

11237

86



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

SUBDIVISION DE EDUCACION
DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
"FEDERICO GÓMEZ"**

**EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLINICO EN BASE A LOS
LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA NORMA OFICIAL
MEXICANA 168-SSA1-1998, COMO UN METODO PARA
MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MEDICA AL
PACIENTE EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
"FEDERICO GÓMEZ"**

T E S I S

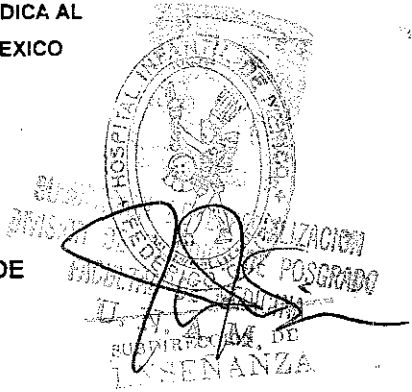
**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LA ESPECIALIDAD DE**

PEDIÁTRIA MEDICA

PRESENTA

DRA. DIANA LETICIA CORONEL MARTINEZ

**ASESOR DE TESIS
DRA. GUADALUPE MOGUEL PARRA**



2002



México D. F.

2002

**TESIS CON
TALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION

La palabra expediente proviene del latín *expediens*, que significa soltar dar curso, convenir. Si nosotros buscamos su significado en el diccionario encontraremos lo siguiente: **Medio o recurso, procedimiento que se utiliza para resolver una dificultad (1)**

El expediente clínico se define como el conjunto de documentos escritos gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias(1). Constituye el pilar de la actividad médica asistencial, ya que su adecuada regulación orienta al desarrollo de una cultura de calidad.

Los usos del expediente clínico son: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico (1). Todos estos usos encierran distintos puntos de gran importancia. En lo que respecta al aspecto médico corresponde a un documento donde asienta el abordaje diagnóstico y los planes de tratamiento bajo las circunstancias de respeto inherentes a la relación médico-paciente; todo esto permite que cualquier persona del ámbito médico autorizada para el manejo del expediente clínico sepa exactamente cuales son las acciones que ya se han realizado y los planes diagnósticos por efectuar con la finalidad de evitar el entorpecimiento de la actividad clínica con la repetición innecesaria de exámenes de laboratorio, gabinete e incluso procedimientos invasivos. La utilización negligente de los recursos de una determinada institución, condiciona el deterioro de la relación médico-paciente lo cual siempre tiene como resultado la desconfianza y por consiguiente la demanda contra las instituciones de salud y los médicos que en ellas se desempeñan.

En cuanto al aspecto jurídico, se sabe que hasta el año de 1999 existían más de 140 mil demandas anuales por conflictos médico-paciente en los Estados Unidos de Norteamérica (2). A partir del año de 1996, se creó en México la Comisión nacional de Arbitraje médico (CONAMED); cuya misión es tutelar el derecho a la protección de la salud y mejorar la calidad de los servicios médicos que se proporcionan a la población a través de la resolución de conflictos entre usuarios y prestadores de los servicios médicos; hasta el momento se han atendido cuatro mil veinticinco casos, de los cuales tres mil trescientos setenta y ocho se solucionaron (84%); de éstos dos mil setenta y uno se resolvieron vía asesoría y orientación; mil doscientas cuarenta y dos por el procedimiento de conciliación y sesenta y cinco mediante la emisión de dictámenes periciales (3). El expediente clínico con

el propósito médico legal y administrativo permite utilizar la información relativa al usuario como instrumento de apoyo cuando sea requerido por la autoridad judicial o administrativa, para llevar a cabo acciones relacionadas con el usuario, el personal y la unidad de salud (4) La única forma de tener un respaldo eficaz de nuestras acciones médicas, es dando al expediente clínico la importancia real que tiene considerándolo como una herramienta frente a todas las circunstancias legales que de él se generan ya que un expediente incompleto o que no cumple con las normatividades ya establecidas por la Dirección General de Regulación de los servicios de Salud, plasmadas en la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico 168-SSA-1998 no tendrá validez alguna frente a demandas civiles o penales

La enseñanza médica jamás podría estar completa sin contar con el expediente clínico, que nos permite llevar un registro de las manifestaciones clínicas de una determinada enfermedad y la evolución clínica del paciente, constituyendo un documento de consulta que genera aprendizaje en quien lo analiza

El progreso de la investigación clínica depende de manera fundamental del expediente clínico, ya que su uso adecuado en este rubro da una rica fuente de datos cuyo análisis y comparación permite emitir conclusiones que fomentan el progreso en formas de evaluación o tratamiento de un padecimiento

Finalmente cabe mencionar que el manejo adecuado del expediente clínico por los distintos elementos de una institución refleja la calidad del desempeño de los mismos *constituyendo la carta de presentación de cualquier institución de salud*

Por lo externado anteriormente podemos concluir la gran importancia del *expediente clínico* *Constituye el pilar del desempeño médico en todos los aspectos* La gran mayoría del personal de salud lo considera algo tedioso e inútil solo papelería por llenar que aparentemente quita tiempo y entorpece la actividad clínica Todo esto son conclusiones erróneas que surgen de la falta de conocimiento sobre la magnitud y el impacto que este documento tiene en todos los ámbitos de la sociedad Es en el momento de las demandas civiles o penales cuando lamentamos el hecho de no haber brindado a esta herramienta el valor que tiene Un expediente clínico sin orden ilegible o sin los elementos correspondientes no puede ser empleado como evidencia en ningún tipo de disertación y por lo tanto en vez de ayudar a resolver problemas se convierte en uno

A continuación se mencionan las características generales y particulares del expediente clínico, planteadas inicialmente en la Norma Técnica No 52 para la Elaboración, Integración y Uso del Expediente Clínico en 1986 y actualmente asentadas en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico que fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de diciembre de 1998 en cumplimiento del acuerdo del Comité y de lo previsto en el artículo 47, fracción I, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario

En todo expediente clínico debe constar el tipo, nombre y domicilio del establecimiento, y en su caso el nombre de la institución a la que pertenece; así mismo debe contener el nombre, sexo, edad y domicilio del usuario

Los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos, sin embargo, y en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes, deberán conservarlos por un periodo mínimo de 5 años contados a partir de la fecha del último acto médico

Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos: autoridad judicial, órganos de procuración de justicia y autoridades sanitarias (1,4,5)

El expediente clínico consta de los siguientes documentos:

- a) Notas iniciales
- b) Historia clínica
- c) Hoja frontal
- d) Notas médicas
- e) Informes de estudios de laboratorio y gabinete
- f) Otros documentos y registros

Todas las notas del expediente clínico deberán contener fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien la elabora. De igual manera deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buena estado

Las instituciones podrán establecer formatos para el expediente clínico, tomando

como mínimo los requisitos establecidos en la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998 del Expediente Clínico (1,4,5)

El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios prestados de consulta externa (general y especializada), urgencias y hospitalización. Debe contar con cubierta o carpeta, documentación de trabajo social, dietología y ficha laboral según sea el caso

1 NOTAS INICIALES

Cuentan con los siguientes elementos:

- Identificación de la unidad que otorga el servicio.
- Fecha y hora en que se otorga el servicio
- Ficha de identificación del usuario
- Signos vitales y antropometría
- Motivo de la consulta.
- Resumen del interrogatorio y la exploración física
- Resultados de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- Diagnóstico problemas clínicos.
- Planes de estudio y tratamiento
- Pronóstico
- Nombre y firma del médico

Las notas iniciales las elabora el médico cuando el usuario acude a la unidad de salud a solicitar atención, antes de decidir si el caso amerita elaboración de historia clínica (1,4,5)

2.HISTORIA CLINICA

Deberá elaborarla el médico y constará de: interrogatorio, exploración física diagnósticos y tratamientos en el orden siguiente

Interrogatorio: Deberá tener como mínimo ficha de identificación, antecedentes heredo familiares, personales patológicos y no patológicos padecimiento actual e interrogatorio por aparatos y sistemas

Exploración física: Deberá constar como mínimo de hábitos exterior, signos vitales (pulso, temperatura tensión arterial frecuencia cardiaca y respiratoria), antropometría, así como datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, genitales y extremidades

Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros

Terapéutica empleada y resultados obtenidos

Diagnósticos o problemas clínicos

Nombre completo y firma del médico

3 HOJA FRONTAL

La elabora el médico en todo expediente con historia clínica y nota de ingreso y consta de los elementos siguientes:

-Identificación del enfermo y de la unidad de salud que otorga el servicio.

-Enumeración de los diagnósticos y problemas clínicos activos y fecha en que cada uno de ellos fue identificado

-Registro de la fecha en que los diagnósticos o problemas clínicos activos se identifican como inactivos

La hoja frontal se actualiza de acuerdo con la evolución del paciente (4,5)

4 NOTAS MEDICAS

Las notas médicas se dividen en los siguientes tipos:

- De ingreso
- De revisión
- De evolución
- De interconsulta
- Preoperatoria
- Preanestésica
- Postoperatoria
- Postanestésica
- De egreso

Las notas médicas tiene las características de contar con un encabezado que incluye fecha, hora, tipo de nota y servicio encargado del paciente. Deben ser descriptivas e interpretativas de la evolución del paciente, empleando terminología apropiada sin abreviaturas ni epónimos con nombre y firma del médico

a) De ingreso

Deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo los datos siguientes:

- Procedencia del enfermo
- Signos vitales
- Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso
- Resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento
- Enumeración de los diagnósticos y problemas clínicos con su fundamento y plan de estudio.
- Tratamiento inicial
- Pronóstico (1,4,5).

b) De revisión

La elabora el médico responsable de la atención del paciente y tiene las características siguientes:

- Corroborar los datos de la historia clínica de la nota de ingreso
- Define el plan de estudio
- Establece los criterios diagnósticos y terapéuticos del servicio
- Señala el pronóstico (4)

c) De evolución

Deberá elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día, describirá lo siguiente:

- Evolución y actualización del cuadro clínico
- Signos vitales
- Resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento
- Solicitud y fundamento de interconsultas
- Comentarios y opinión de las interconsultas
- Diagnósticos
- Tratamiento e indicaciones médicas, en el caso de medicamentos señalando como mínimo: dosis, vía de administración y periodicidad (1,4 5)

d) De interconsulta

La elabora el médico consultado, debe contener:

- Servicio que otorga la interconsulta.

- Criterio diagnóstico
- Sugerencias de plan de estudio
- Sugerencias terapéuticas

e) Preoperatoria

Deberá realizarla el cirujano que va a intervenir al paciente incluyendo a los cirujanos dentistas y deberá contener como mínimo:

- Fecha de la cirugía
- Diagnóstico
- Plan quirúrgico
- Tipo de intervención quirúrgica y su fundamento
- Riesgo quirúrgico
- Cuidados y plan terapéutico preoperatorios
- Pronóstico (1,4,5)

f) Nota preanestésica

La elabora el médico del servicio de anestesiología y tiene las características siguientes

- Estudio clínico del paciente en relación a la anestesia
- Tipo de anestesia de acuerdo a las condiciones del paciente y a la intervención quirúrgica programada
- Riesgo anestésico
- Medicación preanestesia

g) Nota postoperatoria

La elabora el cirujano, contiene los siguientes elementos:

- Diagnóstico preoperatorio
- Operación proyectada
- Técnica quirúrgica
- Operación realizada
- Hallazgos
- Reporte de gasas y compresas

- Cuantificación de sangrado.
- Estudios de laboratorio y gabinete transoperatorios
- Incidentes y accidentes
- Diagnóstico postoperatorio.
- Ayudantes, instrumentistas, anesesiólogo y circulante
- Estado posquirúrgico inmediato del paciente
- Pronóstico
- Plan de manejo y tratamiento inmediato
- Envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico
- Otros hallazgos de importancia para el paciente relacionados con el quehacer médico.
- Nombre completo y firma del responsable de la cirugía (1,4,5)

h) Nota postanestésica

La realiza el médico o técnico que administró la anestesia Debe contener:

- Tipo de anestesia
- Medicamentos utilizados.
- Duración de la anestesia
- Incidentes y accidentes atribuibles a la anestesia
- Cantidad de sangre y soluciones aplicadas.
- Estado clínico del enfermo a su egreso del quirófano
- Plan de manejo y tratamiento inmediato

i) Nota de egreso

La realiza el médico responsable del enfermo y tiene las siguientes características:

- Fecha de ingreso y egreso
- Motivo de egreso.
- Diagnósticos finales y su fundamento*
- Resumen de la evolución y estado actual
- Resumen del tratamiento.
- Problemas clínicos pendientes y plan terapéutico.
- Recomendaciones para la vigilancia ambulatoria
- Atención de factores de riesgo
- Pronóstico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

-En caso de defunción las causas de muerte acordes al certificado de defunción y si se solicitó y obtuvo necropsia

5 INFORME DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Debe elaborarlo el personal que realizó el estudio y deberá contener como mínimo:

- Fecha y hora del estudio.
- Identificación del paciente
- Identificación del solicitante
- Estudio solicitado
- Problema clínico en estudio
- Resultados del estudio
- Interpretación diagnóstica en su caso
- Incidentes si los hubo
- Identificación del personal que realizó el estudio.
- Nombre completo y firma del personal que informa

6 OTROS DOCUMENTOS

a) Registro de transfusión sanguínea

El médico que indica una transfusión, deberá registrar o supervisar que se registre en el expediente clínico del receptor, las transfusiones de sangre o de sus componentes que se hayan aplicado, así como:

- Cantidad de unidades, volumen, número de identificación de las unidades de sangre o de sus componentes transfundidos
- Fecha y hora de inicio y finalización de la transfusión
- Control de signos vitales y estado general de paciente, antes, durante y después de la transfusión
- En caso de reacciones adversas a la transfusión indicar su tipo y manejo, así como, los procedimientos para efecto de la investigación correspondiente
- Nombre completo y firma del médico que indicó la transfusión, así como, del personal de salud encargado de la aplicación, vigilancia y control de la transfusión (4,6)

b) Hoja de enfermería

Deberá realizarse por el personal del turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y órdenes médicas, deberá contener como mínimo:

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- Habitus exterior
- Gráfica de signos vitales.
- Administración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía
- Procedimientos realizados
- Observaciones

c) Cartas de consentimiento informado

- Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento
- Nombre, razón o denominación social del establecimiento
- Título del documento
- Lugar y fecha en que se emite.
- Acto autorizado
- Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado
- Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva
- Nombre completo y firma de los testigos

LOS EVENTOS MINIMOS QUE REQUIEREN DE CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO SON:

- Ingreso hospitalario.
- Procedimientos de cirugía mayor
- Procedimientos que requieren anestesia general
- Salpingoclasia y vasectomía.
- Transplantes.
- Investigación clínica en seres humanos
- De necropsia hospitalaria
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo.
- Cualquier procedimiento que entrañe mutilación

EL PERSONAL DE SALUD PODRA OBTENER CARTAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ADICIONALES A LAS PREVISTAS EN EL INCISO ANTERIOR CUANDO LO ESTIME PERTINENTE, SIN QUE PARA ELLO SEA OBLIGATORIO EL EMPLEO DE FORMATOS IMPRESOS

Quando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de familiares, tutor o representante legal, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por

Escrito, en el expediente clínico (9) De igual manera es fundamental dar aviso al departamento jurídico de la institución médica, el cual finalmente es el apoyo básico en situaciones de instancia legal

d) Hoja de egreso voluntario.

Se define como aquel documento por medio del cual el paciente familiar más cercano, tutor o representante jurídico solicita el egreso con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar

Deberá ser elaborada por un médico a partir del egreso y cuando el estado del paciente lo amerite; deberá incluirse la responsiva médica del profesional que se encargará del tratamiento y constará de:

-Nombre y dirección del establecimiento

-Fecha y hora del alta

-Nombre completo, edad, parentesco (en su caso) y firma de quien solicita el alta

-Resumen clínico que se emitirá con nombre completo del paciente, edad sexo número de cama y expediente.

-Medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo.

-En su caso nombre completo y firma del médico que otorgue la responsiva

-Nombre completo y firma del médico que emite la hoja

-Nombre completo y firma de los testigos

Con respecto a esto el artículo 79, capítulo V de la Ley General de Salud asienta que en todo caso este documento relevará de la responsabilidad al establecimiento y se emitirá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del mismo y otro se proporcionará al usuario; con respecto a los testigos serán por lo menos dos, de los cuales uno será designado por el hospital y otro por el usuario o la persona que en representación emita el documento (9)

e) Hoja de informe al familiar.

En el caso particular de nuestra institución, hemos creado un formato especial para brindar informe médico al familiar con la finalidad de asegurar el mismo diariamente

En el se hace constar la fecha firma de: familiar que recibe el informe y la firma del médico que lo proporciona

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

El principal objetivo de la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico, es sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico con la finalidad de facilitar su manejo y permita un progreso real en la medicina. Otros aspectos importantes son el orden, que corresponde a la secuencia cronológica de las hojas que integran el expediente, iniciando con la hoja frontal, nota inicial, historia clínica, notas clínicas, resultados de estudios de laboratorio, gabinete y otros; notas de anestesiología, quirúrgicas, hojas de enfermería, dietología, trabajo social, nota de egreso. Debe ser legible y todos los documentos deben contar con identificación del paciente (7)

Como podemos ver el expediente clínico tiene toda una gama de elementos que deben cumplirse al 100%, por una sola razón: CALIDAD. La palabra calidad se refiere a la manera de ser de una persona o cosa y en sentido absoluto denota buena calidad, es decir, excelencia, bondad, superioridad (8); con esta definición no hay lugar a duda de que la calidad es fundamental en la relación médico-paciente, lo cual incluye al expediente clínico. A veces los médicos olvidamos el sentido de esta palabra; no hay quien sobre la tierra, y aún menos el médico, que al tratar con el misterio más grande de la vida que es el hombre no se de cuenta de la complejidad que representa. Estar frente a un paciente es muy difícil, porque no vemos solo una enfermedad (aunque a veces quisiéramos que fuera así); sino que vemos el miedo, la frustración, la incertidumbre, el dolor de un ser apesadumbrado por algo que no entiende, y no solo al paciente, sino a todos los seres que le aman y que sufren al unísono. Por esto es que todos debemos manejar y elaborar adecuadamente el expediente clínico, que no solo es un conjunto de hojas para escribir por protocolo, sino que son la representación física del paciente, su trayectoria médica, sus diagnósticos basados en estudios de laboratorio y gabinete, es la herramienta más valiosa del clínico porque engloba la historia de una persona

Debemos tomar conciencia además de las implicaciones buenas o malas que puede tener en nosotros los médicos. Según las estadísticas, hasta el 60% de los médicos en Estados Unidos de Norteamérica han sido demandados cuando menos una vez. El número de las demandas se ha incrementado paulatinamente de doce mil en el año de 1979, a catorce mil trescientos en el año de 1995. De estas 7% fue para pediatras, 6.5% para anestesiólogos, el 27% para médicos familiares y el 16% para cirujanos. El expediente es la prueba circunstancial de mayor peso, debe estar completo y seguir las reglamentaciones establecidas, son fundamentales las hojas de consentimiento informado para procedimientos (2). Todos los puntos previamente mencionados tienen un fundamento bien establecido en la Ley General de Salud. Se mencionarán a continuación algunos

artículos de dicha ley, de donde surgen los estatutos de la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico

-En todo hospital y siempre que el estado del paciente lo permita deberá recabarse a su ingreso autorización escrita y firmada para practicarles, con fines de diagnóstico o terapéuticos los procediéndolos médico-quirúrgicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma. Esta autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente (artículo 80) (9)

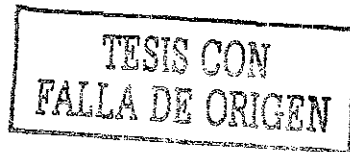
-El documento de autorización escrita previamente mencionado, deberá contener nombre de la institución a que pertenezca el hospital, nombre, razón o denominación social del hospital, título del documento, lugar y fecha, nombre y firma de la persona que otorgue la autorización, nombre y firma de dos testigos. Este documento deberá ser impreso, redactado en forma clara, sin abreviaturas, enmendaduras o tachaduras (artículo 82) (9)

La actividad profesional en general, se encuentra legislada también en los códigos penal y civil federales lo cual incluye al médico. La solución de los conflictos generados de la lesión de la relación médico-paciente pueden resolverse por tres vías: la presentación del caso a CONAMED, la vía penal y la vía civil (2), a continuación se comenta brevemente cada una de ellas

I. VIA CONAMED

CONAMED es una comisión creada para la resolución de conflictos médico legales entre los usuarios y los prestadores de los servicios médicos para obtener una solución a través de asesoría, conciliación y arbitraje.

En abril de 1998 la Comisión Nacional de Arbitraje Médico emitió la opinión técnica número 11/98 en relación a la elaboración, integración y uso del expediente clínico en las unidades de atención médica, la cual se realizó en base a la revisión de expedientes clínicos de los sectores público, social y privado. Se revisaron 308 expedientes cuyo porcentaje de cumplimiento de los elementos establecidos fue en promedio de 59.4% (13)



II. VIA PENAL.

En el título duodécimo del **código penal**, se estipula la responsabilidad profesional en los siguientes artículos:

Artículo 228 Los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares, serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión, en los términos siguientes y sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud o en otras normas sobre el ejercicio profesional en su caso:

I. Además de las sanciones fijadas para los delitos que resulten consumados según sean dolosos (cometidos con conocimiento e intención de causar el daño efectuado) o culposos (que se realizan con motivo de ejecutar un hecho negligentemente o sin prudencia), se les aplicará suspensión de un mes a dos años del ejercicio de la profesión o definitiva en caso de reincidencia; y

II Estarán obligados a la reparación del daño por sus actos propios y por los de sus auxiliares, cuando éstos obren de acuerdo a las instrucciones de aquellos

Artículo 229 El artículo anterior se aplicará a los médicos que, habiendo otorgado la *responsiva para hacerse cargo de la atención de un lesionado o enfermo*, lo abandonen en su tratamiento sin causa justificada y sin dar aviso inmediato a la autoridad correspondiente (10, 11).

Por la vía penal el denunciante solicita que al denunciado se le siga una averiguación previa, y en caso de encontrar elementos de un posible delito, puede que se le prive de su libertad o se le suspendan los permisos para el ejercicio de la profesión (2,11).

III VIA CIVIL

El delito civil carece de tipicidad, es decir basta la acción intencionada o negligente de dañar, habitualmente demanda compensación por el daño causado. El Código Civil Federal establece:

Artículo 2615. El que preste servicios profesionales sólo es responsable hacia las personas a quienes sirve, por negligencia, impericia o dolo, sin perjuicio de las penas que merezca en caso de delito (2 12).

Regresando a la definición de la palabra expediente descrita en el inicio de este marco teórico, podemos reafirmarla aún más, el expediente clínico es efectivamente un

medio, una herramienta para resolver conflictos derivados del ámbito médico. Es la única vía para clarificar los hechos en base a algo escrito, que por ende debe ser confiable. La confiabilidad del expediente clínico depende enteramente del médico que lo realiza por tanto, el personal de salud en general debe entender la importancia del mismo, como un método de enseñanza, investigación, apoyo y recurso médico-legal en determinadas situaciones. El expediente clínico es amigo del médico y del paciente. brinda solidez a la relación entre ellos y da orden al pensamiento clínico

JUSTIFICACIÓN.

El expediente clínico es la principal herramienta de la actividad médica asistencial. Debido a todos los usos que puede tener dentro del ámbito médico y legal, su adecuada elaboración e integración es básica para el buen funcionamiento de una institución así como para una atención de calidad a los usuarios de los servicios de salud. La presente investigación se realizará con la finalidad de conocer el porcentaje de cumplimiento de los elementos que deben integrar el expediente clínico en esta institución y en base a sus resultados, llevar a cabo acciones que mejoren el mismo, así como diseñar medidas para un control adecuado de los expedientes clínicos. De igual manera se pretende en base a sus resultados, generar mayor conciencia entre el personal de salud en cuanto a la importancia del expediente clínico así como la necesidad de conocer la normatividad del mismo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es el porcentaje de cumplimiento de los elementos del expediente clínico establecidos en la Norma Oficial Mexicana número 168-SSA1-1998 en los expedientes clínicos del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" (13)?

OBJETIVOS.

I. Objetivo General.

Determinar el porcentaje de cumplimiento de los elementos del expediente clínico establecidos en la Norma Oficial Mexicana número 168-SSA1-1998 en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez"

II. Objetivos Particulares

1 -Calcular el porcentaje de omisión de los elementos que conforman el expediente clínico con respecto a los establecidos en la NOM-168-SSA1-1998

2 -Determinar cuál elemento es el que se omite más frecuentemente

3 -Conocer cual es el área médica que presenta más comúnmente errores de omisión

4 -Observar si existe similitud entre el porcentaje de cumplimiento de los elementos del expediente clínico en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez" y los reportados en la literatura

MATERIAL Y METODOS

1 Se realizará un estudio no experimental (serie de casos) prospectivo descriptivo y transversal.

2. Se evaluarán los expedientes de los pacientes ingresados en el área de hospitalización del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" entre el 1° junio y el 31 de agosto de 2002, cuyo ingreso se haya realizado después del 1° de enero de 1999. Se aplicará a cada uno de los expedientes el formato de evaluación diseñado para esta investigación en base a la NOM del expediente clínico 168-SSA-1998

3. La metodología a seguir será la siguiente:

A) Se realizará la evaluación de todos los expedientes clínicos de los pacientes del área de hospitalización de acuerdo al formato previamente descrito que se anexa al final de este protocolo, que se encuentren hospitalizados entre el 1° de junio y el 31 de agosto del 2002

B) Se captarán diariamente los ingresos hospitalarios en todas las áreas clínicas del hospital, se evaluará únicamente el ingreso de ese momento

4 Cronograma de actividades

- 1° de junio al 31 de agosto del 2002 se realizará la evaluación de expedientes clínicos en todas las áreas de hospitalización.

- 01 de septiembre al 14 septiembre del 2002: Procesamiento de datos y elaboración del reporte de los mismos.

5. Criterios de inclusión

Se incluirán:

- Los expedientes clínicos del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" de todos aquellos pacientes que se encuentren hospitalizados en el periodo de tiempo descrito previamente

- Los expedientes con fecha de apertura a partir del 1° enero 1993.

6 Criterios de exclusión

Se excluirán aquellos expedientes que en momento de la investigación no se encuentren disponibles físicamente en el área (evento quirúrgico o estudio diagnóstico), así como aquellos expedientes con fecha de apertura previa al primero de enero de 1999.

7 Universo y tamaño de la muestra

El Universo a estudiar constituyen todos los expedientes elaborados a partir del 1º de enero de 1999 en adelante en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez". El número se obtuvo por medio del registro de expedientes en el archivo clínico de la institución siendo este de 2029 (1999), 2136(2000) y 2017(2001), siendo un total de 6182

La muestra corresponderá a una muestra probabilística simple, será calculada en base al programa estadístico Epi Info 6.0 con Statcalc para encuestas de población o estudios transversales:

Frecuencia esperada; 60%, para 95 % de confianza

Rango esperado	N
50-70%	92
55-65%	369
53-67%	188

La muestra a estudiar es de 296 expedientes, la cual está entre los rangos de 55-65% y 53-67%

8 Variables

Se registrarán número de expediente, edad (en años cumplidos), sexo (femenino, masculino)

a Orden: Corresponde a la secuencia cronológica de las hojas que integran el expediente clínico, iniciando con la hoja frontal, nota inicial, historia clínica, notas clínicas, resultados de laboratorio y gabinete, notas de anestesiología, notas quirúrgicas, hojas de enfermería y nota de alta

b Legibilidad: Se refiere a la facilidad de lectura de las notas médicas para cualquier persona

c. Nota Inicial

Presencia o ausencia de la misma, y en caso de estar presente, los siguientes elementos: *Identificación de la unidad médica, fecha y hora, ficha de identificación del usuario, signos vitales, antropometría (peso, talla y perímetro cefálico en el caso de menores de 36 meses), motivo de consulta, resumen del interrogatorio resumen de exploración física, diagnósticos o problemas clínicos, resultados de auxiliares de diagnóstico en caso de existir, tratamiento, condición, riesgo, pronóstico, nombre del médico, firma del médico.*

d Historia Clínica

Presente o ausente

Si se encuentra, se evaluarán la existencia o no de los siguientes elementos:

Interrogatorio: ficha de identificación, antecedentes heredo familiares, personales patológicos, personales no patológicos, padecimiento actual, interrogatorio por aparatos y sistemas

Exploración física: Habitus exterior signos vitales (frecuencia cardiaca, tensión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria), cabeza, cuello, tórax, abdomen, región perineal y extremidades

Resultados previos de laboratorio

Resultados previos de gabinete

Resultados actuales de laboratorio

Resultados actuales de gabinete.

