

# Artículos originales

## EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN PEDIATRÍA\*

Dr. Víctor De la Rosa Morales<sup>1</sup>, Dr. Arturo García Villaseñor<sup>2</sup>, Dr. José Manuel Sandoval Cruz<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Profesor Clínica Propedéutica. Universidad Autónoma de Tlaxcala. Academia Mexicana de Pediatría. <sup>2</sup> Director, <sup>3</sup> Profesor tiempo completo. Centro Regional Sur de Formación e Investigación Educativa, Delegación Puebla Instituto Mexicano del Seguro Social

\* Tesina Diplomado: Desarrollo Gerencial

### RESUMEN

**OBJETIVO.** Evaluar la atención médica, con los atributos para la calidad propuestos por la AMA.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Encuesta hospitalaria de corte transversal. Para el proceso, se utilizaron criterios de la AMA ponderados, estratificando 24 ítems en dos grupos, con puntuación de 37 – 48 (aceptable), y 24 – 36 (no aceptable). Como evidencia documental, se evaluó el expediente, estratificando 74 ítems ponderados, los datos recolectados se analizaron en 2 grupos: no aceptable puntuación ( 0 –222), aceptable ( 223 – 370 ). El mismo procedimiento se aplicó en cada uno de los ítems, para valorarlos de manera individual, contrastando diferencias por medio de chi cuadrada. Se buscó correlación con índice de Pearson entre proceso y evidencia documental, y significancia estadística con “ t” student.

**RESULTADOS.** 26 expedientes calificados, promedio en el proceso 32.8, rango 12(mínimo 25, máximo 37), moda 37, mediana 34.5; en el grupo aceptable 15 expedientes (57.7%) , en no aceptable 11 (42.3%), resalta que no hay en los procedimientos, evidencia del consentimiento de los padres. La calificación del expediente 197.6, no aceptable 20 expedientes (76.9 %), aceptable 6 expedientes (23.1%). El más completo fue la historia clínica, puntuación 51.2/95, las más incompletas, nota de interconsulta y revisión 3.7/ 25 y 1.9/20 respectivamente. El índice de correlación entre proceso y expediente fue  $r=0.149$ ,  $t=2.47$ ,  $p<0.05$

**CONCLUSIONES.** La calidad de la atención parece independiente de la calidad en el manejo del expediente clínico. No hubo evidencia del consentimiento en procedimientos.

**Palabras clave:** Calidad, expediente clínico, atención médica, coeficiente de correlación

### SUMMARY

**OBJECTIVE.** To evaluate the medical care, with the attributes for quality proposed by AMA

**MATERIAL AND METHODS:** Cross section hospital survey. For the process, weighed AMA's criteria were used, stratifying 24 items in two groups, with score of 37- 48 (acceptable), and 24-36 (nonacceptable).

As documentary evidence, the medical file was evaluated, stratifying 74 weighed items, the collected data were analyzed in 2 groups: nonacceptable score (0-222), acceptable (223- 370). The same procedure was applied in each one of the items, to evaluate them in individual way contrasting differences by means of chi-square. The Pearson Correlation Coefficient was sought between process and documentary evidence, and statistical significance with student “t” test.

**RESULTS:** 26 qualified files, average in process 32.8, rank 12 ( min 25, max 37), mode 37, medium 34.5; in the acceptable group 15 files (57.7%). In nonacceptable 11 (42.3%). it stands out that in the procedures there is not evidence of the parent's consent. The file score 197.6, nonacceptable 20 files (76.9 %), acceptable 6 files (23.1%). The best complete one was the clinical history, score 51.2/95, the less complete ones, interconsultation notes and follow-up 3.7/25 and 1.9/20 respectively. The correlation index between process and medical file was  $r=0.149$ ,  $t=2.47$ ,  $p<0.05$

**CONCLUSIONS.** The quality of the medical care seems to be independent with the quality of the medical file. There is no evidence of consent in procedures.

**Key words:** Quality, medical file, medical care Correlation Coefficient

## INTRODUCCIÓN

Para algunos autores, la calidad de la atención médica es la capacidad de los elementos que intervienen en ella, para lograr legitimar metas médicas y no médicas <sup>1</sup>.

