

COMPONENTES DE ASOCIACIÓN

- Asegurar que todos los pacientes que reciben atención médica cuenten con **solo un expediente clínico** integrado.
- Designar profesionales **responsables de llevar a cabo la revisión** de los registros y documentos del expediente clínico.
- Cumplir a través de una metodología con la evaluación periódica del expediente clínico **“Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad”**.
- El personal involucrado deberá **estar al tanto de los hallazgos y propuestas** de mejora que resulten de la evaluación del expediente clínico.
- **Aplicar las recomendaciones** que desarrolle el proyecto ECIC de buenas prácticas para la capacitación, registro, archivo, custodia y acceso en torno al expediente clínico.

No. 27

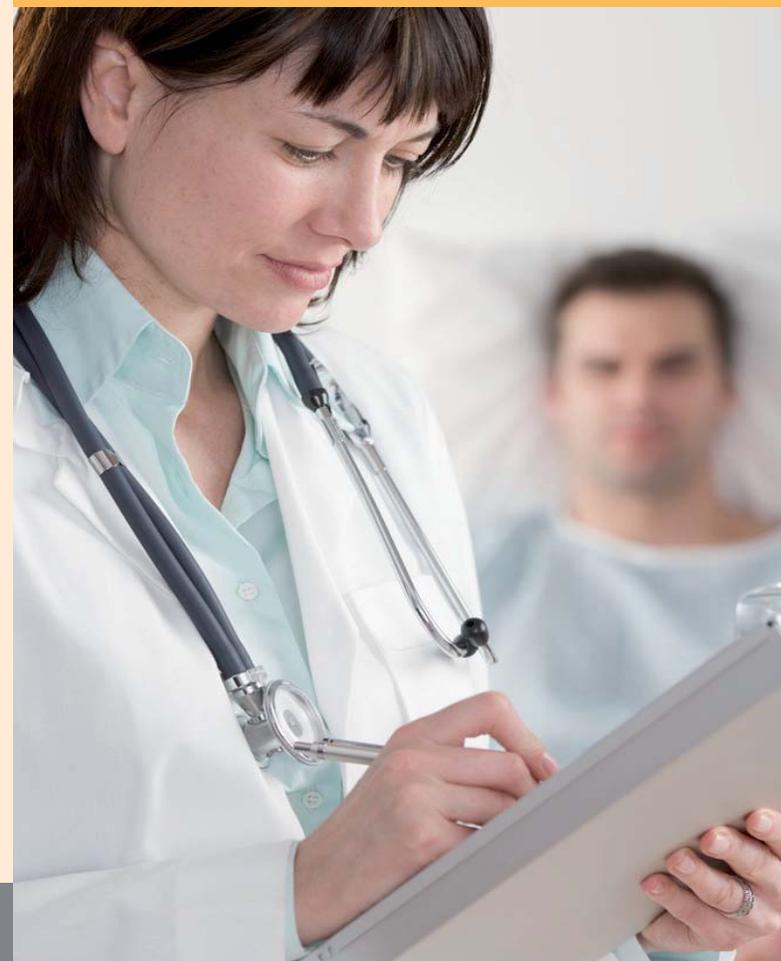
GOBIERNO FEDERAL

MÉXICO 2010

SALUD

DOMINIOS DE EVALUACIÓN

- I. Calidad de los registros y cumplimiento normativo del expediente clínico.
- II. Custodia, archivo, uso e integración del expediente clínico.
- III. Calidad de la atención médica a través de los registros del expediente clínico.



La Instrucción 187/2009 es una publicación extraordinaria del Boletín SICALIDAD

Si quieres recibir el Boletín, escribe a: sicalidad@salud.gob.mx



Vivir Mejor

Situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud

PARA MAYOR INFORMACIÓN:

iliana.cortes@salud.gob.mx
sicalidad@salud.gob.mx
Tel. (01 55) 2000 3400 ext. 53481

INSTRUCCIÓN 187/2009

Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC)



Vivir Mejor

PRESENTACIÓN

Una de las acciones definidas en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 es garantizar la calidad de la documentación médica y de enfermería realizando una revisión periódica de la calidad del expediente clínico.