Terapéutica empleada

Diagnósticos o problemas clínicos

Condición

Riesgo

Pronóstico

Nombre del médico

Firma del médico

e Hoja Frontal

Presente o ausente

De existir: *Identificación de la unidad de salud, identificación del enfermo, enumeración de los problemas clínicos con la fecha en que se identificaron, registro de la fecha en que se inactivaron*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

f Nota de Ingreso

Encabezado, fecha, hora, servicio encargado, procedencia del paciente, resumen de interrogatorio, resumen de exploración física, enumeración de diagnósticos y problemas, interpretación de exámenes de laboratorio y gabinete plan de estudio tratamiento inicial, presencia o no de abreviaturas, condición, pronóstico, riesgo nombre, *firma del médico*

g Nota de Revisión y/o Supervisión

Encabezado, fecha, hora, servicio encargado, corroboración de datos de historia clínica, corrobora datos de nota de ingreso, define plan de estudio, criterios diagnósticos, criterios terapéuticos, condición, riesgo, pronóstico

h Nota de Evolución

Encabezado, fecha, hora, servicio encargado actualización del cuadro clínico, signos vitales, resultados de servicios auxiliares de diagnóstico, modificaciones al tratamiento, diagnósticos indicaciones médicas, condición, riesgo, pronóstico nombre del *médico, firma del médico*

i Nota de Interconsulta

Encabezado, fecha, hora, servicio encargado, criterio diagnóstico, signos vitales, motivo de la consulta, resumen de interrogatorio, resumen de exploración física, diagnósticos o problemas clínicos, resultados de estudios de servicios auxiliares de diagnóstico sugerencias de plan de estudio, sugerencias terapéuticas, condición, riesgo, pronóstico, nombre del médico, *firma del médico*

j Nota Preoperatoria

Encabezado, fecha, hora, servicio encargado, fecha en que se realizará la cirugía, diagnóstico, plan quirúrgico, tipo de intervención quirúrgica, riesgo quirúrgico, cuidados y plan terapéutico preoperatorio, condición, pronóstico riesgo, nombre del *médico, firma del médico*

k Nota preanestésica

Encabezado, fecha, hora, servicio encargado, tipo de anestesi riesgo anestésico, medicación preanestésica, condición, riesgo, pronóstico, nombre de' *médico firma del médico*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

l Nota postoperatoria

Encabezado, fecha, hora, servicio encargado, diagnóstico preoperatorio, operación planeada, operación realizada, diagnóstico postoperatorio, descripción de técnica quirúrgica, hallazgos transoperatorios, reporte de gases y compresas incidentes y accidentes, cuantificación de sangrado, estudios de servicios auxiliares de diagnóstico transoperatorios, tratamiento transoperatorio, ayudante, instrumentistas, anestesiólogo circulante, plan de manejo postoperatorio inmediato, envío de piezas a patología, condición, riesgo, pronóstico, nombre del médico responsable de la cirugía, firma del médico responsable

m Nota postanestésica

Encabezado, fecha, hora, servicio encargado, tipo de anestesia, medicamentos utilizados, duración de la anestesia, incidentes y accidentes atribuibles a la anestesia, derivados hemáticos utilizados y cantidad, soluciones intravenosas aplicadas y cantidad, plan terapéutico, condición, riesgo, pronóstico

n Nota de egreso

Encabezado, fecha, hora, servicio encargado, fecha de ingreso fecha de egreso, motivo del egreso, diagnósticos finales, resumen de evolución, manejo durante la estancia hospitalaria, problemas clínicos plan de manejo ambulatorio, recomendaciones de manejo ambulatorio, condición, riesgo, pronóstico, nombre del médico, firma del médico

o Informes de auxiliares de diagnóstico

Fecha, hora, identificación del paciente, identificación del solicitante, estudio solicitado, problema clínico en estudio, interpretación, nombre completo de quien realizó la interpretación, y firma del mismo

p Registro de transfusión sanguínea

Número de unidades, volumen, identificación de unidades, tipo de componente, signos vitales antes, durante, y después de la transfusión, reacciones adversas (tipo, tratamiento) nombre del médico responsable y firma del mismo

q Hojas de enfermería

Habitus exterior, gráfica de signos vitales (frecuencia cardiaca, frecuencia

JS

respiratoria, tensión arterial, temperatura), administración de medicamentos (fecha, hora cantidad, vía), procedimientos realizados, observaciones

r. Consentimiento informado

Nombre de la institución, título del documento, fecha, evento que se autoriza, señalamiento de riesgo-beneficio del procedimiento, autorización para resolver posibles complicaciones, nombre completo de los testigos, firma de los testigos. Esta será evaluada en los siguientes documentos: ingreso hospitalario, cirugía mayor, procedimientos que requieren anestesia general o medio de contraste, procedimientos diagnósticos o terapéuticos de alto riesgo

s. Hoja de informe al familiar

Consta de registro de fecha, firma del familiar que recibe el informe y del médico que lo proporciona. Para considerar como válido el informe diario debe encontrarse los tres elementos

ANALISIS ESTADISTICO.

Se utilizarán medidas de tendencia central para las variables de tipo cuantitativo así como frecuencias o porcentajes para las variables de tipo cualitativo

RESULTADOS

Se revisaron en total 296 expedientes con la siguiente distribución:

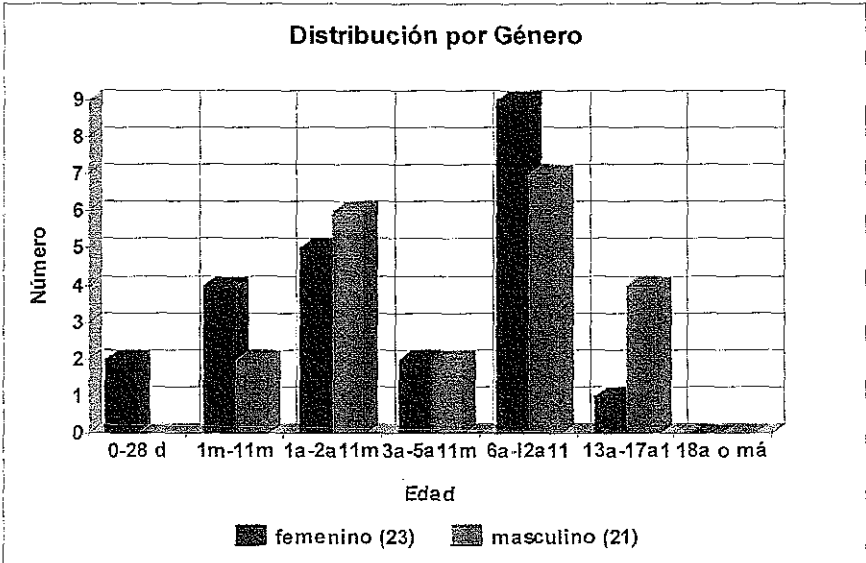
Terapia de urgencias	44 (14.8%)
Medicina interna	13 (4.4%)
Cirugía cardiovascular	6 (2.0%)
Ortopedia	15 (5.0%)
Cirugía pediátrica	20 (6.7%)
UCIN	19 (6.4%)
Oftalmología	8 (2.7%)
Oncología	24 (8.2%)
Neurocirugía	10 (3.4%)
Neumología	7 (2.3%)
Urología	11 (3.7%)
Gastroenterología	14 (4.7%)
Endocrinología	9 (3.0%)
UTIP	14 (4.7%)
Cardiología	10 (3.4%)
Terapia quirúrgica	12 (4.0%)
Hematología	7 (2.3%)
Nefrología	13 (4.4%)
Neurología	6 (2.0%)
Otorrinolaringología	4 (1.3%)
Cirugía plástica	6(2.0%)
Infectología	24 (8.1%)
Total	296(100%)

A continuación se presentarán los resultados de esta investigación por servicio clínico, y posteriormente los resultados globales

RESULTADOS POR SERVICIO CLINICO

TERAPIA DE URGENCIAS

El número total de expedientes analizados fue de 44



No. Total de expedientes	Legibilidad	Orden
44 (100%)	44(100%)	38(86%)

NOTA INICIAL

Total	Identificación de Unidad Médica	Fecha	Hora	Ficha de identificación de paciente	Motivo de consulta
44	44	42	44	44	44
(100%)	(100%)	(95%)	(100%)	(100%)	(100%)

Interrogatorio	Exploración física	Diagnósticos	Resultados de auxiliares de diagnóstico	Tratamiento
44 (100%)	44 (100%)	44 (100%)	44 (100%)	44 (100%)

Condición	Pronóstico	Riesgo	Nombre del médico	Firma del médico
42 (95%)	42 (95%)	42 (95%)	44 (100%)	42 (95%)

Frecuencia cardíaca	Frecuencia respiratoria	Tensión arterial	Temperatura	Peso	Talla	Perímetro cefálico
40 (91%)	40 (91%)	40 (91%)	41 (93%)	42 (95.5%)	41 (93%)	41 (93%)

HISTORIA CLINICA

Se encontraron un total de 18 Historias Clínicas, que correspondieron a los pacientes con admisión hospitalaria a algún servicio hospitalario

Ficha de identificación	18 (100%)
Antecedentes heredofamiliares	18 (100%)
Antecedentes personales no patológicos	18 (100%)
Antecedentes personales patológicos	18 (100%)
Padecimiento actual	18 (100%)
Interrogatorio por aparatos y sistemas	2 (11.1%)

SIGNOS VITALES

Frecuencia cardíaca	18 (100%)
Frecuencia respiratoria	18 (100%)
Tensión arterial	18 (100%)
Temperatura	18 (100%)

Habitus exterior	Cabeza	Cuello	Tórax	Abdomen	Región perineal	Extremidades
18 (100%)	18 (100%)	18 (100%)	18 (100%)	18 (100%)	18 (100%)	18 (100%)

Resultados previos de laboratorio	Resultados actuales de laboratorio	Resultados previos de gabinete	Resultados actuales de gabinete
18 (100%)	18 (100%)	18 (100%)	18 (100%)

Terapéutica empleada	Diagnóstico	Condición	Riesgo	Pronóstico	Nombre del médico	Firma del médico	Servicio
18 (100%)	18 (100%)	11 (61.1%)	11 (61.1%)	11 (61.1%)	18 (100%)	18 (100%)	18 (100%)

HOJA FRONTAL

El 100 % de los expedientes (44) contaron con hoja frontal

Identificación de la Unidad de Salud	Identificación del enfermo	Enumeración de problemas clínicos	Fecha de identificación de problemas clínicos	Fecha de inactivación
44 (100%)	44 (100%)	44 (100%)	43 (97.7%)	44 (100%)

NOTA DE INGRESO

Los 44 expedientes contaron con nota de ingreso (100%)

Encabezado	44 (100%)	Plan de estudio	44 (100%)
Fecha	44 (100%)	Tratamiento inicial	44 (100%)
Hora	42 (95.4%)	Abreviaturas	40 (90.9%)
Procedencia del paciente	44 (100%)	Condición	44 (100%)
Resumen del interrogatorio	44 (100%)	Riesgo	44 (100%)
Resumen de exploración física	44 (100%)	Pronóstico	44 (100%)
Diagnósticos	44 (100%)	Nombre del médico	44 (100%)
Interpretación de exámenes de laboratorio	44 (100%)	Firma del médico	40 (90.9%)
Interpretación de exámenes de gabinete	44 (100%)	Servicio	43 (97.7%)

NOTA DE REVISION

Los 44 expedientes evaluados contaron con nota de revisión (100%)

Encabezado	Fecha	Hora	Corroboración historia clínica	Corroboración nota de ingreso	Plan de estudio
44(100%)	44(100%)	44(100%)	44 (100%)	44 (100%)	40(90.9%)

Servicio encargado	Criterios diagnósticos	Criterios terapéuticos	Condición	Riesgo	Pronóstico
44 (100%)	44 (100%)	44 (100%)	38 (86.3%)	38 (86.3%)	38 (86.3%)

Nombre del médico	Firma del médico	Servicio
44 (100%)	40 (90.9%)	44 (100%)

NOTA DE EVOLUCION

Se encontraron 107 notas de evolución, sin faltantes

Encabezado	Fecha	Hora	Servicio encargado	Actualización del cuadro clínico
107 (100%)	107 (100%)	107 (100%)	107 (100%)	107 (100%)

Resultados de auxiliares de diagnósticos	Modificaciones al tratamiento	Diagnósticos	Condición	Riesgo	Pronóstico
98 (91.5%)	90 (84.1%)	107 (100%)	90 (84.1%)	90 (84.1%)	90 (84.1%)

Nombre del médico	Firma del médico
103 (98.1%)	104(97.1%)

Frecuencia cardiaca	Frecuencia respiratoria	Tensión arterial	Temperatura
103 (96.2%)	102 (95.3%)	103 (96.2%)	103 (96.2%)

INDICACIONES MEDICAS

Se registraron 107 indicaciones médicas

Nombre del médico	Firma del médico
105 (98.1%)	94 (87.8%)

INTERCONSULTAS

De los 44 expedientes analizados, se encontraron 40 notas de interconsulta

ONCO CARDIO NEURO NEUROQX CIRUGIA INFECTO GASTRO ENDOC

No. Notas	5 100%	3 100%	3 100%	1 100%	8 100%	3 100%	1 100%	2 100%
Encabezado	5 100%	3 100%	3 100%	1 100%	8 100%	3 100%	1 100%	2 100%
Fecha	5 100%	3 100%	3 100%	1 100%	8 100%	2 66.6%	1 100%	2 100%
Hora	4 80%	2 66.6%	3 100%	1 100%	8 100%	2 66.6%	1 100%	2 100%
Servicio	5 100%	3 100%	3 100%	1 100%	8 100%	3 100%	1 100%	2 100%
Criterio dx	5 100%	3 100%	3 100%	1 100%	8 100%	3 100%	1 100%	2 100%
Motivo consulta	5 100%	3 100%	3 100%	1 100%	7 87.5%	3 100%	1 100%	2 100%
Res interrog	4 80%	3 100%	3 100%	1 100%	7 87.5%	3 100%	1 100%	2 100%
Res EF	4 80%	3 100%	3 100%	1 100%	7 87.5%	3 100%	1 100%	2 100%
Dx	5 100%	3 100%	3 100%	1 100%	7 87.5%	3 100%	1 100%	2 100%
Res serv	5 100%	3 100%	3 100%	1 100%	8 100%	3 100%	1 100%	2 100%
Sug plan	5 100%	3 100%	3 100%	1 100%	8 100%	3 100%	1 100%	2 100%
Sug terap	4 80%	3 100%	3 100%	1 100%	8 100%	3 100%	1 100%	2 100%
Condición	2 40%	1 33.3%	1 33.3%	0	2 25%	3 100%	0	2 100%
Riesgo	2 40%	1 33.3%	1 33.3%	0	2 25%	3 100%	0	2 100%
Pronóstico	2 40%	1 33.3%	1 33.3%	0	2 25%	3 100%	0	2 100%
Nomb. méd	5 100%	3 100%	3 100%	1 100%	8 100%	3 100%	1 100%	2 100%
Firma méd	5 100%	3 100%	3 100%	1 100%	8 100%	3 100%	1 100%	2 100%
FC	0	0	0	1(100%)	8(100%)	0	0	2(100%)
FR	0	0	0	0	8(100%)	0	0	2(100%)
TA	0	0	0	0	8(100%)	0	0	2(100%)
T	0	0	0	0	8(100%)	0	0	2(100%)

Onco = oncología, cardio = cardiología, neuro = neurología, neuroqx = neurocirugía, infecto = infectología, gastro = gastroenterología, endoc = endocrinología. Criterio dx = criterio diagnóstico, Res interrog = resumen de interrogatorio, Res EF = resumen de exploración física, Res serv = resultados de servicios auxiliares de diagnóstico, Sug plan = sugerencias de plan de estudio, Sug terap = sugerencias terapéuticas, Nomb méd = nombre del médico, Firma méd. = firma del médico. FC = frecuencia cardíaca FR = frecuencia respiratoria TA = tensión arterial T = temperatura

NOTAS DE INTERCONSULTA

	UCIN	UTIP	HEMATOLOGIA	NEFROLOGIA	NEUMOLOGIA
No. Notas	2(100%)	2(100%)	3 (100%)	6 (100%)	1(100%)
Encabezado	2(100%)	2(100%)	3 (100%)	6 (100%)	1(100%)
Fecha	2(100%)	2(100%)	3 (100%)	6 (100%)	1(100%)
Hora	2(100%)	2(100%)	3 (100%)	6 (100%)	1(100%)
Servicio encargado	2(100%)	2(100%)	3 (100%)	6 (100%)	1(100%)
Criterio diagnóstico	2(100%)	2(100%)	3 (100%)	6 (100%)	1(100%)
Motivo consulta	2(100%)	2(100%)	3 (100%)	6 (100%)	1(100%)
Resumen Interrog.	2(100%)	2(100%)	3 (100%)	5 (83.3%)	1(100%)
Resumen EF	2(100%)	2(100%)	3 (100%)	5 (83.3%)	1(100%)
Dx	2(100%)	2(100%)	3 (100%)	6 (100%)	1(100%)
Resultados serv aux	2(100%)	2(100%)	3 (100%)	6 (100%)	1(100%)
Sug. plan estudio	2(100%)	2(100%)	3 (100%)	6 (100%)	1(100%)
Sug. terapéuticas	2(100%)	2(100%)	3 (100%)	6 (100%)	1(100%)
Condición	0	1(50%)	2 (66.6%)	2 (33.3%)	1(100%)
Riesgo	0	1(50%)	2 (66.6%)	1 (16.6%)	1(100%)
Pronóstico	0	1(50%)	2 (66.6%)	1 (16.6%)	1(100%)
Nombre del médico	2(100%)	2(100%)	3 (100%)	6 (100%)	1(100%)
Firma del médico	2(100%)	2(100%)	2 (66.6%)	4 (66.6%)	1(100%)
FC	0	0	0	0	0
FR	0	0	0	0	0
TA	0	0	0	2 (33.3%)	0
T	0	0	0	0	0

UCIN = unidad de cuidados intensivos neonatales, UTIP = unidad de terapia intensiva, Resumen Interrog = resumen de interrogatorio, Resumen EF = resumen de exploración física, Dx = diagnósticos, Resultados serv aux. = Resultados de servicios auxiliares, Sug = sugerencias, FC = frecuencia cardíaca, FR = Frecuencia respiratoria, TA = tensión arterial, T = temperatura.

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

En relación a estos, en cinco de los 44 pacientes analizados se realizaron procedimientos quirúrgicos

Nota preoperatoria

Encabezado	Fecha	Hora	Servicio	Fecha Qx	Diagnósticos	Tipo Qx	Riesgo Qx
3 (100%)	3 (100%)	3 (100%)	3 (100%)	3 (100%)	3 (100%)	3 (100%)	3 (100%)

Qx = cirugía.

Cuidados preqx	Condición	Riesgo	Pronóstico	Nombre del médico	Firma del médico
3 (100%)	2 (66.6%)	2 (66.6%)	2 (66.6%)	3 (100%)	3 (100%)

Notas preanestésicas

De las 5 eventos quirúrgicos se encontraron cuatro notas preanestésicas (80%)

Encabezado	Fecha	Hora	Servicio encargado	Tipo de anestesia	Riesgo anestésico
4 (100%)	4 (100%)	3 (75%)	4 (100%)	4 (100%)	4 (100%)

Medicación preanestésica	Condición	Riesgo	Pronóstico	Nombre del médico	Firma del médico
4 (100%)	3 (75%)	3 (75%)	3 (75%)	4 (100%)	4 (100%)

Notas postoperatorias

Los cinco procedimientos contaron con nota postoperatoria

Encabezado	Fecha	Hora	Servicio encargado	Dx preoperatorio	Técnica Quirúrgica
5 (100%)	5 (100%)	4 (80%)	4 (80%)	4 (80%)	4 (80%)

Hallazgos transoperatorios	Reporte de gasas y compresas	Incidentes y accidentes	Cuantificación de sangrado	Servicios auxiliares transoperatorios
5 (100%)	3 (60%)	3 (60%)	3 (60%)	3 (60%)

Tratamiento transoperatorio	Ayudantes	Instrumentista	Anestesiólogo	Circulante	Plan de manejo postoperatorio
5 (100%)	4 (80%)	3 (60%)	3 (60%)	3 (60%)	5 (100%)

Envío de piezas a patología	Condición	Riesgo	Pronóstico	Nombre del médico	Firma del médico
4 (80%)	0	0	0	5 (100%)	5 (100%)

Nota postanestésica

De los 5 procedimientos se encontraron cinco notas postanestésicas

Encabezado	Fecha	Hora	Servicio encargado	Tipo de anestesia	Medicamentos utilizados
5 (100%)	5 (100%)	5 (100%)	5 (100%)	5 (100%)	5 (100%)

Duración de anestesia	Incidentes y accidentes	Derivados hemáticos utilizados	Soluciones intravenosas utilizadas	Plan terapéutico
5 (100%)	5 (100%)	5 (100%)	5 (100%)	5 (100%)

Condición	Riesgo	Pronóstico	Nombre del médico	Firma del médico
2 (40%)	2 (40%)	2 (40%)	4 (80%)	5 (100%)

NOTA DE EGRESO

De los 44 pacientes analizados, cinco se encontraron en egreso. En los 5 casos se registró nota de egreso, presentado del siguiente cumplimiento:

Encabezado	5 (100%)	Manejo durante estancia hospitalaria	5 (100%)
Fecha	5 (100%)	Problemas clínicos	5 (100%)
Hora	5 (100%)	Plan de manejo ambulatorio	5 (100%)
Servicio encargado	5 (100%)	Recomendaciones ambulatorias	5 (100%)
Fecha de ingreso	5 (100%)	Condición	5 (100%)
Fecha de egreso	5 (100%)	Riesgo	5 (100%)
Motivo de egreso	5 (100%)	Pronóstico	5 (100%)
Diagnósticos finales	5 (100%)	Nombre del médico	5 (100%)
Resumen de evolución	5 (100%)	Firma del médico	5 (100%)

EXAMENES DE LABORATORIO

En los 44 expedientes analizados se encontraron un total de 266 (100%) con el siguiente cumplimiento:

Fecha	253 (95.1%)	Estudio solicitado	266 (100%)
Hora	32 (12%)	Interpretación	266 (100%)
Identificación del paciente	266 (100%)	Nombre completo de quien interpretó	34 (12.7%)
Identificación del solicitante	266 (100%)	Firma del médico	22 (8.2%)
Problema clínico en estudio	28 (10.5%)		

EXAMENES DE GABINETE

De los 44 expedientes evaluados se encontraron 4 ultrasonidos, 1 electroencefalograma y 2 tomografías computadas sumando un total de 6

	ULTRASONIDO	EEG	TAC
Fecha	4(100%)	1(100%)	2(100%)
Hora	1(25%)	0	0
Identificación del paciente	4(100%)	1(100%)	2(100%)
Identificación del solicitante	4(100%)	1(100%)	2(100%)
Problema clínico en estudio	4(100%)	1(100%)	2(100%)
Estudio solicitado	4(100%)	1(100%)	2(100%)
Interpretación	4(100%)	1(100%)	2(100%)
Nombre completo de quien interpreta	4(100%)	1(100%)	2(100%)

EEG = electroencefalograma, TAC = tomografía computada

REGISTRO DE TRANSFUSION SANGUINEA

Se realizaron 26 transfusiones sanguíneas, todas con registro en el expediente. A continuación se reportan los porcentajes de cumplimiento de sus distintos elementos

No. De registros	No. De unidades	Volumen	Identificación de unidades	Tipo de componente	Nombre del médico	Firma del médico
26 (100%)	25 (96.1%)	26 (100%)	21 (80.7%)	26 (100%)	26 (100%)	25 (96.1%)

SIGNOS VITALES

Antes	Durante	Después
25 (96.1%)	26 (100%)	25 (96.1%)

En cuanto a las Reacciones adversas, estas no se presentaron

HOJAS DE ENFERMERIA

Se encontraron 107 notas de enfermería correspondientes a los días de estancia hospitalarios hasta el momento de la revisión, las cuales contaron con el siguiente cumplimiento:

Habitus exterior	107 (100%)
Procedimientos realizados	107 (100%)
Observaciones	107 (100%)
Nombre del enfermero	100 (93.4%)
Gráfica de signos vitales	
Frecuencia cardíaca	107 (100%)
Frecuencia respiratoria	107 (100%)
Tensión arterial	107 (100%)
Temperatura	107 (100%)
Administración de medicamentos	
Fecha de administración	107 (100%)
Hora de administración	107 (100%)
Cantidad de administración	107 (100%)
Vía de administración	107 (100%)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Todos los expedientes evaluados contaron con documento de consentimiento informado (44 = 100%) con el siguiente cumplimiento

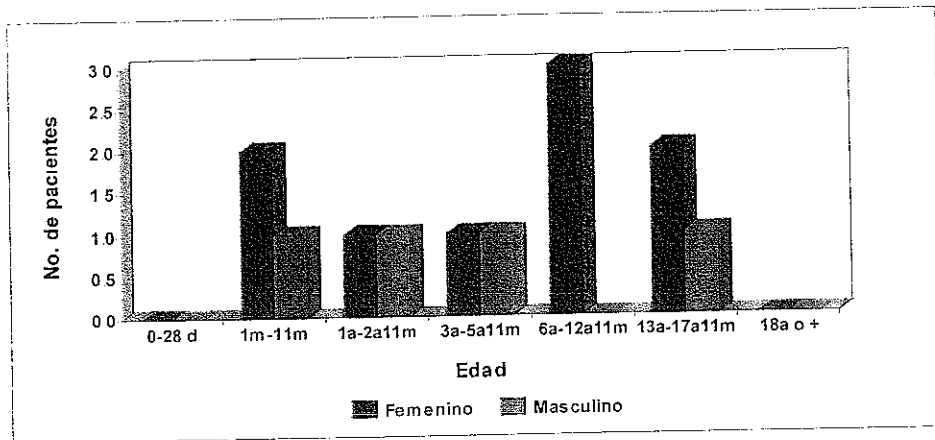
Nombre de la institución	44 (100%)	Nombre completo de dos testigos	18(40.9%)
Título del documento	44 (100%)	Nombre completo de un testigo	22(50.0%)
Fecha	41 (93.1%)	Sin nombre de testigos	4 (9.1%)
Evento que se autoriza	41 (93.1%)	Firma de dos testigos	19(43.2%)
Señalamiento del riesgo beneficio	44 (100%)	Firma de un testigo	22(50 0%)
Autorización para resolver posibles complicaciones	44 (100%)	Sin firma	3 (6 8%)

MEDICINA INTERNA

Fueron evaluados en total 13 expedientes

DISTRIBUCION POR GENERO

Femenino	9 (69.2%)
Masculino	4 (30.8%)



LEGIBILIDAD Y ORDEN

De los 13 expedientes analizados, 11 fueron completamente legibles (84.6%), y 7 se encontraron con orden (53.8%)

Legibilidad	11 (84.6%)
Orden	7 (53.8%)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NOTA INICIAL

De los 13 expedientes analizados el 100% contó con nota inicial.

No. Total de notas	Identificación de la Unidad Médica	Fecha	Hora	Ficha de identificación del paciente	Motivo de consulta
13 (100%)	13 (100%)	13 (100%)	11 (84.6%)	12 (92.3%)	13 (100%)

Interrogatorio	Exploración física	Diagnósticos	Resultados de auxiliares de diagnóstico	Tratamiento
13 (100%)	12 (92.3%)	13 (100%)	13 (100%)	13 (100%)

Condición	Riesgo	Pronóstico	Nombre del médico	Firma del médico
10 (76.9%)	10 (76.9%)	10 (76.9%)	13 (100%)	13 (100%)

Frecuencia cardíaca	Frecuencia respiratoria	Tensión arterial	Temperatura	Peso	Talla	Perímetro cefálico
11 (84.6%)	11 (84.6%)	11 (84.6%)	11 (84.6%)	13 (100%)	13 (100%)	12 (92.3%)

HISTORIA CLINICA

Los trece expedientes contaron con historia clínica.

Ficha de identificación	13 (100%)	Antecedentes perinatales	13 (100%)
Antecedentes heredofamiliares	13 (100%)	Antecedentes personales patológicos	13 (100%)
Antecedentes personales no patológicos	13 (100%)	Padecimiento actual	13 (100%)

Interrogatorio por aparatos y sistemas	1 (7.6%)
---	----------

Frecuencia cardíaca	Frecuencia respiratoria	Tensión arterial	Temperatura
12 (92.3%)	12 (92.3%)	12 (92.3%)	12 (92.3%)

Habitus exterior	Cabeza	Cuello	Tórax	Abdomen	Región perineal	Extremidades
13 (100%)	13 (100%)	13 (100%)	13 (100%)	13 (100%)	13 (100%)	13 (100%)

Resultados previos de laboratorio	13 (100%)	Condición	7 (53.8%)
Resultados actuales de laboratorio	13 (100%)	Riesgo	7 (53.8%)
Resultados previos de gabinete	13 (100%)	Pronóstico	7 (53.8%)
Resultados actuales de gabinete	13 (100%)	Nombre del médico	13 (100%)
Terapéutica empleada	13 (100%)	Firma del médico	11 (84.6%)
Diagnósticos	13 (100%)	Servicio	13 (100%)

HOJA FRONTAL

De los 13 expedientes evaluados, 12 contaron con hoja frontal (92.3%). De las 12 presentes el cumplimiento fue el siguiente:

Identificación de la unidad de salud	12 (100%)	Fecha de identificación de problemas clínicos	12 (100%)
Identificación del enfermo	12 (100%)	Fecha de inactivación	12 (100%)
Enumeración de problemas clínicos	12 (100%)		

NOTA DE INGRESO

De los 13 expedientes evaluados, el 100% contó con nota de ingreso

Encabezado	13 (100%)	Plan de estudio	12 (92.3%)
Fecha	13 (100%)	Tratamiento inicial	13 (100%)
Hora	13 (100%)	Abreviaturas	13 (100%)
Procedencia del paciente	13 (100%)	Condición	12 (92.3%)
Resumen de interrogatorio	13 (100%)	Riesgo	12 (92.3%)
Resumen de Exploración física	13 (100%)	Pronóstico	12 (92.3%)
Diagnósticos	12 (92.3%)	Nombre del médico	13 (100%)
Interpretación de exámenes de laboratorio	13 (100%)	Firma del médico	13 (100%)
Interpretación de exámenes de gabinete	13 (100%)	Servicio encargado	13 (100%)

NOTA DE REVISION

De los 13 expedientes, 9 contaron con nota de revisión (69.2%) El cumplimiento de las 9 presentes fue el siguiente:

Encabezado	9 (100%)	Criterios diagnósticos	9 (100%)
Fecha	9 (100%)	Criterios terapéuticos	9 (100%)
Hora	9 (100%)	Condición	9 (100%)
Corroboración de datos de historia clínica	9 (100%)	Riesgo	9 (100%)
Corroboración de datos de nota de ingreso	9 (100%)	Pronóstico	9 (100%)
Plan de estudio	9 (100%)	Nombre del médico	9 (100%)
Servicio encargado	9 (100%)	Firma del médico	9 (100%)

NOTA DE EVOLUCION

De las 251 notas de evolución esperadas, de acuerdo a los días de estancia hospitalaria, se encontraron 214 (85.25%), con un faltante de 37 (14.75%)

Encabezado	Fecha	Hora	Servicio encargado	Actualización de cuadro clínico
214 (100%)	214 (100%)	214 (100%)	214 (100%)	213 (99.5%)

Resultados de servicios auxiliares de diagnostico	Modificaciones al tratamiento	Diagnósticos	Condición	Riesgo
209 (97.6%)	202 (94.3%)	214 (100%)	210 (98.1%)	210 (98.1%)

Pronóstico	Nombre del médico	Firma del médico
210 (98.1%)	207 (96.7%)	189 (88.3%)

Frecuencia cardiaca	Frecuencia respiratoria	Tensión arterial	Temperatura
187 (87.3%)	187 (87.3%)	187 (87.3%)	202 (94.3%)

Indicaciones	Indicaciones médicas	Nombre del médico	Firma del médico
211 (98.5%)	3 (1.5%)	211 (100%)	183 (86.7%)

INTERCONSULTAS

	Infecto	Nefro	Cirugía	Cardio	Endocrino	Hemato
Total	3 (100%)	6 (100%)	2(100%)	1(100%)	1 (100 %)	2 (100%)
Encabezado	3(100%)	6(100%)	2(100%)	1(100%)	1 (100%)	2 (100%)
Fecha	3(100%)	6(100%)	2(100%)	1(100%)	1 (100%)	2 (100%)
Hora	3(100%)	4(66.6%)	2(100%)	1(100%)	0	2 (100%)
Servicio encargado	3(100%)	5(83.3%)	2(100%)	1(100%)	0	2 (100%)
Criterio diagnóstico	3(100%)	6(100%)	2(100%)	1(100%)	1 (100%)	2 (100%)
Motivo de interconsulta	3(100%)	6(100%)	2(100%)	1(100%)	1 (100%)	2 (100%)
Resumen interrogatorio	3(100%)	2(33.3%)	2(100%)	1(100%)	1 (100%)	2 (100%)
Resumen de exploración física	3(100%)	3(50.0%)	2(100%)	1(100%)	1 (100%)	2 (100%)
Diagnóstico	3(100%)	6(100%)	2(100%)	1(100%)	1 (100%)	2 (100%)
Resultados de servicios auxiliares	3(100%)	5(83.3%)	2(100%)	1(100%)	1 (100%)	2 (100%)
Sugerencias de plan de estudio	3(100%)	6(100%)	2(100%)	1(100%)	1 (100%)	2 (100%)
Sugerencias terapéuticas	3(100%)	6(100%)	2(100%)	1(100%)	1 (100%)	2 (100%)
Condición	2(66.6%)	0	1(50.0%)	1(100%)	0	1 (50%)
Riesgo	2(66.6%)	0	1(50.0%)	1(100%)	0	1 (50%)
Pronóstico	2(66.6%)	0	1(50.0%)	1(100%)	0	1 (50%)
Nombre del médico	3(100%)	6(100%)	2(100%)	1(100%)	1 (100%)	2 (100%)
Firma	3(100%)	5(83.3%)	2(100%)	1(100%)	1 (100%)	2 (100%)
FC	0	0	0	1(100%)	0	0
FR	0	0	0	1(100%)	0	0
Tensión arterial	0	3(50.0%)	0	1(100%)	0	0
Temperatura	0	0	0	1(100%)	0	0

Infecto = infectología, Nefro = nefrología, Cardio = cardiología, Endocrino = endocrinología, Hemato = hematología. FC = frecuencia cardiaca, FR = frecuencia respiratoria.

