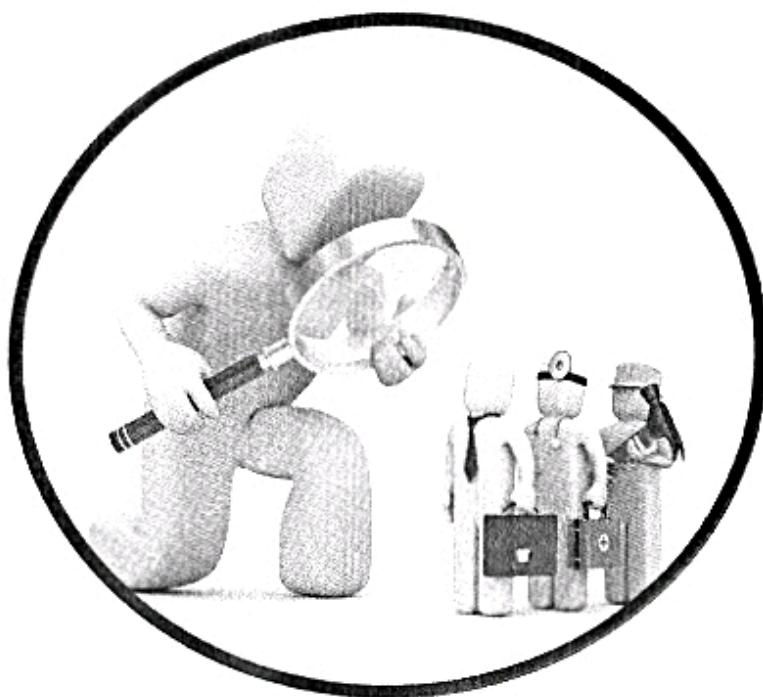


PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD - U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR



UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD

ESPINAR CUSCO

2023.



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Espinar Cusco
C.E.P. 47004
JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
Espinar Cusco
C.E.P. 47004
INTEGRANTE OPERATIVO



DIRECTOR DE LA U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.

MC. EDWIN SOTO CCAYAHUALLPA

COMITÉ DE AUDITORIA MEDICA (CAM)

COORDINADOR: MC. EDISON MIGUEL FUENTES CASANI

SECRETARIO: DR. WILLY RUSBEL GOMEZ VELASQUEZ

- INTEGRANTE: MC. ABRAHAM CHOQUENAIRA HUAYLLA
- INTEGRANTE: MC. HAWAR VELARDE DEL CASTILLO
- INTEGRANTE: MC. NAZARIO PUMA CHUTAS
- INTEGRANTE: MC. HARDY BENITO RONDON VALDIVIA

COMITÉ DE AUDITORIA EN SALUD (CAS)

COORDINADOR: MC. EDISON MIGUEL FUENTES CASANI

SECRETARIO: MC. EDINSON GERMAN VALDERRAMA MAMANI

- INTEGRANTE: LIC. IRMA LUPACA JIHUANA
- INTEGRANTE: LIC. JUDITH KARIN CAHUATA TURO
- INTEGRANTE: LIC. ISABEL ROMERO JACHA
- INTEGRANTE: OBST. CHRISTIAN NOEL GONZALES FONSECA
- INTEGRANTE: OBST. YESENIA ISABEL NAVARRO PEREZ

PLAN DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR



I. INTRODUCCION

La auditoría es considerada como un método efectivo para fortalecer y mejorar la calidad de la atención, la cual permite evaluar procesos de prestación de servicios, y mediante esto evaluar el impacto de la atención en salud. La auditoría de la calidad en la atención en salud es un proceso que busca mejorar la atención de los pacientes y tiene en cuenta aspectos de estructura, procesos y resultados de la atención los cuales son evaluados sistemáticamente con el fin de generar cambios.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud es considerada como: el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención de salud, además tiene como finalidad crear cultura de autocontrol, mediante evaluaciones constantes no solo de resultados sino también de las técnicas utilizadas, y la respectiva verificación de ejecución de metas de acuerdo a lo planeado, con la finalidad de corregir cada proceso realizado.

La auditoría tiene como objetivo asesorar, acompañar y velar por óptimos resultados en el proceso de atención en salud; dejando de lado buscar e identificar el responsable de los errores, y más bien buscar la causa y consecuencia con el fin de sugerir acciones correctivas o preventivas que hagan de la prestación de servicios de salud un proceso eficiente. Tanto así que las instituciones han implementado políticas de calidad para los servicios de salud con el fin de procurar el bienestar de la población.

La Auditoría en Salud es la revisión de todos los aspectos de la actividad del cuidado clínico de los pacientes, realizada por un equipo de profesionales médicos y no médicos, cuya finalidad es mejorar la Calidad de atención con la participación de los diversos grupos de profesionales. Constituye una herramienta del componente de Garantía de la Calidad del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

Nuestra Institución, siendo un establecimiento de salud del Segundo nivel, cuenta en la actualidad con 25 camas, las cuales se distribuyen en los diversos Departamentos/Servicios Asistenciales. Dichas áreas cuentan con Auditores que informaban en base a las herramientas impartidas en la NT N029-MINSA/DGSP-V.01. Para el presente año el Plan de Auditoría del Hospital Espinar se basa en la NT N029-

MINSA/DIGEPRES-V.02 aprobada con Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que contempla actividades que dan mayor énfasis a la calidad de la atención, e incluye la Auditoría de Gestión Clínica en la que se continúa con la evaluación de los registros asistenciales, labor que se continuará, siendo lo más importante el seguimiento de las recomendaciones que de estas evaluaciones se desprendan, por lo que a través de la Oficina de Gestión de la Calidad se viene haciendo entrega de una calificación individualizada a cada Departamento/Servicio Asistencial del Hospital Espinar.



2. FINALIDAD

Contribuir a fortalecer la función gerencial en los servicios asistenciales a fin de promover la calidad y la mejora continua en el Hospital Espinar para el año 2023.

Evaluar si los procesos de atención se realizan de acuerdo a lo normado por la institución, para mejorar y elevar los estándares de calidad, a través de la capacitación del personal de la salud.

3. OBJETIVOS

3.1.OBJETIVO GENERAL

Construir de manera creativa y técnica fundamentada, el modelo de gestión con criterio empresarial que promueva el enfoque de procesos, facilite y estimule la labor del Auditor en la implementación de la Auditoría para contribuir a mejorar la calidad de la atención, el crecimiento y desarrollo del hospital de Espinar.

Comité de Auditoría Médica – Salud, Unidad de Gestión de la Calidad - Hospital Espinar
- 2023 Plan Anual de Auditoría 2023- Hospital Espinar

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer la organización, instrumentos y actividades del Comité de Auditoría de la calidad de atención según Norma Técnica de Salud de auditoría de la calidad de la atención en salud en el hospital de espinar. NTS N029 – MINSA/DIGEPRES –V.02.
- Fortalecer la capacidad técnica de los comités de auditoría de la calidad de la atención.



- Mejorar las prestaciones asistenciales en las áreas críticas.
- Continuar con la incorporación de los usuarios internos en el proceso de auditoría de la calidad de atención en salud, auditoría de registro y auditoría de caso.

4. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
2. Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
3. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
4. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
5. Resolución Ministerial N° 519-2005/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud".
6. Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA que aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
7. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° O50-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
8. Resolución Ministerial N° 727—2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", del 29 de octubre del 2009.
9. Resolución Ministerial N° 1022-2007/MINSA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
10. Resolución del Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú N° 5295-CN-CMP- 2007, que aprobó el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú.
11. Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA que aprueba la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V01: "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud".
12. Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica".

13. Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA que aprueba la NT N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 “Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud”.



5. AMBITO DE APLICACIÓN

El Plan Anual de Auditoria del Hospital Espinar 2023, es de aplicación en todos los Servicios Asistenciales del Hospital Espinar.

- Evaluación de historias clínicas de atención especializada, en el marco de la normatividad aprobada por el MINSA.
- Auditorias de Gestión Clínica.
- Auditorias programadas.
- Auditorias de caso.