Los componentes de asociación del proyecto Expediente Clínico Integrado y de Calidad (ECIC), referidos en la Instrucción 102/2008, mencionan la exigencia de disponer de una metodología de evaluación y profesionales de la salud responsables de llevar a cabo la revisión.

Para su elaboración se ha procedido a la revisión de los documentos de evaluación de calidad en el expediente clínico aplicado por diferentes instituciones y establecimientos médicos y en el marco normativo actual, en especial la NOM-168-SSA1-1998 y otras normas concordantes de aplicación. De manera especial, se ha considerado la última revisión del Manual del Proceso para la Certificación de Hospitales del Consejo de Salubridad General emitido en enero del 2009. Agradecemos todas las aportaciones y experiencias de revisión del expediente clínico que existen en el Sistema Nacional de Salud.

Conscientes de que el adecuado cumplimiento en el expediente clínico es un espejo fiel de la calidad de las propias organizaciones de salud, SICALIDAD recomienda a todos los establecimientos médicos la asociación al proyecto Expediente Clínico Integrado y de Calidad (ECIC).

Su objetivo es la revisión sistemática del expediente clínico en el marco del Plan de Mejora Continua de Calidad y Seguridad del Paciente (PMC).

La herramienta del Modelo de Evaluación para el Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC) que se propone en esta Instrucción quiere contribuir a que sea una práctica regular, auspiciada por los equipos directivos, el análisis de la calidad del expediente clínico en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

Con base en lo anterior, se emite el Modelo de Evaluación para el Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC), con la intención de proporcionar un instrumento de evaluación de la calidad del expediente clínico que sirva como referencia a aquellos establecimientos médicos que lo consideren útil, ya sea para su implantación total o como guía para mejorar los existentes.

Por lo que se establece la Instrucción 187/2009.



D17 CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN *	
1	Nombre de la Institución a la que pertenece el establecimiento médico
2	Nombre o razón social del establecimiento médico
3	Título del documento
4	Lugar y fecha
5	Acto autorizado
6	Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado
7	Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva*
8	Nombre y firma de la persona que otorga la autorización*
9	Nombre y firma de los testigos* (en caso de amputación, mutilación o extirpación orgánica que produzca modificación física permanente o en la condición fisiológica o mental del paciente)
10	Nombre completo y firma de quien realiza el acto autorizado
11	Se elaboran tantos consentimientos como eventos médicos lo ameritan
* En caso de incapacidad transitoria o permanente y ante la imposibilidad de que el familiar tutor o representante legal firme el consentimiento, se procederá bajo acuerdo de por lo menos dos de los médicos autorizados por el hospital dejando por escrito constancia en el expediente clínico.	
D18 HOJA DE EGRESO VOLUNTARIO	
1	Nombre y dirección del establecimiento
2	Nombre del paciente
3	Fecha y hora del alta hospitalaria
4	Nombre completo, edad, parentesco y firma de quien solicita el alta voluntaria
5	Resumen clínico
6	Medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo
7	En su caso, nombre completo y firma del médico
8	Nombre completo y firma de los testigos
D19 HOJA DE NOTIFICACIÓN AL MINISTERIO PÚBLICO	
1	Nombre, razón o denominación social del establecimiento notificador
2	Fecha de elaboración
3	Identificación del paciente
4	Acto notificado
5	Reporte de lesiones del paciente en su caso
6	Agencia del ministerio público a la que se notifica
7	Nombre completo, cédula profesional y firma del médico que realiza la notificación
8	Reporte de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica
D20 NOTA DE DEFUNCIÓN Y DE MUERTE FETAL	
1	Se integra copia en el Expediente Clínico
2	Nombre completo, cédula profesional y firma de quien lo elabora
3	Fecha y hora de elaboración
D21 ANÁLISIS CLÍNICO	
1	Existe congruencia clínico-diagnóstica
2	Existe congruencia diagnóstico-terapéutica
3	Existe congruencia diagnóstico-pronóstico