Un modelo divide la atención médica en tres componentes : estructura, que se refiere a los recursos físicos, materiales y humanos con que se cuenta para brindar la atención de salud; proceso, que se refiere a todos los En 1984 la Asociación Médica Americana define la alta calidad de la atención como la que contribuye a mejorar o mantener la calidad y / o duración de la vida; al mismo tiempo identifica ocho atributos específicos de atención que pueden ser examinados para determinar su calidad: Mejoría de la salud del paciente; promoción de la salud y prevención de enfermedad; atención proporcionada de manera oportuna; lograr la cooperación de los pacientes para que participen de manera informada en el proceso del cuidado y decisiones al respecto; atención basada en principios aceptados de la ciencia médica; atención proporcionada con sensibilidad en lo concerniente al bienestar de los pacientes; hacer uso eficiente de la tecnología y atención suficientemente documentada para permitir la continuidad de la evaluación de la atención<sup>1,4</sup>. procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se realizan con objeto de resolver el problema del paciente; y resultado, la forma en que respondió el paciente a la enfermedad considerando si sobrevivió o murió, o bien las incapacidades o complicaciones que le ocurrieron<sup>2</sup>.

Avedis Donabedian menciona siete atributos de la atención a la salud para definir su calidad: eficacia, habilidad de la ciencia y el arte de la atención para producir mejora en la salud y bienestar; efectividad, mejoría de la salud lograda o esperada en condiciones ordinarias de la practica diaria; eficiencia, medida del costo con el cual se logra mejoría de la salud; optimización, evaluación de los efectos de la atención en términos absolutos; accesibilidad, adaptación de la atención a los

deseos, expectativas y valores de los pacientes y sus familiares; legitimación, aceptabilidad de la atención por parte de la comunidad o sociedad en general; y equidad, principio con el cual se determina que es justa la distribución de la atención y sus beneficios entre todos los miembros de la población<sup>3</sup>.

Por otro lado, en México, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico establece algunas de esas acciones como: mantener una relación respetuosa con el paciente, informar y obtener consentimiento por escrito antes de realizar un procedimiento, elaborar un expediente completo, actuar con bases científicas y apoyo clínico, proceder solo con facultad y conocimientos<sup>5</sup>. De lo anterior se desprende la propuesta en el sentido de que para evaluar la calidad de la atención del médico, prioritariamente podría ser a través del proceso y los resultados, involucrando dentro de ellos los atributos de calidad, concretados en los conceptos de la Asociación Médica Americana, de tal manera que se pudiera hacer coincidir algunos de los puntos analizados; dejando en segundo término a la estructura porque ésta no es dependiente exclusiva del médico.

## MATERIAL Y METODOS

Partiendo del propósito de responder la pregunta de que tan eficaz es la atención médica pediátrica en un Hospital de Segundo Nivel del IMSS, se fijó como objetivo de estudio, evaluar el proceso, buscando cuáles, cuantos y en que grado se cumplen los criterios de eficacia propuestos por la Asociación Médica Americana; y se contrastaron 7 criterios relacionados con la atención, con uno relacionado con la atención médica documentada, prácticamente el expediente clínico.

Como sujeto de estudio se tomó específicamente el proceso de atención al Recién Nacido de Alto Riesgo de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, planeando un estudio observacional, analítico, transversal, retrospectivo y prolectivo. Se diseñó una encuesta hospitalaria.

Se diseñó una encuesta hospitalaria. Se incluyeron para el trabajo, expedientes de neonatos que fueron manejados médicamente en el servicio de cuidados intensivos, sin importar el tiempo de estancia, diagnóstico establecido, vía de ingreso o motivo de egreso. Se tomaron de manera secuencial a partir del mes de enero a mayo del 2001.