6. COMITÉS DE AUDITORÍA 2023.

COMITÉ DE AUDITORIA MEDICA (CAM)

COORDINADOR: MC. EDISON MIGUEL FUENTES CASANI

SECRETARIO: DR. WILLY RUSBEL GOMEZ VELASQUEZ

- INTEGRANTE: MC. ABRAHAM CHOQUENAIRA HUAYLLA
- INTEGRANTE: MC. HAWAR VELARDE DEL CASTILLO
- INTEGRANTE: MC. NAZARIO PUMA CHUTAS
- INTEGRANTE: MC. HARDY BENITO RONDON VALDIVIA

COMITÉ DE AUDITORIA EN SALUD (CAS)

COORDINADOR: MC. EDISON MIGUEL FUENTES CASANI

SECRETARIO: MC. EDINSON GERMAN VALDERRAMA MAMANI

- INTEGRANTE: LIC. IRMA LUPACA JIHUAÑA
- INTEGRANTE: LIC. JUDITH KARIN CAHUATA TURO
- INTEGRANTE: LIC. ISABEL ROMERO JACHA
- INTEGRANTE: OBST. CHRISTIAN NOEL GONZALES FONSECA
- INTEGRANTE: OBST. YESENIA ISABEL NAVARRO PEREZ.

6. INDICADORES.

INDICADORES DEL PLAN.



OBJETIVOS ESPECIFICOS	DENOMINACION DEL INDICADOR	FORMA DE CALCULO	FUENTE	PERIODICIDAD
OE. PROMOVER LA MEJORA CONTINUA DE LAS ATENCIONES ASISTENCIALES EN LAS AREAS CRÍTICAS.	Porcentaje de auditorias programadas realizadas.	N° auditorias realizadas x 100/N ^o auditorias programadas.	Informe de auditoria.	Semestral/Anual
	Porcentaje de recomendaciones implementadas.	N° de recomendaciones implementadas x 100/N ^o de recomendaciones emitidas en informes de auditoria.	Informe de implementación de recomendaciones.	Semestre/Anual.

AUDITORIAS DE CASO:

AUDITORIAS DE CASO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PERIODO DE EJECUCION
CASOS DE MORTALIDAD MATERNOPERINATAL	U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR – COMITE DE AUTORIA MEDICA.	SEGUN CASOS. EN LOS PLAZOS ESTABLECIDOS POR NORMA.
CASOS DE MORTALIDAD POR NEUMONIA O EDA	U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR – COMITE DE AUTORIA MEDICA.	SEGUN CASOS. EN LOS PLAZOS ESTABLECIDOS POR NORMA.
REINGRESOS POR EL MISMO DIAGNOSTICO	U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR – COMITE DE AUTORIA MEDICA.	SEGUN CASOS. EN LOS PLAZOS ESTABLECIDOS POR NORMA.
EVENTOS ADVERSOS EN ANESTESIOLOGIA	U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR – COMITE DE AUTORIA MEDICA.	SEGUN CASOS. EN LOS PLAZOS ESTABLECIDOS POR NORMA.
EVENTOS CENTINELA	U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR – COMITE DE AUTORIA MEDICA.	SEGUN CASOS. EN LOS PLAZOS ESTABLECIDOS POR NORMA.
OTROS QUE DISPONGA LA AUTORIDAD SUPERIOR	U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR – COMITE DE AUTORIA MEDICA.	SEGUN CASOS. EN LOS PLAZOS ESTABLECIDOS POR NORMA.

7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:



COBIERNO REGIONAL CUSCO
 REGIONAL DE SALUD CUSCO
 U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR
 E. J. [Signature]
 C.E.P. 47884
 JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD



8. ANEXOS

U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD

ACTIVIDADES	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	RESPONSABLES
Elaboración del plan de auditoria de la calidad		x											UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD
Reconocimiento al Comité de Auditoria Medica y Auditoria en Salud con Resolución Directoral		x											DIRECCIÓN GENERAL
Evaluación del cumplimiento del plan de auditoria de la calidad de atención de salud			x										UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD
Aprobación del plan de Auditoria de la calidad			x										DIRECCIÓN GENERAL
Capacitación a los comités de auditoria de la calidad de la atención de la calidad - Socialización de la NT N° 029 - MINSA/DGSP-V.02. Auditoria de la Calidad de la Atención en salud al personal asistencial y comités a Auditoria		x											UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD
Consolidar el listado de guías de prácticas clínicas y de procedimientos asistenciales y vigentes		x											UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD - COMITÉ DE AUDITORIA
Medir la adherencia de guías de practicas clínicas de las patologías prevalentes en hospitalización/ consulta externa/emergencia		x		x					x				UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD - COMITÉ DE AUDITORIA
Medir la adherencia de Guia de procedimientos prevalentes		x		x					x				UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD - COMITÉ DE AUDITORIA
Asesorar en la formulación de guías de prácticas clínicas, guías de procedimientos, lista de verificación y consentimientos informados		x		x					x				UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD - COMITÉ DE AUDITORIA
Identificar los servicios que serán auditados en coordinación con el comité de auditoria de la calidad de atención en salud y los responsables de cada servicio		x											COMITE DE AUDITORIA
Realización la auditoria Medica			x										COMITE DE AUDITORIA MEDICA
Realización Auditoria en salud		x		x					x				COMITE DE AUDITORIA EN SALUD
Realización de auditorias de calidad de registro de la historia clinica en los servicios - GESTION CLINICA.				x									COMITE DE AUDITORIA EN SALUD
Realización de auditorias programadas en los servicios de emergencia, hospitalización. obstetricia				x									COMITE DE AUDITORIA EN SALUD

COMITÉ DE GESTIÓN REGIONAL QUSCO
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 U.S.C.
 C. P. 47004
 APE DE LA UNIDAD DE CALIDAD

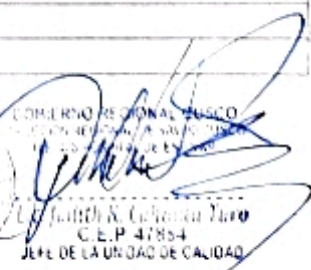


AUDITORIA DE LA CALIDAD DE SALUD – U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.



DIAGNOSTICOS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
a) Presuntivo coherente	8	1		0	NA
b) Definitivo coherente	8	1		0	NA
c) Uso del CIF 10	4			0	
SUBTOTAL	20				
PLAN DE TRABAJO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Exámenes de Patología Clínica pertinentes	5	1	2	0	NA
Exámenes de Diagnósticos por Imágenes pertinentes	5	1	2	0	NA
Interconsultas (a otros servicios dentro del establecimiento de salud pertinentes)	4	1	2	0	NA
Referencias a otros establecimientos de salud	4				NA
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes	4	1	2	0	NA
Fecha de próxima cita	2			0	NA
SUBTOTAL	24				
TRATAMIENTO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Régimen higiénico-dietético y medidas generales concordantes y coherentes	4	2		0	NA
Nombre de medicamentos coherentes y concordante con Denominación Común Internacional (DCI)	4	2		0	NA
Consigna presentación	2			0	NA
Dosis del medicamento	2			0	NA
Vía de administración	2			0	NA
Frecuencia del medicamento	2			0	NA
Duración del tratamiento	1	0.5		0	NA
SUBTOTAL	17				
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA					
Se cuenta con Formatos de Atención Integral por etapas de vida (Primer Nivel de Atención)	2	1		0	NA
Palentud	1			0	
Letra legible	1			0	
No uso de abreviaturas	1			0	
Sello y firma del médico tratante	2	1		0	
SUBTOTAL	7				
SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCIÓN	10	5		0	NA
TOTAL	100				
CALIFICACION SEGUN PUNTUACIÓN					
SATISFACTORIO	IGUAL O MAYOR 90%				
POR MEJORAR	ENTRE 75 A 89 %				
DEFICIENTE	MENOS 75%				
III - NO CONFORMIDADES					
IV - CONCLUSIONES					
V - RECOMENDACIONES					