INTERCONSULTAS

	CCV	Gastro	Genética	Uro	Ortopedia	Neuro	Oftalmo
Total	1 (100%)	4 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	3 (100%)	1 (100%)	1 (100%)
Encabezado	1 (100%)	4 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	3 (100%)	1 (100%)	1 (100%)
Fecha	1 (100%)	4 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	3 (100%)	1 (100%)	1 (100%)
Hora	1 (100%)	4 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	2 (66.6%)	1 (100%)	1 (100%)
Servicio	1 (100%)	4 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	3 (100%)	1 (100%)	1 (100%)
Crit. dx	1 (100%)	3 (75%)	1 (100%)	1 (100%)	2 (66.6%)	1 (100%)	0
Motivo interconsulta	1 (100%)	4 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	3 (100%)	1 (100%)	1 (100%)
Resumen interrogatorio	0	3 (75%)	1 (100%)	0	3 (100%)	1 (100%)	1 (100%)
Resumen EF	1 (100%)	3 (75%)	1 (100%)	1 (100%)	3 (100%)	1 (100%)	1 (100%)
Diagnósticos	1 (100%)	4 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	3 (100%)	1 (100%)	1 (100%)
Resultados auxiliares	1 (100%)	4 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	3 (100%)	1 (100%)	0
Sugerencias de plan de	1 (100%)	4 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	3 (100%)	1 (100%)	0
Sugerencias terapéuticas	1 (100%)	4 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	3 (100%)	1 (100%)	0
Condición	0	1(25%)	0	0	0	1	0
Riesgo	0	1(25%)	0	0	0	1	0
Pronóstico	0	1(25%)	0	0	0	1	0
Nombre del médico	1 (100%)	4 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	3 (100%)	1 (100%)	1 (100%)
Firma del médico	1 (100%)	4 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	3 (100%)	1 (100%)	1 (100%)
FC	0	0	0	0	0	0	0
FR	0	0	0	0	0	0	0
TA	0	0	0	0	0	0	0
Temperatura	0	0	0	0	0	0	0

Crit dx = criterio diagnóstico, EF = exploración física, FC = frecuencia cardiaca, FR = frecuencia respiratoria, TA = tensión arterial, CCV = cirugía cardiovascular, Gastro = gastroenterología, Uro = urología, Neuro = neurología, Oftalmo = oftalmología.

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

En cuatro de los pacientes se realizaron procedimientos quirúrgicos.

Nota preoperatoria

De los 4 procedimientos realizados, solo uno contó con nota preoperatoria (25 0%) con el siguiente cumplimiento:

Encabezado	1 (100%)	Riesgo quirúrgico	1 (100%)
Fecha	1 (100%)	Cuidados y plan terapéutico preoperatorio	1 (100%)
Hora	1 (100%)	Condición	1 (100%)
Servicio encargado	1 (100%)	Riesgo	1 (100%)
Fecha en que se realiza la cirugía	1 (100%)	Pronóstico	1 (100%)
Diagnóstico	1 (100%)	Nombre del médico	1 (100%)
Tipo de cirugía	1 (100%)	Firma del médico	1 (100%)

Nota preanestésica

Tres contaron con nota preanestésica (75%), con el siguiente cumplimiento:

Encabezado	3 (100%)	Medicación preanestésica	3 (100%)
Fecha	3 (100%)	Condición	cero
Hora	3 (100%)	Riesgo	cero
Servicio encargado	3 (100%)	Pronóstico	cero
Tipo de anestesia	3 (100%)	Nombre del médico	3 (100%)
Riesgo anestésico	3 (100%)	Firma del médico	3 (100%)

Nota postoperatoria

Los cuatro procedimientos contaron con nota postoperatoria (100%), con el siguiente cumplimiento

Encabezado	4 (100%)	Ayudantes	2 (50.0%)
Fecha	4 (100%)	Instrumentista	2 (50.0%)
Hora	1 (25.0%)	Anestesiólogo	2 (50.0%)
Servicio encargado	4 (100%)	Circulante	2 (50.0%)
Diagnóstico preoperatorio	1 (25 0%)	Plan de manejo postoperatorio inmediato	4 (100%)
Descripción de técnica quirúrgica	4 (100%)	Envío de piezas a patología	1 (25 0%)
Hallazgos transoperatorio	4 (100%)	Condición	2 (50 0%)
Reporte de gases y compresas	1 (25 0%)	Riesgo	2 (50 0%)
Incidentes y accidentes	1 (25 0%)	Pronóstico	2 (50 0%)
Cuantificación de sangrado	4 (100% ⁹)	Nombre del médico	4 (100%)
Servicios auxiliares transoperatorios	4 (100%)	Firma del médico	2 (50 0%)
Tratamiento transoperatorio	4 (100%)		

Nota postanestésica

Se encontraron cuatro notas postanestésicas, con el siguiente cumplimiento:

Encabezado	4 (100%)	Derivados hemáticos utilizados	4 (100%)
Fecha	4 (100%)	Soluciones intravenosas utilizadas	4 (100%)
Hora	4 (100%)	Plan terapéutico	4 (100%)
Servicio encargado	4 (100%)	Condición	1 (25%)
Tipo de anestesia	4 (100%)	Riesgo	1 (25%)
Medicamentos utilizados	4 (100%)	Pronóstico	1 (25%)
Duración de la anestesia	4 (100%)	Nombre del médico	4 (100%)
Incidentes y accidentes	4 (100%)	Firma del médico	4 (100%)

NOTAS DE EGRESO

En el momento de la evaluación no se encontraron pacientes en egreso.

EXAMENES DE LABORATORIO

De los trece expedientes analizados, se evaluaron un total de 224 exámenes de laboratorio con el siguiente cumplimiento:

Fecha	224 (100%)	Estudio solicitado	224 (100%)
Hora	25 (11.1%)	Interpretación	224 (100%)
Identificación del paciente	224 (100%)	Nombre completo de quien interpretó	116 (51.7%)
Identificación del solicitante	224 (100%)	Firma del médico	200 (89.2%)
Problema clínico en estudio	25 (11.1%)		

EXAMENES DE GABINETE

El total de exámenes realizados fue de 8, de los cuales 5 fueron ultrasonidos, dos ecocardiogramas, un gamma grama y una tomografía computada

	TAC	ECO	GAMMAGRAMA	US
Fecha	1 (100%)	2 (100%)	1 (100%)	5(100%)
Hora	1 (100%)	0	0	0
Identificación del paciente	1 (100%)	2 (100%)	1 (100%)	5(100%)
Identificación del solicitante	1 (100%)	2 (100%)	1 (100%)	5(100%)
Problema clínico en estudio	1 (100%)	2 (100%)	1 (100%)	5(100%)
Estudio solicitado	1 (100%)	2 (100%)	1 (100%)	5(100%)
Interpretación	1 (100%)	2 (100%)	1 (100%)	5(100%)
Nombre completo de quien interpreta	1 (100%)	2 (100%)	1 (100%)	5(100%)
Firma del médico	1 (100%)	2 (100%)	1 (100%)	3(60%)

REGISTRO DE TRANSFUSION SANGUINEA

Se realizaron en total 10 transfusiones sanguíneas, todas con registro, reportándose el siguiente cumplimiento:

No. De unidades	6 (60%)	Signos vitales antes de transfusión	10 (100%)
Volumen	5 (50%)	Signos vitales durante la transfusión	10 (100%)
Identificación de unidades	9 (90%)	Signos vitales después de transfusión	10 (100%)
Tipo de componente	10 (100%)	Reacciones adversas (tipo)	Ver nota
Nombre del médico	10 (100%)	Reacciones adversas (tratamiento)	Ver nota
Firma del médico	10 (100%)		

Nota: Solo un paciente presentó reacciones adversas, registrándose tanto tipo como tratamiento.

HOJAS DE ENFERMERIA

Se Encontraron 251 hojas de enfermería correspondientes a los días de estancia hospitalaria de los pacientes, con el siguiente cumplimiento:

Habitus exterior	251 (100%)
Procedimientos realizados	251 (100%)
Observaciones	251 (100%)
Nombre del enfermero	251 (100%)
Gráfica de signos vitales	
Frecuencia cardiaca	57 (22.7%)
Frecuencia respiratoria	57 (22.7%)
Tensión arterial	57 (22.7%)
Temperatura	256 (98.0%)
Administración de medicamentos	
Fecha	251 (100%)
Hora	251 (100%)
Cantidad	251 (100%)
Vía	251 (100%)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De los 13 expedientes, 12 contaron con consentimiento informado (92.3%), reportándose el siguiente cumplimiento:

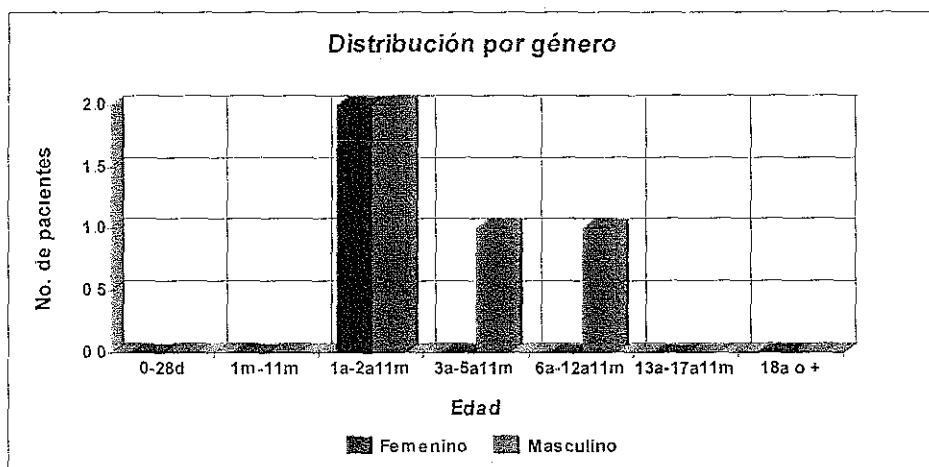
Nombre de la institución	12 (100%)	Nombre completo de un testigo	6 (50.0%)
Título del documento	12 (100%)	Sin nombre de testigos	cero
Fecha	12 (100%)	Firma de dos testigos	7 (58.3%)
Evento que se autoriza	12 (100%)	Firma de un testigo	5 (41.7%)
Señalamiento del riesgo beneficio	12 (100%)	Sin firma	cero
Autorización para resolver posibles complicaciones	12 (100%)		
Nombre completo de dos testigos	6 (50.0%)		

HOJA DE INFORME AL FAMILIAR

Se registró un cumplimiento del 90%

CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Fueron evaluados en total 6 expedientes



LEGIBILIDAD Y ORDEN

Legibilidad	5 (83.3%)
Orden	5 (83.3%)

NOTA INICIAL

De los 6 expedientes revisados, el 100% contó con nota inicial, registrándose el siguiente cumplimiento:

Identificación de la unidad médica	6 (100%)	Riesgo	5 (83.3%)
Fecha	6 (100%)	Pronóstico	5 (83.3%)
Hora	6 (100%)	Nombre del médico	6 (100%)
Ficha de identificación del paciente	6 (100%)	Firma del médico	6 (100%)
Motivo de consulta	6 (100%)	Frecuencia cardiaca	4 (66.6%)
Interrogatorio	6 (100%)	Frecuencia respiratoria	4 (66.6%)
Exploración física	6 (100%)	Tensión arterial	4 (66.6%)
Diagnósticos	6 (100%)	Temperatura	4 (66.6%)
Resultados de auxiliares de diagnóstico	6 (100%)	Peso	4 (66.6%)
Tratamiento	6 (100%)	Talla	4 (66.6%)
Condición	5 (83.3%)	Perímetro cefálico	4 (66.6%)

HISTORIA CLINICA

Los seis expedientes revisados, contaron con historia clínica (100%), con el siguiente cumplimiento:

Ficha de identificación	6 (100%)	Región perineal	6 (100%)
Antecedentes heredofamiliares	6 (100%)	Extremidades	6 (100%)
Antecedentes personales no patológicos	6 (100%)	Resultados previos de laboratorio	6 (100%)
Antecedentes personales patológicos	6 (100%)	Resultados previos de gabinete	6 (100%)
Padecimiento actual	6 (100%)	Resultados actuales de laboratorio	6 (100%)
Interrogatorio por aparatos y sistemas	3 (50%)	Resultados actuales de gabinete	6 (100%)
Frecuencia cardíaca	5 (83.3%)	Terapéutica empleada	6 (100%)
Frecuencia respiratoria	6 (100%)	Diagnósticos	6 (100%)
Tensión arterial	6 (100%)	Condición	5 (83.3%)
Temperatura	5 (83.3%)	Riesgo	5 (83.3%)
Habitus exterior	6 (100%)	Pronóstico	5 (83.3%)
Cabeza	6 (100%)	Nombre del médico	6 (100%)
Cuello	6 (100%)	Firma del médico	5 (83.3%)
Tórax	6 (100%)	Servicio encargado	6 (100%)
Abdomen	6 (100%)		

HOJA FRONTAL

Los 6 expedientes contaron con hoja frontal, con un 100% de cumplimiento de sus elementos

Identificación de la unidad de salud	6 (100%)	Fecha de identificación de problemas clínicos	6 (100%)
Identificación del enfermo	6 (100%)	Fecha de inactivación	6 (100%)
Enumeración de problemas clínicos	6 (100%)		

NOTA DE INGRESO

Los 6 expedientes contaron con nota de ingreso, con un cumplimiento del 100% de los elementos

Encabezado	6 (100%)	Plan de estudio	6 (100%)
Fecha	6 (100%)	Tratamiento inicial	6 (100%)
Hora	6 (100%)	Abreviaturas	6 (100%)
Procedencia del paciente	6 (100%)	Condición	6 (100%)
Resumen de interrogatorio	6 (100%)	Riesgo	6 (100%)
Resumen de exploración física	6 (100%)	Pronóstico	6 (100%)
Diagnósticos	6 (100%)	Nombre del médico	6 (100%)
Interpretación de exámenes de laboratorio	6 (100%)	Firma del médico	6 (100%)
Interpretación de exámenes de gabinete	6 (100%)	Servicio encargado	6 (100%)

NOTA DE REVISION

Ninguno de los 6 expedientes contó con nota de revisión

NOTA DE EVOLUCION

Se encontraron 102 notas de evolución, sin faltantes, con el siguiente cumplimiento:

Encabezado	102 (100%)	Riesgo	98 (96%)
Fecha	102 (100%)	Pronóstico	98 (96%)
Hora	102 (100%)	Nombre del médico	102 (100%)
Servicio encargado	102 (100%)	Firma del médico	95 (93.1%)
Actualización del cuadro clínico	102 (100%)	Frecuencia cardiaca	88 (86.2%)
Resultados de servicios auxiliares de diagnóstico	102 (100%)	Frecuencia respiratoria	88 (86.2%)
Modificaciones al tratamiento	102 (100%)	Tensión arterial	88 (86.2%)
Diagnósticos	102 (100%)	Temperatura	88 (86.2%)
Condición	98 (96%)		

Se registraron 102 indicaciones médicas, correspondientes a los días de estancia hospitalaria y a las notas de evolución con el siguiente cumplimiento:

Nombre del médico	102 (100%)
Firma del médico	97 (95.0%)

NOTAS DE INTERCONSULTA

Se registraron en total 7 notas de inter consulta, las cuales registraron el siguiente cumplimiento:

	Odontoped	Neuro	Paidopsiq	Gastro	Rehab	Endocrino
Encabezado	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	2 (100%)
Fecha	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	2 (100%)
Hora	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	2 (100%)
Servicio encargado	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	2 (100%)
Criterio diagnóstico	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	2 (100%)
Motivo cons	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	2 (100%)
Res interr	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (50%)
Res EF	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (50%)
Dxs	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	
Res serv aux	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (50%)
Sug plan estudio	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (50%)
Sug ter	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (50%)
Condición	0	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	0	1 (50%)
Riesgo	0	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	0	1 (50%)
Pronóstico	0	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	0	1 (50%)
Nombre del médico	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	2 (100%)
Firma del médico	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	2 (100%)
FC	0	0	0	0	0	0
FR	0	0	0	0	0	0
TA	0	0	0	0	0	0
T	0	0	0	0	0	0

Motivo cons = motivo de consulta, Res interr = resumen de interrogatorio, Res EF = resumen de exploración física, Dxs = diagnósticos. Res serv Aux. = resultados de servicios auxiliares de diagnóstico, Sug plan estudio = sugerencias de plan de estudio, Sug ter = sugerencia terapéuticas, FC = frecuencia cardíaca, FR = frecuencia respiratoria, TA = tensión arterial, T = temperatura. Odontoped = odontopediatría, Neuro = neurología, Paidopsiq = paidopsiquiatría, Gastro = gastroenterología, Rehab = rehabilitación, Endocrino = endocrinología.

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Se realizaron cuatro en total

Notas preoperatorias

Solo fueron realizadas dos (50 0%), de las dos realizadas el cumplimiento de sus elementos fue el siguiente:

Encabezado	2 (100%)	Riesgo quirúrgico	2 (100%)
Fecha	2 (100%)	Cuidados y plan terapéutico preoperatorio	2 (100%)
Hora	2 (100%)	Condición	1 (50.0%)
Servicio encargado	2 (100%)	Riesgo	1 (50.0%)
Fecha en que se realizará la cirugía	2 (100%)	Pronóstico	1 (50 0%)
Diagnóstico	2 (100%)	Nombre del médico	2 (100%)
Tipo de cirugía	2 (100%)	Firma del médico	2 (100%)

Notas preanestésicas

Los cuatro procedimientos contaron con nota preanestésica.

Encabezado	4 (100%)	Medicación preanestésica	4 (100%)
Fecha	4 (100%)	Condición	0
Hora	4 (100%)	Riesgo	0
Servicio encargado	4 (100%)	Pronóstico	0
Tipo de anestesia	4 (100%)	Nombre del médico	4 (100%)
Riesgo anestésico	4 (100%)	Firma del médico	3 (75%)

Notas postoperatorias.

Los cuatro procedimientos cuentan con nota postoperatoria

Encabezado	4 (100%)	Ayudantes	4(100%)
Fecha	4(100%)	Instrumentista	3 (75%)
Hora	4(100%)	Anestesiólogo	4(100%)
Servicio encargado	3 (75%)	Circulante	3 (75%)
Diagnóstico preoperatorio	4(100%)	Plan de manejo postoperatorio	4(100%)
Descripción técnica qx.	4(100%)	Envío de piezas a patología	4(100%)
Hallazgos transoperatorios	4(100%)	Condición	2 (50%)
Reporte de gasas y compresas	1(25%)	Riesgo	2 (50%)
Incidentes y accidentes	4(100%)	Pronóstico	2 (50%)
Cuantificación de sangrado	4(100%)	Nombre del médico	4(100%)
Servicios auxiliares transoperatorios	4(100%)	Firma del médico	4(100%)
Tratamiento transoperatorio	4(100%)		

Qx = quirúrgica

Notas postanestésicas

Los cuatro procedimientos contaron con nota (100%)

Encabezado	4 (100%)	Derivados hemáticos utilizados	4 (100%)
Fecha	4 (100%)	Soluciones intravenosas utilizadas	4 (100%)
Hora	4 (100%)	Plan terapéutico	4 (100%)
Servicio encargado	4 (100%)	Condición	0
Tipo de anestesia	4 (100%)	Riesgo	0
Medicamentos utilizados	4 (100%)	Pronóstico	0
Duración de anestesia	4 (100%)	Nombre del médico	4 (100%)
Incidentes y accidentes	4 (100%)	Firma del médico	4 (100%)

NOTA DE EGRESO

Ninguno de los pacientes se encontraba en egreso en el momento de la captura de datos

EXAMENES DE LABORATORIO

Se encontraron 47 exámenes de laboratorio en los 6 expedientes, registrándose el siguiente cumplimiento:

Fecha	47 (100%)	Estudio solicitado	47 (100%)
Hora	0	Interpretación	47 (100%)
Identificación del paciente	47 (100%)	Nombre completo de quien lo interpreta	13 (27.6%)
Identificación del solicitante	47 (100%)	Firma del médico	47 (100%)
Problema clínico en estudio	10 (21.3%)		

EXAMENES DE GABINETE

Se reportaron cuatro ecocardiogramas, con el siguiente cumplimiento:

Fecha	4 (100%)	Estudio solicitado	4 (100%)
Hora	0	Interpretación	4 (100%)
Identificación del paciente	4 (100%)	Nombre completo de quien interpreta	4 (100%)
Identificación del solicitante	4 (100%)	Firma del médico	4 (100%)
Problema clínico en estudio	4 (100%)		

REGISTRO DE TRANSFUSION SANGUINEA.

Se realizaron 7 transfusiones sanguíneas

No De unidades	Volumen	Identificación unidades	Tipo de componente	Nombre del médico	Firma del médico
6 (85.7%)	7 (100%)	6 (85.7%)	7 (100%)	7 (100%)	7 (100%)

Los signos vitales antes, durante y después de la transfusión tuvieron un cumplimiento del 100% (7).

HOJAS DE ENFERMERÍA

Se encontraron 102 notas de enfermería, correspondientes a los días de estancia hospitalaria

Habitus exterior	102 (100%)
Procedimientos realizados	102 (100%)
Observaciones	102 (100%)
Nombre del enfermero	102 (100%)
<i>Gráfica de signos vitales</i>	
Frecuencia cardiaca	66 (64.7%)
Frecuencia respiratoria	66 (64.7%)
Tensión arterial	66 (64.7%)
Temperatura	102 (100%)
<i>Administración de medicamentos</i>	
Fecha	102 (100%)
Hora	102 (100%)
Cantidad	102 (100%)
Vía	102 (100%)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De los 6 expedientes, cinco contaron con consentimiento informado (83%)

Nombre de la institución	Título del documento	Fecha	Evento que se autoriza	Riesgo-Beneficio	Autorización para resolver complicaciones
5	5	5	3 (60%)	5	5

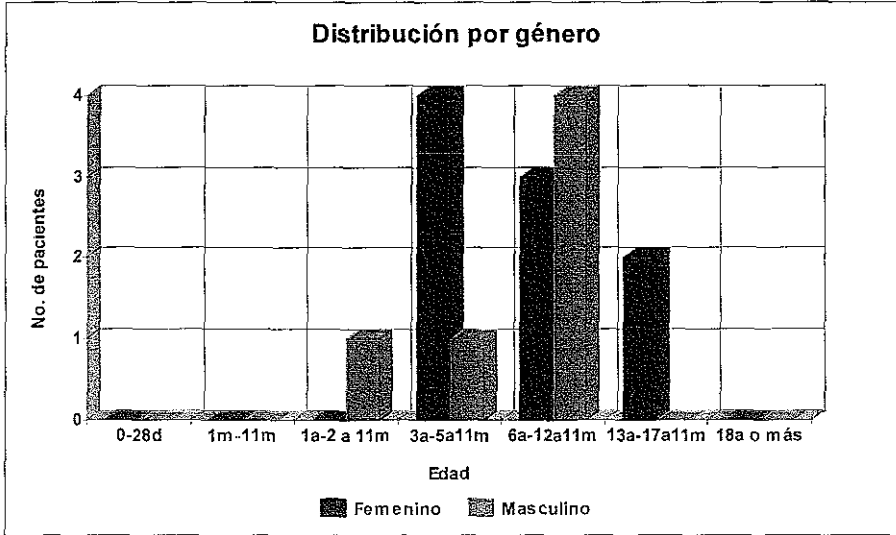
Nombre completo de dos testigos	Nombre de un solo testigo	Ningún nombre	Firma de dos testigos	Firma de un testigo	Ninguna firma
3 (60%)	2 (40%)	0	4 (80%)	1 (20%)	0

HOJA DE INFORME AL FAMILIAR

DE LAS 102 FIRMAS ESPERADAS SE ENCONTRARON 95 (93.1%)

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ORTOPEDIA



LEGIBILIDAD Y ORDEN

De los 15 expedientes analizados, 6 fueron legibles (40.0%), y 4 estuvieron en orden (26.6%)

NOTA INICIAL

De los 15 expedientes analizados, todos contaron con nota inicial.

Identificación de la unidad médica	15(100%)	Pronóstico	6 (40.0%)
Fecha	15(100%)	Nombre del médico	15(100%)
Hora	13 (86.6%)	Firma del médico	15(100%)
Ficha de identificación del paciente	15(100%)	Frecuencia cardíaca	13 (86.6%)
Motivo de consulta	15(100%)	Frecuencia respiratoria	13 (86.6%)
Interrogatorio	15(100%)	Tensión arterial	9 (60.0%)
Exploración física	15(100%)	Temperatura	11 (73.3%)
Diagnósticos	15(100%)	Peso	15(100%)
Resultados de servicios auxiliares	11 (73.3%)	Talla	12 (80.0%)
Tratamiento	14(93.3%)	Perímetro cefálico	9 (60.0%)
Condición	7 (46.6%)		
Riesgo	6 (40.0%)		

HISTORIA CLINICA

De los 15 expedientes analizados, todos contaron con historia clínica

Ficha de identificación	15(100%)	Antecedentes personales patológicos	15(100%)
Antecedentes heredofamiliares	15(100%)	Padecimiento actual	15(100%)
Antecedentes personales no patológicos	15(100%)	Interrogatorio por aparatos y sistemas	1 (6.6%)

Frecuencia cardíaca	Frecuencia respiratoria	Tensión arterial	Temperatura
13 (86.6%)	13 (86.6%)	9 (60.0%)	11 (73.3%)

Habitus exterior	Cabeza	Cuello	Tórax	Abdomen	Región perineal	Extremidades
14 (93.3%)	14 (93.3%)	14 (93.3%)	14 (93.3%)	14 (93.3%)	14 (93.3%)	14 (93.3%)

Resultados previos de laboratorio	11 (73.3%)	Condición	4 (26.6%)
Resultados actuales de laboratorio	11 (73.3%)	Riesgo	4 (26.6%)
Resultados previos de gabinete	11 (73.3%)	Pronóstico	4 (26.6%)
Resultados actuales de gabinete	11 (73.3%)	Nombre del médico	13 (86.6%)
Terapéutica empleada	11 (73.3%)	Firma del médico	13 (86.6%)
Diagnósticos	14 (93.3%)	Servicio encargado	13 (86.6%)

HOJA FRONTAL

De los 15 expedientes analizados, 13 contaron con hoja frontal (86.6%)

Identificación de unidad de salud	Identificación del enfermo	Enumeración de problemas clínicos	Fecha de identificación de problemas clínicos	Fecha de inactivación
15 (100%)	15 (100%)	10 (66.6%)	10 (66.6%)	10 (66.6%)

NOTA DE INGRESO

Se encontró en los 15 expedientes.

Encabezado	15 (100%)	Plan de estudio	14 (93.3%)
Fecha	14 (93.3%)	Tratamiento inicial	14 (93.3%)
Hora	11 (73.3%)	Abreviaturas	15 (100%)
Procedencia del paciente	12 (80.0%)	Condición	9 (60.0%)
Resumen de interrogatorio	15 (100%)	Riesgo	8 (53.3%)
Resumen de exploración física	15 (100%)	Pronóstico	10 (66.6%)
Diagnósticos	15 (100%)	Nombre del médico	15 (100%)
Interpretación de exámenes de laboratorio	15 (100%)	Firma del médico	15 (100%)
Interpretación de exámenes de gabinete	15 (100%)	Servicio encargado	15 (100%)

NOTA DE REVISION

Se encontraron 13 notas de revisión (86.6%)

Encabezado	13 (100%)	Criterios diagnósticos	13 (100%)
Fecha	11 (84.6%)	Criterios terapéuticos	12 (92.3%)
Hora	11 (84.6%)	Condición	3 (23.0%)
Corroboración de datos de Historia Clínica	13 (100%)	Riesgo	3 (23.0%)
Corroboración de datos de nota ingreso	13 (100%)	Pronóstico	5 (38.4%)
Plan de estudio	13 (100%)	Nombre del médico	12 (92.3%)
Servicio encargado	13 (100%)	Firma del médico	12 (92.3%)

NOTA DE EVOLUCION

Se encontraron 151 notas para un esperado de 152 según los días de estancia hospitalaria (99.3%).