De manera individual se aplicaron por un investigador, especialista en Pediatría, a cada expediente, las herramientas propuestas para el estudio, extrayendo los datos objetivamente derivados de los criterios de la AMA, los cuales fueron ampliados y adaptados para hacer fácil y objetiva la recolección de la información. No se excluyó ni se eliminó ningún expediente. Al instrumento, aún no validado, para analizar el proceso se le denominó con las siglas icamvdlr -O1 ( anexo 1), obtenido de los primeros siete elementos de exploración propuestos por la AMA, se obtuvieron 24 ítems, cada uno se calificó como 2 si se cumplió, 1 si no se cumplió, por lo tanto la calificación fue no aceptable de 0 a 23 y aceptable de 24 a 48 puntos.

Por otro lado, para cubrir el criterio de atención documentada, se realizó evaluación del expediente clínico en su estructura, a través de un instrumento no validado aún, que contiene 9 de los elementos indicados en la norma Oficial Mexicana 168 del Expediente Clínico ( anexo 2 ). Los rubros relacionados con notas anestésicas o quirúrgicas no se tomaron en cuenta por el tipo de pacientes; el instrumento contiene 74 ítems calificados cada uno con escala de 0 a 5, donde 0 es igual a ausencia del concepto, 1 solo se menciona, 2 se menciona mal definido, 3 está incompleto, 4 completo pero mal definido, 5 completo y definido. En este contexto, se ponderó como calificación máxima, para la nota inicial 55 puntos con 11 ítems, historia clínica 95 puntos con 19 ítems; nota médica de ingreso 50 puntos para 10 ítem, nota de revisión 25 puntos para 5 ítem, nota de evolución 30 puntos para 6 ítems, nota de interconsulta 20 puntos para 4 ítems, nota de egreso 25 puntos para 5 ítems, informes de

estudios paraclínicos 40 puntos para 8 ítems, y otros documentos de enfermería, trabajo social 30 puntos para 6 ítems. Dando un total de 370 puntos para considerarse excelente. Se hicieron para efectos de análisis, 2 estratos considerándose calificación de 0 a 222 como no aceptable y de 223 a 370 aceptable. El mismo procedimiento se aplicó en cada uno de los ítems, para valorarlos de manera individual.

El análisis se hizo primero, con estadística descriptiva para obtener proporciones de cada uno de los apartados y estratos estudiados, las pruebas de hipótesis se iniciaron con la búsqueda de correlación por medio del índice de Pearson, entre los hallazgos del proceso de atención (anexo 1) con los datos de la evidencia documental (anexo 2), y por último, se buscó significancia estadística por medio de la prueba " t " de student, para muestras independientes.

## RESULTADOS

Se analizaron de manera completa 26 expedientes de neonatos de alto riesgo manejados en la UCIN del Hospital. La media en la calificación, obtenida en la evaluación del proceso de la atención con el instrumento icamvdlr-01 fue de 32.8, DE  $\pm$  3.89, con rango de 25 a 37, moda de 37, mediana de 34.5; en el grupo aceptable, con calificación de 24 – 48 hubo 15 expedientes (57.7%), en el grupo de no aceptable con calificación de 0 – 23 hubo 11 expedientes (42.3%). Resalta el hallazgo de que en los extremos de la puntuación no hubo ningún expediente. Desglosados por cada uno de los rubros, se encontró globalmente en el primero sobre mejoría en la salud que comprende los ítems 1 – 6 del instrumento, calificación de aceptable en 26 expedientes ( 100%), resaltando la excelencia en 12 (46.2%) ,el análisis de cada uno de los apartados reveló que en 16 casos ( 61.5% ) se realizó diagnóstico y tratamiento correctos, en 10 ( 38.5%) no se realizó; en 21 ( 80.8%) hubo respuesta de mejoría esperada, los resultados fueron los esperados en 20 (76.9%) de los casos en 19 ( 73.1%) no hubo ninguna complicación del padecimiento; en cuanto a complicaciones de

los procedimientos en 23 (88.5%) no las hubo, en 3 (11.5%) si las hubo.

En el apartado de promoción y prevención hubo 6 (33.1%) calificados como no aceptables y 20 (76.9%) como buenos, no hubo malos ni excelentes, el análisis de este apartado revela que en 23 (88.5%) se informó a los familiares sobre el padecimiento, en 20 (76.9%) se informó sobre el tratamiento, en 3 (11.5%) no se informó y en 3 (11.5%) no se sabe, en 22 (84.6%) hay evidencia de la información con firma de los padres o familiares, en 24 (92.3%) no se halló evidencia de otorgamiento de información de otro tipo.