D12 NOTA DE EGRESO	
1	Nombre del paciente
2	Edad y sexo
3	Fecha y hora de elaboración
4	Signos vitales (peso, talla, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura)
5	Fecha y hora del ingreso/egreso hospitalario
6	Días de estancia en la unidad
7	Se identifica si es reingreso por la misma afección en el año
8	Diagnóstico (s) de ingreso. Contiene diagnóstico principal y diagnósticos secundarios
9	Resumen de la evolución y el estado actual
10	Manejo durante la estancia hospitalaria
11	Diagnóstico (s) final (es)
12	Fecha y hora de procedimientos realizados en su caso
13	Motivo de egreso (máximo beneficio, por mejoría, alta voluntaria, exitus)
14	Problemas clínicos pendientes
15	Plan de manejo y tratamiento
16	Recomendaciones para la vigilancia ambulatoria
17	Nombre completo, cédula profesional y firma del médico
D13 HOJA DE ENFERMERÍA	
1	Identificación del paciente
2	Hábitus exterior
3	Gráfica de signos vitales
4	Ministración de medicamentos (fecha, hora, vía, dosis, nombre de quien aplica el medicamento)
5	Procedimientos realizados
6	Valoración del dolor (localización y escala)
7	Nivel de riesgo de caídas
8	Observaciones
9	Nombre completo y firma de quien elabora
D14 SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	
1	Fecha y hora del estudio
2	Estudio solicitado
3	Problema clínico en estudio
4	Especifica incidentes o accidentes
5	Descripción de resultados e interpretación por el médico tratante (excepto estudios histopatológicos)
6	Nombre completo y firma del médico
D15 REGISTRO DE LA TRANSFUSIÓN DE UNIDADES DE SANGRE O DE SUS COMPONENTES	
1	Cantidad de unidades, volumen, número de identificación de las unidades de sangre o de sus componentes transfundidos
2	Fecha y hora de inicio y finalización de la transfusión
3	Control de signos vitales y estado general del paciente, antes, durante y después de la transfusión
4	En caso de reacciones adversas a la transfusión indicar su tipo y manejo, así como, los procedimientos para efecto de la investigación correspondiente
5	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
D16 TRABAJO SOCIAL	
1	Se integra copia en el expediente clínico del estudio socioeconómico de trabajo social
2	Nombre completo y firma de quien lo elabora

INSTRUCCIONES

1. Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC)

1.1 El MECIC es un instrumento diseñado para evaluar la calidad de los registros en el expediente clínico, ayuda a identificar áreas de oportunidad y puntos críticos que afectan la calidad, con la finalidad de implementar acciones a favor de la mejora continua y de lograr un Expediente Clínico Integrado y de Calidad.

El Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC) que se recomienda mediante la presente Instrucción a todos los establecimientos médicos pretende cubrir tanto el cumplimiento de la NOM-168-SSA1-1998, como otros aspectos de notable importancia que afectan a la integración, custodia y archivo del expediente clínico.

1.2 Los dominios que deberán ser considerados para la evaluación y revisión de la calidad del expediente clínico y el área de archivo en el MECIC son los siguientes:

- I. Custodia, conservación y archivo del expediente clínico
- II. Integración del expediente clínico
- III. Calidad de los registros y cumplimiento normativo
 - a) Historia clínica
 - b) Notas médicas
 - Nota de urgencias
 - Nota de evolución
 - Nota de referencia / traslado
 - Nota de interconsulta
 - Nota pre-operatoria
 - Nota pre-anestésica
 - Nota post-operatoria

- Nota post-anestésica

- c) Nota de egreso
- d) Hojas de enfermería
- e) Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento
- f) Registro de la transfusión de unidades de sangre o de sus componentes
- g) Trabajo social
- h) Carta de consentimiento bajo información
- i) Hoja de egreso voluntario
- j) Hoja de notificación al Ministerio Público
- K) Nota de defunción y de muerte fetal
- l) Análisis clínico

1.3 Como parte del Programa de Seguridad del Paciente y el acuerdo adoptado por la Secretaría de Salud con la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, se recomienda integrar en el expediente clínico la "Lista de verificación para las intervenciones quirúrgicas" propuesta por la Organización Mundial de la Salud y que fué lanzada por SICALIDAD mediante la Campaña Sectorial "Cirugía segura salva vidas".