 COMANDO REGIONAL TAUCA
 DEPARTAMENTO DE SALUD
 HOSPITAL DE ESPINAR
 C.E.P. 47854
 JEFE DE LA UNIDAD DE CALIDAD



INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 5

INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN CONSULTA EXTERNA

I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA

MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de los auditores
NÚMERO DE AUDITORIA	Numero de auditoria realizada
FECHA DE AUDITORIA	Fecha en que se realiza la auditoria
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoria
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergente con observación del Tópico de Medicina, Tópico de Cirugía, etc.)
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el numero de la historia clinica.
CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE	Registro de matricula del Colegio profesional.
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	Diagnostico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica
CIF 10	
AUDITORIA POR DIAGNÓSTICO	Se selecciona la última consulta correspondiente al diagnóstico definitivo a auditar, si esta es una consulta de seguimiento para estudio diagnóstico o control se evaluara la información de la primera consulta correspondiente al episodio actual de dicho diagnóstico, a la cual se aplicara la ficha de consulta externa.
	Para la evaluación del ítem seguimiento y control de la evolución este se aplicará a las consultas posteriores a la primera consulta del episodio actual (en caso de ser un paciente crónico en el cual la primera consulta es de un periodo largo se aplicará el seguimiento a las 10 ultimas consultas)
AUDITORIA DE UNA CONSULTA	Se selecciona una consulta de las historias clinicas que correspondan a la primera consulta o reevaluación completa de un determinado diagnóstico (independientemente del diagnóstico). Se Aplica la Ficha Completa excepto el ítem referente a seguimiento y control de la evolución
II) OBSERVACIONES	
FILIACIÓN	Completo: Registro en la primera consulta de los datos correspondientes a la filiación, los cuales son en numero de 16 en la ficha de Consulta externa
	No existe: No se registran los datos.
ANAMNESIS	
FECHA Y HORA DE ATENCIÓN	Completo: Se registra fecha y hora de la atención, Incompleta Se consigna solamente fecha u hora de atención, No existe: no se registran los datos
MOTIVO DE CONSULTA	Completo: Signos y sintomas principales y/o otros motivos de la consulta, como consulta de control o evaluación de exámenes de apoyo al diagnóstico, etc. No existe: no se registra el/los datos o no es concordante con el relato cronológico
TIEMPO DE ENFERMEDAD	Completo: Se consigna el tiempo que refiere el paciente como inicio de la presentación de los signos y sintomas motivos de consulta. No existe: No se registra el dato.
RELATO CRONOLÓGICO	Completo: Claro, coherente, en orden cronológico, consigna características de los signos y sintomas, motivos de consulta referentes a ubicación anatómica, forma de presentación relación con factores precipitantes, indagación de otros signos y sintomas asociados que contribuyan al diagnóstico, etc. In-completo: no se consigna en orden cronológico adecuado, no se indaga por características de los signos y sintomas ni por factores u otros signos y/o sintomas asociados que puedan contribuir al diagnóstico. No existe: no se registra el dato
FUNCIONES BIOLÓGICAS	Completo: Se registran los datos referentes a variaciones o no en el apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, que contribuyan al diagnóstico del caso Incompleto: Se registran solo algunas variables. No existe: No se Registra ningún dato
ANTECEDENTES	
FISIOLÓGICOS, PATOLÓGICOS, EPIDEMIOLÓGICOS Y OCUPACIONALES	Completo: Se registran todos los antecedentes pertinentes según la anamnesis que contribuyan a la orientación diagnóstica Incompleto: Se registran los antecedentes según la anamnesis de manera parcial, No existe: no se registran los datos correspondientes
EXAMEN CLINICO	

AUDITORIA DE LA CALIDAD DE SALUD – U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.



FUNCIONES VITALES	Completo: Se registran los datos completos referentes a Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardíaca (FC), Presión arterial (PA) (la PA en población pediátrica se consignará solo en casos que lo amerite), Incompleto: No se registran los datos completos. No existe: no se registra ningún dato
PESO, TALLA	Completo: Se registran los datos de las variables. Incompleto: Se registran de manera parcial. No existe: No se registran los datos
ESTADO DE HIDRATACIÓN, ESTADO DE NUTRICIÓN, NIVEL DE CONCIENCIA, PIEL Y ANEXOS	Completo: Se registran estos datos como parte del examen físico general, los cuales contribuyan al diagnóstico. Incompleto: No se registran los datos que contribuyan al diagnóstico. No existe: No se registra ningún dato sobre el particular
EXAMEN FÍSICO REGIONAL DIRIGIDO	Completo: Se registran las No Conformidades positivas y negativas de los aparatos y sistemas pertinentes a evaluar según la anamnesis. Incompleto: Se registra de manera incompleta las No Conformidades positivas y negativas de los aparatos y sistemas pertinentes a evaluar según la anamnesis. No existe: No se registran los datos sobre el examen clínico regional
DIAGNOSTICO	
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	Completo: Se registran todos los diagnósticos presuntivos concordantes con la anamnesis y el examen clínico. Incompleto: No se registran todos los diagnósticos presuntivos de acuerdo a la anamnesis y al examen clínico. No existe: No se registran / No concordante con la anamnesis y el examen clínico
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	Completo: Se registran todos los diagnósticos definitivos concordantes con la anamnesis, el examen clínico y/o resultado de exámenes de apoyo al diagnóstico. Incompleto: No se registran todos los diagnósticos definitivos de acuerdo a la anamnesis, examen clínico y/o resultado de exámenes de apoyo al diagnóstico. No existe: No se registra / No concordante con la anamnesis, examen clínico y/o resultado de exámenes de apoyo al diagnóstico
CIE 10	Completo: Se registra de manera correcta el Código internacional de enfermedades (CIE 10) en todos los diagnósticos presuntivos y/o definitivos. Incompleto: No se registra el CIE 10 en todos los diagnósticos presuntivos y/o definitivos consignados. No existe: No se registran CIE 10
PLAN DE TRABAJO	
EXAMENES DE PATOLOGÍA CLÍNICA (LABORATORIO)	Completo: Concordantes con ellos diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico. Incompleto: No se solicitan todos los exámenes de patología clínica necesarios para confirmación diagnóstica como para control. En exceso: Se solicitan además de los necesarios, exámenes de patología clínica no concordantes con las presunciones diagnósticas y/o las necesidades de exámenes de control. No existe: no se solicitan exámenes de patología clínica de corresponder y/o no son concordantes con los diagnósticos presuntivos y/o las necesidades de exámenes de control
EXAMENES DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	Completo: Concordantes con ellos diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico. Incompleto: No se solicitan todos los exámenes de diagnósticos por imágenes necesarios para confirmación diagnóstica como para control. En exceso: se solicitan además de los necesarios exámenes de diagnóstico por imágenes no concordantes con las presunciones diagnósticas y/o las necesidades de exámenes de control. No existe: no se solicitan exámenes de diagnóstico por imágenes, de corresponder y/o no son concordantes con los diagnósticos presuntivos y/o las necesidades de exámenes de control
INTERCONSULTAS	Completo: Concordantes con ellos diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico. Incompleto: No se solicitan todas las interconsultas necesarias / no se solicitan oportunamente. En exceso: se solicitan además de las necesarias interconsultas que no corresponden. No existe: no se solicitan las interconsultas necesarias y/o no son concordantes con la anamnesis, exámenes clínicos y diagnósticos presuntivos y definitivos
REFERENCIAS	Oportunas: Las referencias se realizan en el momento adecuado o conveniente, según las Guías de Práctica Clínica y normativa vigente de Referencia y Contrareferencia. Completas: cuando las referencias cumplen totalmente la normativa vigente de Referencia y Contrareferencia. Incompletas: cuando las referencias cumplen parcialmente la normativa. En exceso: se realizan otras no necesarias. No existen: no se solicitan referencias
PROCEDIMIENTOS	Completo: Concordantes con ellos diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico. Incompleto: No se consigna la indicación de todos los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios / no se indican oportunamente. En exceso: Se indican además de los necesarios procedimientos que no corresponden. No existe: No se indican los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios / no son concordantes con la anamnesis, examen clínico y diagnósticos presuntivos y/o definitivos
FECHA DE PRÓXIMA CITA	Completa: Se registra la fecha de próxima cita para control y/o continuación de estudio diagnóstico de corresponder. No existe: No se registra el dato de corresponder
TERAPEUTICA	
TRATAMIENTO	Completo: Concordante y coherente con ellos diagnósticos establecidos y se registran todos los ítems referentes a tratamiento señalados en el formato de Auditoría. Incompleto: no se registran todos los ítems señalados en el formato de Auditoría. No existe: No se registran todos los ítems señalados o el tratamiento no es concordante con ellos diagnósticos establecidos
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	
FORMATOS DE ATENCIÓN INTEGRAL POR ETAPA DE VIDA (APLICABLE AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN)	Completo: la Historia Clínica contiene los Formatos de Atención Integral por Etapa de Vida correspondiente y se encuentran correctamente llenados. Incompleto: La historia clínica contiene los Formatos de Atención integral por etapa de vida pero no se encuentran correctamente llenados. No existe: la Historia Clínica no contiene los formatos de atención integral por etapas de vida