En el de oportunidad de la atención hubo 5 (19.2%) no aceptables; 2 ( 7.7%) buenos y 19 (73.1%) excelentes, se halló que en 21 (80.8%) el tiempo de ingreso al diagnóstico es adecuado, y en 19 ( 73.1%) el tiempo de diagnóstico a manejo definitivo es aceptable.

En cuanto al consentimiento informado en 24 (92.3%) fue malo y en 2 (7.7%) no aceptable, en 24 (92.3%) no se solicitó autorización a los familiares por procedimiento y en 25 (96.2%) no se les informó de las complicaciones probables

El manejo basado en principios aceptados en 12 (41.2%) fue no aceptable y en 14 (58.8%) bueno; en 22 (84.6%) no hubo información en el expediente sobre práctica basada en evidencias, en 24 ( 92.3%) se realizó medicina basada en la experiencia, no hay evidencia de revisión o apoyo bibliográfico, en 14 ( 53.8%) fue el mejor tratamiento, en 8 (30.8%) no fue el mejor y en 4 (15.4%) no se sabe, en 17 (65.4%) fue el manejo establecido, en 8 (30.8%) no fue el manejo establecido.

En sensibilidad y preocupación por el enfermo, en 3 (11.5%) fue no aceptable, en 1(3.8%) fue bueno y en 22 (84.6%) excelente; en 22 (84.6%) si se tomó en cuenta las condiciones del paciente para los procedimientos diagnósticos y en 24 ( 92.3%) para el tratamiento. La utilización eficaz de la tecnología fue: en 1 (3.8%) no aceptable en 7 (26.9%) bueno y en 18 (69.2%) excelente.

en 21(80.8%) los estudios de laboratorio son los mas sensibles y específicos; en 22 ( 84.6%) los estudios de gabinete, básicamente de radiodiagnóstico son los mas sensibles y específicos.

Por otro lado, para el expediente clínico, se obtuvo una calificación media de 197.6. En los grupos extremos de calificación, malo de 0 –74 y completo y bien definido de 297 a 370 no se encontró ningún expediente; en el grupo no aceptable con calificación de 75 a 148 hubo 3 expedientes (11.5%), en el grupo incompleto con calificación de 149 – 222, hubo 17 expedientes (65.4%), en el grupo completo mal definido con calificación de 223 – 296, 6 expedientes (23.1%).

Al analizar los apartados en la nota inicial la calificación media fue 31.5 (57.3% de la ideal), en la historia clínica la media fue de 51.2 (53.9% de la ideal), para la nota de ingreso la media fue de 38.7 (77.4% del ideal), para la nota de revisión la media observada fue 3.7 ( 14.8% del ideal), la nota de evolución tuvo calificación media de 13.4 (44.7 % del ideal), la nota de interconsulta tuvo media de 1.9 ( 9.5% del ideal), la media para la nota de egreso fue 12.2 ( 46.9% del ideal); la puntuación promedio hallada en las notas relacionadas a los paraclínicos fue 30.2 ( 75.5% del ideal); en otras notas como de enfermería, trabajo social se observó una media de 15.5 ( 51.7% del ideal), resaltando que no hubo notas de trabajo social, contrariamente, las notas de enfermería fueron excelentes.

El índice de correlación entre la puntuación obtenida en la evaluación del proceso de la atención (icamvdlr-01) con la puntuación obtenida en la evaluación del expediente clínico como evidencia documental, de cada uno de los expedientes, reveló:  $r = 0.14957303$ , es decir que no hay correlación, para saber si es estadísticamente significativa esta falta de correlación se buscó primero, el valor crítico de la t de Student , con nivel alfa de significancia de 0.05, el cual es igual a 1.711, al aplicar la formula se encontró un valor de  $t = 2.47$ , por lo tanto la p es igual a 0.01, indicando que hay significancia estadística, en la no correlación.

