que tiene por objeto medir o evaluar una característica psicológica específica, o los rasgos generales de la personalidad del paciente.	El elemento está firmado y sellado por el interventor y es legible.	cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos
Órdenes médicas de medicamentos	Datos	El elemento está completo, está firmado y sellado por el interventor, tiene relación con las ordenes médicas y es legible.	cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos
Control de signos vitales	Datos que describen la curva de signos vitales durante la hospitalización del paciente.	El elemento está completo, está firmado y sellado por el interventor, tiene relación con las ordenes médicas y es legible.	cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos
Control de medicamentos	Datos de uso, dosificación y cheque de los medicamentos utilizados durante la hospitalización del paciente.	El elemento está completo, está firmado y sellado por el interventor, tiene relación con las ordenes médicas y es legible.	cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos
Admisión y egreso	Datos generales del paciente a su ingreso y egreso del hospital.	El elemento está completo, y es legible.	cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos
Notas de enfermería	Datos descritos por enfermería que hacen referencia a la evolución de la enfermedad del paciente desde el punto de vista de los cuidados de enfermería.	El elemento está firmado y sellado por el interventor, tiene relación con las ordenes y evolución médicas y es legible.	cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos
Resultados de laboratorio y gabinete	Datos como resultado de exámenes de laboratorio y de gabinete solicitados para el diagnóstico y evaluación de la enfermedad del paciente.	El elemento está firmado y sellado por el interventor, tiene relación con las ordenes y evolución médicas y es legible.	cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos

#### 4.6 Metodología

Se identificaron los números de registro de los expedientes clínicos mediante la consulta de los libros de egresos de pacientes de cada servicio de intensivo tanto de hombres como mujeres. De no ser legible el número de registro no se tomaba en cuenta. Se realizó un listado de registros para solicitar estos expedientes en el área de archivo. Algunos expedientes se revisaron en los intensivos ya que no habían sido trasladados al Departamento de archivo. A estos expedientes se les aplicó el instrumento de recolección de datos elaborado en base a los objetivos planteados. Dicho instrumento evaluó el registro realizado por el equipo multidisciplinario desde el ingreso hasta el egreso del paciente de los intensivos. No se evaluaron los registros anteriores a la fecha de ingreso. Este procedimiento se realizó cada mes del año 2010 iniciando el primer día hábil de febrero de 2010 y finalizando el primer día de enero de 2011. El total de papeletas evaluadas fue de 914, excluyendo 27 por cumplir con los criterios de exclusión.

#### 4.7 Análisis estadístico

Al haber aplicado el instrumento de recolección de datos a todos los expedientes seleccionados, los datos obtenidos se trabajaron en el paquete estadístico de Excel de Microsoft Office versión 10. A partir de estos se elaboró un perfil de los expedientes clínicos del Hospital Nacional de Salud Mental.

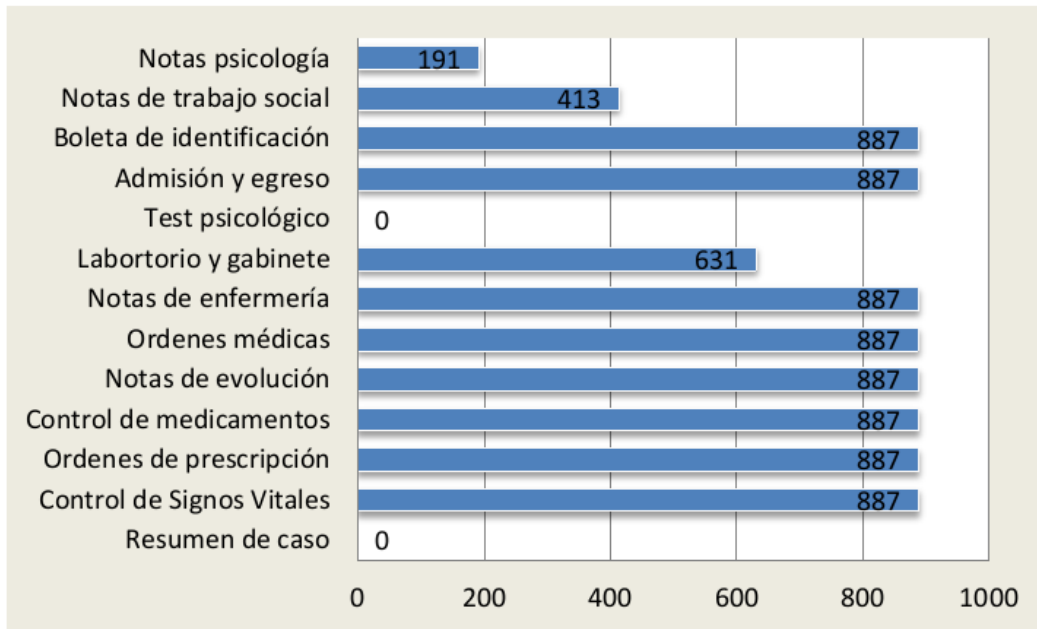
#### 4.8 Aspectos éticos

Por su naturaleza, este estudio puede ser clasificado como Categoría I o con Riesgo Mínimo, ya que se tuvo contacto solo con expedientes clínicos y no se puso en riesgo la vida humana.