AUDITORIA DE LA CALIDAD DE SALUD – U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.



PULCRITUD	Completo: La Historia clínica se encuentra limpia, ordenada, sin enmendaduras. No existe. No cumple con el estándar.
LEGIBILIDAD	Completo: Letra legible y clara en la historia clínica. No existe. No se cumple con el estándar.
NO USO DE ABREVIATURAS	Completo: No uso de abreviaturas en la historia clínica. No existe. no se cumple con el estándar.
IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE	Completo: se consigna la firma y sello del médico que prestó la atención. Incompleta: se consigna solamente la firma o el sello del médico que prestó la atención. No existe: no se consignan los datos.
EVOLUCIÓN	
SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA EVOLUCIÓN (Aplicable en auditoría por diagnóstico en el cual se haya realizado más de una consulta)	Completo: Evolución de signos y síntomas. Toma adecuada de medidas terapéuticas de acuerdo a la evolución o a interurrencias del caso. Solicitud de exámenes de apoyo al diagnóstico de acuerdo a la evolución o a interurrencias del caso. Referencia y/o interconsulta de acuerdo a la evolución o a interurrencias del caso. Incompleta: se toman las medidas terapéuticas, de solicitud de apoyo diagnóstico y/o referencia de acuerdo a la evolución del caso o a interurrencias pero de manera parcial /no oportunas. No existe: no se toma ninguna medida terapéutica de solicitud de apoyo diagnóstico y/o referencia necesaria de acuerdo a la evolución o a interurrencias del caso.
CALCULO DE PUNTAJE	
EL PUNTAJE MAXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100	
EN EL CASO DE EXISTIR ITEMS CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARAN LOS PUNTAJES MAXIMOS OTORGADOS A DICHS ITEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARA COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERA RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERA EL NUEVO PUNTAJE MAXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARA EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORIA Y SE OTORGARA LA CALIFICACION CORRESPONDIENTE.	
NO CONFORMIDAD	
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORIA SELECCIONADO	
CONCLUSION	
OPINION TECNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS	
RECOMENDACIONES	
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MAXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.	
DEBEN SENALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.	

ANEXO Nº 6

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN EMERGENCIA

I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA



MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORÍA			
NÚMERO DE AUDITORÍA			
FECHA DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
ASUNTO			
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA			
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA			
CODIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE			
DIAGNÓSTICO DEL ALTA			
CIE 10			
II) OBSERVACIONES			
FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Número de historia clínica	0.5	0	
Nombres y apellidos del paciente	0.5	0	NA
Tipo y Nº Seguro	0.5	0	NA
Lugar y fecha de nacimiento	0.5	0	NA
Edad	0.5	0	NA
Sexo	0.5	0	
Domicilio actual	0.5	0	NA
Lugar de Procedencia	0.5	0	NA
Documento de identificación	0.5	0	NA
Estado Civil	0.5	0	NA
Grado de instrucción	0.5	0	NA
Ocupación	0.5	0	NA
Religión	0.5	0	NA
Teléfono	0.5	0	NA
Acompañante	0.5	0	NA
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.5	0	NA
SUBTOTAL	8		
ANAMNESIS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Fecha y hora de atención	2	0	
Tiempo de enfermedad	1	0	
Signos y síntomas principales	2	0	
Desarrollo cronológico de la enfermedad (relato)	5	0	NA
Antecedentes	3	0	NA
SUBTOTAL	13		
EXAMEN CLÍNICO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA

AUDITORIA DE LA CALIDAD DE SALUD – U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.

Funciones vitales Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardiaca (FC), Presión arterial (PA), Saturación de oxígeno (Sat O2) en caso lo amerite	2	0	
Puntaje de Escala de Glasgow	1	0	NA
Peso	1	0	NA
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos	2	0	
Examen clínico regional	4	0	
SUBTOTAL	10		
DIAGNÓSTICOS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
a) Presuntivo coherente	8	0	NA
b) Definitivo coherente	8	0	NA
c) Uso del CIE 10	4	0	
SUBTOTAL	20		
PLAN DE TRABAJO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Exámenes de Patología Clínica pertinentes	4	0	
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes	4	0	
Interconsultas pertinentes	3	0	NA
Referencia oportuna	3	0	NA
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes	3	0	NA
Informes correspondientes al Plan de trabajo, anexados a la Historia Clínica			
Exámenes de Laboratorio en Historia Clínica	0.5		
Exámenes de Imágenes en Historia Clínica	0.5	0	NA
Respuesta de interconsultas en Historia Clínica	0.5	0	NA
Procedimientos en Historia Clínica	0.5	0	NA
SUBTOTAL	19		
ESPECÍFICA INDICACIONES DE ALTA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Condición de egreso del paciente	1	0	
Medicamentos prescritos	1	0	NA
Cuidados Generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa	1	0	NA
SUBTOTAL	3		
TRATAMIENTO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Medidas Generales	2	0	NA
Nombre de medicamentos pertinentes con Denominación Común Internacional (DCI)	2	0	NA
Consigna presentación	1	0	NA
Dosis del medicamento	1	0	NA
Frecuencia del medicamento	1	0	NA
Vía de administración	1	0	NA
SUBTOTAL	8		
NOTAS DE EVOLUCIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Fecha y hora de evolución	1	0	



AUDITORIA DE LA CALIDAD DE SALUD – U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.



Nota de Ingreso	1	0	
Apreciación subjetiva	1	0	
Apreciación objetiva	1	0	NA
Verificación del tratamiento y dieta	1	0	
Interpretación de exámenes y comentario	2	0	
Plan de trabajo	2	0	
Consigna funciones vitales	1	0	
Procedimientos realizados	1	0	NA
SUBTOTAL	11		
REGISTROS DE OBSTETRICIA Y/O ENFERMERIA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Notas de ingreso de obstetricia y/o enfermería	0.5	0	NA
Notas obstetricia y/o enfermería	0.5	0	NA
Hoja de funciones vitales	0.5	0	NA
Hoja de balance hidrico	0.5	0	NA
Kardex	0.5	0	NA
Firma y sello del Profesional	0.5	0	NA
SUBTOTAL	3		
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Firma y sello del médico tratante	1	0	
Prinondad de atención	1	0	
Pulcritud	1	0	
Legibilidad	1	0	
No uso de abreviaturas	1	0	
SUBTOTAL	5		
TOTAL	100		
CALIFICACIÓN			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	75-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<75% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
III.- NO CONFORMIDAD			
IV - CONCLUSION			
V - RECOMENDACIONES			



INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 6	
FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN EMERGENCIA	
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA	
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de el/los auditores
NUMERO DE AUDITORIA	Numero de auditoria realizada
FECHA DE AUDITORIA	Fecha en que se realiza la auditoria
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoria
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con observación del Tópico de Medicina, Tópico de Cirugía, etc.)
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLINICA	Colocar el número de la Historia Clínica
CODIFICACIÓN DEL MEDICO TRATANTE	Registro de matrícula del Colegio Profesional
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica
CIE 10	
II) OBSERVACIONES	
FILIACIÓN	Datos que deben registrarse al momento de abrir la historia clínica. Se asignará un puntaje de 0.5 a cada ítem, y la ausencia de alguno de ellos se califica como No Conforme. Si el paciente es NN se califica No Aplica
ANAMNESIS	
FECHA Y HORA DE ATENCIÓN	Conforme. Se registra fecha y hora de la atención. No conforme. no se registran los datos
SIGNOS Y SINTOMAS PRINCIPALES	Conforme. Signos y síntomas principales motivos de la evaluación por emergencia. No conforme. no se registra el/los datos o no es concordante con el relato cronológico
TIEMPO DE ENFERMEDAD	Conforme. Se consigna el tiempo que refiere el paciente y/o acompañantes de iniciados los signos y síntomas y/o de la ocurrencia de los sucesos que motivan la atención por emergencia. No Conforme. No se registra el dato
RELATO CRONOLÓGICO	Conforme. Claro, consigna características de los signos, síntomas y eventos relacionados con los motivos de atención por emergencia. No Conforme: no se registra/no está redactado de manera coherente no está relacionado con los signos y síntomas principales
FUNCIONES BIOLÓGICAS	Conforme. Se registran los datos referentes a variaciones en el apetito, sed, sueño, orina, deposiciones y peso. No conforme. se registran en forma parcial o no hay registro de los datos.
ANTECEDENTES	Conforme. Se registran los antecedentes personales fisiológicos, patológicos, de alergias medicamentosas, ocupacionales y familiares pertinentes según la anamnesis y que contribuyan a la orientación diagnóstica y/o terapéutica. No Conforme. No se registran los datos correspondientes.
EXAMEN CLINICO	
FUNCIONES VITALES	Conforme. Se registran los datos referentes a Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardiaca (FC), Presión arterial (PA), (la P.A. en población pediátrica se consignará solo en casos que lo amerite) Saturación de oxígeno (Sat O2), de requerirse. No Conforme. No se registra ningún dato o se registra de forma parcial
ESCALA DE GLASGOW	Conforme: se registra en pacientes con deterioro del nivel de conciencia. No conforme: no se registra el dato cuando corresponda
PESO	Conforme: Se registra el peso en población pediátrica excepto cuando el estado clínico del paciente no lo permita. No conforme: No se registra el dato correspondiente cuando corresponda
ESTADO DE GRAVEDAD, POSTURA, HIDRATACIÓN, ESTADO DE NUTRICIÓN, NIVEL DE CONCIENCIA, PIEL Y ANEXOS	Conforme: Se registran estos datos como parte del examen físico general. No conforme: No se registran los datos o no se registran los prioritarios según la anamnesis
EXAMEN CLÍNICO REGIONAL	Conforme. Se registran las No Conformidades positivas y negativas del examen físico regional por aparatos y sistemas priorizados según la anamnesis. No conforme: No se registran los datos sobre el examen clínico regional o no se evalúan los aparatos y sistemas pertinentes según anamnesis
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	Conforme. Se registran los diagnósticos presuntivos concordantes con la anamnesis y el examen clínico. No conforme. No se registran los diagnósticos presuntivos o no son concordantes con la anamnesis y el examen clínico.
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	Conforme. Se registran los diagnósticos definitivos concordantes con la anamnesis, el examen clínico y/o resultado de exámenes de apoyo al diagnóstico. No conforme. No se registra o no es concordante con la anamnesis, examen clínico y/o resultado de exámenes de apoyo al diagnóstico
CIE 10	Conforme. Se registra de manera correcta el Código internacional de enfermedades (CIE: 10) en los diagnósticos presuntivos y/o definitivos. No conforme. No se registra el CIE 10 en los diagnósticos presuntivos y/o definitivos consignados

AUDITORIA DE LA CALIDAD DE SALUD – U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.



PLAN DE TRABAJO	
EXÁMENES DE PATOLOGÍA CLÍNICA (LABORATORIO)	Conforme: Se solicitan todos los exámenes de patología clínica necesarios según el caso. No Conforme: No se solicitan los exámenes de apoyo al diagnóstico, se solicitan de manera parcial o no son concordantes con los diagnósticos planteados. No aplica: el caso no amerita exámenes de apoyo al diagnóstico.
EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	Conforme: Se solicitan todos los exámenes de diagnóstico por imágenes necesarios según el caso. No Conforme: No se solicitan los exámenes de apoyo al diagnóstico, se solicitan de manera parcial o no son concordantes con los diagnósticos planteados. No aplica: el caso no amerita exámenes de diagnóstico por imágenes.
PROCEDIMIENTOS	Conforme: Se solicitan los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios, según el caso. No conforme: No se solicitan los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, se solicitan de manera parcial o no son concordantes con los diagnósticos planteados.
INTERCONSULTAS SOLICITADAS	Conforme: Se solicita la/las interconsultas necesarias según el caso. No Conforme: No se solicita la/las interconsultas necesarias según el caso. No aplica: El caso no amerita interconsultas.
REFERENCIAS	Conforme: Se realizan las referencias para apoyo al diagnóstico y/o transferencia a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive según el caso. No Conforme: No se realizan las referencias para apoyo al diagnóstico y/o transferencia a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive según el caso. No aplica: el caso no amerita referencias.
RESULTADOS DE EXÁMENES DE APOYO AL DIAGNÓSTICO EN LA HISTORIA CLÍNICA	Conforme: Los resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados se encuentran anexados a la historia clínica. No Conforme: Los resultados de los exámenes de Apoyo al diagnóstico solicitado no se encuentran anexados a la historia clínica.
RESPUESTA A INTERCONSULTAS EN LA HISTORIA CLÍNICA	Conforme: Hojas de Interconsulta con la respuesta a la interconsulta se encuentran anexadas a la historia clínica. No Conforme: Las respuestas a las interconsultas no se encuentran anexadas a la historia clínica.
TRATAMIENTO	Conforme: Se prescribe el tratamiento concordante con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos adecuadamente planteados y se consignar los ítems señalados en la "Ficha de auditoría de calidad de atención de emergencia". No conforme: No se registra el tratamiento prescrito o no es concordante con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos adecuadamente planteados.
ESPECÍFICA INDICACIONES DE ALTA	Conforme: Registran datos correspondientes a la prescripción de medicamentos, cuidados generales e indicación de evaluación por consulta externa y/o destino (alta, observación, hospitalización, morgue). No conforme: No registran datos señalados o se registran de forma parcial.
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	Conforme: la historia cumple con los atributos señalados y se registra la identificación del médico tratante mediante sello y firma del mismo. No Conforme: La historia clínica no cumple con los atributos señalados.
SE APLICA A PACIENTE QUE SE QUEDA EN OBSERVACIÓN DE EMERGENCIA	
NOTAS DE EVOLUCIÓN	Conforme: Se registran los ítems señalados en la ficha de auditoría (10). No conforme: No se registran los ítems señalados o se registran de manera parcial.
TRATAMIENTO EN OBSERVACIÓN (HOJA TERAPÉUTICA)	Conforme: Concordante con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos y se registran en su totalidad los ítems señalados en la Ficha de Auditoría (7). No Conforme: No se registran los ítems señalados o se registran de manera parcial/el tratamiento no es concordante con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos. En cuanto a Medidas Generales se refiere a dieta, posición, reposo, etc.
REGISTROS DE OBSTETRICIA Y/O ENFERMERÍA *	Conforme: La Historia clínica cuenta con los ítems señalados según correspondía, y los mismos se encuentran correctamente llenados según la evaluación realizada a las fichas. Correspondientes No Conforme: No se registran los ítems señalados en la Ficha de auditoría o no se encuentran correctamente llenados.
* En el caso de evaluación de formatos anexos a la historia clínica como kardex, hoja de funciones vitales, balance hídrico, se aplicará los formatos correspondientes, y se otorgará puntaje como conforme en la ficha de auditoría de emergencia, solamente si la calificación resultado de la evaluación de los mencionados formatos es: "por mejorar o satisfactorio".	
CÁLCULO DE PUNTAJE	
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100	<input type="text"/>
EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.	
NO CONFORMIDAD	
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORIA SELECCIONADO	
CONCLUSIÓN	
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS	
RECOMENDACIONES	
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES	
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIÉN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO	