## DISCUSIÓN

Resalta en primer lugar la observación de que la atención médica de acuerdo a la herramienta aplicada es buena en solo un poco más de la mitad de los casos, el análisis revela que hay mejoría de los pacientes de la forma esperada, con diagnóstico y tratamiento correctos, sin complicaciones en los procedimientos, con respuesta adecuada de los pacientes.

La información a los familiares sobre diagnóstico y tratamiento tiene evidencia parcial en el expediente, los familiares firman de enterados o de que recibieron información, sin embargo no hay evidencia de cual fue la información que se les otorgó o que hayan recibido información de educación para su salud. Desde luego que este sentido es muy relevante porque se ha marcado en algunos modelos de calidad de la atención médica que además de medir las acciones sobre el individuo en la enfermedad, al mismo tiempo se evalúen las acciones en salud <sup>2</sup>,

En cuanto a la oportunidad de la atención, en más del 80% puede considerarse de buena a excelente.

El consentimiento informado en mas del 90% es malo porque no hay evidencia de autorización a los familiares por procedimiento o información de las probables complicaciones .

Un aspecto muy importante y trascendente es la práctica de medicina basada en la experiencia, sigue sin existir evidencia de revisión o apoyo bibliográfico, en una tercera parte pudiera no ser el mejor manejo.

En esta revisión se encontró que sí se toma en cuenta al paciente o sus condiciones clínicas para la realización de procedimientos de diagnóstico y tratamiento. Además se observó que son los de mayor sensibilidad y especificidad

Por otro lado, cabe hacer énfasis en cuanto a lo observado en la integración documental del expediente clínico mas de las tres cuartas partes de los expedientes estuvieron incompletos o no aceptables en las notas: inicial, de evolución, de egreso y la historia clínica, contienen la mitad de los parámetros establecidos normativamente. Las notas de revisión o interconsulta son, como las anteriores muy incompletas.

## CONCLUSIONES

La interpretación de los resultados estadísticos, en cuanto a la no correlación entre las actividades asistenciales y los registros del expediente, nos lleva a suponer que los médicos otorgan una atención de calidad, pero que no tienen interés en registrar adecuadamente sus acciones, como marcan los lineamientos normativos oficiales<sup>6</sup>, en el expediente del paciente.

## BIBLIOGRAFIA

1. Steffen GE. Quality Medical Care. A definition. JAMA 1988; 260: 56 – 61
2. Donabedian A, Wheeler JRC. Quality, cost and health: an integrative model. Med Care 1982; 20: 975 – 992.
3. Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med 1990; 114: 1115 – 1118
4. American Medical Association, Council of Medical Service. Quality of care. JAMA 1986; 256: 1032 – 1034
5. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Rev CONAMED 2001; 7: 14 – 15
6. Norma Oficial Mexicana 168, del expediente clínico. SSA México