## V. RESULTADOS

Gráfica 1

### Distribución de elementos presentes en los expedientes clínicos

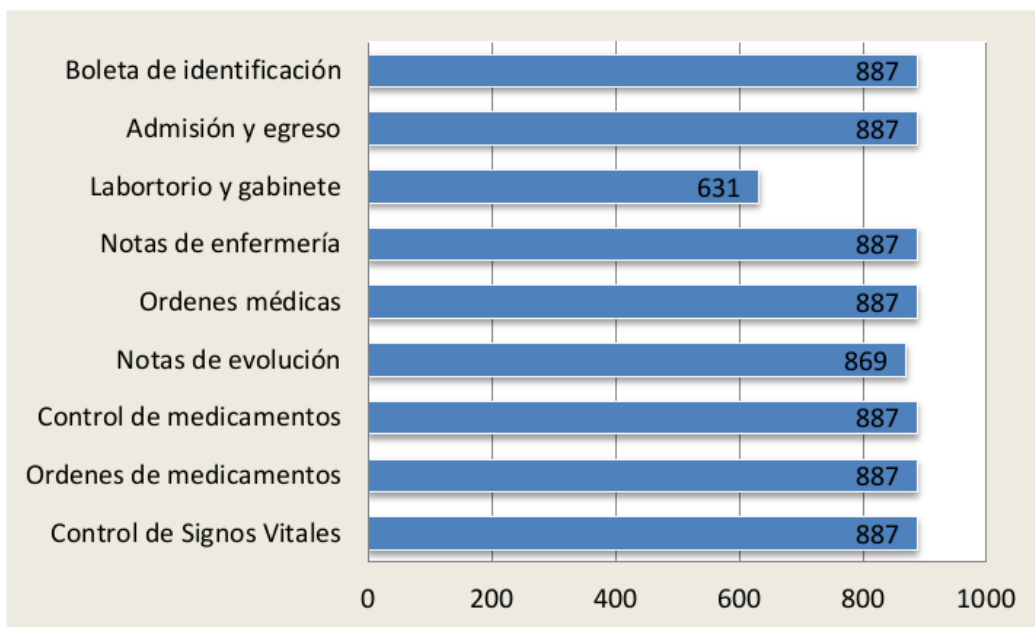


Fuente: Instrumentos de recolección de datos

En el caso del resumen de caso no se encontró en ninguna papeleta, pero se encontraron diferentes formatos en cada pabellón. Todas estas hojas estaban sin llenar.

Gráfica 2

Identificación de elementos del expediente clínico

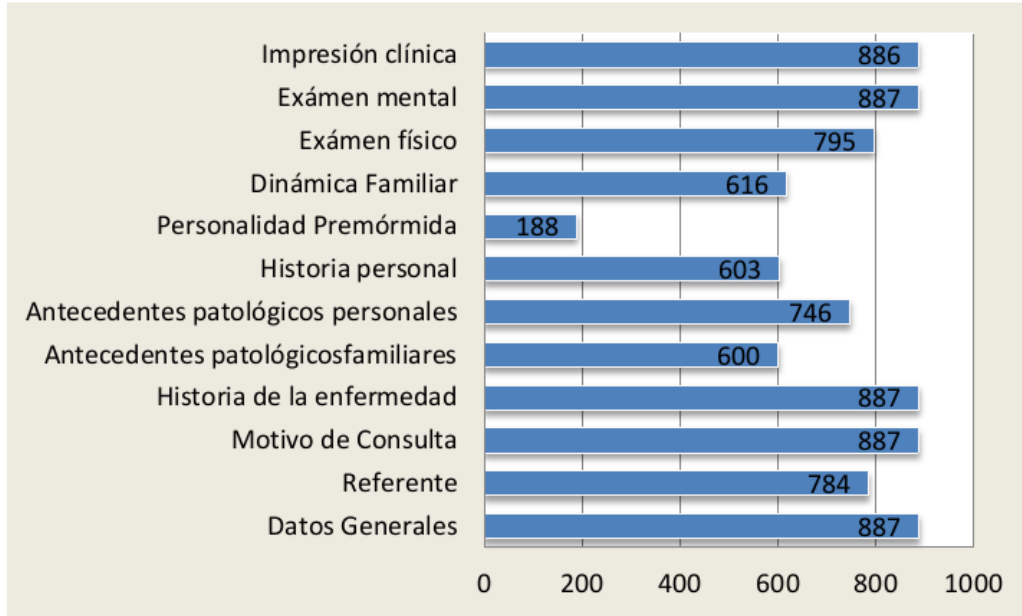


Fuente: Instrumentos de recolección de datos

En la identificación de las notas de evolución se encontraron 15 papeletas sin número de registro y tres con falta de nombre. Las hojas de laboratorio y exámenes de gabinete no tienen un lugar específico en el expediente clínico. Entre otros elementos del expediente clínico se encontraron 331 informes del departamento de psiquiatría forense. No tienen un lugar específico.