ANEXO N° 7

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN HOSPITALIZACIÓN

I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA

MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	
NUMERO DE AUDITORIA	
FECHA DE AUDITORIA	
SERVICIO AUDITADO	
ASUNTO	
FECHA DE HOSPITALIZACIÓN	
NUMERO DE LA HISTORIA CLINICA	
COLEGIATURA DEL MEDICO TRATANTE	
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	
CIE 10	

II) OBSERVACIONES

ANAMNESIS	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
-----------	----------	------------	-----------	-----------	-----------

FILIACIÓN

	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Numero de historia clinica	0.25			0	
Nombres y apellidos del paciente	0.25			0	
Tipo y N° Seguro	0.25			0	
Lugar y fecha de nacimiento	0.25			0	
Edad	0.25			0	
Sexo	0.25			0	
Domicilio actual	0.25			0	
Lugar de Procedencia	0.25			0	
Documento de identificación	0.25			0	
Estado Civil	0.25			0	
Grado de instrucción	0.25			0	
Ocupación	0.25			0	
Religión	0.25			0	
Telefono	0.25			0	
Acompañante	0.25			0	
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.25				
Fecha de Ingreso	0.25				
Fecha de elaboración de historia clinica	0.25				
SUBTOTAL	4.5				

ENFERMEDAD ACTUAL Y ANTECEDENTES

	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Signos y Sintomas principales	1			0	
Tiempo de enfermedad	1			0	
Forma de inicio	1			0	
Curso de la enfermedad	1			0	
Relato Cronologico de la enfermedad	3	1		0	
Funciones Biologicas	1	1		0	
Antecedentes	2	1		0	
SUBTOTAL	10				





EXAMEN CLÍNICO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Examen Clínico General					
Funciones vitales: Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardíaca (FC), Presión arterial (PA)	1			0	
Peso, Talla, IMC	1			0	
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	1			0	
Examen Clínico Regional	4	2		0	
SUBTOTAL	7				
DIAGNÓSTICOS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
a) Presuntivo coherente y concordante	8	4		0	NA
b) Definitivo coherente y concordante.	8	4		0	NA
c) Uso del CIE 10	4	2		0	
SUBTOTAL	20				
PLAN DE TRABAJO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Exámenes de Patología Clínica pertinentes					
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes					
Interconsultas pertinentes					
Referencias Oportunas					
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes					
SUBTOTAL					
TRATAMIENTO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Régimen higiénico-dietético y medidas generales concordantes y coherentes.	4	2		0	
Nombre de medicamentos coherentes y concordantes con Denominación Común Internacional (DCI)	4	2		0	
Consigna presentación	1			0	
Dosis del medicamento	1			0	
Frecuencia del medicamento	1			0	
Vía de administración	1			0	
Cuidados de Enfermería y otros profesionales	2			0	
SUBTOTAL	14				
NOTAS DE EVOLUCIÓN	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Fecha y hora de evolución	0.5			0	
Apreciación subjetiva	0.5			0	
Apreciación objetiva	0.5			0	
Verificación del tratamiento y dieta	0.5			0	NA
Interpretación de exámenes de apoyo al diagnóstico y comentario	0.5			0	
Plan diagnóstico	0.5			0	NA
Plan terapéutico	0.5			0	
Firma y sello del médico que evoluciona	0.5			0	

SUBTOTAL	4				
----------	---	--	--	--	--



REGISTROS DE ENFERMERIA/ OBSTETRICIA	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Notas de ingreso de enfermera obstetrica	1			0	
Notas de Evolucion de enfermera obstetrica	1			0	
Hoja de Grafica de Signos vitales	1			0	
Hoja de balance hidrico	1			0	
Kardex	1			0	
Firma y sello del Profesional	1			0	
SUBTOTAL	6				
ESPECIFICAS INDICACIONES DE ALTA	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Forma de Alta	1			0	
Medicamentos prescritos	1			0	
Cuidados generales e indicaciones de reevaluacion posterior por consulta externa	1			0	
SUBTOTAL	3				
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Firma y sello del medico tratante	1			0	
Orden cronologico de las hojas de la historia clinica	1			0	
Pulcritud	1			0	
Legibilidad	1			0	
No uso de abreviaturas	1			0	
SUBTOTAL	5				
FORMATOS ESPECIALES	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Formato de interconsulta	0.5			0	NA
Formato de orden de intervencion quirurgica	0.5			0	NA
Reporte operatorio	0.5			0	NA
Hoja de evolucion pre anestésica	0.5			0	NA
Lista de verificación de seguridad de la cirugía	1			0	NA
Hoja de anestesia	0.5			0	NA
Hoja post anestésica	0.5			0	NA
Formatos de patologia clinica formato de diagnóstico por imágenes	0.5			0	NA
Formato de anatomia patológica	0.5			0	NA
Formato de consentimiento informado	1			0	NA
Formato de retiro voluntario	0.5			0	NA
Epicrisis	1			0	NA
SUBTOTAL	7.5				
TOTAL	100				
CALIFICACIÓN					
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MAXIMO ESPERADO				
POR MEJORAR	75-89% DEL PUNTAJE MAXIMO ESPERADO				
DEFICIENTE	<75% DEL PUNTAJE MAXIMO ESPERADO				



III.- NO CONFORMIDAD
IV.- CONCLUSIÓN
V.- RECOMENDACIONES

INSTRUCTIVO DEL ANEXO Nº 7

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN HOSPITALIZACIÓN

I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA	
MEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de ellos auditores
NÚMERO DE AUDITORIA	Numero de auditoria realizada
FECHA DE AUDITORIA	Fecha en que se realiza la auditoria
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoria
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atencion emergencia con observación del Tópico de Medicina, Tópico de Cirugía, etc.)
FECHA DE HOSPITALIZACIÓN	Fecha de la atención
NÚMERO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el número de la Historia Clínica
COLEGIATURA DEL MEDICO TRATANTE	Registro de matricula del Colegio profesional
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	Diagnostico presuntivo y/o definitivo
CIE 10	
II) OBSERVACIONES	
FILIACIÓN	Completo: Se registra en la historia clinica cada uno de los datos correspondientes a la filiación, son en número de 18 en la fecha de hospitalización. No existe: No se registran los datos.
SIGNOS Y SINTOMAS PRINCIPALES	Completo: Se registran los signos y sintomas principales, que caracterizan la enfermedad actual. No existe: no se registran el/los datos o no es concordante con el relato cronológico.
TIEMPO DE ENFERMEDAD	Completo: Se consigna el tiempo que refiere el paciente como inicio de la presentación de los signos y sintomas motivos de consulta. No existe: No se registra el dato.
FORMA DE INICIO	Completo: Se registra la forma de inicio de la enfermedad (brusco, insidioso). No existe: No se registra en la historia clinica.
CURSO DE LA ENFERMEDAD	Completo: Se registra el curso de la enfermedad (progresivo, intermitente, estacionario). No existe: No se registra en la historia clinica.
RELATO CRONOLÓGICO	Completo: Se registra un relato claro, coherente, en orden cronológico, consigna los signos y sintomas motivo de consulta referente a ubicación anatómica, forma de presentación relación con factores precipitantes, indagación de otros signos y sintomas asociados que contribuyan al diagnostico. Incompleto: El relato no se registra en orden cronológico, forma adecuada, los signos y sintomas a que puedan contribuir al diagnóstico. No existe: no se registra el relato.
FUNCIONES BIOLÓGICAS	Completo: Se registran los datos referentes a variaciones o no en el apetito, sed, sueño, orina, deposiciones. Incompleto: Se registran solo algunas variables. No existe: No se registra ningún dato.
ANTECEDENTES	Completo: Se registran los antecedentes positivos y negativos, personales generales, hábitos nocivos, inmunizaciones, alergias, antecedentes personales fisiológicos, antecedentes obstétricos en sexo femenino, antecedentes personales patológicos, antecedentes familiares. Incompleto: Se registran de manera parcial los antecedentes. No existe: No se registran los datos correspondientes.
EXAMEN CLÍNICO	
FUNCIONES VITALES	Completo: Se registran los datos completos referentes a Temperatura (T°), Frecuencia respiratorio (FR), Frecuencia cardiaca (FC), Presion arterial (PA). (La PA en población pediátrica se consignará solo en casos que lo amerite) Saturación de oxígeno (Sat O2), de requerirse.
	No existe: No se registra ningún dato o se registra en forma incompleta.
PESO, TALLA	Completo: Se registran los datos de las variables.
	No existe: No se registran los datos o se registran de forma incompleta.
EXAMEN CLÍNICO GENERAL	Completo: Se registran este dato estado de gravedad, facies, tipo constitucional, postura, hidratación, estado de nutrición, nivel de conciencia, piel y anexos.
	No existe: No se registra ningún dato o se registra de forma incompleta.
EXAMEN CLÍNICO REGIONAL	Completo: Se registran las No Conformidades positivas y negativas del examen físico regional completo por aparatos y sistemas. Incompleto: Se registra de forma incompleta las No Conformidades positivas y negativas de los aparatos y sistemas pertinentes a evaluar según la anamnesis.
	No existe: No se registran los datos sobre el examen clinico regional.