1.4 A todos los efectos, el Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC) que se contiene en la presente instrucción servirá de referencia para el análisis de evidencias en el Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud.

1.5 En los supuestos de distribución por dosis unitarias de medicamentos en las unidades hospitalarias, de acuerdo a lo establecido en el Programa de Uso Racional de Medicamentos, deberá incluirse en el expediente clínico la "Hoja de Aplicación Terapéutica por Unidosis".

- 1.6 En los establecimientos médicos que cuenten con un modelo estandarizado del Informe Social elaborado por los profesionales de trabajo social se recomienda su incorporación al expediente clínico.
- 1.7 En las visitas para obtener el dictamen de acreditación de las unidades que prestan servicio al Seguro Popular se utilizara el MECIC como trazador de calidad de los expedientes de pacientes seleccionados por los miembros de la Red de Evaluación y Acreditación de la Calidad (REACAL).
- 1.8 En el proceso de evaluación de la calidad de expediente clínico el que refiere la presente Instrucción, y en congruencia con los parámetros internacionales, se deberá prestar especial atención al Informe de Alta o Nota de Egreso.
En especial, sin menoscabo de los apartados que al respecto se incluyen en el MECIC, la revisión deberá considerar la existencia en todo expediente de hospitalización del Informe de Alta y si existe evidencia (copia) de que el citado informe fue entregado al paciente o a la familia en los casos que proceda.
- 1.9 Como criterio general, la aplicación del MECIC deberá referirse en exclusiva a los documentos y registros que integran el expediente clínico analizado, sin perjuicio de que algunas unidades clínicas o de enfermería mantengan en sus propios archivos aquellos documentos que debieron incorporarse al expediente.
- 1.10 Durante la aplicación del MECIC, deberán registrarse de manera especial, los hallazgos siguientes:
 - a) No entrega por extravío de expedientes clínicos solicitados en el muestreo.
 - b) Cuando se observe duplicidad por la existencia de varios expedientes clínicos en el seno de un establecimiento médico para un mismo paciente.

1.11 SICALIDAD recomienda por su utilidad para la estandarización, gestión clínica, costeo y comparabilidad la aplicación de la “Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud” (CIE-10) para la codificación diagnóstica, o en Atención Primaria la “Clasificación Internacional de Atención Primaria” (CIAP-2).

2. Revisión regular del expediente clínico en los establecimientos médicos.

2.1 Cuando por la complejidad del establecimiento médico se amerite, deberá estar instalado el Subcomité del Expediente Clínico en los establecimientos médicos y este deberá estar integrado en el COCASEP de acuerdo a lo definido en la Instrucción 171/2009.

En el caso de no contar con un Subcomité del Expediente Clínico el COCASEP designará el grupo de trabajo para la revisión del expediente clínico.

2.2 Durante las sesiones del Subcomité del Expediente Clínico o grupo de trabajo para la revisión del expediente clínico se analizarán los resultados de la aplicación de este modelo y se documentarán los hallazgos de la revisión efectuada.

2.3 El Subcomité de Expediente Clínico o grupo de trabajo para la revisión del expediente clínico es el responsable de llevar a cabo la revisión del expediente clínico y mediante el COCASEP se notificarán al director del establecimiento médico o al responsable de la jurisdicción o unidades de atención primaria las recomendaciones derivadas de la evaluación del expediente clínico, así como las acciones que llevarán a cabo para su seguimiento.