## Anexo 1

### INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA ( icamvdlr – 01)

|                                                                 | 2      | 1      |
|-----------------------------------------------------------------|--------|--------|
| <b>MEJORA EN LA SALUD</b>                                       |        |        |
| 1. Se realizó diagnóstico correcto                              | si ( ) | no ( ) |
| 2. Hubo mejoría clínica esperada del paciente                   | si ( ) | no ( ) |
| 3. Los resultados fueron los esperados (pronóstico)             | si ( ) | no ( ) |
| 4. Evolucionó sin complicaciones del padecimiento               | si ( ) | no ( ) |
| 5. Evolucionó sin complicaciones de los procedimientos          | si ( ) | no ( ) |
| <b>PROMOCION Y PREVENCIÓN</b>                                   |        |        |
| 6. Se informó a los familiares sobre el padecimiento            | si ( ) | no ( ) |
| 7. Se informó a los familiares sobre el tratamiento             | si ( ) | no ( ) |
| 8. Hay evidencia de dicha información                           | si ( ) | no ( ) |
| 9. Se otorgó información sobre otros temas                      | si ( ) | no ( ) |
| <b>OPORTUNIDAD</b>                                              |        |        |
| 10. El tiempo, de ingreso a diagnóstico es adecuado             | si ( ) | no ( ) |
| 11. El tiempo, de dx a manejo definitivo es aceptable           | si ( ) | no ( ) |
| <b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>                                 |        |        |
| 12. Se solicitó autorización a los familiares por procedimiento | si ( ) | no ( ) |
| 13. Se les informó de las complicaciones probables              | si ( ) | no ( ) |
| <b>MANEJO BASADO EN PRINCIPIOS ACEPTADOS</b>                    |        |        |
| 14. Se práctica medicina basada en evidencias                   | si ( ) | no ( ) |
| 15. Es medicina basada en experiencias                          | no ( ) | si ( ) |
| 16. Se utiliza bibliografía actualizada                         | si ( ) | no ( ) |
| 17. Fue el mejor tratamiento                                    | si ( ) | no ( ) |
| 18. Fue el tratamiento establecido                              | si ( ) | no ( ) |
| <b>SENSIBILIDAD Y PREOCUPACIÓN POR EL BIENESTAR DEL ENFERMO</b> |        |        |
| 19. En los procedimientos de Dx se tomó en cuenta al paciente   | si ( ) | no ( ) |
| 20. En el tratamiento se tomó en cuenta el estado del paciente  | si ( ) | no ( ) |
| <b>UTILIZACIÓN EFICIENTE DE LA TECNOLOGÍA</b>                   |        |        |
| 21. Hay congruencia clínica – Dx                                | si ( ) | no ( ) |
| 22. Los estudios de laboratorio son sensibles y específicos     | si ( ) | no ( ) |
| 23. Los estudios de gabinete son sensibles y específicos        | si ( ) | no ( ) |
| <b>DOCUMENTACIÓN</b>                                            |        |        |
| 24. Calificación del expediente clínico                         |        |        |

## Anexo 2

### EVALUACION DEL EXPEDIENTE CLINICO – NORMA OFICIAL MEXICANA NOM – 168 – SSA1 – 1998

NOMBRE: \_\_\_\_\_ AFILIACION: \_\_\_\_\_

SERVICIO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

#### 1. NOTA INICIAL

|                                           | Presente | Ausente | No necesario |
|-------------------------------------------|----------|---------|--------------|
| Unidad que otorga el servicio             |          |         |              |
| Fecha y hora en que se otorga el servicio |          |         |              |
| Ficha de identificación del usuario       |          |         |              |
| Signos vitales                            |          |         |              |
| Antropometría                             |          |         |              |
| Motivo de la atención                     |          |         |              |
| Resumen del interrogatorio                |          |         |              |
| Resumen de la exploración física          |          |         |              |
| Diagnóstico o problemas clínicos          |          |         |              |
| Plan de estudio y tratamiento             |          |         |              |
| Nombre y firma del médico                 |          |         |              |

#### 2. HISTORIA CLINICA

| INTERROGATORIO                         | Presente | Ausente | No necesario |
|----------------------------------------|----------|---------|--------------|
| Ficha de identificación                |          |         |              |
| Padecimiento actual                    |          |         |              |
| Aparatos y Sistema                     |          |         |              |
| Síntomas generales                     |          |         |              |
| Resultados de estudios previos         |          |         |              |
| Terapéutica y resultados obtenidos     |          |         |              |
| Antecedentes Heredofamiliares          |          |         |              |
| Antecedentes personales No patológicos |          |         |              |
| Antecedentes personales patológicos    |          |         |              |
| E.F. Habitus exterior                  |          |         |              |
| Signos vitales                         |          |         |              |
| Antropometría                          |          |         |              |
| Cabeza                                 |          |         |              |
| Cuello                                 |          |         |              |
| Torax                                  |          |         |              |
| Abdomen                                |          |         |              |
| Periné                                 |          |         |              |
| Extremidades                           |          |         |              |
| Diagnósticos o problema clínicos       |          |         |              |

#### 3. HOJA FRONTAL

|                                         | Presente | Ausente | No necesario | Evaluación ( 0 – 5 ) |
|-----------------------------------------|----------|---------|--------------|----------------------|
| Identificación del paciente             |          |         |              |                      |
| Identificación de la unidad             |          |         |              |                      |
| Enumeración y fecha de los diagnósticos |          |         |              |                      |