Encabezado	145 (96.0%)	Pronóstico	96 (63.5%)
Fecha	151 (100%)	Nombre del médico	145 (96.0%)
Hora	151 (100%)	Firma del médico	102 (67.5%)
Servicio encargado	148 (98.0%)	Frecuencia cardíaca	82 (54.3%)
Actualización de cuadro clínico	143 (94.7%)	Frecuencia respiratoria	82 (54.3%)
Resultados de servicios auxiliares de diagnóstico	139 (92.0%)	Tensión arterial	82 (54.3%)
Modificación al tratamiento	139 (92.0%)	Temperatura	82 (54.3%)
Diagnósticos	143 (94.7%)	Indicaciones médicas	151 (99.3%)
Condición	95 (62.9%)	Nombre del médico en indicaciones	149 (98.6%)
Riesgo	95 (62.9%)	Firma del médico en indicaciones	115 (76.1%)

INTERCONSULTAS

Número total de interconsultas: 12

	<i>Infectología</i>	<i>Oncología</i>	<i>Medicina del dolor</i>	<i>Psiquiatría</i>
No. Total	5 (100%)	4 (100%)	2 (100%)	1(100%)
Encabezado	5(100%)	4(100%)	2(100%)	1(100%)
Fecha	5(100%)	4(100%)	2(100%)	1(100%)
Hora	5(100%)	4(100%)	1 (50.0%)	0
Servicio encargado	5(100%)	4(100%)	2(100%)	0
Criterios diagnósticos	5(100%)	3(75.0%)	2(100%)	1(100%)
Motivo de consulta	5(100%)	3(75.0%)	2(100%)	1(100%)
Resumen de interrogatorio	4(80.0%)	3(75.0%)	2(100%)	1(100%)
Resumen de exploración física	5(100%)	4(100%)	2(100%)	1(100%)
Diagnósticos	5(100%)	4(100%)	2(100%)	1(100%)
Resultados de servicios auxiliares de diagnóstico	4 (80 0%)	2 (50.0%)	2(100%)	1(100%)
Sugerencias de plan de estudio	5(100%)	2 (50.0%)	2(100%)	1(100%)
Sugerencias terapéuticas	5(100%)	3 (75.0%)	2(100%)	1(100%)
Condición	5(100%)	3 (75.0%)	0	0
Riesgo	5(100%)	3 (75.0%)	0	0
Pronóstico	5(100%)	3 (75.0%)	0	0
Nombre de médico	5(100%)	4(100%)	2(100%)	1(100%)
Firma del médico	5(100%)	3 (75.0%)	2(100%)	1(100%)
Frecuencia cardíaca	0	0	0	0
Frecuencia respiratoria	0	0	0	0
Tensión arterial	0	0	0	0
Temperatura	0	0	0	0

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Se realizaron doce procedimientos

Nota preoperatoria

Se efectuaron 5 (41.6%), con el siguiente cumplimiento:

Encabezado	4 (80.0%)	Riesgo quirúrgico	5(100%)
Fecha	5(100%)	Cuidados y plan prequirúrgico	4 (80.0%)
Hora	5(100%)	Condición	0
Servicio encargado	5(100%)	Riesgo	0
Fecha de cirugía	5(100%)	Pronóstico	1 (20.0%)
Diagnósticos	5(100%)	Nombre del médico	4 (80.0%)
Tipo de cirugía	5(100%)	Firma del médico	3 (60.0%)

Nota preanestésica

De los doce procedimientos, diez contaban con nota preanestésica (83.3%)

Encabezado	10(100%)	Medicación preanestésica	10(100%)
Fecha	10(100%)	Condición	0
Hora	10(100%)	Riesgo	0
Servicio encargado	6 (60.0%)	Pronóstico	0
Tipo de anestesia	10(100%)	Nombre del médico	10(100%)
Riesgo anestésico	10(100%)	Firma del médico	10(100%)

Nota postoperatoria

Los doce procedimientos contaron con nota postoperatoria

Encabezado	12 (100%)	Ayudantes	11 (91.6%)
Fecha	12 (100%)	Instrumentista	9 (75%)
Hora	4 (33.3%)	Anestesiólogo	10 (83.3%)
Servicio encargado	9 (75%)	Circulante	9 (75%)
Diagnóstico preoperatorio	12 (100%)	Plan de manejo postoperatorio	11 (91.6%)
Descripción de técnica quirúrgica	12 (100%)	Envío de piezas a patología	6 (50.0%)
Hallazgos transoperatorios	8 (66.6%)	Condición	0
Reporte de gases y compresas	2 (16.6%)	Riesgo	0
Incidentes y accidentes	9 (75%)	Pronóstico	0
Cuantificación de sangrado	11 (91.6%)	Nombre del médico	11 (91.6%)
Servicios auxiliares transoperatorios	11 (91.6%)	Firma del médico	10 (83.3%)
Tratamiento transoperatorio	12 (100%)		

Nota postanestésica

Los doce procedimientos contaron con nota postanestésica

Encabezado	12 (100%)	Derivados hemáticos utilizados	12(100%)
Fecha	12(100%)	Soluciones intravenosas utilizadas	12(100%)
Hora	10 (83.3%)	Plan terapéutico	12(100%)
Servicio encargado	10 (83.3%)	Condición	2 (16.6%)
Tipo de anestesia	12(100%)	Riesgo	2 (16.6%)
Medicamentos utilizados	12(100%)	Pronóstico	2 (16.5%)
Duración de la anestesia	12(100%)	Nombre del médico	11 (91.6%)
Incidentes y accidentes	11 (91.6%)	Firma del médico	9 (75.0%)

67

NOTA DE EGRESO

En el momento de la captación de datos no se encontraron pacientes en egreso

EXAMENES DE LABORATORIO

Se efectuaron 94 exámenes de laboratorio

Fecha	92 (97.8%)	Estudio solicitado	94
Hora	14 (14.8%)	Interpretación	94
Identificación del paciente	94	Nombre completo de quien interpreta	14 (14.8%)
Identificación del solicitante	94	Firma del responsable	73 (77.6%)
Problema clínico en estudio	13 (13.8%)		

EXAMENES DE GABINETE

Se realizaron 5 en total, de los cuales dos fueron biopsias, una tomografía computada, una resonancia magnética nuclear y un ecocardiograma.

	Biopsias	TAC	RMN	ECO
Fecha	2 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)
Hora	0	0	0	0
Identificación del paciente	2 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)
Identificación del solicitante	2 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)
Problema clínico en estudio	2 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)
Estudio solicitado	2 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)
Interpretación	2 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)
Nombre completo de quien interpreta	2 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)
Firma del responsable	2 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)

REGISTRO DE TRANSFUSION SANGUINEA

Se realizaron dos transfusiones, ambas con registro

No. De unidades	1 (50%)	Signos vitales antes de la transfusión	2 (100%)
Volúmen	2 (100%)	Signos vitales durante la transfusión	2 (100%)
Identificación de unidades	2 (100%)	Signos vitales después de la transfusión	2 (100%)
Tipo de componente	2 (100%)	Reacciones transfusionales	No se registraron
Nombre del médico	2 (100%)		
Firma del médico	1 (50%)		

HOJAS DE ENFERMERIA

Se encontraron 152 notas de enfermería correspondientes a los días de estancia hospitalaria

Habitus exterior	152 (100%)	Frecuencia cardiaca	148 (97.3%)	Fecha de administración medicamentos	152 (100%)
Procedimientos realizados	152 (100%)	Frecuencia respiratoria	148 (97.3%)	Hora administración medicamentos	152 (100%)
Observaciones	152 (100%)	Tensión arterial	148 (97.3%)	Cantidad de medicamentos	152 (100%)
Nombre del enfermero	124(81.5%)	Temperatura	152 (100%)	Vía de administración	152 (100%)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

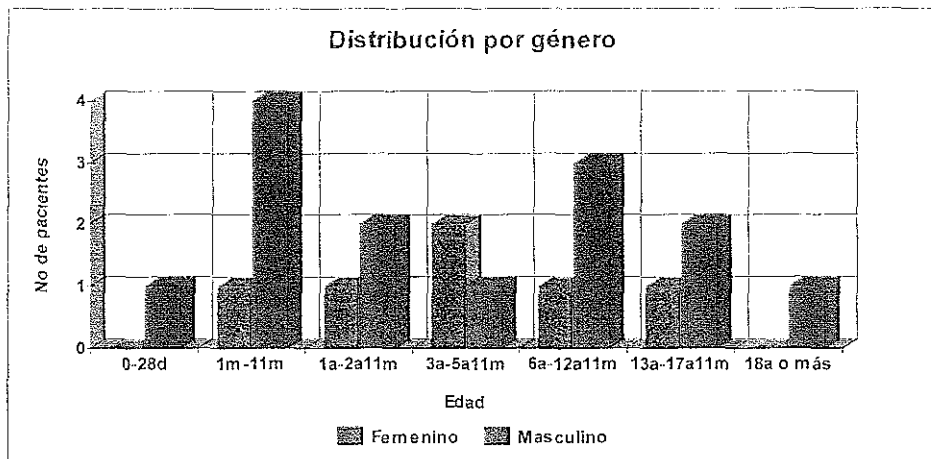
De los 15 expedientes evaluados, trece contaron con consentimiento informado (86.6%)

Nombre de la institución	13 (100%)	Nombre completo de dos testigos	1 (7.6%)
Título del documento	13 (100%)	Nombre completo de un testigo	9 (69.2%)
Fecha	11 (84.6%)	Sin nombre de testigos	3 (23.0%)
Evento que se autoriza	4 (30.7%)	Firma de dos testigos	8 (61.5%)
Señalamiento de riesgo-beneficio	13 (100%)	Firma de un testigo	5 (38.4%)
Autorización para resolver complicaciones	13 (100%)	Sin firma	0

HOJA DE INFORME AL FAMILIAR

De las 152 firmas esperadas se reportaron 130 (85.5%)

Se evaluaron en total 20 expedientes



LEGIBILIDAD Y ORDEN

Se encontraron 13 expedientes legibles (65 0%), y 12 legibles (60.0%).

NOTA INICIAL

Los 20 expedientes contaron con nota inicial (100%)

Identificación de la unidad médica	20 (100%)	Riesgo	18 (90 0%)
Fecha	20 (100%)	Pronóstico	18 (90%)
Hora	20 (100%)	Nombre del médico	20 (100%)
Ficha de identificación del paciente	20 (100%)	Firma del médico	20 (100%)
Motivo de consulta	20 (100%)	Frecuencia cardiaca	18 (90%)
interrogatorio	20 (100%)	Frecuencia respiratoria	18 (90%)
Exploración física	20 (100%)	Tensión arterial	18 (90%)
Diagnósticos	20 (100%)	Temperatura	18 (90%)
Resultados de auxiliares de diagnóstico	20 (100%)	Peso	18 (90%)
Tratamiento	20 (100%)	Talla	18 (90%)
Condición	18 (90.0%)	Perímetro cefálico	18 (90%)

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

HISTORIA CLINICA

Los 20 expedientes revisados contaron con historia clínica

Ficha de identificación	20 (100%)	Resultados previos de laboratorio	20 (100%)
Antecedentes heredofamiliares	20 (100%)	Resultados actuales de laboratorio	20 (100%)
Antecedentes personales no patológicos	20 (100%)	Resultados previos de gabinete	20 (100%)
Antecedentes personales patológicos	20 (100%)	Resultados actuales de gabinete	20 (100%)
Padecimiento actual	20 (100%)	Terapéutica empleada	20 (100%)
Interrogatorio por aparatos y sistemas	cero	Diagnósticos	20 (100%)
Frecuencia cardíaca	20 (100%)	Condición	18 (90%)
Frecuencia respiratoria	20 (100%)	Riesgo	18 (90%)
Tensión arterial	20 (100%)	Pronóstico	18 (90%)
Temperatura	20 (100%)	Nombre del médico	20 (100%)
Habitus exterior	20 (100%)	Firma de médico	20 (100%)
Cabeza	20 (100%)	Servicio encargado.	20 (100%)
Cuello	20 (100%)		
Tórax	20 (100%)		
Abdomen	20 (100%)		
Región perineal	20 (100%)		
Extremidades	20 (100%)		

HOJA FRONTAL

Diecinueve expedientes presentaron hoja frontal (95.0%)

De estos, 17 registraron identificación del enfermo (89.4%), el resto de los elementos se cumplió al 100%

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

NOTA DE INGRESO.

Se encontró en los 20 expedientes evaluados.
El registro de condición, riesgo y pronóstico se encontró en 17 (85 0%)
El nombre del médico en 18 (90 0%)
La firma del médico en 17 (85 0%)
El resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%.

NOTA DE REVISION

De los 20 expedientes, 17 tuvieron nota de revisión (89 4%)
De las 17 notas existentes, 16 presentaron firma del médico (94 1%), el resto de los elementos se cumplió al 100%

NOTAS DE EVOLUCION

De las 158 notas esperadas en base a los días de estancia hospitalaria, se encontraron 156 (98 7%)

De las 156 notas existentes se encontraron los siguientes cumplimientos:

Fecha 154 (98 7%)

Hora 154 (98 7%)

Servicio encargado, actualización del cuadro clínico, resultados de servicios auxiliares de diagnóstico, modificaciones al tratamiento y diagnósticos 100%.

Condición, riesgo y pronóstico 143 (91 6%).

Nombre del médico 155 (98 1%)

Firma del médico 136 (87 1%)

Frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, temperatura 134 (85 8%)

De las 158 indicaciones médicas esperadas, se encontraron 156 (98 7%)

Se encontró nombre del médico en 66 indicaciones médicas (42 3%)

Se encontró firma del médico en 64 indicaciones médicas (41 0%).

NOTAS DE INTERCONSULTA

Se encontraron notas de inter consulta en los siguientes servicios: oncología 6 (24 0%), infectología 6 (24%) nefrología 1 (4%), rehabilitación 1 (4%), genética 1 (4%) neurología 1 (4%), cardiología 3 (12%), hematología 1 (4%), dermatología 1 (4%), UCIN 1 (4%), UTIP 1(4%), gastroenterología 2 (8%) sumando un total de 25

De las interconsultas de **oncología**, tres registraron condición, pronóstico y riesgo

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

(50%), ninguna registró signos vitales

De las del servicio de **infectología**, tres registraron condición, pronóstico y riesgo (50%), ninguna registró signos vitales.

De las de **nefrología, rehabilitación y genética**, ninguna registró condición, pronóstico, riesgo y signos vitales

Del servicio de **neurología** no se registró la hora

Del servicio de **cardiología**, dos registraron condición, riesgo y pronóstico (66.6%), ninguna registró signos vitales

Del servicio de **hematología** no se registró signos vitales

Dermatología no registró condición, riesgo, pronóstico y signos vitales

El servicio de **gastroenterología**, reportó condición, riesgo y pronóstico en una nota (50%), sin registro de signos vitales

Los servicios de **neonatología y terapia intensiva** tuvieron un cumplimiento del 100%

NOTA PREOPERATORIA

Se efectuaron en total 16 procedimientos

Nota preoperatorio.

Se encontró en 11 procedimientos (68.7%)

Encabezado	11 (100%)	Riesgo quirúrgico	11 (100%)
Fecha	11 (100%)	Cuidados y plan preoperatorio	11 (100%)
Hora	10 (90.9%)	Condición	3 (27.3%)
Servicio encargado	11 (100%)	Riesgo	3 (27.3%)
Fecha para cirugía	11 (100%)	Pronóstico	3 (27.3%)
Diagnósticos	11 (100%)	Nombre del médico	11 (100%)
Tipo de cirugía	11 (100%)	Firma del médico	7 (63.6%)

Nota preanestésica

Se encontró en los 16 procedimientos

Encabezado	16	Medicación preanestésica	16
Fecha	15 (93.7%)	condición	0
Hora	13 (81.2%)	riesgo	0
Servicio encargado	15 (93.7%)	pronóstico	0
Tipo de anestesia	16	Nombre del médico	16
Riesgo anestésico	16	Firma del médico	12 (75%)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Nota postoperatoria

Se encontró en 16 procedimientos.

Encabezado	16 (100%)	Tratamiento transoperatorio	16
Fecha	16	Ayudantes	16
Hora	16	Instrumentista	16
Servicio encargado	15 (93.7%)	Anestesiólogo	16
Diagnóstico peoperatorio	16	Circulante	16
Descripción de técnica quirúrgica	16	Plan de manejo postoperatorio	16
Hallazgos transoperatorios	16	Envío de piezas a patología	16
Reporte de gases y compresas	14 (87.5%)	Condición	12 (75.0%)
Incidentes y accidentes	16	Riesgo	12 (75.0%)
Cuantificación de sangrado	16	Pronóstico	12 (75.0%)
Servicios auxiliares transoperatorios	16	Nombre del médico	14 (87.5%)
		Firma del médico	10 (62.5%)

Nota postanestésica

Se encontró en los 16 procedimientos.

De las 16 notas, ninguna reportó condición, Riesgo y pronóstico

Se encontró nombre del médico en 15 (93.7%)

Firma del médico en 8 (50%)

NOTA DE EGRESO

Se encontraron dos pacientes en egreso, ambos contaron con notas las cuales tuvieron un cumplimiento de elementos del 100%

EXAMENES DE LABORATORIO.

Se encontraron en total 349 exámenes de laboratorio (100%)

Fecha	343 (98.2%)	Estudio solicitado	348 (99.7%)
Hora	50 (14.3%)	Interpretación	349 (100%)
Identificación del paciente	344 (98.5%)	Nombre completo de quien interpreta	61 (17.4%)
Identificación del solicitante	345 (98.8%)	Firma del responsable	347 (99.4%)
Problema clínico en estudio	53 (15.1%)		

EXAMENES DE GABINETE

Se realizaron en total 18 exámenes de gabinete: Biopsias (10) ultrasonidos (5) gamma grama (1) tomografía computada (1), ecocardiograma (1)

Ninguno de los reportes contó con hora

De las biopsias el 90% (9) contaron con firma

REGISTRO DE TRANSFUSIONES SANGUINEAS

Se Realizaron en total 11 transfusiones

Se encontró identificación de unidades en 10 (90.9%)

El resto de los elementos se cumplió al 100%

HOJAS DE ENFERMERIA

De las 158 notas de enfermería esperadas se cumplió el 100%

Habitus exterior	158	Observaciones	158
Procedimientos realizados	158	Nombre del enfermero	158

SIGNOS VITALES

Frecuencia cardíaca	79(50.0%)	Tensión arterial	90 (67.0%)
Frecuencia respiratoria	88(55.7%)	Temperatura	157 (99.3%)

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Fecha	157 (99.3%)	Cantidad	158
Hora	158	Vía	158

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De los 20 expedientes analizados 19 contaron con documento de consentimiento informado (95%)

El registro de nombre de la institución y título del documento se encontró en el 100%

La fecha se registró en 16 expedientes (80%)

El evento que se autoriza se registró en 12 (60.0%)

El señalamiento del riesgo beneficio la autorización para resolver complicaciones se registró en el 100%

Se encontró el nombre completo de un solo testigo en 14 expedientes (70.0%), y de dos en el 30%

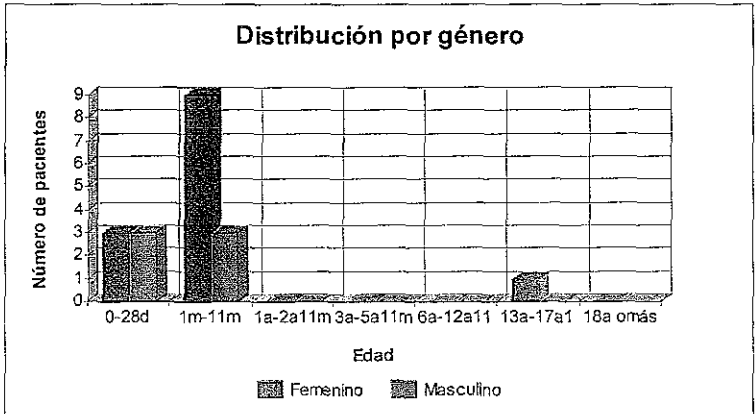
La firma de un solo testigo se encontró en 17 expedientes (85.0%) la de dos testigos en el 15%

HOJA DE INFORME AL FAMILIAR

Se registró un cumplimiento del 84.5%

Unidad de cuidados intensivos neonatales.

Se evaluaron en total 19 expedientes.



LEGIBILIDAD Y ORDEN

De los 19 expedientes evaluados 12 fueron legibles (63.1%⁹, y 10 estuvieron ordenados (52.6%)

NOTA INICIAL.

Los 19 expedientes contaron con nota inicial (100%) con un cumplimiento de elementos al 100%

HISTORIA CLINICA

Los 19 expedientes contaron con historia clínica

Los elementos de ficha de identificación, antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales no patológicos, antecedentes personales patológicos y padecimiento actual tuvieron un cumplimiento del 100%.

El registro de interrogatorio por aparatos y sistemas se encontró en 2 expedientes (10.5%) }

El registro de frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria se encontró en 16 expedientes (84.2%)

La tensión arterial y la temperatura se encontraron en 15 expedientes (78.9%).

Los elementos de habitus exterior, cabeza, cuello, tórax abdomen región perineal, extremidades resultados previos de laboratorio resultados actuales de laboratorio, resultados previos de gabinete resultados actuales de gabinete terapéutica empleada y diagnósticos tuvieron el cumplimiento del 100%

Condición pronóstico y riesgo se reportó en 8 expedientes (42.1%)

Nombre del médico y firma se encontró en 16 expedientes (84.2%)

El servicio encargado se registró en el 100% de los casos

HOJA FRONTAL

Los 19 expedientes estudiados contaron con hoja frontal con un cumplimiento de sus elementos al 100%

NOTA DE INGRESO.

Los 19 expedientes contaron con nota de ingreso (100%)

Los elementos de encabezado, fecha, hora procedencia del paciente resumen de interrogatorio, resumen de exploración física, diagnósticos interpretación de exámenes de laboratorio y gabinete tuvieron un cumplimiento del 100%

El plan de estudio se registró en 18 expedientes al igual que condición riesgo pronóstico y firma (94.7%).

El tratamiento inicial, nombre del médico y el servicio tratante fueron registrados en el 100%

El 100% de las notas contó con abreviaturas

NOTAS DE EVOLUCION

De Acuerdo a los días de estancia hospitalaria se esperaban 755 notas encontrándose 750 (99.3%)

De las 750 notas registradas, los siguientes elementos se encontraron en el 100%

Encabezado	Actualización del cuadro clínico
Fecha	Resultados de servicios auxiliares de diagnostico
Hora	Modificaciones del tratamiento
Servicio encargado	Diagnósticos

Condición, riesgo y pronóstico se encontraron en 725 notas (96.6%)

El nombre del médico se reportó en 725 notas (96.6%)

La firma en 720 notas (96.0%)

La frecuencia cardiaca en 729 (97.2%)

La frecuencia respiratoria en 730 (97.3%)

La tensión arterial 729 (97.2%)

La temperatura 735 (98.0%)

En lo que respecta a las indicaciones médicas se encontraron 755 sin faltantes Se registró el nombre del médico en 741 (98.8%), y la firma del mismo en 724 (96.5%)

INTERCONSULTAS

Se Efectuaron en total 38 inter consultas con la siguiente distribución

Dermatología	1	Ortopedia	1
Cirugía cardiovascular	1	Rehabilitación	5
Cirugía	8	Oftalmología	4
Gastroenterología	1	Neurocirugía	1
Infectología	6	Genética	1
Cirugía de tórax	1	Nefrología	3
Cardiología	3	Neurología	2
		Total	38

En el caso de los servicios de **dermatología**, **cirugía cardiovascular**, **gastroenterología** **cirugía de tórax**, **neurocirugía** y **genética** ninguna registró condición pronóstico riesgo signos vitales

De las 8 interconsultas de **cirugía** , 5 registraron hora (62.5%) una registró signos vitales (12.5%) ninguna registró condición pronóstico y riesgo

En el caso del servicio de **infectología** de las 6 interconsultas 5 registraron condición riesgo y pronóstico (83.3%) ninguna registró signos vitales

Del servicio de **cardiología** solo una registró signos vitales, condición pronóstico y riesgo (33.3%)

La inter consulta realizada por **ortopedia** no registró fecha resumen de exploración física condición, riesgo pronóstico firma, ni signos vitales

De las 5 interconsultas del servicio de **rehabilitación** cuatro registraron fecha resumen de interrogatorio y nombre del médico (80%), ninguna registró condición riesgo pronóstico, ni signos vitales

En cuanto al servicio de **oftalmología**, el encabezado, y la fecha se registró en las 4 interconsultas (100%), 2 registraron hora y servicio encargado (75%) dos criterio diagnóstico y motivo de consulta (50%), resumen de interrogatorio 3 ((75.0%) El resumen de interrogatorio y de exploración física se registró e los 4 los resultados de servicios auxiliares y sugerencias terapéuticas en 2 (50%), nombre del médico y firma del médico en 3 (75.0%) Condición riesgo y pronóstico no se registró en ninguna al igual que signos vitales

El servicio de **nefrología** registró condición riesgo y pronóstico en una interconsulta (33.3%), ninguna registró signos vitales

El servicio de **neurología** reportó condición, riesgo y pronóstico en una interconsulta (50%), en ninguna registró signos vitales

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Se realizaron en total 14 procedimientos

Nota preoperatorio.

Se encontró en 7 procedimientos (50%)

De los 7 encontrados 6 registraron hora fecha para cirugía y firma del médico (85.7%)

De las 7 notas 4 contaron con condición riesgo y pronóstico (57.1%)

El resto de los elementos fue cumplido al 100%

Nota preanestésica

Se encontraron 14 notas preanestésicas de las cuales ninguna registró condición riesgo y pronóstico.

Nota postoperatoria

Los 14 procedimientos contaron con nota postoperatorio, con el siguiente cumplimiento:

Los elementos de encabezado fecha servicio encargado descripción de técnica quirúrgica hallazgos transoperatorios, incidentes y accidentes servicios auxiliares transoperatorios tratamiento transoperatorio, plan de manejo postoperatorio, envíos de piezas a patología y nombre del médico tuvieron un cumplimiento del 100%

Los elementos de hora, diagnóstico preoperatorio, cuantificación de sangrado y ayudantes se reportaron en 13 notas (92.8%)

Se registró el anesthesiologo y circulante en 12 (85.7%).

El reporte de gasas y compresas, instrumentista y firma del médico se encontró en 11 notas

Condición, pronóstico y riesgo se encontró en 8 expedientes (57.1%)

Nota postanestésica.

Los 14 procedimientos contaron con nota ninguna registró condición riesgo y pronóstico; 13 reportaron hora y firma del médico, el resto tuvo un cumplimiento al 100%

NOTA DE EGRESO

En el momento de la captura, no se encontraron pacientes en egreso

EXAMENES DE LABORATORIO

Se encontraron en total 1024 exámenes de laboratorio con el siguiente cumplimiento

Fecha (984) 96 0%

Hora (249) 24 3%

Identificación del paciente (1022) 99 8%

Identificación de solicitante (1013) 98 9%

Problema clínico en estudio (187) (18 2%)

Estudio solicitado e interpretación 1024

Nombre completo de quien interpreta (256) 25 0%

Firma del responsable (1012) 98 8%

EXAMENES DE GABINETE

	US	TAC	EEG	Gammagrama	ECO	Biopsia	SEGD
Fecha	24(100%)	9 (100%)	6 (100%)	4 (100%)	1	2	2
Hora	0	0	0	0	0	0	0
Identificación del paciente	24	9	6	4	1	2	2
Identificación del solicitante	24	9	6	4	1	2	2
Problema clínico	24	9	6	4	1	2	2
Estudio solicitado	24	9	6	4	1	2	2
interpretación	24	9	6	4	1	2	2
Nombre de quien interpreta	24	9	6	4	1	2	2
Firma del médico	23(95 8%)	9	2(33 3%)	4	1	2	2

REGISTRO DE TRANSFUSION SANGUINEA

Se realizaron en total 95 transfusiones sanguíneas, de estas 87 contaron con registro (91 5%)

De los 87 registros el cumplimiento fue el siguiente

No. de unidades	86 (98.8%)	Signos vitales antes de la transfusión	84 (96.6%)
Volumne	84 (96.6%)	Signos vitales durante de la transfusión	82 (94.2%)
Identificación de unidades	78 (89.6%)	Signos vitales después de la transfusión	82 (94.2%)
Tipo de componente	84 (96.5%)	Tipo de reacciones adversas	86 (98.8%)
Nombre del médico	85 (97.7%)	Tratamiento de reacciones adversa.	86 (98.8%)
Firma del médico	85 (97.7%)		

HOJAS DE ENFERMERIA

Se encontraron 755 REGISTROS DE notas de enfermería correspondientes a los días de estancia hospitalaria todos ellos con un cumplimiento del 100%; el nombre del enfermero se encontró en (746), 98.8%

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De los 19 expedientes revisados, todos contaron con consentimiento informado

Se encontró nombre de la institución, título de documento, señalamiento de riesgo beneficio y autorización para resolver complicaciones en el 100%

La fecha y el evento que se autoriza se encontró en 18 expedientes (94.7%)

El nombre completo de solo uno de los testigos se encontró en 14 expedientes (73.6%)

El nombre completo de dos testigos se encontró en 5 expedientes (26.4%)

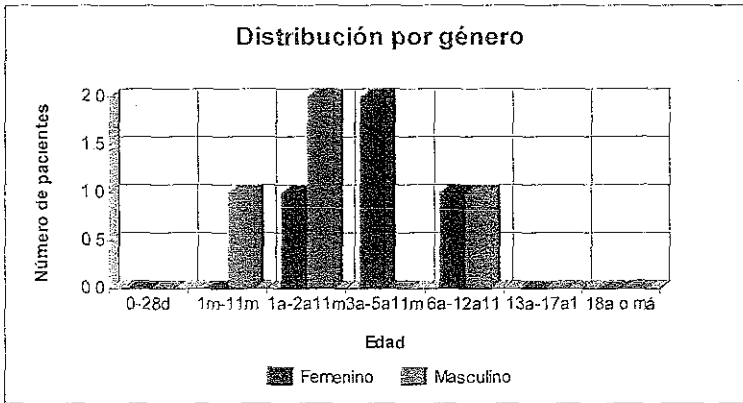
La firma de dos testigos se encontró en 5 expedientes (26.4%) de un solo testigo en 14 (73.6%)

HOJA DE INFORME AL FAMILIAR

El cumplimiento fue del 82.5%

Oftalmología

Se evaluaron en total 8 expedientes



LEGIBILIDAD Y ORDEN

De los 8 expedientes analizados 5 fueron legibles (62.5%) 4 estuvieron en orden (50%).

NOTA INICIAL

Siete contaron con nota inicial (87.5%)

Seis contaron con condición, riesgo y pronóstico (75.0%)

Siete con signos vitales (7.5%).

El resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%

HISTORIA CLÍNICA

Los 8 expedientes analizados contaron con historia clínica

De estos 2 contaron con interrogatorio por aparatos y sistemas (25.0%)

Se encontró condición, riesgo y pronóstico en 5 expedientes (62.5%).

La firma del médico se encontró en 6 expedientes (75.0%)

El resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%

HOJA FRONTAL

Los ocho expedientes contaron con hoja frontal.

De estos 5 contaron con enumeración de problemas clínicos, fecha de identificación de problemas clínicos y fecha de inactivación (62.5%)

El resto de los elementos tiene un cumplimiento del 100%.