AUDITORIA DE LA CALIDAD DE SALUD – U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO	Completo: se registra el (los) diagnósticos presuntivos coherentes y concordantes con la anamnesis y el examen clínico en forma total. Incompleto: se registran en forma parcial. No existen: No se registran.
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	Coherentes: En relación con la anamnesis y el examen clínico. Completo: se registra el (los) diagnósticos definitivos en forma total. Incompleto: se registra en forma parcial. No existe: No se registra.
CIE 10	Completo: Se registra de manera correcta el Código internacional de enfermedades (CIE 10) en todos los diagnósticos presuntivos y/o definitivos. Incompleto: Se registra el CIE 10 en forma parcial los diagnósticos presuntivos y/o definitivos convalidados. No existe: No se registra CIE 10.
PLAN DE TRABAJO	
EXAMENES DE PATOLOGÍA CLÍNICA (LABORATORIO)	Pertinentes: Correspondientes con el los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez con la anamnesis, el examen clínico y concordante con la Guía de Práctica Clínica (GPC). Completos: cuando se solicitan todos los exámenes de patología clínica necesarios según la GPC. Incompletos: cuando no se solicitan todos los exámenes de patología clínica necesarios según la GPC. En exceso: se solicitan además de los pertinentes, otros exámenes no concordantes. No existen: no se solicitan exámenes de patología clínica.
EXAMENES DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	Pertinentes: Correspondientes con el los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez con la anamnesis, el examen clínico y concordantes con la Guía de Práctica Clínica (GPC). Completos: cuando se solicitan todos los exámenes de diagnóstico por imágenes necesarios según la GPC. Incompletos: cuando no se solicitan todos los exámenes de diagnóstico por imágenes necesarios según la GPC. En exceso: se solicitan además de los pertinentes, otros exámenes no concordantes. No existen: no se solicitan exámenes de diagnóstico por imágenes.
INTERCONSULTAS	Pertinentes: Correspondientes con el los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez con la anamnesis, el examen clínico y concordantes con la Guía de Práctica Clínica. Completas: cuando se solicitan todas las interconsultas necesarias según la GPC. Incompletas: cuando no se solicitan todas las interconsultas necesarias según la GPC. En exceso: se solicitan además de las pertinentes, otras no concordantes. No existen: no se solicitan interconsultas.
REFERENCIAS	Oportunas: Las referencias se realizan en el momento adecuado o conveniente, según las Guías de Práctica Clínica y normativa vigente de Referencia y Contrareferencia. Completas: cuando las referencias cumplen totalmente la normativa vigente de Referencia y Contrareferencia. Incompletas: cuando las referencias cumplen parcialmente la normativa. En exceso: se realizan otras. No existen: no se solicitan referencias.
PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS	Pertinentes: Correspondientes con el los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez con la anamnesis, el examen clínico y concordante con la Guía de Práctica Clínica (GPC). Completos: cuando se solicitan todos los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios según la GPC. Incompletos: cuando no se solicitan todos los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios según la GPC. En exceso: se solicitan además de los pertinentes, otros no concordantes. No existen: no se solicitan.
TRATAMIENTO	Completo: Concordante y coherente con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos y con la Guía de Práctica Clínica. Se registran en su totalidad los ítems señalados en la Ficha de Auditoría (7). Incompleto: Se prescribe el tratamiento de manera parcial y/o no se registran en su totalidad los ítems señalados, en el puntaje se colocará la suma de los ítems registrados. No existe: No se registra los ítems señalados o no es coherente con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos.
NOTAS DE EVOLUCIÓN	Completas: Se registran todos los ítems señalados en la ficha de auditoría (8) y consigna funciones vitales e información sobre procedimientos realizados. Incompletas: Se registran de forma parcial los ítems señalados, en el puntaje se colocará la suma de los ítems registrados. No existen: No se registran los datos señalados o no son concordantes con el caso.
REGISTROS DE ENFERMERÍA/ OBSTETRICIA *	Completo: Cuenta con los ítems señalados según corresponda, y los mismos se encuentran correctamente llenados según la evaluación correspondiente. No existe: No cuenta con los ítems señalados o no se encuentran correctamente llenados.
ESPECÍFICAS INDICACIONES DE ALTA	Completo: Se registran los datos correspondientes a la prescripción de medicamentos, cuidados generales e indicación de evaluación por consulta externa y/o destino (Alta, observación, hospitalización, Morgue) y cuenta con epícrisis. No existe: No se registran los datos señalados.
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	Completo: la Historia Clínica cumple con los atributos señalados y se registra la identificación del médico tratante mediante sello y firma del mismo. No existe: La Historia clínica no cumple con los atributos señalados.
FORMATOS ESPECIALES	Se evaluarán los formatos especiales y se otorgará el puntaje correspondiente a completo, si los formatos se encuentran correctamente llenados.
* En el caso de evaluación de formatos anexos a la historia clínica como kardex, hoja de funciones vitales, balance hídrico, se aplicará las fichas de evaluación correspondientes, y se otorgará puntaje como conforme en la Ficha de auditoría de emergencia, solamente si la calificación resultado de la evaluación de los mencionados formatos es: "por mejorar o satisfactorio".	
CALCULO DE PUNTAJE	
EL PUNTAJE MAXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100	
EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARAN LOS PUNTAJES MAXIMOS OTORGADOS A DICHS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MAXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORIA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.	
NO CONFORMIDAD	
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORIA SELECCIONADO	
CONCLUSION	



AUDITORIA DE LA CALIDAD DE SALUD - U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.