Gráfica 3

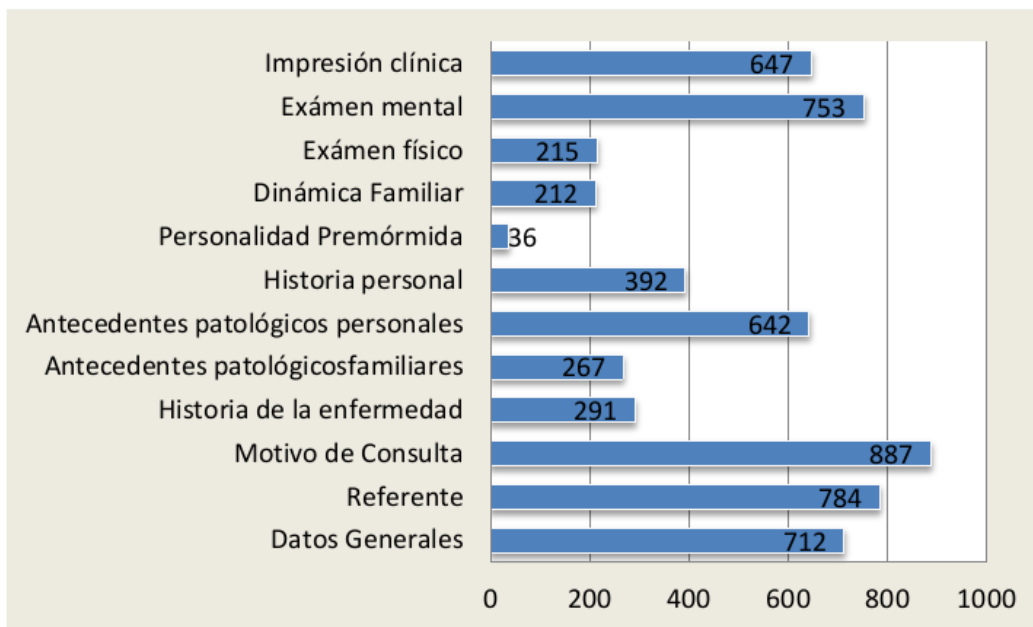
Distribución de elementos presentes en la Historia Clínica de ingreso



Fuente: Instrumentos de recolección de datos

Gráfica 4

Distribución de elementos completos de la Historia Clínica de ingreso



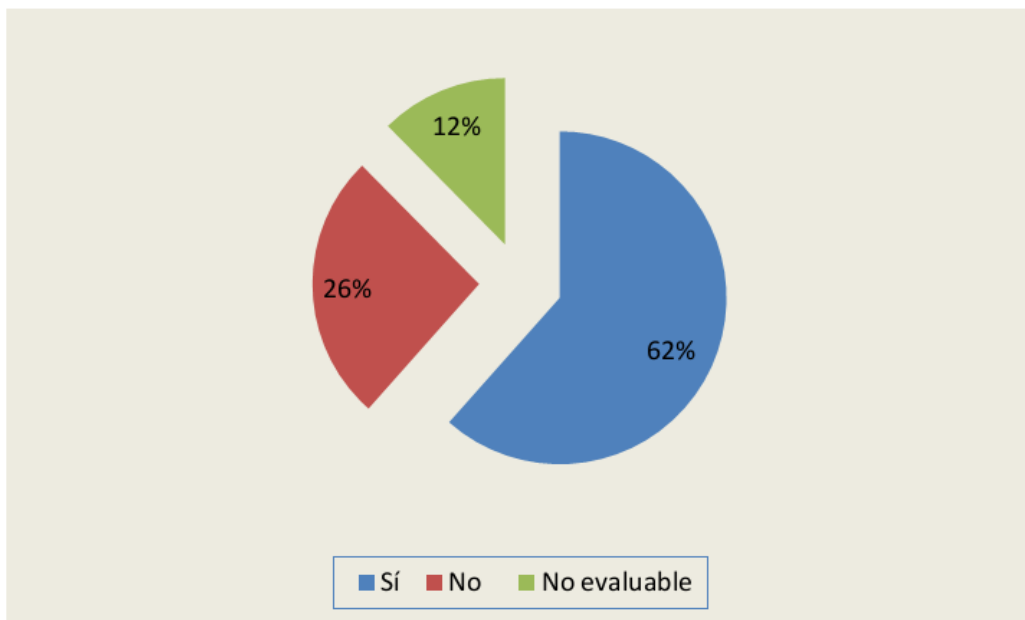
Fuente: Instrumentos de recolección de datos

El genograma no aparece en 336 expedientes y cuando aparece en ningún caso sigue en su totalidad las normas internacionales. En 563 expedientes en el examen físico no está presente o está incompleto el examen neurológico.

Del total de expedientes 157 no eran legibles en su mayor parte aunque se podía recabar algunos datos.