NOTA DE INGRESO

Los 8 expedientes contaron con nota de ingreso

El reporte de condición, riesgo y pronóstico se encontró en 5 expedientes (62.5%)

La firma del médico se encontró en 6 notas (75.0%)

El resto de los elementos se cumplió al 100%.

NOTA DE REVISION

De los 8 expedientes, 5 contaron con notas de revisión (62.5%)

De las 5 notas presentes una registró condición pronóstico y riesgo (20%) 4 reportaron firma del médico (80%) el resto de elementos se cumplió al 100%

NOTAS DE EVOLUCION

Se encontraron 46 notas de las 47 esperadas en base a los días de estancia hospitalaria (97.8%)

De las 46 notas existentes 43 notas contaron con hora (93.4%); 42 con condición, riesgo y pronóstico (91.3%) Se registró frecuencia cardiaca frecuencia respiratoria, tensión arterial y temperatura en 39 expedientes (84.7%)

El resto de los elementos se cumplió al 100%

En lo que respecta a las indicaciones médicas no se encontraron faltantes, de las 47 indicaciones existentes, 46 (97.8%) contaron con nombre del médico y 45 (95.7%) con firma del médico

NOTAS DE INTERCONSULTA

Se Realizaron en total 5 interconsultas, las cuales fueron del servicio de infectología, ninguna registró signos vitales

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Se Realizaron en total tres procedimientos

Nota preoperatoria

Se encontraron tres notas, ninguna registró condición, riesgo y pronóstico

Nota preanestésica

Se encontraron tres notas preanestésicas ninguna registró condición, riesgo y pronóstico dos registraron firma (33.3%)

Nota postoperatoria

Los tres procedimientos contaron con nota postoperatoria

De estos solo una reportó reporte de gasas y compresas incidentes y accidentes y firma del médico (33.3%) Ninguna reportó condición, pronóstico y riesgo

Nota postanestésica

Se encontraron tres notas, ninguna reportó condición riesgo y pronóstico

NOTA DE EGRESO

Se Encontraron 4 pacientes en egreso los 4 contaron con nota

Tres reportaron condición riesgo, pronóstico, recomendaciones y firma del médico (75.0%)

El resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%

EXAMENES DE LABORATORIO

Se Evaluaron en total 38 exámenes de laboratorio con el siguiente cumplimiento:

Fecha: 36 exámenes (94.7%)

Hora: 19 exámenes (50%).

Identificación del paciente e identificación del solicitante: 38 expedientes (100%)

Problema clínico en estudio: 14 (36.8%)

Estudio solicitado e interpretación: 38 (100%)

Interpretación: 38 (100%).

Nombre completo de quien interpreta: 20 (52.6%)

Firma del responsable: 36 (94.7%).

EXAMENES DE GABINETE

Solo se efectuó una tomografía unicamente faltó la hora

REGISTRO DE TRANSFUSION SANGUINEA

No se efectuaron transfusiones sanguíneas

HOJAS DE ENFERMERIA

Se encontraron 47 hojas de enfermería, ninguna registró gráfica de frecuencia cardiaca frecuencia respiratoria y tensión arterial.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los 8 expedientes contaron con consentimiento informado. Se registró fecha y evento que se autoriza en 6 (75%) El nombre completo de dos testigos se reportó en 4 expedientes (50%) de solo uno en dos (25%), y ningún nombre en 2 (25%) Se reportó la firma de solo un testigo en 4 (50%) expedientes de dos testigos en 4 (50%)

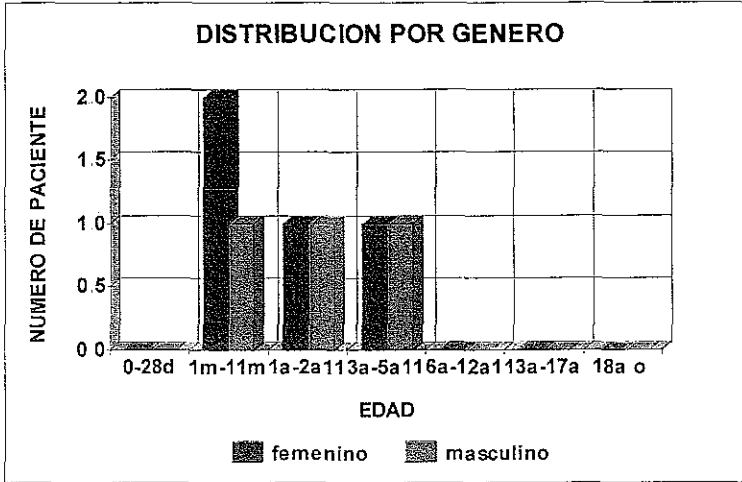
HOJA DE INFORME AL FAMILIAR

Se registró un cumplimiento del 81.0%

NEUMOLOGIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se evaluaron en total 7 expedientes.



LEGIBILIDAD Y ORDEN

- Seis de los expedientes fueron legibles (85.7%).
- Cinco de los expedientes estuvieron en orden (71.4%)

NOTA INICIAL

De los siete expedientes, el 100% contó con nota inicial con un cumplimiento del 100% de todos sus elementos.

HISTORIA CLINICA

- Los siete expedientes contaron con historia clínica (100%)
- Tres de las historias clínicas contaron con interrogatorio por aparatos y sistemas (42.8%)
- Seis de las historias clínicas reportaron resultados actuales de laboratorio, resultados previos de gabinete y resultados actuales de gabinete. (85.7%)
- Cuatro expedientes presentaron condición riesgo pronóstico (57.1%)
- Seis expedientes firma del médico (85.7%).
- El resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%

HOJA FRONTAL

Los siete expedientes contaron con hoja frontal (100%) y un cumplimiento del 100%.

NOTA DE INGRESO

- Se encontró nota de ingreso en los 7 expedientes (100%).
- La procedencia del paciente, el plan de estudio y el servicio encargado se registró en 6 notas (85.7%)

NOTA DE REVISION

Se registraron 4 notas (57.1%), con tres notas ausentes (42.9%)

Las cuatro notas de revisión registradas contaron con el 100% de los elementos

NOTAS DE EVOLUCION

Se registraron 45 notas (97.8%) de las 46 esperadas

De las 45 notas presentes 44 registraron actualización del cuadro clínico y diagnósticos (47.7%); 43 registraron resultados de servicios auxiliares de diagnóstico, firma, frecuencia cardíaca frecuencia respiratoria, tensión arterial, temperatura y firma (95.5%) El resto de los elementos se registró al 100%

INTERCONSULTAS

Se registraron en total 5 interconsultas, correspondientes a los servicios de rehabilitación (2-40%), infectología (1-20%), neurología (1-20%) y cirugía (1-20%)

Las interconsultas realizadas por el servicio de **rehabilitación** no contaron con condición riesgo y pronóstico ni con signos vitales

La interconsulta realizada por el servicio de **infectología** con contó con resumen de exploración física, condición, riesgo, pronóstico ni signos vitales

La interconsulta del servicio de **neurología** no contó con signos vitales

La interconsulta del servicio de **cirugía** no presentó signos vitales, ni condición riesgo y pronóstico.

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Se realizó un procedimiento quirúrgico.

Nota preoperatoria: Cumplimiento de elementos del 100%

Nota preanestésica: Sin condición, riesgo ni pronóstico

Nota postoperatoria: No registró hora diagnóstico preoperatorio, ayudantes, instrumentista anestesiólogo, circulante, plan de manejo postoperatorio, condición, riesgo pronóstico y firma del médico

Nota postanestésica: Sin condición, riesgo y pronóstico

NOTA DE EGRESO

Se Encontraron 4 en total

Tres reportaron condición riesgo y pronóstico (75%)

El resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%

EXAMENES DE LABORATORIO.

Se reportaron 29 exámenes de laboratorio

Fecha	29 (100%)	Estudio solicitado	29
Hora	6 (20.6%)	Interpretación	29
Identificación del paciente	29	Nombre completo de quien interpreta	4 (13.7%)
Identificación del solicitante	29	Firma del responsable	29
Problema clínico en estudio	cero		

EXAMENES DE GABINETE

Se realizaron en total **dos** exámenes de gabinete, una **serie esófago gastroduodenal** y un **ecocardiograma**, ambos sin hora

REGISTRO DE TRANSFUSION SANGUINEA

No se realizaron transfusiones

HOJAS DE ENFERMERIA

Se registraron 46 notas de enfermería correspondientes a los días de estancia hospitalaria

De las 46 notas 45 tenían el nombre del enfermero (97.8%), ninguna contó con gráfica de frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y tensión arterial. El resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cuatro expedientes contaron con el documento (57.1%)

De los cuatro presentes, dos presentaron fecha y evento que se autoriza (50%)

Dos registraron nombre completo de solo un testigo (50.0%); los otros dos no registraron nombre

La firma de un solo testigo se encontró en dos expedientes (50.0%) los dos restantes no contaron con firma

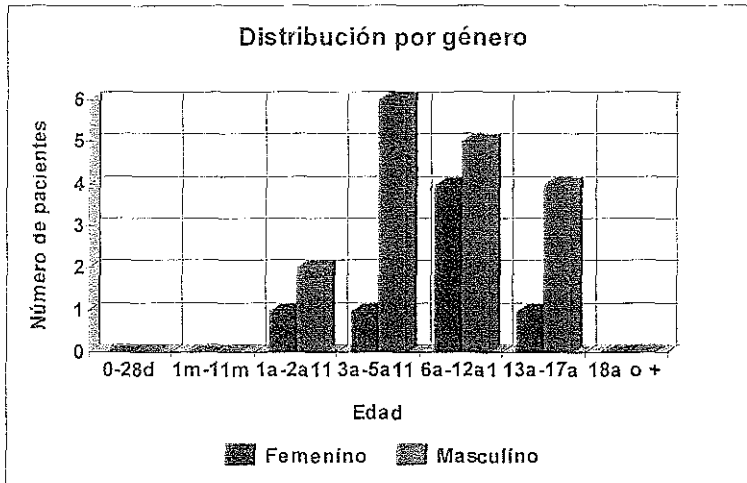
HOJA DE INFORME AL FAMILIAR

Se reportó un cumplimiento del 94%

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ONCOLOGIA

Se evaluaron en total 24 expedientes



LEGIBILIDAD Y ORDEN

De los 24 expedientes 22 fueron legibles (91.6%) y 19 (79.1%).

NOTA INICIAL

Se registraron las 24 notas

Veintitrés notas registraron interrogatorio y exploración física (95.8%) así como condición, riesgo y pronóstico

El resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%

HISTORIA CLINICA

De 24 expedientes 8 contaron con historia clínica (33.3%).

Las 8 historias clínicas presentes registraron el siguiente cumplimiento:

-Interrogatorio por aparatos y sistemas: 3 (37.5%)

-Frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial y temperatura: 6 (75.0%)

-Exploración física de cabeza, cuello, tórax abdomen, región perineal y extremidades: 7 (87.5%)

-Condición, riesgo y pronóstico en 5 (62.5%)

-Nombre del médico en 7 (87.5%)

El resto de los elementos tiene un cumplimiento del 100%.

HOJA FRONTAL

Se registraron 23 (95.8%)

De las presentes, 19 (82.6%) contaron con enumeración de problemas clínicos 18 (82.6%) reportaron fecha de identificación de problemas clínicos y fecha de inactivación

NOTA DE INGRESO

Se reportaron 24 notas de ingreso con el siguiente cumplimiento:

- 23 notas registraron hora y plan de estudio (95.8%)
- 22 registraron condición, riesgo y pronóstico (91.6%)
- 21 registraron firma (87.5%)
- El resto tuvo un cumplimiento del 100%

NOTA DE REVISION

Se registraron 23 notas (95.8%)

De las 23 notas registradas, 22 registraron hora, condición riesgo pronóstico y nombre del médico (95.6%) Veinte registraron firma (86.9%)

NOTAS DE EVOLUCION

Se registraron 104 notas para un esperado de 105 (99.5%)

De las 104 registradas 103 registraron diagnósticos (99.0%); 102 riesgo y pronóstico (98.0%)

La firma del médico se encontró en 99 (95.0%)

La frecuencia cardíaca y la temperatura en 58 expedientes (55.7%)

La frecuencia respiratoria y la tensión arterial en 59 expedientes (56.7%)

En lo que respecta a las indicaciones médicas se encontraron 105, en la cuales la firma del médico se encontró en 91 (86.6%)

NOTAS DE INTERCONSULTA

Radioterapia	1(5.8%)
Ortopedia	1(5.8%)
Transplante de médula ósea	2(1.2%)
Neurología	1(5.8%)
Unidad de terapia intensiva	1(5.8%)
Infectología	6(35.3%)
Cirugía	3(17.6%)
Dermatología	1(5.8%)
Gastroenterología	1(5.8%)
Total	17

Radioterapia: Sin condición, riesgo y pronóstico Sin signos vitales

Ortopedia: Sin criterio diagnóstico motivo de consulta, diagnósticos resultados de servicios auxiliares de diagnóstico, condición, riesgo, pronóstico y signos vitales

Transplante de médula ósea: De las dos notas, una cuenta con condición, riesgo y pronóstico (50.0%), ninguna cuenta con signos vitales

Neurología: Sin signos vitales

Unidad de terapia intensiva: Sin condición riesgo y pronóstico.

Infectología: De seis interconsultas 4 contaron con condición riesgo y pronóstico (66.6%) dos con signos vitales (33.3%)

Cirugía pediátrica: De tres interconsultas 4 contaron con condición, riesgo y pronóstico (66.6%) dos contaron con signos vitales (33.3%)

Dermatología: 100% de cumplimiento

Gastroenterología: Sin condición riesgo y pronóstico Sin signos vitales

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS.

Se registraron 3 procedimientos

Nota preoperatoria:

Solo se registró una (33.3%) con un cumplimiento del 100%

Nota preanestésica.

Se registraron 2 (66.6%); de las cuales una registró hora (50%) ninguna condición riesgo y pronóstico. El resto de los elementos se encontró en el 100%

Nota postoperatoria:

Se encontraron tres con un cumplimiento del 100%

Nota postanestésica:

Se registraron tres de las cuales una contó con condición pronóstico y riesgo (33.3%)

NOTA DE EGRESO

Se registraron dos con un cumplimiento del 100%

EXAMENES DE LABORATORIO.

Se ha registrado un total de 70

Fecha	67 (95.7%)
Hora	28 (40%)
Identificación del paciente	70 (100%)
Identificación del solicitante	67 (97.5%)
Problema clínico en estudio	25 (35.7%)
Estudio solicitado	70 (100%)
Interpretación	70 (100%)
Nombre completo de quien interpreta	25 (35.7%)
Firma del responsable	68 (97.1%)

EXAMENES DE GABINETE

Se realizaron **tres en total**

Dos tomografías ninguna registró hora

Un ultrasonido, con el 100% de los elementos

TRANSFUSION SANGUINEA

Se realizaron en total 14 transfusiones sanguíneas, se registraron 13(92.8%) De estas trece el cumplimiento fue el siguiente:

No. De unidades	11 (84.6%)	Signos vitales antes	12 (92.3%)
Volumen	11 (84.6%)	Signos vitales durante	11 (84.6%)
Identificación de unidades	4 (30.7%)	Signos vitales después	11 (84.6%)
Tipo de componente	11 (84.6%)	Reacciones adversas (tipo)	No se presentaron
Nombre del médico	13 (100%)	Reacciones adversas (tratamiento)	No se presentaron
Firma del médico	11 (84.6%)		

HOJAS DE ENFERMERIA

Se encontró un total de 105 correspondiente al tiempo de estancia hospitalaria

De estas 19 contaron con gráfica de frecuencia cardiaca (18 0%), 31 con gráfica de frecuencia respiratoria (29 5%) y 36 con gráfica de tensión arterial (34 2%) El resto de los elementos se cumplió al 100%

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De los 24 expedientes 13 contaron con dicho documento (54 1%) con el siguiente cumplimiento

Fecha 12 (92 3%)

Evento que se autoriza 11 (84 6%)

Nombre completo de dos testigos 7 (53 8%)

Nombre completo de un testigo 5 (38 4%)

Sin nombre de testigos 1 (7 6%)

Firma de dos testigos 8 (61 5%)

Firma de un testigo 5 (38 5%)

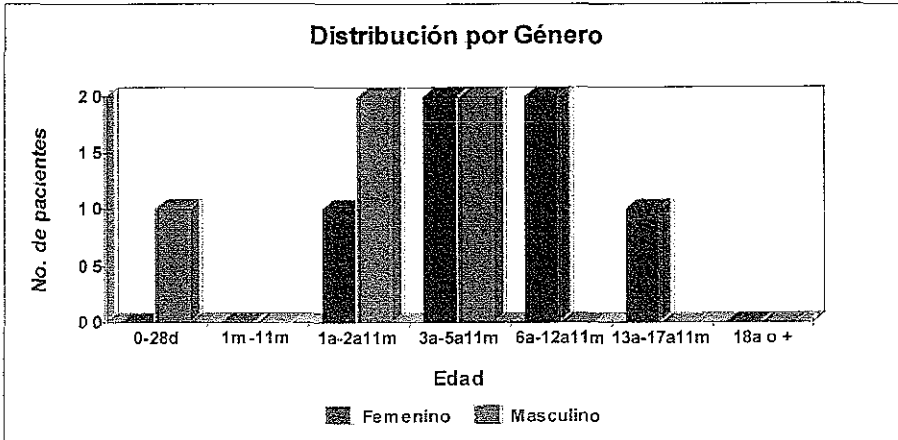
HOJA DE INFORME AL FAMILIAR

Se registró un cumplimiento del 81%

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

UROLOGIA

Se evaluaron en total 11 expedientes



LEGIBILIDAD Y ORDEN

Se encontró legibilidad en 7 expedientes (63.6%), y orden en 4 (36.4%)

NOTA INICIAL

Se encontraron 11 notas

De las 11 presentes 8 registraron condición, riesgo y pronóstico (72.7%), nueve registraron frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial y temperatura (81.8%), diez registraron peso, talla y perímetro cefálico (90.9%).

El resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%.

HISTORIA CLINICA

Se registraron 9 historias clínicas (81.8%).

De las 9 presentes, el cumplimiento fue el siguiente

-Interrogatorio por aparatos y sistemas 2 (22.2%)

-Frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial y temperatura 8 (88.8%).

-Condición, riesgo y pronóstico 5 (55.5%)

-Firma del médico 8 (88.8%)

El resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

HOJA FRONTAL

De los 11 expedientes nueve presentaron hoja frontal (81.1%) con el siguiente cumplimiento:

- Identificación de la unidad de salud, identificación del enfermo enumeración de problemas clínicos 9 (100%).
- Fecha de identificación de problemas clínicos y fecha de inactivación en 3 (33.3%)

NOTA DE INGRESO

Se encontraron 11 notas de ingreso con el siguiente cumplimiento:

- Encabezado 10 (90.9%)
- Procedencia del paciente 9 (81.8%)
- Resumen de interrogatorio y resumen de exploración física 10 (90.9%)
- Condición, riesgo y pronóstico 6 (54.5%)
- Firma del médico 10 (90.9%)

El resto de los elementos tiene un cumplimiento del 100%

NOTA DE REVISION

Se registraron 8 notas (72.7%)

De estas 8 notas, 5 contaron con condición riesgo y pronóstico (62.5%) El resto tiene un cumplimiento del 100%

NOTA DE EVOLUCION

Se registraron 50 notas de evolución correspondientes a los días de estancia hospitalaria

La condición, riesgo y pronóstico se registraron en 33 notas (66%)

El nombre del médico se registró en 48 notas (96.0%)

La firma del médico se registró en 45 notas (90.0%)

La frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria en 25 notas (50%)

La tensión arterial y temperatura en 27 notas (54%)

INDICACIONES MEDICAS

Se reportaron 50 (100%); 35 con nombre del médico (70%), 36 con firma del médico (72%)

NOTAS DE INTERCONSULTA

Se realizaron dos por parte del servicio de infectología, ninguna reportó signos vitales

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Se realizaron en total 6 (100%)

Nota preoperatoria.

Se encontraron 6 notas de las cuales una contó con condición riesgo y pronóstico (16.6%)

El resto de elementos se cumplió al 100%

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Nota preanestésica.

Se registraron 6, sin condición, riesgo y pronóstico

Nota postoperatoria

Se registraron 6 de las cuales solo una reportó cuenta de gasas y compresas, circulante e instrumentista (16.6%), ninguna reportó condición riesgo y pronóstico El resto de elementos se cumplió al 100%

Nota postanestésica

Se registraron 6, sin condición riesgo y pronóstico

NOTA DE EGRESO

Se registraron 6 notas de las cuales solo una registró condición riesgo y pronóstico Cuatro registraron firma del médico (66.6%), el resto de elementos se cumplió al 100%

EXAMENES DE LABORATORIO

Se registraron en total 55 exámenes de laboratorio

Fecha	55 (100%)	Estudio solicitado	55
Hora	44 (80%)	Interpretación	55
Identificación del paciente	55	Nombre completo de quien interpreta	19 (34.5%)
Identificación del solicitante	55	Firma del responsable	55
Problema clínico en estudio	46 (83.6%)		

EXAMENES DE GABINETE

Se realizaron en total 3 (ultrasonidos) en todos faltó el registro de la hora

HOJAS DE ENFERMERIA

Se registraron 50 notas correspondientes a los días de estancia hospitalaria

De estos 11 registraron curvas de frecuencia cardiaca respiratoria y tensión arterial El resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los 11 expedientes contaron con consentimiento informado

De estos expedientes 8 registraron fecha (72.7%), 7 registraron evento que se autoriza (63.6%)

Se registró el nombre completo de dos testigos en 8 (72.7%) de un solo testigo en 3 (27.3%)

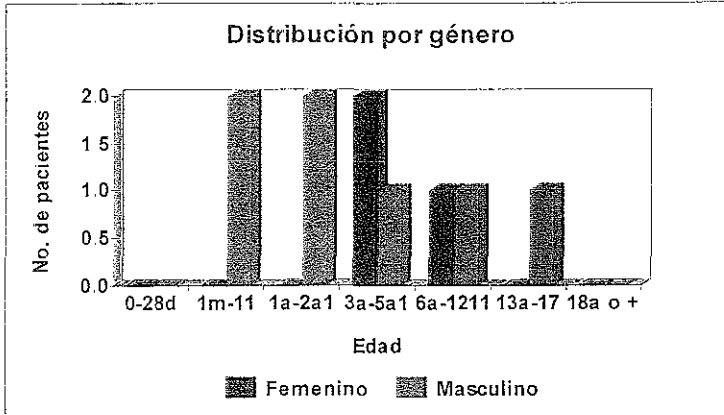
La firma de dos testigos se encontró en 10 expedientes (91%) de un solo testigo en 1 (9.1%)

HOJA DE INFORME AL FAMILIAR

Se registró un cumplimiento del 79%:

NEUROCIRUGIA

Se analizaron en total 10 expedientes



LEGIBILIDAD Y ORDEN

Cinco expedientes fueron legibles (50%), cuatro estuvieron en orden (40%)

NOTA INICIAL

Se encontraron 10 notas iniciales (100%)

De estas, 9 registraron hora (90%) siete registraron condición riesgo y pronóstico (70%).

La frecuencia cardiaca, respiratoria y tensión arterial se registraron en 7 notas (70%)

La temperatura, el peso, la talla y el perímetro cefálico se registraron en 9 notas (90%)

El resto tuvo un cumplimiento del 100%.

HISTORIA CLINICA

Se encontraron 10 historias clínicas.

De estas 10, una registró interrogatorio por aparatos y sistemas (10%)

La frecuencia cardiaca y respiratoria en 9 historias clínica (90%)

La tensión arterial en 8 expedientes (80%)

La temperatura en 9 (90%).

La condición el riesgo y el pronóstico en 4 (40%)

El nombre del médico en 7 (70%)

La firma del médico en ocho (80%)

El resto de los elementos se cumplió en el 100%.

HOJA FRONTAL

Se encontró en 8 expedientes (80%), estos con un cumplimiento de elementos del 100%.

NOTA DE INGRESO

Se registraron 9 (90%). De estas, 8 reportaron hora, interpretación de exámenes de laboratorio y gabinete (88.8%); en siete, condición riesgo y pronóstico (77.7%); en ocho, nombre del médico (88.8%)

NOTA DE EVOLUCION

Se encontraron 261(98.8%) notas de 264 esperadas en base a los días de estancia hospitalaria, con el siguiente cumplimiento:

Encabezado 259 (99.2%)
Fecha 251 (96.1%)
Hora 252 (96.5%)
Servicio encargado 253 (96.9%)
Actualización del cuadro clínico 253 (96.9%)
Resultados de servicios auxiliares de diagnóstico 256 (98.0%)
Modificaciones de tratamiento 251 (96.1%)
Diagnósticos 246 (94.2%)
Condición 249 (95.4%)
Riesgo 249 (95.4%)
Pronóstico 249 (95.4%)
Nombre del médico 256 (98.0%)
Firma del médico 231 (88.5%)
Frecuencia cardíaca 215 (82.3%)
Frecuencia respiratoria 207 (79.3%)
Tensión arterial 216 (82.7%)
Temperatura 210 (80.4%)

INDICACIONES MEDICAS

Se registraron 260 (98.4%), de las 264 esperadas

Se encontró nombre del médico en 253 de las presentes (97.3%) y firma del médico en 232 (89.2%)

NOTAS DE INTERCONSULTA

Oncología	3(42.8%)
Neurología	1(14.2%)
Dermatología	1(14.2%)
Nefrología	1(14.2%)
Endocrinología	1(14.2%)
Total	7(100%)

Oncología: Sin condición riesgo, pronóstico y signos vitales

Neurología: Sin signos vitales

Dermatología: Sin condición, riesgo, pronóstico y signos vitales

Nefrología: Sin condición, riesgo, pronóstico y signos vitales

Endocrinología: Sin condición riesgo pronóstico y signos vitales

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Se realizaron nueve

Nota preoperatoria:

Se registraron 7 (77.7%).

De estas, se encontró fecha hora y firma del médico en 6 (85.7%), ninguna registró condición riesgo y pronóstico

Nota preanestésica:

Se encontraron nueve, dos registraron condición riesgo y pronóstico (22.2%) el resto de elementos se cumplió al 100%

Nota postoperatoria:

Se encontró en los 9 procedimientos, se reportó hora y descripción de técnica quirúrgica en ocho notas (88.8%)

El reporte de gasas y compresas se encontró en 3 notas (33.3%)

Los incidentes y accidentes se reportaron en 7 (77.7%)

Los servicios auxiliares transoperatorios en ocho (88.8%)

Ayudantes en 8 (88.8%)

El instrumentista anestesiólogo y circulante en 7 (77.7%)

Condición riesgo y pronóstico se encontró en una nota (11.1%)

Nota postanestésica:

Se registraron nueve solo una nota reportó condición riesgo y pronóstico (11.1%) ocho reportaron firma del médico (88.8%)

NOTA DE EGRESO

No se encontraron egresos

EXAMENES DE LABORATORIO.

Se registraron en total 130

Fecha	128 (98.4%)	Estudio solicitado	130 (100%)
Hora	24 (18.4%)	Interpretación	130 (100%)
Identificación del paciente	129 (99.2%)	Nombre completo de quien interpreta	7 (5.3%)
Identificación del solicitante	128 (98.4%)	Firma del responsable	130 (100%)
Problema clínico en estudio	5 (3.8%)		

EXAMENES DE GABINETE

Se realizaron ocho en total

Tomografía computada	4(50%)
Ultrasonido	2(25%)
Biopsia	2(25%)
Total	8(100%)

Ninguno registró hora

TRANSFUSIONES SANGUINEAS

Se realizaron 6 todas con registro, y 100 % de sus elementos

HOJAS DE ENFERMERIA

Se registraron 264 notas sin faltantes

Se registró gráfica de frecuencia cardíaca en 176 (66.6%) frecuencia respiratoria en 178 (67.4%) tensión arterial 177 (67.0%) y temperatura en 175 (66.2%)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se registraron 9 documentos (90%), con los siguientes elementos:

Fecha 3 (33.3%), evento que se autoriza 5 (55.5%)

Autorización para resolver complicaciones 1 (11.1%)

Nombre completo de dos testigos 2 (22.2%)

Nombre completo de un testigo 6 (66.6%)

Sin nombre de testigos 1 (11.1%)

Firma de dos testigos 5 (55.6%)

Firma de un testigo 4 (44.4%)

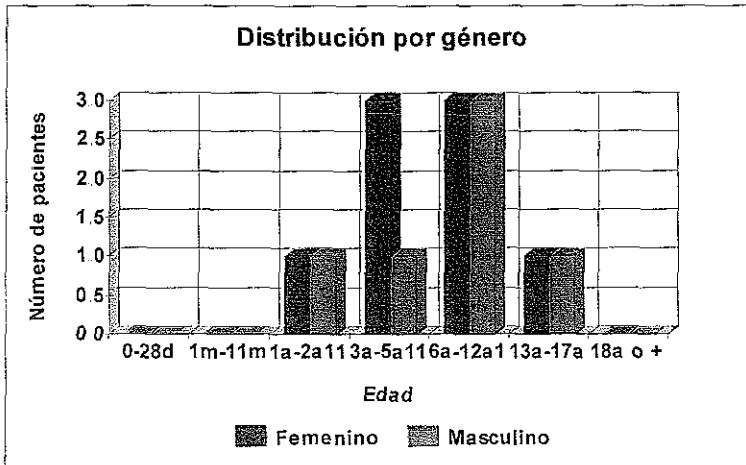
HOJA DE INFORME AL FAMILIAR

Se registró un cumplimiento del 82%

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GASTROENTEROLOGIA

Se evaluaron en total 14 expedientes



LEGIBILIDAD Y ORDEN

Trece de los expedientes fueron legibles 92.8%, 11 tuvieron orden (78.5%).

NOTA INICIAL

Los catorce expedientes contaron con nota inicial, de estos trece (92.8%) contaron con condición riesgo y pronóstico. Doce registraron frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial y Temperatura (85.7%).

HISTORIA CLINICA

Los catorce expedientes registraron historia clínica, de estos siete registraron interrogatorio por aparatos y sistemas (50.0%). El resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%.

HOJA FRONTAL

Los 14 expedientes contaron con hoja frontal con un cumplimiento del 100%.

NOTA DE INGRESO

Los catorce expedientes contaron con nota de ingreso, con un cumplimiento del 100%.

NOTA DE REVISION

Se registraron catorce notas de revisión (100%), De estas, doce registraron condición riesgo y pronóstico (85.7%). Trece registraron firma (92.8%).

NOTA DE EVOLUCION

Se registraron en total 1318 notas de evolución correspondientes a los días de estancia hospitalaria (100%) con el siguiente cumplimiento.