D3	EN GENERAL DE LAS NOTAS MÉDICAS							
	NU	NE	NT	NI	NPE-O	NPE-A	NPO-O	NPO-A
1	Nombre del paciente							
2	Fecha y hora de elaboración							
3	Edad y sexo							
4	Signos vitales (Peso, talla, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura)							
5	Resumen del interrogatorio							
6	Exploración física							
7	Resultado de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento							
8	Diagnóstico (s) o problemas clínicos							
9	Plan de estudio y/o Tratamiento (indicaciones médicas, vía, dosis, periodicidad)							
10	Pronóstico							
11	Nombre completo, cédula profesional y firma del médico							

ESPECIFICACIONES DE LAS NOTAS MÉDICAS (D4-D11)x

D4	NOTA DE URGENCIAS (NU)							
12	Motivo de la consulta							
13	Estado mental del paciente							
14	Se menciona destino de paciente después de la atención de urgencias							
15	Se precisan los procedimientos en el área de urgencias							

D5	NOTA DE EVOLUCIÓN (NE)							
12	Existencia de nota médica por turno							
13	Evolución y actualización de cuadro clínico							

D6	NOTA DE REFERENCIA/TRASLADO (NT)							
12	Motivo de envío							
13	Establecimiento que envía y establecimiento receptor							
14	Nombre del médico responsable de la recepción del paciente en caso de urgencia							

D7	NOTA DE INTERCONSULTA (NI)							
12	Criterio diagnóstico							
13	Sugerencias diagnósticas y de tratamiento							
14	Motivo de la consulta							

D8	NOTA PRE-OPERATORIA (NPE-O)							
12	Fecha de la cirugía a realizar							
13	Diagnóstico pre-operatorio							
14	Plan quirúrgico							
15	Riesgo quirúrgico							
16	Cuidados y plan terapéutico preoperatorio							

D9	NOTA PRE-ANESTÉSICA (NPE-A)							
12	Evaluación clínica del paciente							
13	Tipo de anestesia							
14	Riesgo anestésico							

D10	NOTA POST-OPERATORIA (NPO-O)							
12	Operación planeada							
13	Operación realizada							
14	Diagnóstico post-operatorio							
15	Descripción de la técnica quirúrgica							
16	Hallazgos transoperatorios							
17	Reporte de gases y compresas							
18	Incidentes y accidentes							
19	Cuantificación de sangrado							
20	Resultados e interpretación de estudios de servicios auxiliares de diagnóstico transoperatorios							
21	Estado post-quirúrgico inmediato							
22	Plan manejo y tratamiento post-operatorio inmediato							
23	Envío de piezas y biopsias quirúrgicas para examen macroscópico							

D11	NOTA POST-ANESTÉSICA (NPO-A)							
12	Medicamentos utilizados							
13	Duración de la anestesia							
14	Incidentes y accidentes atribuibles a la anestesia							
15	Cantidad de sangre o soluciones aplicadas							
16	Estado clínico del enfermo a su egreso de quirófano							
17	Plan manejo y tratamiento inmediato							

MODELO DE EVALUACIÓN PARA EL ARCHIVO CLÍNICO

Formato ECIC.001

D1 CUSTODIA, CONSERVACIÓN Y ARCHIVO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	
1	Se tiene un área específica dentro del establecimiento médico asignada para el archivo clínico
2	El archivo clínico tiene espacios tributarios para la conservación, guarda y manejo de los expedientes clínicos
3	Existen condiciones adecuadas dentro del archivo clínico para la guarda de expedientes clínicos (pisos, techos, mobiliario, protección contra incendios)
4	Los expedientes clínicos se encuentran debidamente identificados dentro del archivo
5	Se tiene un sistema de almacenaje que permita mantener los expedientes clínicos en orden y de fácil localización
6	Existe un registro de entradas y salidas de expedientes clínicos
7	Los expedientes clínicos se encuentran en buen estado
8	Existe un registro consecutivo del número de expedientes expedidos, que asegure la no duplicidad
9	Se tienen formatos suficientes para integrar un expediente clínico nuevo cada vez que se solicita
10	Se elaboran y se registran las actas administrativas ante el extravío de expedientes clínicos
11	Existe personal encargado de la custodia de los expedientes clínicos
12	Existe control para determinar la vigencia en el archivo (5 años) de los expedientes clínicos