Gráfica 5

Distribución de relación entre Historia Clínica y diagnóstico de ingreso

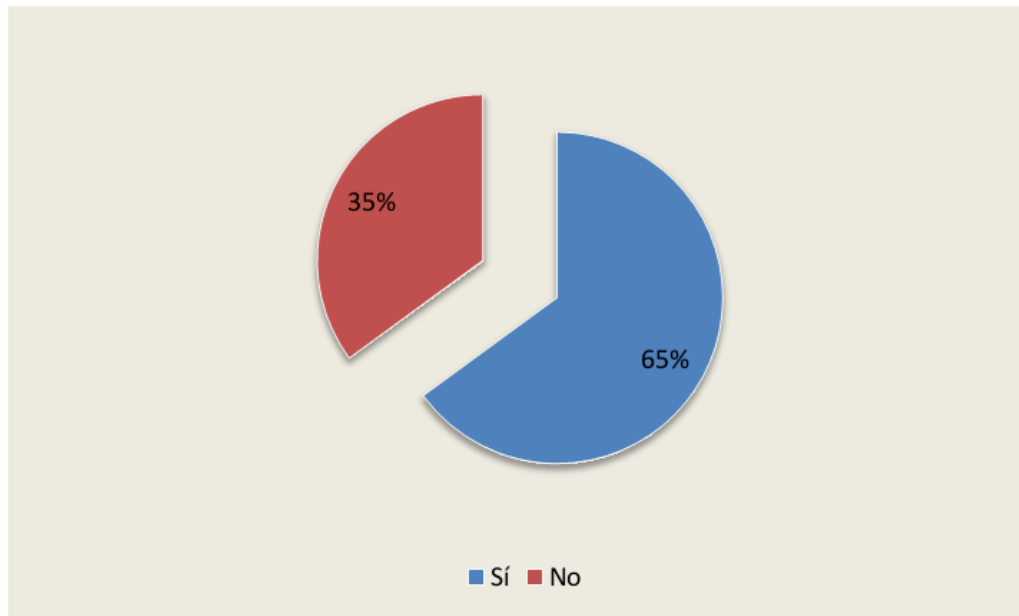


Fuente: Instrumentos de recolección de datos

El 35% de los diagnósticos presentados en la impresión clínica no son parte del CIE-10, no se utilizan los ejes diagnósticos o estos no están completos.

Gráfica 6

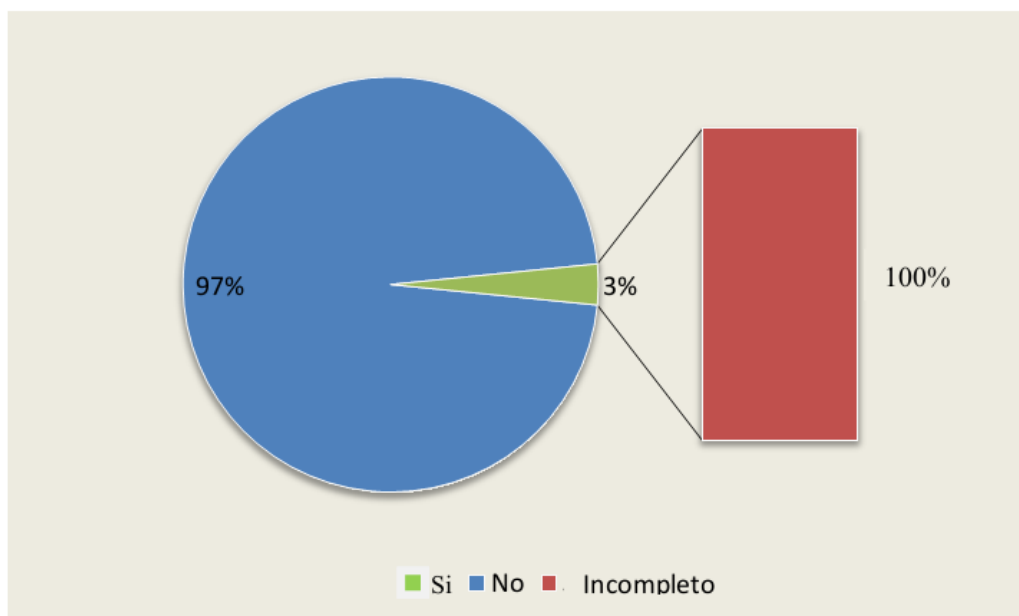
Distribución de presencia de firma y sello al final de Historia Clínica



Fuente: Instrumentos de recolección de datos

Gráfica 7

Distribución de la presencia del Método de Weed en los expedientes clínicos



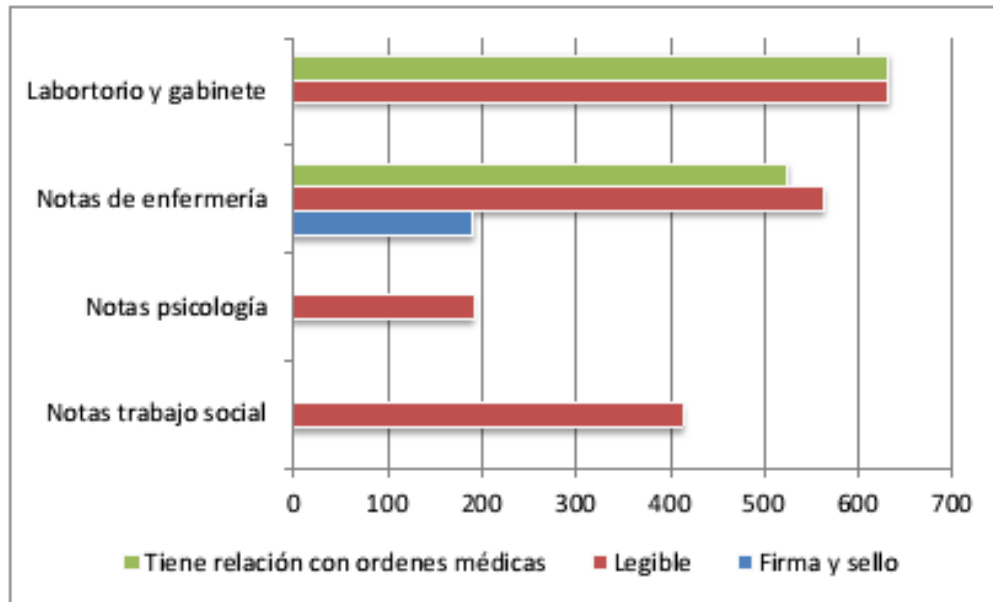
Fuente: Instrumentos de recolección de datos