Encabezado 1300 (98.6%)

Fecha 1218 (92.4%)

Hora 1225 (92.9%)

Servicio encargado 1300 (98.6%)

Actualización del cuadro clínico 1228 (93.1%)

Resultados de servicios auxiliares de diagnóstico 1318 (100%)

Modificación del tratamiento 1318 (100%)

Diagnósticos 1318 (100%)

Condición 1299 (98.5%)

Riesgo 1299 (98.5%)

Pronóstico 1300 (98.6%)

Nombre del médico 1312 (99.5%)

Firma 1298 (98.4%)

Frecuencia cardíaca 1300 (98.6%)

Frecuencia respiratoria, tensión arterial y temperatura 1298 (98.4%)

INDICACIONES MEDICAS

De las 1318 esperadas se registraron 1314 (99.6%)

De las 1314 registradas el 100% registró nombre del médico, 1295 registraron firma (98.5%)

NOTAS DE INTERCONSULTA

Infectología	3
Hematología	2
Cirugía pediátrica	3
Dermatología	2
Total	10

Del servicio de **infectología** una registró condición riesgo y pronóstico (33.3%), ninguna registró signos vitales

Del servicio de **hematología**, un registró firma (50%) ninguna registró condición riesgo pronóstico y signos vitales

Cirugía general: sin reporte de condición riesgo, pronóstico y signos vitales

Dermatología: Una registró condición, riesgo y pronóstico (50%) ninguna registró signos vitales

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Se realizaron en total 13 procedimientos.

Nota preoperatoria:

Diez contaron con nota preoperatoria (76 9%) de las cuales ocho reportaron hora condición, riesgo y pronóstico (80%) El resto tuvo un cumplimiento del 100%

Nota preanestésica:

Se registraron trece, solo una registró condición riesgo y pronóstico (7 6%)

Nota postoperatoria:

Se registró hora en 10 notas (76 9%) tres reportaron condición riesgo y pronóstico (23 0%) La firma del médico se registró en 9 notas (69 2%)

Nota postanestésica:

Se registraron 13 notas de las cuales diez reportaron condición (76 9%) el riesgo y el pronóstico se registraron en nueve notas (69 2%)

NOTA DE EGRESO

Se registraron diez, de las cuales cinco (50%) registraron condición y ocho(80%) firma del médico

EXAMENES DE LABORATORIO

Se realizaron en total 1171 (100%)

Fecha	1165 (99.4%)	Estudio solicitado	1171 (100%)
Hora	102 (8.7%)	Interpretación	1171 (100%)
Identificación del paciente	1168 (99 7%)	Nombre completo de quien interpreta	152 (12 9%)
Identificación del solicitante	1171 (100%)	Firma del responsable	1101 (94.0%)
Problema clínico en estudio	1165 (99.4%)		

EXAMENES DE GABINETE

Se realizaron en total 16 exámenes

	Gammagrama	Ultrasonido	Biopsias	SEGD	TOTAL
Número	2 (100%)	10 (100%)	2 (100%)	2 (100%)	16
Fecha	2	10	2	2	16
Hora	0	0	0	0	0
Identificación del paciente	2	10	2	2	16
Identificación del solicitante	2	10	2	2	16
Problema clínico en estudio	2	10	2	2	16
Estudio solicitado	2	10	2	2	16
Interpetación	2	10	2	2	16
Nombre de quien interpreta	2	10	2	2	16
Firma del médico	1 (50%)	10	2	0	13

HOJAS DE ENFERMERIA

Se encontraron en total 1317(99.9%) notas de las 1318 esperadas con respecto a los días de estancia hospitalaria

De estas 1218 (92.4%) contaron con gráfica de frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria

La tensión arterial se registró en 1119 (84.9%)

El nombre del enfermero se reportó en 1300 (98.7%).

El resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se reportaron catorce documentos de estos doce (85.7%) reportaron fecha once (78.5%) el evento que se autoriza

Los nombres completos de dos testigos se encontraron en siete pacientes (50%) el nombre de uno solo de los testigos en siete (50%)

La firma de dos testigos se registró en 4 (28.5%) de un solo testigo en cinco (35.7%) y de ningún testigo en cinco (35.7%)

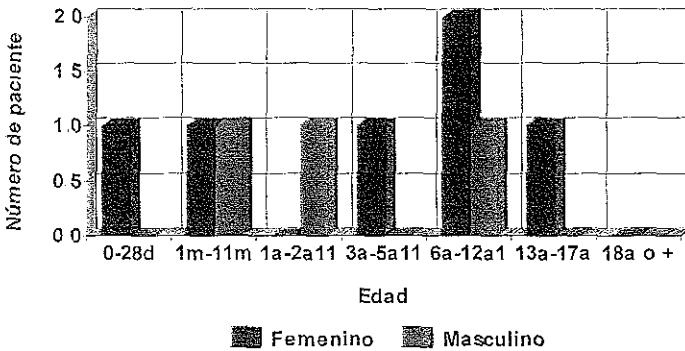
HOJA DE INFORME AL FAMILIAR

Se registró un cumplimiento del 84%

ENDOCRINOLOGIA

Se evaluaron en total nueve expedientes (100%)

Distribución por género



LEGIBILIDAD Y ORDEN

Se encontraron siete expedientes legibles (77.7%), y seis tuvieron orden (66.6%) El resto de los elementos tuvieron un cumplimiento del 100%

NOTA INICIAL

Se registraron en total nueve notas iniciales, de las cuales siete reportaron condición riesgo y pronóstico (77.7%)

El nombre del médico se registró en ocho notas (88.8%)

La firma del médico se registró en seis notas (66.6%)

La frecuencia cardiaca, respiratoria tensión arterial y temperatura en siete expedientes (77.7%)

El perímetro cefálico se registró en 6 notas (66.6%)

HISTORIA CLINICA

Se registraron en total nueve (100%)

De estos nueve, solo dos reportaron interrogatorio por aparatos y sistemas (22.2%)

La condición, el riesgo y el pronóstico se registraron en 4 expedientes (44.4%)

El resto tuvo un cumplimiento del 100%

HOJA FRONTAL

Se registraron nueve hojas frontales, de las cuales ocho registraron condición, riesgo y pronóstico (88.8%)

NOTA DE EVOLUCION

Se registraron en total 42 notas (100%) correspondientes a los días de estancia hospitalaria
No se encontraron faltantes

De estas 41 reportaron fecha y hora (97.6%) cuarenta (95.2%) reportaron condición riesgo y pronóstico

La firma del médico se reportó en 41 (97.6%)

Los signos vitales fueron reportados en 22 notas (52.3%)

INDICACIONES MEDICAS

Se reportaron 42 indicaciones médicas sin faltantes De estos 41 reportaron nombre del médico (97.6%) la firma del médico se encontró en 40 (95.2%)

NOTAS DE INTERCONSULTA

Cardiología	1
Unidad de cuidados intensivos neonatales	1
Neurología	1
Gastroenterología	1
Rehabilitación	1
Total	5

Cardiología: sin signos vitales

Unidad de cuidados intensivos neonatales: sin signos vitales

Neurología: Sin reporte de encabezado hora y servicio encargado

Gastroenterología: sin condición, riesgo pronóstico y signos vitales

Rehabilitación: Sin reporte de condición riesgo, pronóstico y signos vitales

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Se reportó un procedimiento quirúrgico

Nota preoperatoria:

Se registró una, la cual no reportó diagnósticos condición riesgo y pronóstico

Nota preanestésica:

Se registró solo uno, sin reporte de condición riesgo y pronóstico

Nota postoperatoria:

Se registró una la cual no reportó hora anestesiólogo condición riesgo y pronóstico

Nota postanestésica

Se registró una sin condición riesgo y pronóstico

NOTA DE EGRESO

Se registraron dos con un cumplimiento del 100%

EXAMENES DE LABORATORIO

Se registraron en total 46 exámenes de laboratorio

Fecha	46 (100%)	Estudio solicitado	46 (100%)
Hora	45 (97.8%)	Interpretación	46 (100%)
Identificación del paciente	46 (100%)	Nombre completo de quien lo interpreta	41(89.1%)
Identificación del solicitante	46 (100%)	Firma del responsable	46 (100%)
Problema clínico en estudio	43 (93.4%)		

EXAMENES DE GABINETE

Se registró un ultrasonido, sin hora El resto de los elementos tiene un cumplimiento del 100%

REGISTRO DE TRANSFUSION

Se realizó solo una transfusión, la cual fue registrada con un cumplimiento de elementos al 100%

HOJAS DE ENFERMERIA

Se registraron en total 42 notas correspondientes a los días de estancia hospitalaria De estas 14 contaron con gráficas de signos vitales (33.3%)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se registraron siete documentos de consentimiento informado (77.7%) dos sin documento (22.2%)

Se reportaron nombre completo de dos testigos en cinco documentos (55.5%)

Se reportó el nombre completo de un testigo en dos documentos (22.2%)

Sin reporte del nombre de testigos dos (22.2%)

La firma de dos testigos se reportó en cinco (55.5%)

La firma de un solo testigo en dos (22.2%)

Sin firmas dos (22.2%).

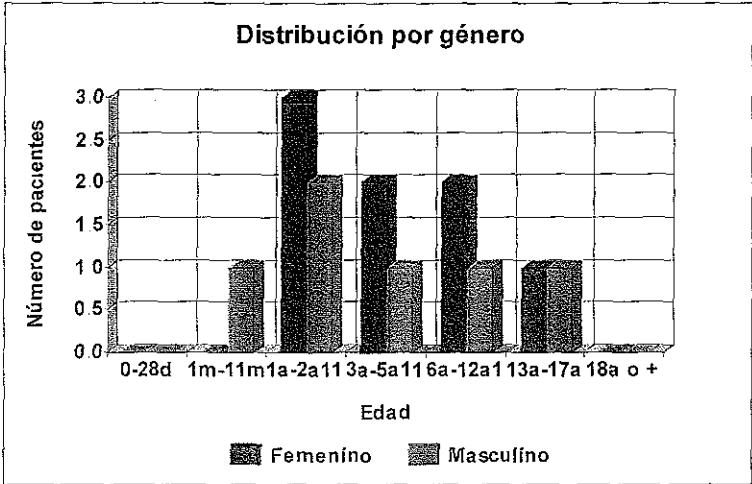
HOJA DE INFORME AL FAMILIAR

Se registró un cumplimiento del 84.0%

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

Se revisaron en total 14 expedientes.



LEGIBILIDAD Y ORDEN

Se encontraron 13 legibles (92.8%), y en orden nueve (64.2%)

NOTA INICIAL

Se registraron 14 en total, doce con cumplimiento de condición, riesgo y pronóstico (85.7%) el resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%

HISTORIA CLINICA

Se registraron en total catorce historias clínicas. Ninguna reportó interrogatorio por aparatos y sistemas. Se registraron condición, riesgo y pronóstico en seis historias clínicas (42.8%)

El resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%.

HOJA FRONTAL

Se encontraron catorce de las cuales once registraron enumeración del problema clínico y fecha de identificación (78.5%)

NOTA DE REVISION

Se registraron seis en total (42.8%) con un cumplimiento de elementos del 100%

NOTAS DE EVOLUCION

Se registraron en total 117 notas de evolución correspondientes a los días de estancia hospitalaria

La hora se registró en 101 (86.3%) la frecuencia cardíaca se registró en 110 notas (94.0%) la frecuencia respiratoria la tensión arterial y la temperatura se registraron en 112 notas (95.7%).

INDICACIONES

Se registraron 117 (100%) sin faltantes

De estas 116 registraron nombre del médico (99.1%) y 109 la firma del médico (93.1%)

NOTAS DE INTERCONSULTA

Neurología	1
Infectología	3
Cirugía cardiovascular	1
Oncología	2
Medicina Interna	1
Hematología	2
Total	10

Neurología: Sin reporte de condición riesgo pronóstico y signos vitales

Infectología: Ninguna de las tres notas reportó condición riesgo pronóstico y signos vitales

Cirugía cardiovascular: Sin reporte de condición, riesgo pronóstico y signos vitales

Oncología: Solo una registró condición riesgo y pronóstico (50%) Ninguna registró signos vitales

Medicina Interna: Sin reporte de signos vitales

Hematología: Cumplimiento del 100%

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Se realizaron dos en total

Nota preoperatorio:

Se reportaron dos Ninguna reportó condición riesgo y pronóstico El resto tuvo un cumplimiento del 100%

Nota preanestésica:

Se registraron dos sin condición riesgo y pronóstico

Nota postoperatoria:

Se registraron dos solo una con condición riesgo y pronóstico

Nota postanestésica:

Se registraron dos, ninguna reportó condición riesgo y pronóstico

NOTA DE EGRESO

No se registraron notas de egreso

EXAMENES DE LABORATORIO

Se realizaron en total 126 exámenes de laboratorio

Fecha	126 (100%)	Estudio solicitado	126 (100%)
Hora	0	Interpretación	126 (100%)
Identificación del paciente	126 (100%)	Nombre completo de quien interpreta	0
Identificación del solicitante	126 (100%)	Firma del responsable	126 (100%)
Problema clínico en estudio	0		

EXAMENES DE GABINETE

Se realizaron en total siete de los cuales cinco fueron tomografías y dos fueron ultrasonidos ninguno contó con hora Faltó la firma del médico en un ultrasonido(50%)

REGISTRO DE TRANSFUSION SANGUINEA

Se registraron 15 transfusiones sanguíneas con el siguiente cumplimiento:

Número de unidades 14 (93 3%)

Volúmen 13 (86 6%)

Identificación de unidades 5(33 3%)

Tipo de componente 13 (86 6%)

Signos vitales antes durante y después 13 (86 6%)

HOJAS DE ENFERMERIA

Se registraron 117 notas de enfermería con un cumplimiento del 100%

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se Encontraron catorce documentos

De estos 13 (92 8%) reportaron fecha y en doce el evento que se autoriza

El nombre completo de dos testigos se encuentra en nueve (64 2%) de un solo testigo en dos (14 1%), y ningún nombre en 3 (21 4%)

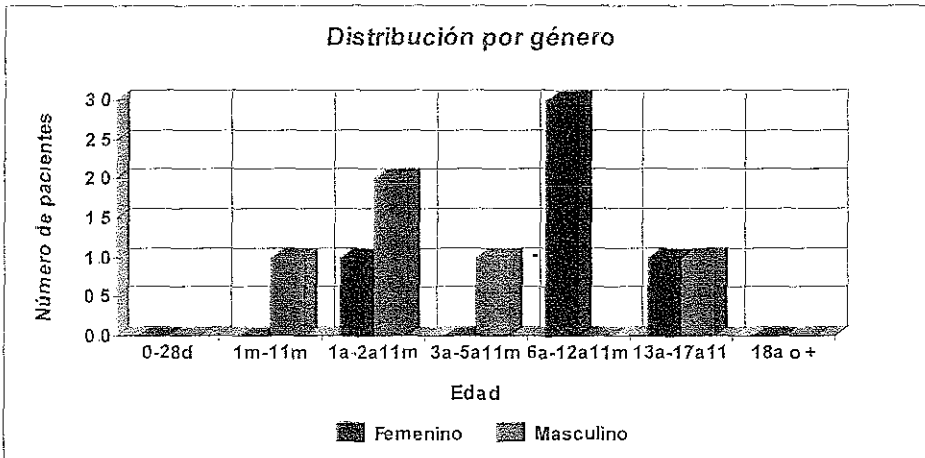
La firma de dos testigos se encontró en 9 (64 2%), de solo uno en 3 (21 4%) de ninguno en dos

HOJA DE INFORME AL FAMILIAR

Se registró un cumplimiento de 82%

CARDIOLOGÍA

Se revisaron diez expedientes



LEGIBILIDAD Y ORDEN

Se encontraron cinco expedientes con legibilidad (50%) y seis en orden (60%)

NOTA INICIAL

Se registraron diez notas iniciales. De estas nueve registraron condición, riesgo, pronóstico, firma del médico, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, y temperatura (90%)

Ocho expedientes registraron talla y perímetro cefálico (80%)

El resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%.

HISTORIA CLINICA

Se registraron en total diez historias clínicas con el siguiente cumplimiento:

Interrogatorio por aparatos y sistemas 2 (20%)

La frecuencia cardíaca y temperatura en 9 (90%)

La condición, el pronóstico y el riesgo en 8 (80%)

La firma del médico en 9 (90%).

El resto de los elementos con un cumplimiento al 100%.

HOJA FRONTAL

Se registraron diez hojas frontales. Se reportó fecha de inactivación en nueve (90%)

NOTA DE INGRESO

Se reportaron 9 (90%), con el siguiente cumplimiento

Procedencia del paciente 8 (88,8%)

Interpretación de exámenes de laboratorio y gabinete así como plan de estudio en 8 (88,8%)

La condición, el riesgo y el pronóstico se registró en 6 (66,6%).

La firma del médico en ocho (88,8%)

El resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%.

NOTA DE REVISION

Se registraron seis (60%)

De estas 5 registraron fecha hora corroboración de datos de historia clínica y nota de ingreso, plan de estudio y criterios diagnósticos (83 3%)

Los criterios terapéuticos se registraron en cuatro (66 6%)

La condición riesgo, pronóstico y nombre del médico en 5 (83 3%)

La firma del médico en 4 (66 6%)

NOTAS DE EVOLUCION

Se registraron en total 102 de las cuales 101 registraron hora resultados de servicios auxiliares de diagnóstico, modificación al tratamiento y nombre del médico (99%)

La firma del médico se registró en 93 (91 1%)

La frecuencia cardíaca respiratoria, tensión arterial y temperatura en 35 (34 3%)

INDICACIONES MEDICAS

Se registraron 102 sin faltantes de estos el nombre del médico se encontró en 101 (99 0%) y la firma del médico en 93 (91 1%)

NOTAS DE INTERCONSULTA

Infectología	1
Endocrinología	1

Ninguna registró signos vitales

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Se registraron siete procedimientos invasivos, todos de hemodinamia

Nota preprocedimiento

Se registraron 6 (85 7%) El encabezado, servicio encargado diagnósticos riesgo quirúrgico cuidados y plan prequirúrgico, condición riesgo, pronóstico y firma del médico en 5 (83 3%)

El resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%

Nota preanestésica

Se encontraron cuatro (57 1%)

La condición riesgo pronóstico y firma del médico se registraron en 2 de estas cuatro (50%)

Nota postprocedimiento:

Se registraron siete con el siguiente cumplimiento

Encabezado	7 (100%)	Tratamiento transoperatorio	7
Fecha	7	Ayudantes	6 (85.7%)
Hora	7	Instrumentista	6 (85.7%)
Servicio encargado	7	Anestesiólogo	6 (85.7%)
Diagnóstico preoperatorio	5 (71.4%)	circulante	5 (71.4%)
Descripción de técnica quirúrgica	7	Plan de manejo postoperatorio	7
Hallazgos transoperatorios	7	Envío de piezas a patología	7
Reporte de gasas y compresas	5 (71.4%)	Condición	0
Incidentes y accidentes	7	Riesgo	0
Cuantificación de sangrado	7	Pronóstico	0
Servicios auxiliares transoperatorios	6 (85.7%)	Nombre del médico	7 (100%)
		Firma del médico	5 (71.4%)

Nota postanestésica:

Se registraron cinco (71.4%) De estas solo una reportó condición riesgo y pronóstico (20%), dos reportaron firma del médico (40%)

NOTA DE EGRESO

No se reportaron egresos

EXAMENES DE LABORATORIO

Se Realizaron en total 32 exámenes con el siguiente cumplimiento

Fecha	32 (100%)	Estudio solicitado	32
Hora	0	Interpretación	32
Identificación del paciente	32	Nombre completo de quien interpreta	0
Identificación del solicitante	32	Firma del responsable	32
Problema clínico en estudio	0		

EXAMENES DE GABINETE

Se realizaron 6 en total: una biopsia y cinco ecocardiogramas ninguno registró hora El resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%.

REGISTRO DE TRANSFUSION SANGUINEA

Se realizaron cuatro en total todas con registro

El número de unidades se registró en 3 (75%)

El volumen en dos (50%)

Identificación d de unidades en una (25%)

Tipo de componente 3 (75%)

Los signos vitales durante y después de la transfusión en 3 (75%)

El resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%

HOJAS DE ENFERMERIA

Se reportaron 102 sin faltantes De estas 95 contaron con gráfica de frecuencia cardiaca respiratoria y tensión arterial (93 1%) el resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se reportaron nueve documentos (90%)

De estos, la fecha y el evento que se autoriza se reportó en ocho (88 8%)

El nombre completo de dos testigos en 4 (44 4%) de un solo testigo en 5 (55 5%)

La firma de dos testigos se encontró en 5 (55 5%)

La firma de un solo testigo en 4 (44 4%)

HOJA DE INFORME AL FAMILIAR

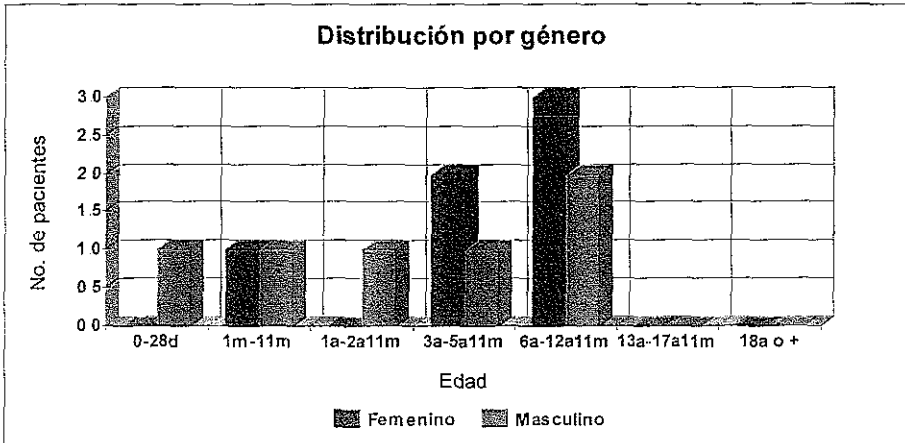
Se registró un cumplimiento del 100%

113

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TERAPIA QUIRURGICA

Número total de expedientes: doce (100%)



LEGIBILIDAD Y ORDEN

Se encontraron legibles 9 (75%), en orden 6 (50%)

NOTA INICIAL

Se encontraron en total doce notas iniciales.

De estas once registraron signos vitales (91.6%). El resto de elementos tuvo un cumplimiento del 100%

HISTORIA CLINICA

Se registraron once (91.6%) des estos solo una reportó interrogatorio por aparatos y sistemas (9.0%), el resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%.

HOJA FRONTAL

Se registraron doce. De estas 9 registraron enumeración de problemas clínicos y fecha de identificación de problemas clínicos (75%)

El resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%

NOTA DE INGRESO

Se reportaron un total de doce de estas siete registraron hora (58.3%) diez condición riesgo y pronóstico (83.3%) y nueve firma del médico (75.0%); el resto tuvo un cumplimiento del 100%.

NOTA DE REVISION

Se encontraron once (91.6%)

Nueve registraron condición, riesgo y pronóstico (81.8%)

El resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%

NOTA DE EVOLUCION

Se realizaron 112 notas de evolución correspondientes a los días de estancia hospitalaria

Se registró condición, pronóstico y riesgo en 108 notas (96 4%)

Los signos vitales se reportaron en 108 notas (96 4%)

INDICACIONES MEDICAS

Se Encontraron 111 (99 1%), el 100% reportó nombre del médico, 108 tuvieron firma (97 2%)

NOTAS DE INTERCONSULTA

Cirugía de tórax	1 (Sin condición, riesgo y pronóstico; sin signos vitales)
Oftalmología	1 (Sin condición, riesgo y pronóstico; sin signos vitales)
Gastroenterología	1 (Sin condición, riesgo y pronóstico; sin signos vitales)
Infectología	3 (Sin condición, riesgo y pronóstico, sin signos vitales)
Neurología	4 (Una (25%) registró fecha y hora así como condición, riesgo y pronóstico. Dos (50%) registraron signos vitales)
Total	10

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Se reportaron doce

Nota preoperatorio.

Se registraron doce Nueve reportaron condición riesgo y pronóstico (75%), la firma del médico se encontró en 10 (83 3%) El resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%

Nota preanestésica

Fueron reportadas doce, siete con condición riesgo y pronóstico (58 3%), once con firma del médico (91 6%) El resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%

Nota postoperatoria.

Se registraron doce de estas siete reportaron condición (58 3%) y seis riesgo y pronóstico (50%)

Nota postanestésica

Fueron registradas doce Siete reportaron condición (58 3%) riesgo y pronóstico en 9 (75 0%)

NOTA DE EGRESO

No se registraron egresos durante la captura de datos

EXAMENES DE LABORATORIO

Se realizaron en total 121(100%).

Fecha	118 (97.5%)	Estudio solicitado	121
Hora	11 (9.0%)	Interpretación	121
Identificación del paciente	121(100%)	Nombre completo de quien interpreta	16 (13.2%)
Identificación del solicitante	121	Firma del responsable	121
Problema clínico en estudio	15 (12.3%)		

EXAMENES DE GABINETE

Se realizaron en total 6

	Tomografía	Ultrasonido
Número	3 (100%)	3 (100%)
Fecha	3	3
Hora	0	0
Identificación del paciente	3	3
Identificación del solicitante	3	3
Problema clínico en estudio	3	3
Estudio solicitado	3	3
Interpretación	3	3
Nombre completo de quien interpreta	3	3
Firma del médico	2 (66.6%)	1 (33.3%)

REGISTRO DE TRANSFUSION SANGUINEA

Se registraron ocho con un cumplimiento del 100%

HOJAS DE ENFERMERIA

Se reportaron 112 con un cumplimiento del 100%

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se encontraron doce documentos (100%)

Diez registraron fecha (83.3%)

Una registró evento que se autoriza (8.3%)

Diez registraron nombre completo de dos testigos (83.3%)

Dos registraron solo un nombre de testigos (16.6%)

La firma de dos testigos se encontró en diez (83.3%)

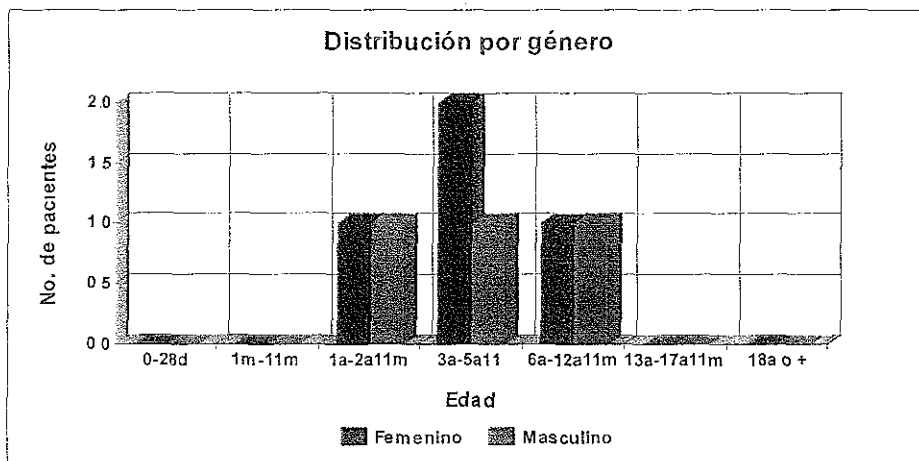
La firma de un testigo se encontró en dos (16.6%)

HOJA DE INFORME AL FAMILIAR

Se registró un cumplimiento del 100%

HEMATOLOGIA

Se revisaron siete expedientes



LEGIBILIDAD Y ORDEN

Cuatro se encontraron legibles (57.1%), cinco se encontraron en orden (71.4%)

NOTA INICIAL

Se registraron siete (100%), con un cumplimiento del 100 %

HISTORIA CLINICA

Se registraron seis (85.7%)

Dos registraron interrogatorio por aparatos y sistemas (28.5%)

La frecuencia cardiaca, respiratoria, y temperatura se registraron en 5 (83.3%), la tensión arterial en 4 (66.6%)

Los resultados previos de gabinete se registraron en 5 (83.3%)

La condición, el riesgo y el pronostico se registraron en dos (33.3%)

El riesgo de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%

HOJA FRONTAL

Se registraron siete, solo cinco con identificación del enfermo (83.3%)

NOTA DE INGRESO

Se registraron siete con el siguiente cumplimiento

Hara 5 (71.4%)

Interpretación de exámenes de laboratorio y gabinete en cinco (71.4%)

Plan de estudio en seis (85.7%)

Se encontraron abreviaturas en todas las notas

El resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%

NOTA DE REVISION

Se registraron cuatro (57 1%)

De estas cuatro tres registraron fecha hora y corroboración de datos de historia clínica y nota de ingreso (75%)

NOTA DE EVOLUCION

Se registraron 57 notas de 58 esperadas (98 2%)

De estas 57 trece (22 8%) registraron signos vitales

El resto de elementos tuvo un cumplimiento del 100%

INDICACIONES MEDICAS

Se Registraron 57 (98 2%) de 58 esperadas

Se encontró nombre del médico en las 57, y firma del médico en 46 (80 7%)

NOTAS DE INTERCONSULTA

INFECTOLOGÍA: Tres interconsultas el resumen de interrogatorio se registró en uno (33 3%) condición, riesgo y pronóstico en una (33 3%), no registró signos vitales

NEUROLOGIA: Sin signos vitales

OFTALMOLOGIA: Sin signos vitales sin condición riesgo y pronósticos sin hora ni servicio encargado

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

No se realizaron

NOTA DE EGRESO

No se registraron egresos

EXAMENES DE LABORATORIO

Se Realizaron diez

Ninguno registró hora problema clínico en estudio ni nombre de quien interpreta

EXAMENES DE GABINETE

Solo se realizó un ultrasonido con un cumplimiento al 100%

REGISTRO DE TRANSFUSION SANGUINEA

Se registraron 6 transfusiones de las cuales dos registraron número de unidades (33 3%), cuatro registraron volumen (66 6%) uno registró identificación de unidades (16 6%) cinco registraron el tipo de componente nombre del médico y firma (83 3%)

HOJAS DE ENFERMERIA

Se registraron 58 notas de enfermería 49 contaron con gráficas de frecuencia cardiaca, respiratoria tensión arterial y temperatura (84 4%) El resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se registraron cinco documentos (71.4%) De estos cinco tres registraron el título del documento y la fecha (60%) el evento que se autoriza se registró en cuatro documentos (80%) en dos se registró el nombre completo de dos testigos (40%) en un documento solo un nombre de testigo (20%) en dos ningún nombre (40%)

La firma de dos testigos en uno (20%) de solo uno en un documento (20%) y ninguna firma en tres (60%)

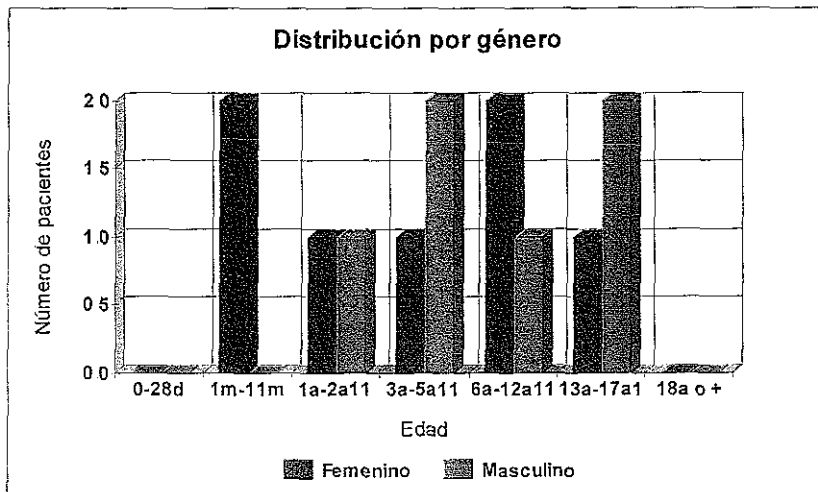
HOJA DE INFORME AL FAMILIAR

Se registró un cumplimiento del 83%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NEFROLOGIA

Se evaluaron trece expedientes.