MODELO DE EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO INTEGRADO Y DE CALIDAD (MECIC)

Formato ECIC.002

CALIDAD DE LOS REGISTROS Y CUMPLIMIENTO NORMATIVO	
D1 INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE	
1	Existe el expediente clínico solicitado
2	Tiene un número único de identificación
3	Se incorpora un índice guía en las carpetas
4	Los documentos están secuencialmente ordenados y completos
5	Escrito con letra legible en lenguaje técnico médico
6	Sin abreviaturas, tachaduras y enmendaduras
7	Se anexa la lista de verificación para las intervenciones quirúrgicas
D2 HISTORIA CLÍNICA	
1	Ficha de Identificación
2	Antecedentes heredo familiares
3	Antecedentes personales no patológicos
4	Antecedentes personales patológicos
5	Padecimiento actual
6	Interrogatorio por aparatos y sistemas
7	Exploración física (habitus exterior, signos vitales, datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades y genitales)
8	Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros
9	Terapéutica empleada y resultados obtenidos (medicamento, vía, dosis, periodicidad)
10	Diagnóstico (s) o problemas clínicos
11	Nombre completo, cédula profesional y firma del médico

- 2.4 Se propone la aplicación trimestral del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad por el Subcomité de Expediente Clínico o grupo de trabajo para la revisión del expediente clínico por medio de los instrumentos ECIC.001 y ECIC.002, mismos que se anexan a la presente Instrucción.
- 2.5 Los hallazgos derivados del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC), en especial los incumplimientos relevantes que se detecten deberán ser propuestos por parte de la Dirección del establecimiento médico para el conocimiento de los profesionales afectados.

- 3.2 SICALIDAD ofertará a los establecimientos médicos que estén asociados a ECIC la aplicación informática del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC) para su aplicación.
- 3.3 SICALIDAD en coordinación con las áreas de calidad de los Servicios Estatales de Salud evaluarán mediante un programa de trabajo los avances obtenidos en las instituciones del Sector Salud incorporadas al proyecto ECIC, esto con la finalidad de garantizar la calidad de los registros que integran el expediente clínico.

4. Instructivo del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC).

- 4.1 Introducción: El expediente clínico es un documento médico legal que permite disponer de un registro organizado del proceso salud-enfermedad, reúne un conjunto de documentos que identifican al usuario de los servicios de salud.

La calidad de las instituciones de salud se refleja en la calidad de su expediente clínico como una garantía documental de la calidad de la atención que brindan los profesionales de la salud.

- 4.2 Objetivo: Facilitar el manejo del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad, a los profesionales de la salud que lo aplican en las unidades médicas, garantizando que de manera periódica el establecimiento médico aplica un instrumento para evaluar la calidad del expediente clínico.

REVISIÓN DE LA CALIDAD DEL EXPEDIENTE CLÍNICO



3. Establecimientos médicos asociados al proyecto ECIC.

- 3.1 Los establecimientos médicos que estén asociados al proyecto ECIC deberán aplicar las recomendaciones que se emitan al respecto, asimismo recibirán asesoría técnica de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCE) para llevar a cabo la aplicación del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad.

- 4.3 Dominios de revisión:
- Integración del expediente clínico.
 - Calidad de los registros del expediente clínico.
 - Custodia y archivo del expediente clínico.
 - Calidad de la atención médica mediante los registros del expediente clínico.

4.4 Lineamientos de aplicación:

El Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC) es aplicable en los establecimientos médicos de los sectores público, social y privado tanto en la atención primaria como hospitalaria.

La periodicidad de aplicación recomendable es de cumplimiento trimestral como un mínimo establecido.

4.5 Descripción: El Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad se realizará mediante el registro en un código binario que mide los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico. Consta de 21 dominios a evaluar, incorpora una tabla de resultados que muestra el porcentaje de cumplimiento por apartado y un gráfico que ilustran los resultados de la evaluación.