De las evoluciones que utilizan el Método de Weed solo están presentes los rubros de datos subjetivos y datos objetivos.

Gráfica 8

Características de notas de trabajo social, notas de psicología, notas de enfermería y hojas de laboratorio y exámenes de gabinete

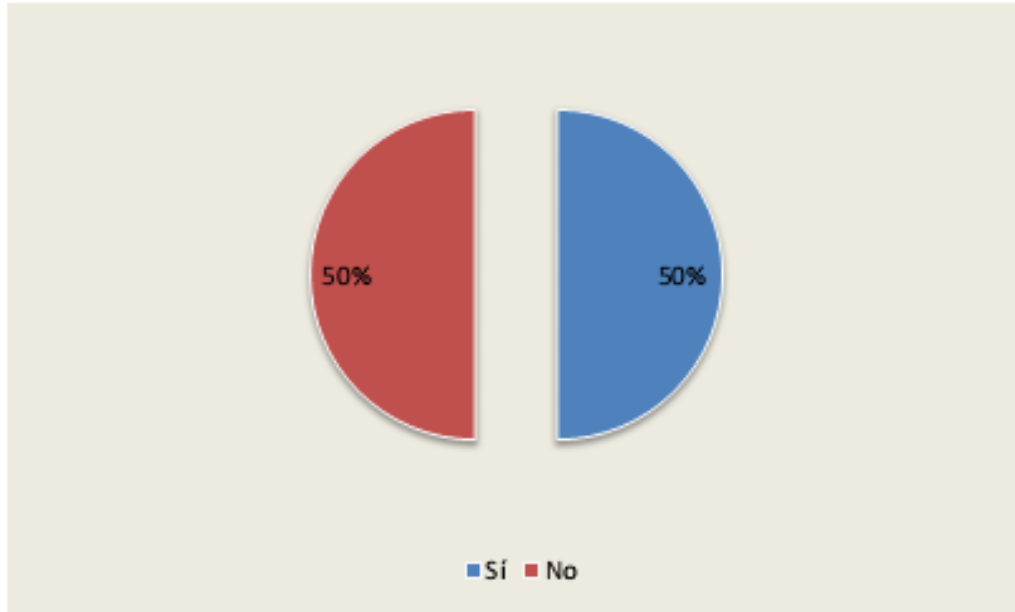


Fuente: Instrumentos de recolección de datos

Las notas de trabajo social se limitan a la localización de familiares o realización de exámenes diagnósticos.

Gráfica 9

Distribución de expedientes clínicos en los que se realizó cambio de diagnóstico

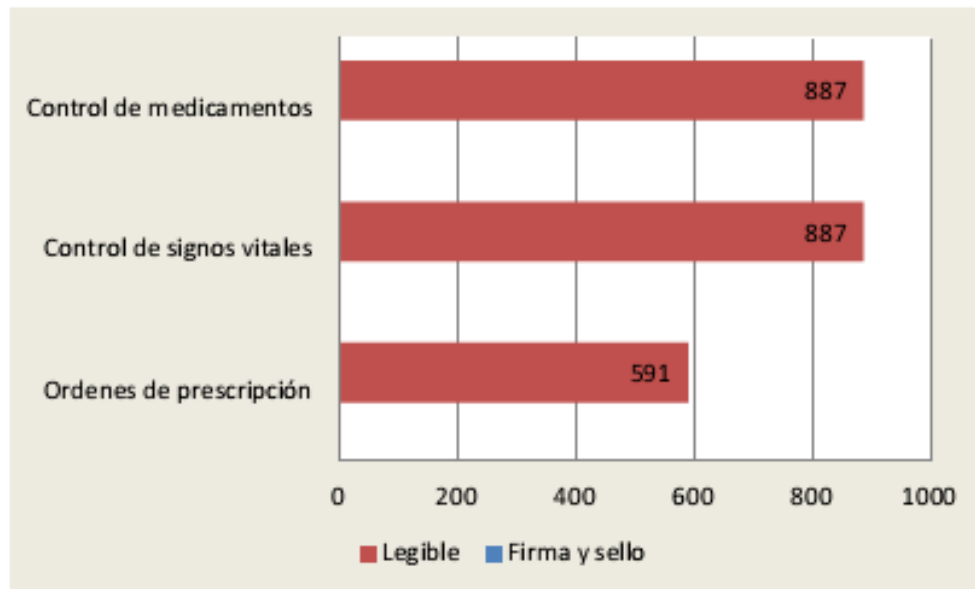


Fuente: Instrumentos de recolección de datos

El 69% de las notas de evolución no tienen seguimiento a las modificaciones del diagnóstico de ingreso y en el 13% se desconoce el diagnóstico.