LEGIBILIDAD Y ORDEN

Se encuentran legibles siete (53.8%), con orden cuatro (30.7%)

NOTA INICIAL

Se registran trece

Los signos vitales se encuentran registrados en once (91.6%)

HISTORIA CLINICA

Se registraron trece (100%)

De estos trece uno registró interrogatorio por aparatos y sistemas (7.6%)

Diez registraron condición, riesgo y pronóstico (76.9%)

Doce registraron firma del médico (92.3%).

HOJA FRONTAL

Se registraron trece (100%) con un cumplimiento del 100% de sus elementos.

NOTA DE INGRESO

Se registraron trece (100%) con el siguiente cumplimiento:

Fecha: doce (92.3%)

Hora: once (84.6%)

Condición riesgo y pronóstico: once (84.6%)

Nombre del médico: doce (92.3%)

Firma del médico: diez (76.9%)

Servicio: doce (92.3%)

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

NOTA DE REVISION

Se Registraron en total 13 (100%)
La condición pronóstico y riesgo se registró en 6 (46 1%)
La firma del médico en seis (46 1%)

NOTA DE EVOLUCION

Se realizaron en total 101(91 8%) notas de evolución de 110 esperadas
De las presentes, 99 registraron condición y riesgo (98 0%)
El pronóstico se encontró en 100 (99 0%)
LA firma del médico en 70 (69 3%)
Los signos vitales en 87 (86 1%)

INDICACIONES

Se registraron 110 correspondientes a los días de estancia hospitalaria
De estas 107 registraron nombre del médico (97 2%), y 60 firma del médico (54 5%)

NOTAS DE INTERCONSULTA

Urología	2
Infectología	8
Cirugia	3
Otorrinolaringología	1
Gastroenterología	2
Dermatología	1
Oftalmología	1
Medicina interna	1
Neurología	1
Endocrinología	1
Cardiología	1
Total	22

Urología: Solo una registró hora resumen de interrogatorio y exploración física y resultados de servicios auxiliares de diagnóstico (50%), ninguna registró condición riesgo pronóstico y signos vitales

Infectología: De ocho siete registraron resumen de interrogatorio y exploración física (87 5%) así como sugerencias de plan de estudio Seis registraron condición riesgo y pronóstico (75%) ninguna registró signos vitales

Cirugía: De tres, dos registraron resultados de servicios auxiliares de diagnóstico, condición riesgo, pronóstico y firma del médico (66 6%)

Otorrinolaringología: Sin signos vitales

Gastroenterología: Sin signos vitales

Dermatología: Sin condición , riesgo pronóstico ni signos vitales

Oftalmología: Sin registro de criterios diagnósticos motivo de consulta sugerencias de plan

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

de estudio sugerencias terapéuticas condición riesgo pronóstico y signos vitales

Medicina Interna: Sin condición riesgo y pronóstico

Neurología endocrinología y cardiología sin signos vitales

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Se realizaron dos

Nota preoperatorio

Se encontraron dos, con cumplimiento del 100% de sus elementos

Nota preanestesia.

Se encontraron dos sin condición riesgo y pronóstico

Nota postoperatoria

Se registraron dos de estos solo una registró descripción de técnica quirúrgica, hallazgos transoperatorios, cuantificación del sangrado instrumentista, anestesiólogo circulante condición riesgo, pronóstico, nombre del médico y firma del médico (50%) Ninguna registró reporte de gasas y compresas

Nota postanestésica

Se registraron dos sin condición, riesgo y pronóstico

NOTA DE EGRESO

Se registró solo una con un cumplimiento del 100%

EXAMENES DE LABORATORIO

Se realizaron 325

Fecha	300 (92.3%)	Estudio solicitado	325 (100%)
Hora	0	Interpretación	325
Identificación del paciente	323 (99.3%)	Nombre completo de quien interpreta	28 (8.6%)
Identificación del solicitante	320 (98.4%)	Firma del responsable	320 (98.4%)
Problema clínico en estudio	32 (9.8%)		

EXAMENES DE GABINETE

Se realizaron en total 14

Ultrasonido: Se efectuaron 9 ninguna registró hora siete registraron firma(77.7%)

Gammagrama: Se realizó uno sin hora

Biopsia: dos, sin hora

Pielografía: una sin hora, sin firma

Electroencefalograma: una sin hora sin firma

NOTAS DE TRANSFUSIÓN SANGUINEAS

No se realizaron transfusiones

NOTAS DE ENFERMERIA

Se registraron 110 sin faltantes

Se encontró gráfica de signos vitales en 109 (99.0%)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se registraron once documentos (84.6%)

De estos ocho registraron fecha (72.7%).

Diez registraron el evento que se autoriza (90.9%)

Cinco el nombre completo de dos testigos (45.4%)

Seis el nombre completo de un testigo (54.6%)

Cinco la firma de dos testigos (45.4%)

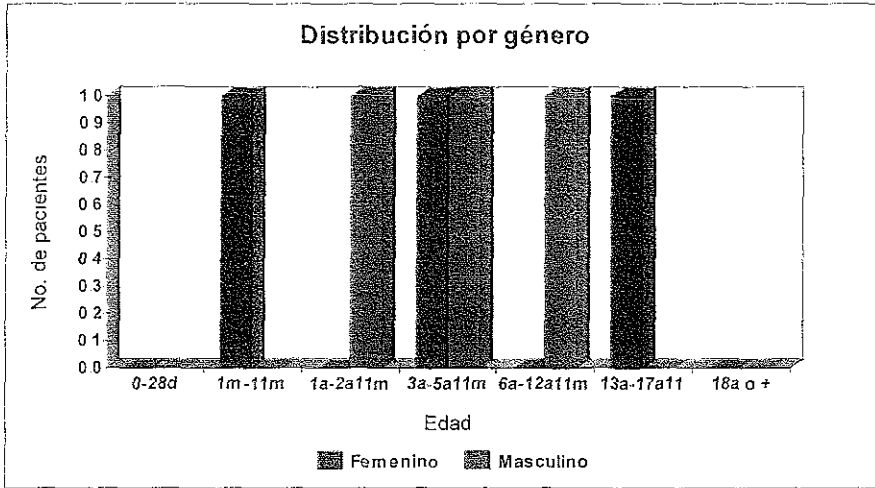
Seis la firma de un testigo (54.6%)

HOJA DE INFORME AL FAMILIAR

Se registró un cumplimiento del 81%

NEUROLOGIA

Se revisaron en total seis expedientes



LEGIBILIDAD Y ORDEN

Los seis expedientes fueron legibles (100%), cinco estuvieron en orden (83.3%)

NOTA INICIAL

Los 6 expedientes contaron con nota inicial (100%)

Cinco expedientes registraron condición, riesgo pronóstico talla y perímetro cefálico (83.3%)

El resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%

HISTORIA CLINICA

Se registraron seis historias clínicas, con el siguiente cumplimiento

Ficha de identificación en cinco (83.3%)

Sin registro de interrogatorio por aparatos y sistemas

El registro de resultados previos de laboratorio, actuales de laboratorio actuales de gabinete y previos de gabinete en tres (50%)

Los diagnósticos se registraron en cinco (83.3%)

Condición, riesgo y pronóstico fue registrado en dos (33.3%)

El nombre del médico y la firma en tres (50%)

El resto de elementos tuvo un cumplimiento del 100%

HOJA FRONTAL

Se encontraron cinco hojas frontales (83.3%)

De estas cinco hojas, tres registraron identificación de problemas (60%)

La fecha de inactivación se encontró en 4 (80%)

NOTA DE INGRESO

Se registraron seis en total
Encabezado en cinco (83 3%)
Hora 4 (80%)
Procedencia del paciente 5 (83 3%)
Diagnósticos 5 (83 3%)
Nombre del médico y firma 5 (83 3%)
Se encontraron abreviaturas en todas las notas 6 (100%)
El resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%

NOTA DE REVISION

Se encontraron 5 (83 3%) Con un cumplimiento de elementos del 100%

NOTA DE EVOLUCION

De 73 esperadas se encontraron 71 (97 2%) con el siguiente cumplimiento
Actualización del cuadro clínica 70 (98 5%)
Diagnósticos 69 (97 1%)
Condición riesgo y pronóstico 70 (98 5%)
Nombre del médico 69 (97 1%)
Firma del médico 66 (92 9%)
Signos vitales 49 (69 0%)

INDICACIONES MEDICAS

Se registraron 69 (94 5%), de estas 68 registraron nombre del médico (98 5%) la firma se registró en 63 (91 3%)

NOTAS DE INTERCONSULTA

Infectología	1 (Sin reporte de resumen de exploración física condición riesgo, pronóstico y signos vitales).
Gastroenterología	3 (Solo uno reportó resultado de interrogatorio y exploración física así como condición riesgo y pronóstico (33 3%) ninguno reportó signos vitales).
Unidad de terapia intensiva	1 (Sin signos vitales)
Neumología	1 (Sin signos vitales)
Potenciales evocados	1 (sin hora, condición, riesgo pronóstico y signos vitales).
Total	7

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

No se registraron procedimientos quirúrgicos

NOTA DE EGRESO

Sin registro de egresos

EXAMENES DE LABORATORIO

Se realizaron en total 74 exámenes de laboratorio

Fecha	72 (97.2%)	Estudio solicitado	74
Hora	0	Interpretación	74
Identificación del paciente	74 (100%)	Nombre completo de quien interpreta	7 (9.4%)
Identificación del solicitante	73 (98.6%)	Firma del responsable	73 (98.6%)
Problema clínico en estudio	0		

EXAMENES DE GABINETE

Se realizaron tres en total dos tomografías y un electroencefalograma ninguno registró hora ni firma

REGISTRO DE TRANSFUSION SANGUINEA

Se realizó una, con un cumplimiento del 100% de sus elementos

HOJA DE ENFERMERIA

Se registraron 73, de las cuales 67 tuvieron nombre del enfermero (91.7%) seis gráficas de frecuencia respiratoria, cardíaca y tensión arterial (8.2%)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se registraron cinco (83.3%), se encontró fecha en cuatro (80%) nombre completo de un testigo en tres (60%) sin nombre dos (40%) La firma de dos testigos se encontró en uno (20%) de uno solo en 3 (60%), de ninguno en uno (20%)

HOJA DE INFORME AL FAMILIAR

Se registró un cumplimiento del 91%

OTORRINOLARINGOLOGIA

Se revisaron cuatro expedientes

GENERO	Femenino	Masculino
0-28d	0	0
1m-11m	0	0
1a-2a11m	1	0
3a-5a11m	0	1
6a-12a11m	1	0
13a-17a11m	1	0
18a o +	0	0

LEGIBILIDAD Y ORDEN

Dos expedientes fueron legibles (50%)

Un expediente tuvo orden (25%)

NOTA INICIAL

Se registraron cuatro notas, con el siguiente cumplimiento

Condición, riesgo y pronóstico en tres notas (75%)

El resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%

HISTORIA CLINICA

Se registraron cuatro historias clínicas (100%), con el siguiente cumplimiento

Ninguna registró interrogatorio por aparatos y sistemas

Signos vitales en dos (50%)

Resultados previos y actuales de laboratorio previos y actuales de gabinete en tres (75%).

La condición el riesgo y el pronóstico no se registró en ninguno

La firma del médico se registró en tres (75%)

El resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%

HOJA FRONTAL

Se registraron tres (75%), con el siguiente cumplimiento

Enumeración de problemas clínicos: uno (25%)

Fecha de identificación de problemas clínicos: uno (25%)

Fecha de inactivación: tres (75%)

NOTA DE INGRESO

Se registraron en total cuatro notas, con el siguiente cumplimiento

Encabezado: tres (75%)

Fecha: tres (75%)

Hora: uno (25%)

Procedencia del paciente: dos (50%)

Resumen del interrogatorio: tres (75%)

Resumen de exploración física: dos (50%);

Interpretación de exámenes de laboratorio y gabinete: tres (75%)

Condición, riesgo y pronóstico: tres (75%)

El resto de los elementos se cumplió al 100%

NOTA DE REVISION

Se registraron tres (75%) con un cumplimiento del 100%

NOTA DE EVOLUCION

Se registraron 16 notas de evolución, con el siguiente cumplimiento

Condición, riesgo y pronóstico se registraron en 13 expedientes (81 2%).

La firma del médico en 15 (93 7%)

Los signos vitales en once (68 7%)

INDICACIONES

Se registraron 16 indicaciones sin faltantes Se registró firma del médico en 13 (81 2%)

NOTAS DE INTERCONSULTA

Hematología	1 (100% de cumplimiento)
Infectología	1 (Sin signos vitales)
Gastroenterología	1 (Sin signos vitales)
Total	3

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Se realizaron cuatro en total

Nota preoperatoria:

Se registró una (25%) con un cumplimiento del 100%

Nota preanestésica:

Se registraron cuatro en total (100%)

Condición, riesgo y pronóstico se registró en tres expedientes (75%)

Nota postoperatoria:

Se registraron cuatro notas con el siguiente cumplimiento:

Fecha: tres (75%)

Hora: tres (75%)

Descripción de técnica quirúrgica : tres (75%)

Hallazgos transoperatorios: tres (75%)

Reporte de gasas y compresas: dos (50%)

Envío de piezas a patología condición riesgo y pronóstico: tres (75%)

Nota postanestésica:

Se registraron cuatro ninguna con condición pronóstico y riesgo

NOTA DE EGRESO:

Se registró un egreso, el cual no reportó hora ni firma

EXAMENES DE LABORATORIO

Se realizaron 18 en total, de los cuales 15 registraron fecha (83 3%) ninguno registró problema clínico en estudio ni el nombre de quien lo interpretó

EXAMENES DE GABINETE

No se realizaron

REGISTRO DE TRANSFUSION SANGUINEA

Se registraron dos con un cumplimiento del 100%

HOJAS DE ENFERMERIA

Se registraron 16 en total sin faltantes. Las gráficas de frecuencia cardíaca respiratoria y tensión arterial se encontraron ausentes. El resto de elementos tuvo un cumplimiento del 100%

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se registraron cuatro documentos con el siguiente cumplimiento:

Fecha: tres (75%)

Evento que se autoriza: cero

Nombre completo de dos testigos: dos (50%)

Sin nombre de testigos: dos (50%).

Firma de dos testigos: tres (75%)

Firma de un testigo: uno (25%)

HOJA DE INFORME AL FAMILIAR

Se registró un cumplimiento del 82%

CIRUGIA PLASTICA

Se registraron seis

GENERO	Femenino	Masculino
0-28d	0	0
1m-11m	0	0
1a-2a11m	1	1
3a-5a11m	1	1
6a-12a11m	1	1
13a-17a11m	0	0
18a o +	0	0

LEGIBILIDAD Y ORDEN

Se registraron dos expedientes legibles (33 3%) y dos en orden (33 3%)

NOTA INICIAL

Se registraron seis notas iniciales (100%), con el siguiente cumplimiento:

Hora: cinco (83 3%)

Resultados de auxiliares de diagnóstico y tratamiento: cinco (83 3%)

Condición riesgo y pronóstico: dos (33 3%)

Firma: cinco (83 3%)

Frecuencia cardiaca: 4 (66 6%)

Frecuencia respiratoria: 3 (50%)

Tensión arterial: dos (33 3%)

Temperatura: dos (33 3%)

Peso: cuatro (66 6%)

Talla: tres (50%)

Condición riesgo y pronóstico: cero

Firma del médico: cuatro (66 6%)

El resto de elementos con un cumplimiento del 100%

HOJA FRONTAL

Se registraron en total seis

Enumeración de problemas clínicos	2 (33.3%)
Fecha de identificación de problemas clínicos	2 (33.3%)
Fecha de inactivación	2 (33.3%)

El resto de elementos tuvo un cumplimiento del 100%

NOTA DE INGRESO

Se registraron en total cinco (83.3%) con el siguiente cumplimiento:

Hora: tres (60%)

Procedencia del paciente: cuatro (80%)

Interpretación de exámenes de laboratorio gabinete condición riesgo y pronóstico : tres (60%)

La firma del médico en cuatro (80%)

NOTA DE REVISION

Se registraron tres (50%), con el siguiente cumplimiento:

Encabezado corroboración de datos de historia clínica y nota de ingreso y criterios terapéuticos en 5(83.3%)

Condición riesgo y pronóstico en cuatro (66.6%)

NOTA DE EVOLUCION

Se registraron 14 notas (82.3%) de 17 esperadas en base a los días de estancia hospitalaria, con el siguiente cumplimiento

Condición riesgo y pronóstico: ocho (57.1%)

Firma: once (78.5%)

Frecuencia cardiaca, respiratoria y tensión arterial: cinco (35.7%)

Temperatura: seis (42.8%)

INDICACIONES

Se han registrado 17 sin faltantes

Siete registraron firma del médico (50%)

NOTAS DE INTERCONSULTA

No se registraron

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Se realizaron en total tres procedimientos

Nota preoperatoria:

Se registraron tres con un cumplimiento del 100%

Nota preanestesia:

Se registraron tres

Dos (66.6%) registraron hora

Condición, riesgo y pronóstico: cero

Nota postoperatoria:

Se registraron tres con el siguiente cumplimiento

Hora: dos (66.6%)

Registro de gasas y compresas: uno (33.3%)

Incidentes y accidentes cuantificación del s: grado: dos (66.6%)

Condición riesgo y pronóstico: cero

El resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%

Nota postanestésica:

Se registraron tres de las cuales una registró condición riesgo y pronóstico (33.3%)

NOTA DE EGRESO

No se registraron egresos

EXAMENES DE LABORATORIO

Se realizaron 19 exámenes de laboratorio

Fecha	10 (52.6%)	Estudio solicitado	0
Hora	4 (21.0%)	Interpretación	0
Identificación del paciente	19 (100%)	Nombre completo de quien interpreta	5 (26.3%)
Identificación del solicitante	17 (89.4%)	Firma del responsable	19 (100%)
Problema clínico en estudio	0		

NO SE REGISTRARON EXAMENES DE GABINETE NI TRANSFUSIONES SANGUINEAS

HOJAS DE ENFERMERIA

Se registraron 17 notas de enfermería sin faltantes

Quince registraron nombre del enfermero (88.2%)

No se registraron gráficas de frecuencia cardíaca, respiratoria y tensión arterial en ninguna nota

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se registraron seis documentos

El evento que se autoriza se registró en tres (50%)

El nombre completo de dos testigos se registró en un documento (16.7%)

El nombre de un solo testigo en uno (16.7%)

El nombre de ningún testigo: cuatro (66.6%)

La firma de dos testigos : cinco (83.3%)

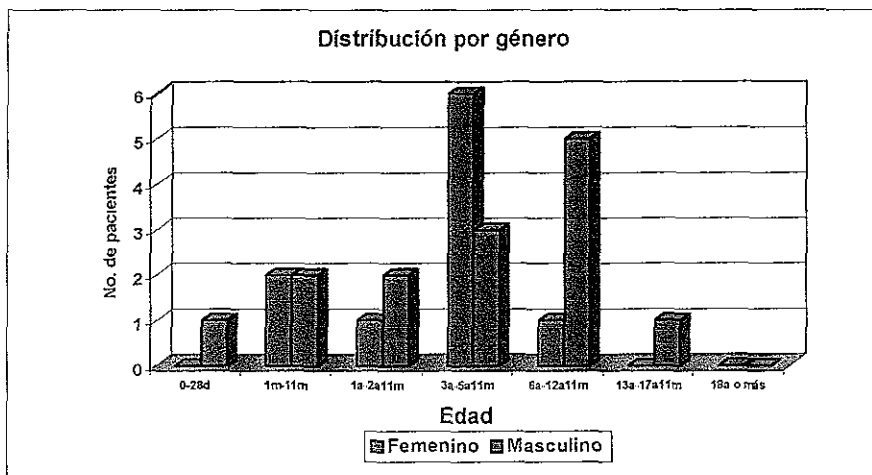
La firma de un testigo: uno (16.7%)

HOJA DE INFORME AL FAMILIAR

Se registró un cumplimiento del 86%

INFECTOLOGIA.

Se evaluaron 24 expedientes.



LEGIBILIDAD Y ORDEN

De 24 expedientes, 22 fueron legibles (91.6%) y diez estuvieron en orden (41.6%).

NOTA INICIAL

Se registraron 24 notas, con el siguiente cumplimiento:

Condición, riesgo, pronóstico y signos vitales en 23 (95.8%).

HISTORIA CLINICA

Se registraron 23 historias clínicas (95.8%).

El interrogatorio por aparatos y sistemas se registró en once (45.8%).

Los resultados previos de laboratorio en 23 (95.8%).

La terapéutica empleada 23 (95.8%).

Condición, riesgo y pronóstico: doce (50%).

Nombre del médico: 23 (95.8%).

Firma del médico: 23 (95.8%).

El resto de los elementos con un cumplimiento del 100%.

HOJA FRONTAL

Se registraron en total 24 con el siguiente cumplimiento:

Enumeración de problemas clínicos: 23 (95.8%)

Fecha de identificación de problemas clínicos: 21 (87.5%)

Fecha de inactivación: 23 (95.8%)

NOTA DE INGRESO

Se registraron en total 24 notas con el siguiente cumplimiento

Condición riesgo y pronóstico: 23 (95 8%9

Firma: 21 (87 5%)

el resto de los elementos con un cumplimiento del 100%

NOTA DE REVISION

Se registraron 20 (83 3%) con un cumplimiento del 100%

NOTAS DE EVOLUCION

Se registraron 268 de 273 esperadas (98 1%)

El 99 6% (267) registraron fecha

Hora: 267 (99 6%)

Diagnósticos: 267 (99 6%)

Condición riesgo y pronóstico: 266 (99 2%)

Nombre del médico: 265 (98 8%)

Firma del médico: 238 (88 8%)

Los signos vitales se registraron en 256 (95 5%)

INDICACIONES MEDICAS

Se registraron 272 (99 6%)

El nombre del médico se registró en 264 (97 0%)

La firma del médico se registró en 221 (81 2%)

NOTAS DE INTERCONSULTA

Neurología	1
Oftalmología	4
Unidad de terapia intensiva	1
Neurocirugía	3
Neumología	1
Cirugía	7
Oncología	7
Gastroenterología	2
Otorrinolaringología	2
Nefrología	4
Rehabilitación	1
Infectología	1
Ortopedia	2
Total	36

Neurología: No registró signos vitales

Oftalmología: Tres reportaron fecha, servicio encargado criterios diagnósticos resumen de exploración física y firma del médico (75%) Dos registraron hora y resultados de servicios auxiliares de diagnóstico (50%), uno reportó resumen de interrogatorio (25%) ninguno registró signos vitales

Unidad de terapia intensiva: cumplimiento del 100%

Neurocirugía: Sin signos vitales sin condición riesgo y pronostico

Neumología: Sin signos vitales, ni firma

Cirugía: Cuatro registraron condición riesgo y pronóstico(57.1%) ninguna registró signos vitales

Oncología: Seis registraron fecha hora condición riesgo y pronóstico (85.7%) sin signos vitales

Gastroenterología: Sin signos vitales

Otorrinolaringología: Sin signos vitales

Nefrología: Sin condición, Riesgo pronóstico y signos vitales

Rehabilitación: sin signos vitales sin condición riesgo y pronóstico

Ortopedia: Sin signos vitales

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Se realizaron nueve

Nota preoperatorio

Se registraron ocho (88.8%) de ellos cinco registraron condición riesgo y pronóstico (62.5%) seis reportaron firma del médico 6(75%)

Nota preanestésica

Se registraron ocho, sin condición riesgo y porno ático

Nota postoperatoria

Se registraron nueve (100%) con el siguiente cumplimiento

Hora servicio encargado servicios auxiliares transoperatorios ayudantes anestesiólogo envío de piezas a patología: ocho (88.8%)

Cuantificación del sangrado y firma del médico: siete(77.7%)

Reporte de gasas y compresas: seis (66.6%)

Instrumentista, circulante: cuatro (44.4%)

Condición riesgo y pronóstico: uno (11.1%)

El resto de los elementos tuvo un cumplimiento del 100%

Nota postanestésica:

Se registraron cinco (55.5%)

De estas ninguna registró condición riesgo y pronóstico La firma del médico se registró en tres (60%)

NOTA DE EGRESO

Se registró una con un cumplimiento al 100%

EXAMENES DE LABORATORIO

Se realizaron en total 492 exámenes de laboratorio

Fecha	488 (99.1%)	Estudio solicitado	490 (99.5%)
Hora	cero	Interpretación	492 (100%)
Identificación del paciente	490(99.5%)	Nombre completo de quien interpreta	12 (2.4%)
Identificación del solicitante	490 (99.5%)	Firma del responsable	492 (100%)
Problema clínico en estudio	cero		

EXAMENES DE GABINETE

Ultrasonido	5 (sin hora)
Electroencefalograma	2 (sin firma, sin hora)
Tomografía	4 (sin hora)
Gammagrama	2 (sin hora)
Biopsia	1 (sin hora)
Ecocardiograma	2 (sin hora)
Urografía	1 (sin hora)
Total	17

REGISTRO DE TRANSFUSION SANGUINEA

Se Registraron 14 en total con el siguiente cumplimiento

Volumen: trece (92 8%)

Identificación de unidades: once (78 5%)

Tipo de componente: trece (92 8%)

Nombre del médico: doce (85 7%)

Firma del médico: trece (92 8%)

Signos vitales antes de la transfusión sanguínea: trece (92 8%)

El resto de los elementos tiene un cumplimiento del 100%

HOJAS DE ENFERMERIA

Se reportaron 273 notas de enfermería de estos 271 registraron el nombre del enfermero (99 2%) y 107 cuentan con gráfica de signos vitales (39 1%)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se registraron 22 documentos (91 6%), registraron fecha 15 (68 2%) evento que se autoriza 16(72 7%)

SE registró el nombre completo de dos testigos en trece (59 0%) de uno en ocho (36 3%) de ninguno en uno (4 5%)

La firma de dos testigos se registró en 14 (63 7%), de un testigo (31 8%) de ninguno en uno (4 5%)

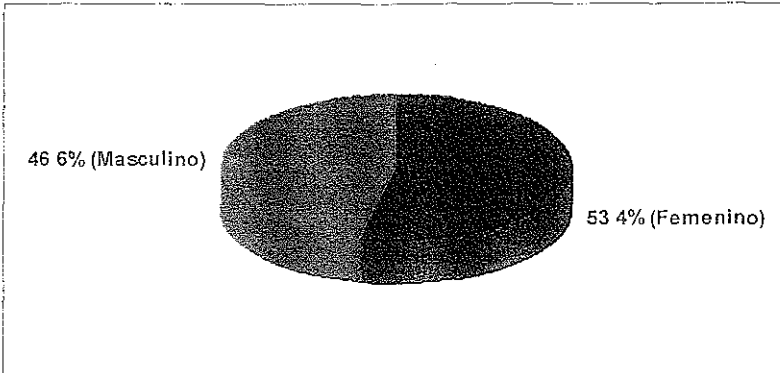
HOJA DE INFORME AL FAMILIAR

Se registró un cumplimiento del 93%

RESULTADOS GLOBALES

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

RÉSULTADOS GLOBALES



LEGIBILIDAD: 71.0%

ORDEN: 55.4%

NOTA INICIAL

Se registró el 100% (296)

Identificación de la Unidad Médica	100%	Diagnósticos	100%
Fecha	99.9%	Resultados de auxiliares de diagnóstico	98.7%
Hora	98.0%	Tratamiento	98.9%
Ficha de identificación del paciente	99.9%	Condición	84.5%
Motivo de consulta	100%	Riesgo	84.5%
Interrogatorio	99.7%	Pronóstico	84.5%
Exploración Física	99.9%	Nombre del médico	99.3%
		Firma del médico	97.0%

Frecuencia cardíaca	92.5%
Frecuencia respiratoria	89.9%
Tensión arterial	88.7%
Temperatura	88.1%

Peso	96.2%
Talla	92.7%
Perimetro cefálico	93.5%

HISTORIA CLINICA

Se registraron 93.9%

Ficha de identificación	99.4%	Región perineal	99.9%
Antecedentes heredofamiliares	100%	Extremidades	99.9%
Antecedentes personales no patológicos	100%	Resultados previos de laboratorio	94.8%
Antecedentes personales patológicos	100%	Resultados actuales de laboratorio	94.1%
Padecimiento actual	100%	Resultados previos de gabinete	94.1%
Interrogatorio por aparatos y sistemas	30.2%	Resultados actuales de gabinete	94.1%
Frecuencia cardíaca	93%	Terapéutica empleada	99.5%
Frecuencia respiratoria	93.6%	Diagnósticos	98.0%
Tensión arterial	94.3%	condición	56.17%
Temperatura	94.3%	Riesgo	56.17%
Habitus exterior	99.9%	Pronóstico	56.17%
Cabeza	99.9%	Nombre del médico	93.7%
Cuello	99.9%	Firma del médico	93.5%
Tórax	99.9%	Servicio encargado.	99.8%
Abdomen	99.9%	CUMPLIMIENTO GLOBAL	90.8%

HOJA FRONTAL

El porcentaje global de cumplimiento para la hoja frontal fue de 94.4%

Identificación de unidad de salud	100%
Identificación del enfermo	96.3%
Enumeración de problemas clínicos	86.2%
Fecha de identificación de problemas clínicos	81.2%
Fecha de inactivación	85.9%

NOTA DE INGRESO

El porcentaje de cumplimiento global para la nota de ingreso fue de 97.7%

Encabezado	98.3%	Plan de estudio	97.0%
Fecha	99.4%	Terapéutica inicial	99.9%
Hora	89.6%	Abreviaturas	99.9%
Procedencia del paciente	94.8%	Condición	84.3%
Resumen de interrogatorio	99.4%	Riesgo	81.6%
Resumen de exploración física	99.4%	Pronóstico	81.7%
Diagnósticos	98.8%	Nombre del médico	97.6%
Interpretación de exámenes de laboratorio	94.3%	Firma del médico	88.3%
Interpretación de exámenes de gabinete	94.3%	Servicio encargado	98.6%

NOTA DE REVISION

Las notas de revisión estuvieron presentes en el 70.4% con un cumplimiento global de 95.2%

Encabezado	98.9%	Criterios diagnósticos	98.9%
Fecha	97.2%	Criterios terapéuticos	96.8%
Hora	96.9%	Condición	87.3%
Corroboración de datos de historia clínica	96.3%	Riesgo	87.3%
Corroboración de datos de nota de ingreso	96.3%	Pronóstico	87.4%
Plan de estudio	98.8%	Nombre del médico	98.5%
Servicio encargado	100%	Firma del médico	92.8%

NOTA DE EVOLUCION

Se realizaron un total de 4241 (97.4%) con un cumplimiento de 90.7%

Encabezado	99.8%	Pronóstico	92.0%
Fecha	99%	Nombre del médico	98.5%
Hora	98.15	Firma del médico	92.0%
Servicio encargado	99.7%	Frecuencia cardiaca	70%
Actualización del cuadro clínico	95.9%	Frecuencia respiratoria	70.5%
Resultados de servicios auxiliares de diagnóstico	99.3%	Tensión arterial	70.5%
Modificaciones al tratamiento	99.5%	Temperatura	70.8%
Diagnósticos	96%	Indicaciones médicas	99.4%
Condición	92.1%	Nombre en indicaciones	94.1%
Riesgo	92%	Firma en indicaciones	85.2%

NOTAS DE INTERCONSULTA

Oncología	17(10.1%)	UCIN	2(1.2%)
Cardiología	6(3.5%)	UTIP	4(2.3%)
Neurología	10(5.9%)	Otorrinolaringología	3(1.7%)
Neurocirugía	4(2.3%)	Potenciales evocados	1(0.5%)
Cirugía	21(12.5%)	Hematología	10(5.9%)
Dermatología	4(2.3%)	Nefrología	11(6.5%)
Medicina Interna	2(1.2%)	Neumología	3(1.7%)
Cirugía tórax	1(0.5%)	Cirugía cardiovascular	2(1.2%)
Oftalmología	6(3.5%)	Rehabilitación	4(2.3%)
Urología	2(1.2%)	Radioterapia	1(0.5%)
Infectología	35(20.8%)	Ortopedia	3(1.7%)
Gastroenterología	10(5.9%)	Transplante de médula ósea	2(1.2%)
Endocrinología	4(2.3%)	Total	168(100%)

El cumplimiento promedio de los elementos de las notas de interconsulta fue de 70.4%

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Se realizaron un total de 59.