Cada dominio está identificado por filas sombreadas con la abreviatura D seguido del número consecutivo (D0, D1...), y el nombre del dominio de que se trata.

Los dominios están divididos por columnas que enuncian el numeral de la variable a evaluar, el título de la variable y un recuadro para colocar la calificación correspondiente.

4.6 Metodología de aplicación: Se recomienda evaluar una muestra mínima de 10 expedientes clínicos, 5 de pacientes hospitalizados y 5 de pacientes egresados del establecimiento médico. En todo caso el tamaño de la muestra de expedientes que se propone será significativa del volumen de egresos o consultas realizadas en el establecimiento médico.

Los expedientes serán seleccionados al azar tomando en cuenta los diferentes servicios.

Los expedientes de pacientes egresados deberán ser seleccionados del registro de altas hospitalarias con fecha del día anterior o hasta una semana previa a la fecha de evaluación, tomando nota del número de expediente para así solicitarlo al archivo clínico.

Los expedientes de pacientes hospitalizados serán seleccionados al azar del registro del censo hospitalario con fecha del día en que se realiza la evaluación y serán solicitados a los jefes de servicio a cargo.

Los expedientes clínicos solicitados deberán ser localizados en tiempo preciso. En el supuesto de no hallar el expediente indicado no se procederá a solicitar un nuevo expediente, ya que la existencia y localización es una variable a calificar de carácter relevante.

Una vez reclutada la muestra se procederá a la medición.

La ponderación para dar calificación a las variables contenidas en cada uno de los dominios será:

1 = Si cumple satisfactoriamente con el criterio de la variable a evaluar.

0 = Cumple parcialmente o NO cumple con el criterio de la variable a evaluar.

NA = No aplica.

4.7 Descripción de llenado:

4.7.1 Dominio 0 (D0); Datos generales de la unidad médica

Se deberán registrar los datos solicitados de forma clara y puntual

4.7.2 Dominio 1 (D1); Elaboración e integración del expediente clínico.

Las variables de este apartado evalúan los puntos críticos que con frecuencia afectan al expediente clínico. Se calificarán haciendo una revisión general del expediente clínico registrando en la columna correspondiente la ponderación según el resultado de la evaluación.

4.7.3 Dominio 2 (D2); Historia Clínica.

Se verificará la existencia del registro de las variables integradas en este apartado, dando la ponderación correspondiente según sea el caso.

4.7.4 Dominio 3 (D3); En general de las notas médicas.

En este apartado se evalúan las constantes que deberán estar registradas en los diferentes tipos de notas médicas, las casillas de calificación están encabezadas por la abreviatura de cada tipo de nota y la calificación se deberá colocar en la columna correspondiente a la nota que se esté evaluando.

Se evaluarán las variables específicas de los diferentes tipos de notas médicas colocando la calificación en la casilla correspondiente dando seguimiento a la columna encabezada por las siglas

del nombre de la nota médica.

La documentación a evaluar deberá ser la que corresponda a la última fecha encontrada en el expediente.

Dominio 4 (D4) al Dominio 11 (D11)		
Dominio	Abreviatura	Nota médica
D4	NU	Nota de urgencias
D5	NE	Nota de evolución
D6	NT	Nota de traslado
D7	NI	Nota de interconsulta
D8	NPE-O	Nota pre-operatoria
D9	NPE-A	Nota pre-anestésica
D10	NPO-Q	Nota post-operatoria
D11	NPO-A	Nota post-anestésica

4.7.5 Dominio 12 (D12) al Dominio 21 (D21).

Se calificarán las variables que deberán estar registradas en la documentación solicitada.

4.8 Calificación final:

La calificación final se integrará según la ponderación por dominio en la tabla de resultados ilustrándose en el gráfico de barras.

El formato MECIC, en Excel, facilita el desplegado automático de una gráfica de barras que evidencia el cumplimiento de las variables evaluadas por este instrumento para los diferentes dominios.