Gráfica 10

Características de las órdenes de prescripción, control de signos vitales y control de medicamentos



Fuente: Instrumentos de recolección de datos

Solo el 23% de las órdenes de prescripción de medicamentos están selladas y firmadas y están actualizadas con respecto a las órdenes médicas. El 87% de las órdenes de prescripción de medicamentos incompletas no está actualizadas con respecto a las órdenes médicas. Al resto le falta registro médico o identificación con firma y sello de quien ordena los medicamentos.

El 100% de las hojas de control de signos vitales no indica quien los tomó más que con una firma, y falta frecuencia respiratoria. Siempre presenta presión arterial y frecuencia cardíaca. La temperatura estuvo presente solo en el 34% de los expedientes.

La boleta de identificación no presenta el diagnóstico provisional ni el tratamiento suministrado en la emergencia en el 12% de los expedientes.

## VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

En los elementos presentes dentro del expediente clínico llama la atención que no hay pruebas psicológicas o resultados de estas a pesar de estar asignadas psicólogas a cada intensivo. En las ordenes médicas no se cuantificó cuantas eran sobre la realización de dichas pruebas. La presencia de las psicólogas se evidencia en las notas que se presentan en el 21% de los expedientes y se limitan al examen mental. Los test psicológicos son una ayuda diagnóstica y de seguimiento de las enfermedades mentales. Esto evidencia una falta en la práctica del manejo de los pacientes ingresados en los pabellones.

Además las notas de trabajo social no están enfocadas a la evaluación del ambiente natural del paciente y se limitan a cuestiones administrativas hospitalarias. Al no contar con esto se pierde valiosa información tanto para el diagnóstico y tratamiento pero sobre todo para el seguimiento de los pacientes. Las trabajadoras sociales están asignadas a los intensivos pero su trabajo debiera de ser en el campo donde se desarrolla la vida cotidiana de los pacientes.

En relación a los exámenes de laboratorio y de gabinete estos están presentes en el 71% pero están incompletos en el sentido de no ser los solicitados por los médicos internistas o psiquiatras. Estos elementos del expediente clínico son una valiosa información para la adecuada formulación de diagnósticos, la implementación del tratamiento y la valoración de efectos secundarios o seguimiento de los casos clínicos. Es sabido que el departamento de laboratorio tiene carencias en especial con reactivos o insumos como papel, lo que podría representar esta carencia de resultados de laboratorio y exámenes de gabinete. No se menciona si están presentes informes de electroencefalograma, tomografía cerebral o resonancia magnética cerebral, todos estos exámenes imprescindibles para el estudio de cualquier enfermedad mental. En este sentido se debe mencionar que el hospital cuenta con un departamento de imagenología por lo que estos estudios se deben realizar en servicios externos que cobran. Esto podría explicar la ausencia de estos estudios.

Otro elemento que no aparece en los expedientes clínicos es el resumen de caso que debe aparecer al principio. Este es realizado por lo general por estudiantes que rotan por los intensivos. Curiosamente se encontraron algunos formatos sin llenar en

dichos servicios.

El orden de los diferentes elementos es importante para una rápida ubicación de información. No se describe el orden que se encontró en los expedientes evaluados pero en las observaciones de los instrumentos de recolección se menciona que varios elementos no presentan una ubicación clara. Esto impide que el personal de salud que no conozca el caso clínico tenga dificultades para la obtención de información necesaria para realizar sus labores.

Por otro lado la identificación de los diferentes elementos del expediente clínico se realiza adecuadamente. Lo que podría ser un problema es la numeración de las hojas que no se realiza por lo que se podría perder la correlación. A esto se le suma que la mayor parte no tiene firma y sello de los involucrados. En parte esto se debe a que no todo el personal posee sello pero quien lo posee tampoco lo utiliza.

Una de las partes medulares del expediente clínico es la historia clínica de ingreso. Ninguno de los elementos está completo y no hay una sola historia clínica completa. El rubro que menos se describe de una manera completa es la personalidad premórbida que conlleva una compleja forma de realizar dicha descripción. Por otro lado la más completa es el motivo de consulta que conlleva sencillez en su descripción. Dado que el 85% del diagnóstico lo da la historia clínica se podría decir que en el hospital los diagnósticos de ingreso no tienen una base bien cimentada. A pesar de esto, en base al CIE-10 existe una correlación entre diagnóstico e historia clínica del 62%. Esto no implica que el diagnóstico en estos casos sea certero sino que el diagnóstico tiene relación con la información escrita en la historia clínica en 2/3 de los casos. Además en relación a los diagnóstico, no se cumple con las normas internacionales del CIE-10 y se incluyen diagnóstico del DSM-III, DSM-IV, síndromicos, y otros. Esto impide una adecuado comunicación entre los diferentes sectores del personal de salud y por lo tanto un empobrecimiento o complicación en la atención de los pacientes. Con relación a esto la impresión clínica de ingreso no se modifica en el 50% de los casos lo que evidencia poca capacidad de estudio de los cuadros clínicos. En relación a esto no se describe aquí cuantos expedientes son casos ya conocidos lo que podría ser una de las causas de no modificar el diagnóstico.