NOTA PREOPERATORIA

Se registró el 76.1%, con un cumplimiento global de 89.9%

Encabezado	98.6%	Riesgo quirúrgico	98.8%
Fecha	98.9%	Cuidados y plan prequirúrgico	98.6%
Hora	98.7%	Condición	60.4%
Servicio encargado	98.8%	Riesgo	60.4%
Fecha para cirugía	99.8%	Pronóstico	60.6%
Diagnósticos	91.6%	Nombre del médico	99.7%
Tipo de cirugía	100%	Firma del médico	93.8%

NOTA PREANESTESICA

Se registró el 93.9%, con un cumplimiento de 78.2%.

Encabezado	100%	Medicación preanestésica	100%
Fecha	99.9%	Condición	15.9%
Hora	93.6%	Riesgo	15.9%
Servicio encargado	99.5%	Pronóstico	15.9%
Tipo de anestesia	100%	Nombre del médico	100%
Riesgo anestésico	100%	Firma del médico	98.2%

NOTA POSTOPERATORIA

Se registró 98.3% con un cumplimiento global de 82.4%.

Encabezado	100%	Tratamiento transoperatorio	100%
Fecha	98.2%	Ayudantes	89.4%
Hora	68.4%	Instrumentista	74.3%
Servicio encargado	98.4%	Anestesiólogo	79.3%
Diagnóstico preoperatorio	89.9%	Circulante	74.1%
Descripción de técnica quirúrgica	93.6%	Plan de manejo postoperatorio	92.7%
Hallazgos transoperatorios	94.3%	Envío de piezas a patología	95.9%
Reporte de gases y compresas	65.5%	Condición	38.3%
Incidentes y accidentes	93.9%	Riesgo	37.9%
Cuantificación de sangrado	91.8%	Pronóstico	37.8%
Servicios auxiliares transoperatorios	96.8%	Nombre del médico	99.8%
		Firma del médico	85.0%

NOTA POSTANESTESICA

Se registraron 94.7% con un cumplimiento global de 84.2%

Encabezado	100%	Derivados hemáticos utilizados	100%
Fecha	100%	Soluciones intravenosas utilizadas	100%
Hora	99.8%	Plan terapéutico	100%
Servicio encargado	99.8%	Condición	18.4%
Tipo de anestesia	100%	Riesgo	19.0%
Medicamentos utilizados	100%	Pronóstico	19.0%
Duración de la anestesia	100%	Nombre del médico	99.6%
Incidentes y accidentes	99.9%	Firma del médico	91.7%

NOTA DE EGRESO

Se evaluaron en total 38, con un cumplimiento global de 95.9%

Encabezado	100%	Manejo durante la estancia hospitalaria	100%
Fecha	100%	Problemas clínicos	100%
Hora	88.8%	Plan de manejo ambulatorio	100%
Servicio encargado	100%	Recomendaciones ambulatorias	100%
Fecha de ingreso	100%	Condición	81.4%
Fecha de egreso	100%	Riesgo	87.0%
Motivo de egreso	100%	Pronóstico	87.0%
Diagnósticos finales	100%	Nombre del médico	100%
Resumen de evolución	100%	Firma del médico	82.9%

EXAMENES DE LABORATORIO

Se realizaron en total 4761 exámenes

Fecha	94.4%	Estudio solicitado	93.6%
Hora	26.7%	Interpretación	93.7%
Identificación del paciente	99.7%	Nombre completo de quien interpreta	17.9%
Identificación del solicitante	98.7%	Firma del responsable	98.1%
Problema clínico en estudio	23.5%	CUMPLIMIENTO GLOBAL	71.8%

EXAMENES DE GABINETE

Se realizaron en total 173 con un cumplimiento global de 86.3%

TIPO DE EXAMEN	US	UROGRAFIA	EEG	TAC
Fecha	100%	100%	100%	100%
Hora	8.8%	CERO	CERO	CERO
Identificación del paciente	100%	100%	100%	100%
Identificación del solicitante	100%	100%	100%	100%
Problema clínico en estudio	100%	100%	100%	100%
Estudio solicitado	100%	100%	100%	100%
Interpretación	100%	100%	100%	100%
Nombre completo del que interpreta	100%	100%	100%	100%
Firma del médico	86.4%	50%	78.2%	86.7%

US = ultrasonido, EEG = electroencefalograma, TAC = tomografía axial computada

TIPO DE EXAMEN	ECO	GAMMA	BIOPSIA	RMN	SEGD
Fecha	100%	100%	100%	100%	100%
Hora	cero	cero	cero	cero	cero
Identificación del paciente	100%	100%	100%	100%	100%
Identificación del solicitante	100%	100%	100%	100%	100%
Problema clínico en estudio	100%	100%	100%	100%	100%
Estudio solicitado	100%	100%	100%	100%	100%
Interpretación	100%	100%	100%	100%	100%
Nombre completo del que interpreta	100%	100%	100%	100%	100%
Firma del médico	100%	87.5%	88.3%	100%	100%

ECO = ecocardiograma. GAMMA = gammagrama, RMN = resonancia magnética nuclear, SEGD = serie esofagoduodenal.

REGISTRO DE TRANSFUSION SANGUINEA

Se registró el 99% de las transfusiones

Número de unidades	88.3%
Volumen	89%
Identificación de unidades	70.3%
Tipo de componente	91.8%
Nombre del médico	97.1%
Firma del médico	95.4%
Signos vitales antes de transfusión	97.3%
Signos vitales durante transfusión	95.0%
Signos vitales después transfusión	95.8%
Tipo de reacciones adversas	98.8%
Tratamiento de reacciones adversas	98.8%
CUMPLIMIENTO GLOBAL	92.5%

FALLA DE ORIGEN

HOJAS DE ENFERMERIA

Se encontró el 99.9% de las notas esperadas en base a los días de estancia intrahospitalaria

Habitus exterior	100%
Procedimientos realizados	100%
Observaciones	100%
Nombre del enfermero	98.0%
Gráficas de signos vitales	
Frecuencia cardíaca	51.1%
Frecuencia respiratoria	51.9%
Tensión arterial	46.1%
Temperatura	91.7%
Administración de medicamentos	
Fecha	99.9%
Hora	100%
Cantidad	100%
Vía	100%
CUMPLIMIENTO GLOBAL	86.5%

HOJA DE INFORME AL FAMILIAR

Se reportó un cumplimiento global de 82.7%, correspondiendo a la presencia de firmas de los familiares que recibieron la información y del médico que la brindó

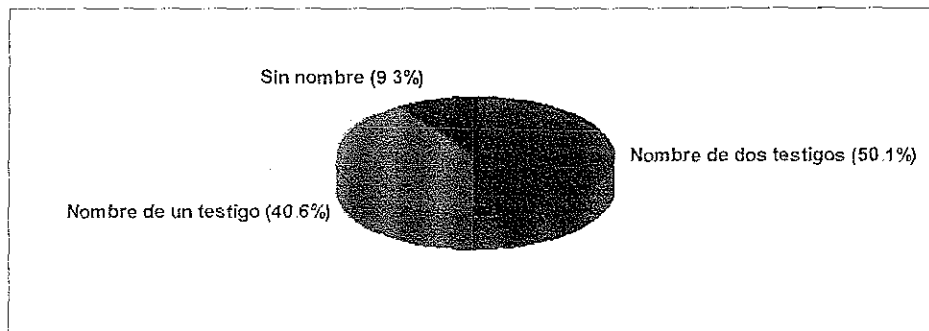
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

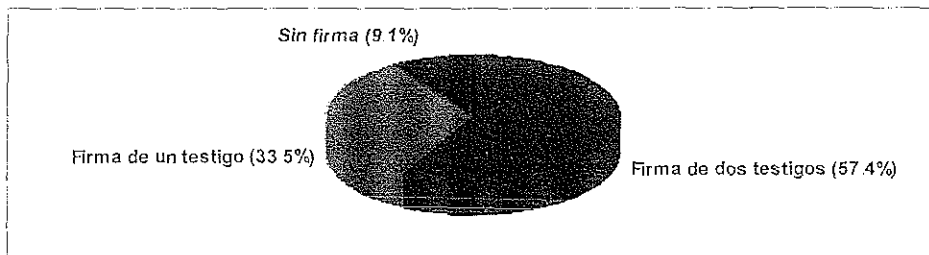
El documento se encontró en 87.7% de los expedientes analizados con un cumplimiento global de 88.9%.

Nombre de la institución	100%
Título del documento	100%
Fecha	78.4%
Evento que se autoriza	61.3%
Señalamiento del riesgo beneficioso	100%
Autorización para resolver posibles complicaciones	94.0%

NOMBRE DE LOS TESTIGOS



FIRMA DE LOS TESTIGOS



DISCUSION

El **cumplimiento global** de los elementos del expediente clínico en la presente investigación fue de **83.5%**.

Como habíamos comentado previamente en la introducción de la presente investigación, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), realizó la evaluación de 308 expedientes provenientes de los sectores público, social y privado. En esta evaluación el porcentaje de cumplimiento de los elementos establecidos en ese entonces por la opinión técnica número 11/98, emitida en abril de 1998 por dicho organismo, fue de **59.4%** (13)

Como podemos observar, el cumplimiento de los distintos elementos del expediente clínico en nuestra institución superó este registro con 24 1%

Con respecto a la distribución por sexo, no se observó ningún tipo de tendencia, el porcentaje de población del género masculino y femenino fue similar (46 6% y 53 4% respectivamente).

Solo el 71% de los expedientes se consideró legible en su totalidad, esta situación ocurrió en notas manuscritas, las cuales en su mayor parte fueron hechas en servicios quirúrgicos y de anestesiología. El 55 4% de los expedientes presentó orden caracterizado por numeración de hojas que componen el expediente clínico

La nota inicial, fue uno de los componentes del expediente clínico que se encontró en el 100% de los expedientes. El cumplimiento general alcanzó un 90 2%. El menor rendimiento se observó en los signos vitales (89 8%).

La historia clínica tuvo un porcentaje global de cumplimiento de 90 8%, el punto más deficiente de la misma fue el registro de condición, riesgo y pronóstico (56 17%)

En lo que respecta a la hoja frontal, el cumplimiento global fue de 94 4%, el puntaje más bajo fue para la fecha de identificación de problemas clínicos (81 2%)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

La nota de ingreso tuvo un cumplimiento global de 97.7%, cabe resaltar los elementos cuyo cumplimiento fue inferior al 90%, como fueron:

1. Hora de realización de la nota: 89.6%
2. Firma del médico: 88.3%
3. Pronóstico del paciente: 81.7%
4. Riesgo del paciente: 81.6%

Debemos mencionar también que el **99.9%** de los expedientes tuvo **abreviaturas** no internacionales.

La Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico es clara a este respecto, debe asentarse la hora de realización de todo documento médico, con fines de referencia y legales. De igual manera para dar validez a un documento dentro del marco jurídico es indispensable la firma del médico responsable. De igual manera la presencia de abreviaturas no internacionales invalida la información contenida en el expediente clínico.

Las notas de revisión presentes fueron del 70.4% siendo uno de los puntos con menor cumplimiento en lo que respecta a las notas que conforman el expediente clínico; de las presentes, el cumplimiento de sus elementos de forma global fue de 95.2%, alcanzando el menor puntaje el registro de condición, riesgo y pronóstico.

En lo que respecta a las notas de evolución, se encontraron presentes el 97.4% de las esperadas en base a los días de estancia hospitalaria. El cumplimiento global de sus elementos fue de 90.7%. Los puntos más deficientes fueron los signos vitales, ya que fueron registrados en el 70.4% de las notas. La firma del médico en las indicaciones se encontró en el 85.2%. Estos puntos son fundamentales, puesto que los signos vitales nos hablan de la condición clínica del paciente y son básicos para evaluar su evolución por lo cual deben consignarse en todas las notas de evolución. La firma del médico en las indicaciones es necesaria para su validación.

Las notas de interconsulta tuvieron un cumplimiento global de 70.4%, el cual fue uno de los más bajos. Los servicios de oftalmología, urología, cirugía cardiovascular y ortopedia tuvieron un cumplimiento inferior al 60%. Ningún servicio interconsultante tuvo un rendimiento superior al 90%. Los puntos más deficientes dichas notas correspondieron al registro de condición, riesgo y pronóstico, el registro de los signos vitales fue inferior al 20%.

En lo que respecta a procedimientos quirúrgicos, se registró nota preoperatorio o

preprocedimiento en el 76.1% de los casos. La presencia de este tipo de nota es básico puesto que se trata de procedimientos invasivos que requieren de soporte por escrito en el expediente clínico para protección del paciente y en el caso de presentarse una eventualidad de índole legal, es básica para la protección del médico tratante.

La nota preanestésica se reportó en 93.9%, tuvo el cumplimiento más deficiente en lo que respecta a la condición, riesgo y pronóstico del paciente.

La nota postoperatoria se encontró en el 98.3% de los expedientes; aunque siendo este un porcentaje de cumplimiento aceptable, este es uno de los puntos en los que el cumplimiento debe esperarse en un 100%, puesto que se trata de procedimientos invasivos ya realizados. Los puntajes más bajos fueron para el reporte de condición, riesgo y pronóstico, seguido del registro de gasas y compresas utilizadas. El reporte de ayudantes, instrumentista, anestesiólogo y circulante también fue bajo (70.5% en promedio), la firma del médico se encontró en 85%.

La nota postanestésica se registró en 94.7% el reporte de condición, riesgo y pronóstico fue de 18.8%.

Se evaluaron 38 notas de egreso, el puntaje más bajo fue para condición, riesgo y pronóstico, seguido de la firma del médico.

Los exámenes de laboratorio tuvieron un puntaje bajo en el cumplimiento global (71.8%), solo el 17.9% registró el nombre completo de quien interpretó el examen, el problema clínico en estudio y la hora fueron registrados en promedio solo en el 25.1% de los exámenes.

Los exámenes de gabinete presentaron el cumplimiento más deficiente en lo que respecta a la hora (9.8%), seguido de la firma del médico (86.3%).

Se registró el 99% de las transfusiones sanguíneas, el elemento con mayor deficiencia fue la identificación de unidades, seguido del registro del volumen (70.3% y 89.0% respectivamente).

En lo que respecta a las notas de enfermería, se encontró el 99.9%, el puntaje más

bajo fue secundario a la ausencia de gráficas de frecuencia cardíaca respiratoria y tensión arterial, cuyo cumplimiento fue del 49.7%

Se encontró documento de consentimiento informado en el 87.7% de los expedientes. Este tipo de documento debe encontrarse siempre en el 100% de los casos, ya que los eventos mínimos que requieren este documento son: ingreso hospitalario, procedimientos de cirugía mayor, procedimientos que requieren anestesia general, trasplantes, investigación clínica en seres humanos, necropsia, procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo y cualquier procedimiento que entrañe mutilación. De los documentos presentes, los puntajes más bajos fueron para el registro del evento que se autorizó (61.3%), seguido por la fecha (78.4%).

Con respecto a los testigos, está bien estipulado en la Norma Oficial del Expediente Clínico la necesidad del nombre completo y firma de dos testigos; esto último se encontró en el 53.7% de los documentos revisados.

CONCLUSIONES

El expediente clínico es una de las piedras angulares de la calidad de atención médica. Los resultados de la presente investigación son hasta cierto punto alentadores por el hecho de que el cumplimiento global fue superior al de otras encuestas realizadas previamente en otros ámbitos; sin embargo, también nos permite conocer los puntos más deficientes en los expedientes clínicos de nuestra institución y que por ende requerirán reforzamiento.

Lo fundamental de cualquier investigación es condicionar una mejora en base a los resultados obtenidos por medio de propuestas que surgen de conclusiones. En nuestro caso el objetivo básico es mejorar la calidad del expediente clínico en nuestra institución y con ello mejorar la calidad de atención de reciben nuestros pacientes.

La legibilidad y el orden son básicos para el manejo de un expediente. Nuestro cumplimiento fue menor del 80% para la legibilidad y menor del 60% para el orden, lo cual nos hace pensar que debe hacerse hincapié al personal de salud que labora en nuestra institución la importancia de los mismos, de igual manera debe promoverse la utilización de letra de molde, legible; y en los casos en que esto es imposible, la utilización de tecnología tipográfica la cual se encuentra accesible en nuestra institución.

Se observaron particulares deficiencias en el registro de los signos vitales en todas las notas que componen el expediente clínico; observándose las mayores deficiencias en las notas de interconsulta, valoraciones anestésicas, y notas de evolución.

El registro de la condición, riesgo y pronóstico de los pacientes fue también uno de los puntos de menor cumplimiento principalmente en la historia clínica las notas quirúrgicas, valoraciones anestésicas y notas de interconsulta.

En base a esto se propone difundir entre el personal de salud la importancia de estos elementos del expediente clínico y sus implicaciones en los ámbitos médicos y legales.

De igual manera se pudiera sugerir la modificación de algunos formatos ya

establecidos para exámenes de laboratorio gabinete, y consentimiento informado, que son otros de los elementos con mayores deficiencias

Nuestros actuales formatos para exámenes de laboratorio no cuenta con apartados para el registro de hora ni problema clínico en estudio (a excepción de los formatos de microbiología). Deberá enfatizarse en el personal de laboratorio la obligatoriedad de consignar el nombre completo de quien interpreta así como la firma puesto que estos dos últimos elementos son básicos para la validez de estos auxiliares de diagnóstico

En lo que respecta a los exámenes de gabinete, es un requisito el registro de la hora de interpretación, y aún de mayor importancia la firma del que interpreta para validar el estudio de gabinete correspondiente.

Las notas de enfermería mostraron deficiencias importantes en lo que respecta a las gráficas de signos vitales; con excepción de la temperatura, el registro del resto de los **signos vitales se reduce a un 49.7%**.

Los documentos de consentimiento informado no cuenta con apartados para el registro de la fecha y evento que se autoriza siendo estos los dos puntos más deficientes Este es uno de los elementos más importantes del expediente clínico puesto que en el ámbito legal es el único documento que avala la realización de cualquier procedimiento médico y todo paciente hospitalizado debe tenerlo Deberá enfatizarse al personal de salud la importancia de los nombres completos y firmas de testigos para su validez

En base a lo anterior las medidas que podemos implementar consisten fundamentalmente en la difusión de la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico en nuestra institución, de igual manera debemos evaluar a nuestro personal de salud sobre el conocimiento de la misma Debemos extender nuestras evaluaciones a todos los puntos del expediente clínico y poner especial atención en los elementos de mayor deficiencia

La presente investigación nos recuerda el hecho de que la constante mejora depende de la constante evaluación; siendo esta la única manera de alcanzar la excelencia y así lograr avances en la calidad de atención médica La responsabilidad de mantener los expedientes clínicos en las mejores condiciones posibles es de todo el personal de salud ya que eso habla de la calidad de nuestro trabajo que finalmente es para el beneficio nuestro y principalmente de aquel que sufre y que es objeto de todos nuestros cansancios: el paciente.

MODELO DE CAPTACION DE DATOS

ESTA TESIS NO SALIÉ
DE LA BIBLIOTECA

**EVALUACION DEL EXPEDIENTE CLINICO.
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO GOMEZ"**

Fecha de captación: _____ Número de cama: _____
No Expediente: _____ Edad: _____ Servicio: _____ Sexo: F M

Características Generales	SI	NO
Legibilidad		
Orden		

Elementos

1 Nota inicial P ___ A ___

Característica	P	A	Característica	P	A
Identificación UM			Resultados de auxiliares de dx		
Fecha			tratamiento		
Hora			condición		
Ficha de identificación px			riesgo		
Motivo de consulta			pronóstico		
interrogatorio			Nombre del médico		
EF			Firma del médico		
Diagnósticos					

Signos vitales	P	A	Somatometría	P	A
FC			PESO		
FR			TALLA		
TA			Perimetro cefálico		
T					

2 Historia Clínica P ___ A ___

Interrogatorio

Característica	P	A	Característica	P	A
Ficha identificación			APP		
AHF			PA		
APNP			Interrogatorio por aparatos y sistemas		

Exploración física

Signos vitales	P	A
FC		
FR		
TA		
T		

Característica	P	A	Característica	P	A
Habituc exterior			Abdomen		
Cabeza			Región perineal		
Cuello			Extremidades		
Tórax					

2 Continúa historia clínica

Característica	P	A	Característica	P	A
Resultados previos de lab.			Condición		
Resultados actuales de lab.			Riesgo		
Resultados previos de gabinete			Pronóstico		
Resultados actuales de gabinete			Nombre del médico		
Terapéutica empleada			Firma del médico.		
Diagnósticos			Servicio		

3 Hoja Frontal P ___ A ___

Característica	P	A	Característica	P	A
Identificación de la unidad de salud .			Fecha de identificación de problemas clínicos		
Identificación del enfermo			Fecha de inactivación.		
Enumeración de problemas clínicos					

4 Nota de Ingreso P ___ A ___

Característica	P	A	Característica	P	A
Encabezado			Plan de estudio		
Fecha			Tratamiento inicial		
Hora			Abreviaturas		
Procedencia del paciente			Condición		
Resumen de interrogatorio			Riesgo		
Resumen de exploración física			Pronóstico		
Diagnósticos			Nombre del médico		
Interpretación de exámenes de laboratorio			Firma del médico		
Interpretación de exámenes de laboratorio			Servicio		

5 Nota de revisión P ___ A ___

Característica	P	A	Característica	P	A
Encabezado			Criterios diagnósticos		
Fecha			Criterios terapéuticos		
Hora			Condición		
Corroboración de datos de historia clínica			Riesgo		
Corroboración de datos de nota de ingreso			Pronóstico		
Plan de estudio			Nombre del médico		
Servicio encargado			Firma del médico		

6 Nota de Evolución Número de notas esperadas _____ Número de notas existentes _____

Característica	ausentes
Encabezado	
Fecha	
Hora	
Servicio encargado	
Actualización del cuadro clínico	
Resultados de servicios auxiliares de diagnóstico	
Modificaciones al tratamiento	
Diagnósticos	
Condición	
Riesgo	
Pronóstico	
Nombre del médico	
Firma del médico	

Signos vitales	Ausentes
FC	
FR	
TA	
T	

	Ausentes
Indicaciones médicas	
Nombre del médico	
Firma del médico	

7 Nota de interconsulta

Servicio

Característica	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A
Encabezado														
Fecha														
Hora														
Servicio encargado														
Criterio diagnóstico														
Motivo de consulta														
Resumen de interrogatorio														
Resumen de exploración física														
Diagnósticos														
Resultados de servicios auxiliares de diagnóstico														
Sugerencias de plan de estudio														
Sugerencias terapéuticas														
Condición														
Riesgo														
Pronóstico														
Nombre del médico														
Firma del médico														
Frecuencia cardíaca														
Frecuencia respiratoria														
Tensión arterial														
Temperatura														

8 Nota preoperatoria P__A__

Característica	P	A	Característica	P	A
Encabezado			Riesgo quirúrgico		
Fecha			Cuidados y plan terapéutico preoperatorio		
Hora			Condición		
Servicio encargado			Riesgo		
Fecha en que se realizará la cirugía			Pronóstico		
Diagnóstico			Nombre del médico		
Tipo de cirugía			Firma del médico		

9 Nota preanestésica P ___ A ___

Característica	P	A	Característica	P	A
Encabezado			Medicación preanestésica		
Fecha			Condición		
Hora			Riesgo		
Servicio encargado			Pronóstico		
Tipo de anestesia			Nombre del médico		
Riesgo anestésico			Firma del médico		

10 Nota postoperatoria P ___ A ___

Característica	P	A	Característica	P	A
Encabezado			Ayudantes		
Fecha			Instrumentista		
Hora			Anestesiólogo		
Servicio encargado			Circulante		
Diagnóstico preoperatorio			Plan de manejo postoperatorio inmediato		
Descripción de técnica quirúrgica			Envío de piezas a patología		
Hallazgos transoperatorios			Condición		
Reporte de gasas y compresas			Riesgo		
Incidentes y accidentes			Pronóstico		
Cuantificación de sangrado			Nombre del médico		
servicios auxiliares transoperatorios			Firma del médico		
Tratamiento transoperatorio					

11 Nota postanestésica P ___ A ___

Característica	P	A	Característica	P	A
Encabezado			Derivados hemáticos utilizados		
Fecha			Soluciones intravenosas utilizadas		
Hora			Plan terapéutico		
Servicio encargado			Condición		
Tipo de anestesia			Riesgo		
Medicamentos utilizados			Pronóstico		
Duración de la anestesia			Nombre del médico		
Incidentes y accidentes			Firma del médico		

12 Nota de egreso P ____ A ____

Característica	P	A	Característica	P	A
Encabezado			Manejo durante la estancia hospitalaria		
Fecha			Problemas clínicos		
Hora			Plan de manejo ambulatorio		
Servicio encargado			Recomendaciones ambulatorias		
Fecha de ingreso			Condición		
Fecha de egreso			Riesgo		
Motivo de egreso			Pronóstico		
Diagnósticos finales			Nombre del médico		
Resumen de evolución			Firma del médico		

13 Informes auxiliares de diagnóstico

Exámenes de laboratorio

Característica	P	A	Característica	P	A
Fecha			Estudio solicitado		
Hora			Interpretación		
Identificación del paciente			Nombre completo de quien lo interpretó		
Identificación del solicitante			Firma del médico		
Problema clínico en estudio					

Exámenes de gabinete

Característica	P	A	Característica	P	A
Fecha			Estudio solicitado		
Hora			Interpretación		
Identificación del paciente			Nombre completo de quien lo interpretó		
Identificación del solicitante			Firma del médico		
Problema clínico en estudio					

14 Registro de transfusión sanguínea Número total de transfusiones _____

Característica	A	Signos vitales completos	A	Reacciones adversas	A
No. De unidades		Antes		Tipo	
Volumen		Durante		Tratamiento	
Identificación de unidades		Después			
Tipo de componente					
Nombre del médico					
Firma del médico					

15 Hojas de enfermería No total de hojas de enfermería _____

Característica	A	Gráfica de signos vitales	A	Admon de medicamentos	A
Habitus exterior		FC		Fecha	
Procedimientos realizados		FR		Hora	
Observaciones		TA		Cantidad	
Nombre del enfermero		T		Via	

16 Consentimiento informado P___ A ___

Característica	P	A	Característica	P	A
Nombre de la institución			Señalamiento del riesgo-beneficio		
Título del documento			Autorización para resolver posibles complicaciones		
Fecha			Nombre completo de dos testigos		
Evento que se autoriza			Firma de dos testigos.		

BIBLIOGRAFIA.

- 1 Norma oficial mexicana 168-SSA-1998 del expediente clínico Secretaría de Salubridad y Asistencia
- 2 Moguel G, Puente A Profilaxis, primer paso en la protección contra demandas Revista CONAMED 1999;Año 3(11):5-8
- 3 Fernández H CONAMED, primer informe de actividades junio 96 a junio 97. Mexico:3-3.
- 4 Norma técnica no 52 para la elaboración, integración y uso del expediente clínico 1986 Secretaría de Salubridad y Asistencia
- 5 Norma técnica número 52 para la elaboración integración y uso del expediente clínico Diario oficial de la federación 20 ago 1986:110-112
- 6 Norma oficial mexicana 003-SSA2-1993 para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos Secretaría de Salubridad y Asistencia
- 7 Manual de evaluación de la calidad de la atención médica Julio 1992. Secretaría de Salubridad y Asistencia
- 8 Varios Enciclopedia salvat ilustrada Segunda edición Barcelona: Salvat editores, 1983:vol 3:619
- 9 Ley general de salud. Tercera edición México: Ediciones fiscales 2002
- 10 Código penal de la federación Décima edición México: Ediciones fiscales 2002
- 11 Varios Enciclopedia salvat ilustrada Segunda edición Barcelona: Salvat editores 1983:vol 4: 729
- 12 Código civil de la federación. Segunda edición México: Ediciones fiscales 2002
- 13 CONAMED opinión técnica nú n 11/98 abril 1998