#### 4. NOTA MEDICA DE I NGRESO

|                                                              | Presente | Ausente | No necesario | Evaluación ( 0 – 5 ) |
|--------------------------------------------------------------|----------|---------|--------------|----------------------|
| Tipo de nota                                                 |          |         |              |                      |
| Fecha y Hora                                                 |          |         |              |                      |
| Servicio                                                     |          |         |              |                      |
| Es descriptiva e interpretativa de la evolución del paciente |          |         |              |                      |
| La terminología es apropiada, sin abreviaturas o epónimos    |          |         |              |                      |
| Tiene nombre y firma del médico                              |          |         |              |                      |
| Tiene procedencia del enfermo                                |          |         |              |                      |
| Enumera los diagnósticos con fundamento                      |          |         |              |                      |
| Tiene plan de estudio                                        |          |         |              |                      |
| Tiene plan de tratamiento inicial                            |          |         |              |                      |

#### 5. NOTA DE REVISION

|                                                                 | Presente | Ausente | No necesario | Evaluación ( 0 – 5 ) |
|-----------------------------------------------------------------|----------|---------|--------------|----------------------|
| Corroborar datos de la Historia clínica y de la nota de ingreso |          |         |              |                      |
| Define el plan de estudio                                       |          |         |              |                      |
| Establece los criterios diagnóstico y terapéutico del servicio  |          |         |              |                      |
| Señala el pronóstico                                            |          |         |              |                      |
| Tiene nombre y firma del Jefe de Departamento                   |          |         |              |                      |

#### 6.NOTA DE EVOLUCION

|                                                                      | Presente | Ausente | No necesario | Evaluación ( 0 – 5 ) |
|----------------------------------------------------------------------|----------|---------|--------------|----------------------|
| Evolución y actualización del cuadro clínico                         |          |         |              |                      |
| Interpretación de los resultados de laboratorio y gabinete           |          |         |              |                      |
| Solicitud y fundamento de Interconsultas                             |          |         |              |                      |
| Comentarios y opinión de la interconsultas                           |          |         |              |                      |
| Modificaciones al tratamiento                                        |          |         |              |                      |
| Firma del paciente o familiar de que ha sido informado adecuadamente |          |         |              |                      |

## 7. NOTA DE EGRESO

|                                                                               | Presente | Ausente | No necesario | Evaluación ( 0 – 5 ) |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------|---------|--------------|----------------------|
| Motivo del egreso                                                             |          |         |              |                      |
| Diagnósticos finales y su fundamento                                          |          |         |              |                      |
| Resumen de la evolución y su estado actual                                    |          |         |              |                      |
| Resumen del tratamiento                                                       |          |         |              |                      |
| Problemas clínicos pendientes y plan terapéutico                              |          |         |              |                      |
| En caso de defunción, las causas probables de la muerte, diagnósticos finales |          |         |              |                      |

## 8. INFORMES DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

|                                                       | Presente | Ausente | No necesario | Evaluación ( 0 – 5 ) |
|-------------------------------------------------------|----------|---------|--------------|----------------------|
| Identificación del paciente                           |          |         |              |                      |
| Identificación del solicitante                        |          |         |              |                      |
| Estudio solicitado                                    |          |         |              |                      |
| Problema clínico en estudio                           |          |         |              |                      |
| Identificación del laboratorio que realiza el estudio |          |         |              |                      |
| Resultado del estudio                                 |          |         |              |                      |
| Valores normales                                      |          |         |              |                      |
| Interpretación diagnóstica en su caso                 |          |         |              |                      |
| Fecha de realización del estudio                      |          |         |              |                      |

## 9. OTROS DOCUMENTOS

|                              | Presente | Ausente | No necesario | Evaluación ( 0 – 5 ) |
|------------------------------|----------|---------|--------------|----------------------|
| Nota de Trabajo Social       |          |         |              |                      |
| Notas de enfermería          |          |         |              |                      |
| Tiene orden el expediente    |          |         |              |                      |
| Está limpio                  |          |         |              |                      |
| Tiene la papelería apropiada |          |         |              |                      |
| La escritura es clara        |          |         |              |                      |