El método por excelencia para seguimiento de las enfermedades es el Método de Weed. Solo el 3 % de los expedientes presenta en algún momento una evolución de este tipo. De estas ninguna está completa y los únicos rubros registrados con los datos subjetivos y los datos objetivos. Las evoluciones se limitan a describir el examen mental o situaciones que deben ser mencionadas. El no utilizar un método de seguimiento de los casos clínicos impide una adecuada atención hospitalaria y conlleva a errores del personal de salud.

Dentro de los elementos más importantes está lo relacionado al tratamiento farmacológico. El control de medicamentos y las órdenes médicas son elementos que en el hospital se llenan adecuadamente y están actualizados. Pero las órdenes de prescripción de medicamentos en su mayoría no tienen relación ni con las órdenes médicas ni con el control de medicamentos. Por lo general solo se llena al ingreso del paciente, por lo que hace dudar de su función o evidencia la mala aplicación por parte del personal médico, de enfermería y de farmacia.

## 6.1 Conclusiones

6.1.1 Los expedientes clínicos de los intensivos del Hospital Nacional de Salud Mental se caracterizan por: ser legibles, estar bien identificados, tener una historia clínica de ingreso incompleta que guarda relación con el diagnóstico, no tener un método de seguimiento del caso, no presentar pruebas psicológicas y tener pocos exámenes de laboratorio y de gabinete.

6.1.2 Los elementos con que consta el expediente clínico del Hospital Nacional de Salud Mental son en orden de aparición: Resumen de caso, Hoja de Control de Signos vitales, Notas de Evolución, Ordenes Médicas, Ordenes médicas de prescripciones medicamentosas, Control de medicamentos, Notas de Enfermería, Resultados de exámenes de laboratorio y gabinete, Test psicológicos, Admisión y egreso, Boleta de identificación.

6.1.3 Las intervenciones realizadas por el equipo multidisciplinario carecen de información valiosa dentro de las que podemos mencionar una historia clínica completa,

seguimiento con el Método de Weed, condición social del paciente, test psicológicos, resultados de laboratorio y exámenes de gabinete.

6.1.4 En base al CIE-10 en 2/3 de los casos clínicos existe relación entre la historia clínica y los diagnósticos.

## 6.2 Recomendaciones

6.2.1 Conformar un Comité de Evaluación de Expedientes Clínicos.

6.2.2 Realizar un protocolo de llenado del expediente clínico.

6.2.3 Llevar a cabo auditorías médicas periódicas.

6.2.4 Evaluar expedientes clínicos de otras áreas del hospital.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Orlando, A.; Basabe, V.; Lapponi, V.; Mannocchi, S.. "Curso de Auditoría Médica". Argentina: Hospital Alemán; 2009.
2. Lucatero, D.; Guerrero, E.; Monzón, P.. "Manual del procedimiento del servicio de hospitalización en los hospitales psiquiátricos". Primera edición. México:septiembre 2007.  
[http://salud.edomexico.gob.mx/html/transparencia/informacion/manualprocedimientos/mprocedimientos/MP\\_HOSPSIQU.pdf](http://salud.edomexico.gob.mx/html/transparencia/informacion/manualprocedimientos/mprocedimientos/MP_HOSPSIQU.pdf)
3. Olaeta, R.. "La importancia del expediente clínico Información General". Re Hosp Jua Mex 2001; 68 (2): 95-103.
4. Alvarado, E.. "Auditoría Médica". Honduras: Consejo Editorial Revista Pediátrica; mar1986; 10 (1):33-35. <http://www.bvs.hn/RHP/pdf/1986/pdf/vol10-1-1986-10.pdf>
5. Soriano, R.. "Plan de salud mental 2002". Argentina: SECRETARÍA DE SALUD DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL; 2002. Pág. 114-155.
6. Iriarte, M.. "Auditoría médica". Rev Inv e Info Salud 2007; 3(5):52-54.  
<http://bvs.insp.mx/articulos/2/10/AUDITORIA-Feb09.pdf>
7. Mejía, M.; Salgado, I.; Lucatero, D.; Guerrero, E.; Monzón, P.. "Manual operativo para el llenado de formatos del expediente clínico psiquiátrico". México 2007.  
<http://salud.edomexico.gob.mx/html/uma/manual/EXPCLINICPSIQ.pdf>



## Anexo I

### Instrumento de recolección de datos

El instrumento realizado ex profeso para la caracterización de los expedientes clínicos se llena observando directamente dichos expedientes.

1. Se observa la presencia de las diferentes partes del expediente clínico: Resumen de caso, Hoja de Control de Signos vitales, Ordenes médicas de prescripciones medicamentosas, Tarjeta de visita médica, Control de medicamentos, Notas de Evolución, Ordenes Médicas, Notas Enfermería, Resultados laboratorio y gabinete, Test psicológicos, Admisión y egreso, Boleta de identificación, Notas trabajo social, Notas psicología, Otros. Si el elemento está presente se marca una X en la casilla correspondiente. Después se verifica que esté identificado con el nombre completo y número de registro; de ser así se marca una X en la casilla correspondiente. Si existe alguna observación se anota en la casilla correspondiente.
2. Se localiza la historia clínica de ingreso en el expediente clínico. Se observa la presencia de las diferentes partes que la componen: Datos generales, Referente, Motivo de consulta, Historia Enfermedad, Antecedentes Patológicos Familiares, Antecedentes Patológicos Personales, Historia Personal, Personalidad premórbida, Dinámica Familiar, Examen físico, Examen mental, Impresión clínica (por ejes). Si el elemento está presente se marca una X en la casilla correspondiente. A cada parte que esté presente se le califica de legible o ilegible y se marca con una X en la casilla correspondiente. Además cada parte que contenga las características teóricas totales que las compone se les califica de completas y se marca en la casilla correspondiente. Si existe alguna observación se anota en la casilla correspondiente. Por otro lado se busca relación entre los datos de la historia clínica de ingreso y la impresión clínica de ingreso, en base a las descripciones del CIE-10. Si existe relación coherente se marca una X en la casilla correspondiente. Si existe alguna observación se anota en la casilla correspondiente. Por último se ubica al final de la historia clínica si está presente Firma y sello de interventor. Si está presente se anota una X en la casilla correspondiente. Si existe alguna observación se anota en la casilla correspondiente.
3. Se procede a revisar las notas médicas de evoluciones posteriores al ingreso. Se observa si estas están estructuradas en base al método de Weed y presenta todos sus elementos. Se anota una X en las casillas correspondientes. Se ubica al final de cada evolución si está presente Firma y sello de interventor. Si está presente se anota una X en la casilla correspondiente. Si existe alguna observación se anota en la casilla correspondiente. Se observa si en la evoluciones se presentan cambios en el o los diagnósticos. Se anota una X en la casilla correspondiente. Si existe alguna observación se anota en la casilla correspondiente.
4. Se continúa la observación de notas de trabajo social, psicología y resultados de test psicológicos. Se anota una X en las casillas correspondientes si son legibles, presentan firma y sello del interventor. Si existe alguna observación se anota en la casilla correspondiente.
5. Se procede a observar las ordenes médicas de medicamentos, administración de medicamentos y control de signos vitales buscando la Firma y sello en cada registro, que la información sea legible, que los elementos de cada parte este completos y si existe relación con órdenes médicas. Se anota una X en las casillas correspondientes. Si existe alguna observación se anota en la casilla correspondiente.
6. Se observan boleta de identificación y admisión y egreso describiendo que todos sus elementos estén completos y la información sea legible. Se anota una X en las casillas correspondientes. Si existe alguna observación se anota en la casilla correspondiente.
7. Se observan las Notas de enfermería y Resultados de laboratorio y gabinete buscando describir si presentan Firma y sello de interventor, información legible y si existe relación con órdenes y evolución médicas. Se anota una X en las casillas correspondientes. Si existe alguna observación se anota en la casilla correspondiente.

Instrumento de Recolección de datos

Caracterización de expediente clínico No. \_\_\_\_\_ Pabellón No. \_\_\_\_\_

	Presente	Identificada	Observaciones
El historial de la vida: antecedentes	Enfermedades		
	Control de hipertensión		
	Diabetes mellitus medicada		
	Control de medicamentos		
	Si el paciente fuma		
	Diabetes mellitus		
	Si el paciente bebe		
	Enfermedad de la vista o audición		
	Trastorno psicológico		
	Admisión a prisión		
	Historia de hospitalización		
	Si el paciente trabaja		
	Si el paciente vive solo		

	Presente	Legible	Completa	Observaciones	
Historial de la vida: antecedentes	Diabetes mellitus				
	Hipertensión				
	Diabetes mellitus medicada				
	Historia de hipertensión				
	Antecedentes psicológicos en el historial				
	Antecedentes psicológicos en el historial				
	Historia de familia				
	Personalidad previsible				
	Historia de familia				
	Historia de vida				
	Historia de vida				
	Impresión clínica en el examen físico				
	Historia de vida: antecedentes de historia clínica	Si	No	Observaciones	
Historia de vida: antecedentes de historia clínica					
Firma y sello de intervenciones					
Historia de vida: antecedentes	Historia de vida	Presente	Legible	Completa	Observaciones
	Historia de vida: antecedentes de historia clínica	Si	No	Observaciones	
	Firma y sello de intervenciones				

	Firma y sello de intervenciones	Legible	Observaciones
Historia de vida: antecedentes			
Historia de vida: antecedentes			
Trastorno psicológico			

	Firma y sello de intervenciones	Legible	Historia de vida: antecedentes	Completa	Observaciones
Historia de vida: antecedentes					
Control de hipertensión					
Control de medicamentos					

	Legible	Completa	Observaciones
Admisión a prisión			
Historia de vida: antecedentes			

	Firma y sello de intervenciones	Legible	Historia de vida: antecedentes	Observaciones
Historia de vida: antecedentes				
Historia de vida: antecedentes				
Historia de vida: antecedentes				

## PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada “Factores condicionantes en consultas por emergencia en pacientes atendidos en el Hospital Nacional de Salud Mental, Guatemala 2010” para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.