OPINION TECNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS

RECOMENDACIONES

SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES

DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO



ANEXO N° 8

FORMATO DE EVALUACIÓN DEL REGISTRO DE LA HOJA DE BALANCE HÍDRICO ENFERMERÍA/
OBS- TETRICIA

I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA			
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA			
NUMERO DE AUDITORIA			
FECHA DE AUDITORIA			
SERVICIO AUDITADO			
ASUNTO			
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA			
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA			
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA/ OBS- TETRICIA			
DIAGNÓSTICO			
CIE 10			
II) OBSERVACIONES			
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRES Y APELLIDOS	2	0	
TIPO Y N° SEGURO	1	0	
N° HISTORIA	1	0	
SERVICIO PISO UNIDAD	1	0	
N° DE CAMA	1	0	
EDAD	2	0	
PISO (Segun sistema del servicio)	3	0	
FECHA	2	0	
SUBTOTAL	17		
CONTENIDO DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
VIA ORAL / ENTERAL	6	0	NA
VIA PARENTERAL	6	0	NA
AGUA DE OXIDACION	6	0	
TRANSFUSIONES	6	0	NA
TOTAL DE INGRESOS	6	0	
REGISTRA LOS EGRESOS			
DIURESIS	6	0	
DEFINICIÓN	6	0	
VÓMITOS	6	0	NA
PERDIDA INSENSIBLE	6	0	
OTROS EGRESOS	6	0	
TOTAL DE EGRESOS	6		
BALANCE TOTAL	11		
SUBTOTAL	77		

CALIDAD DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
REGISTRO LEGIBLE	2	0	
PULCRITUD	2	0	
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO U OBSTETRA	4	0	
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	2	0	
SUBTOTAL	10		
TOTAL	100		
CALIFICACIÓN			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
III.- NO CONFORMIDAD			
IV.- CONCLUSION			
V.- RECOMENDACIONES			



INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 8	
FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA HOJA DE BALANCE HÍDRICO ENFERMERÍA/OBSTETRICIA	
La Ficha es un instrumento para auditar la hoja de balance hídrico elaborado por Obstetra u enfermera	
La aplicación de la ficha se realizará por balance (24 horas)	
Si el ítem evaluado es no conforme se otorgará puntaje 0	
D) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de el/los auditores
NÚMERO DE AUDITORÍA	Numero de auditoria realizada
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoria
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoria

AUDITORIA DE LA CALIDAD DE SALUD – U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.

ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con observación del Tópico de Medicina, Tópico de Cirugía, etc.)	
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención	
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el número de la historia clínica	
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA/OBSTETRICIA	Registro de matrícula del Colegio profesional	
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la H.C.	
CIE 10		
VARIABLES	CONFORME	NO CONFORME

DATOS DE FILIACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
TIPO Y N° SEGURO	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
N° HISTORIA	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
SERVICIO / PISO/UNIDAD	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
N° DE CAMA	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
EDAD	Registra dato	No registra dato
PESO (Según sistema del servicio)	Registra dato	No registra dato
FECHA	Registra dato	No registra dato



CONTENIDO DEL REGISTRO

REGISTRA LOS INGRESOS:

VÍA ORAL /ENTERAL	Registra dato	No registra dato
VIA PARENTERAL	Registra dato	No registra dato
AGUA DE OXIDACIÓN	Registra dato	No registra dato
TRANSFUSIONES	Registra dato	No registra dato
TOTAL DE INGRESOS	Registra sumatoria correcta	Dato no registrado o incorrecto

REGISTRA LOS EGRESOS:

DIURESIS	Registra dato	No registra dato
DEPOSICIONES	Registra dato	No registra dato
VOMITOS	Registra dato	No registra dato
PERDIDAS INSENSIBLES	Registra dato	No registra dato
OTROS EGRESOS	Registra dato	No registra dato
TOTAL DE EGRESOS	Registra sumatoria correcta	Dato no registrado o incorrecto

BALANCE TOTAL	Registra sumatoria correcta	Dato no registrado o incorrecto
----------------------	-----------------------------	---------------------------------

CALIDAD DEL REGISTRO

REGISTRO LEGIBLE	Legible	No legible
PULCRITUD	Sin borrones ni enmendaduras	con borrones y/o enmendaduras
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO/OBSTETRA	Sello y firma del que cierra el balance que debe ser al finalizar el turno noche	Sin sello y/o firma
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	Usa color oficial: Azul de día (mañana y tarde), Rojo de noche	No usa color oficial

CÁLCULO DE PUNTAJE

EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGLAL A 100.

AUDITORIA DE LA CALIDAD DE SALUD – U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.

EN EL CASO DE EXISTIR ITEMS CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHS ITEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.

NO CONFORMIDAD

HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO

CONCLUSION

OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS

RECOMENDACIONES

SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.

DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIÉN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.



ANEXO N° 9

FORMATO DE EVALUACION DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES DE ENFERMERÍA

I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA

MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	
NÚMERO DE AUDITORÍA	
FECHA DE AUDITORÍA	
SERVICIO AUDITADO	
ASUNTO	
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL	
DIAGNÓSTICO	
CIE 10	

II) OBSERVACIONES

DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRES Y APELLIDOS	2	0	
TIPO Y N° SEGURO, REGISTRO	1	0	
N° HISTORIA	1	0	
SERVICIO/PISO/UNIDAD	1	0	
N° DE CAMA	1	0	
FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE	1	0	
ESTANCIA	2	0	
SEXO	1	0	
EDAD	1	0	
SUBTOTAL	11		
CONTENIDO DEL REGISTRO			
REGISTRA FRECUENCIA CARDIACA	7	0	
REGISTRA FRECUENCIA RESPIRATORIA	7	0	
REGISTRA PRESIÓN ARTERIAL	7	0	
REGISTRA TEMPERATURA	7	0	
REGISTRO BASAL DE LA TEMPERATURA EN 36 °C	7	0	
REGISTRO BASAL DE FRECUENCIA CARDIACA EN 60/ MIN.	7	0	
REGISTRO BASAL DE FRECUENCIA RESPIRATORIA 20/ MIN	7	0	
REGISTRA TRAZADO LINEAL (COLOR ROJO EN 37°C)	7	0	
SUBTOTAL	56		





MODELO GENERAL DE INFORME DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

(Auditoría de Caso)

Auditoría N° - -201...

A : Director del Hospital
De : Equipo Auditor
Asunto : Auditoría de la Calidad de Atención en Salud (Auditoría de Caso) brindada al paciente XX con N° XX historia clínica del servicio XX.
Referencia :
Fecha del Informe :

- 1. ANTECEDENTES:** Se deben consignar en forma cronológica los hechos que dan origen (la atención brindada, auditorías anteriores sobre el mismo caso y otros).
- 2. ORIGEN DE LA AUDITORÍA:** Indicar que documento originó la realización de la auditoría (solicitud de la dirección del establecimiento, del juez o autoridad competente).
- 3. TIPO DE AUDITORÍA:** Auditoría de Caso.
- 4. ALCANCE DE LA AUDITORÍA:** Señalar el ámbito o delimitación en el cual se realiza la auditoría (Ej. atención proporcionada al paciente xx, en el establecimiento xx del día/mes/año al día/mes/año) y en el servicio xx
- 5. METODOLOGÍA:** La metodología recomendada por la presente norma es:
 - Reconstrucción documentada de los hechos.
 - Análisis de la información disponible.
 - Entrevistas y registro de declaraciones (de ser necesario).
 - Evaluación del cumplimiento de los criterios en el acto médico o en la atención de salud identificando los hallazgos.
 - Evaluación de la presencia de los eventos centinela (Eventos adversos graves).
- 6. INFORMACIÓN CLÍNICA:** Resumen de la información concerniente a las asistenciales dadas al usuario en base a la historia clínica, registros asistenciales u hospitalarios y los informes del personal asistencial o administrativo que participó en la atención del paciente.
- 7. HALLAZGOS:** Se consignan las no conformidades identificadas en la Auditoría, al analizar la atención brindada al paciente, en función de la información que sustente el mejor proceder según los conocimientos científicos, el avance tecnológico disponible y las conductas éticas recomendadas.
Cada hallazgo deberá redactarse en forma narrativa, teniendo en cuenta para su presentación los aspectos siguientes:
 - **Sumilla.**
 - **Condición.**
 - **Criterio.**Solo cuando se trate de una Auditoría de Caso, se podrá incluir además la causa, siempre y cuando exista la evidencia irrefutable o el debido sustento para los mismos.
Al término del desarrollo de cada *hallazgo*, se indicarán de modo sucinto los descargos presentados por las personas comprendidas en la misma; así como la opinión del auditor después de evaluar los hechos observados y los descargos recibidos.
- 8. CONCLUSIONES:** Describen como resultado final del caso analizado y en concordancia con la descripción de hechos expuestos, se establece la correspondencia con los criterios de evaluación utilizados así como también se señala al personal que participó en los hechos descritos. En todos los casos el auditor se abstendrá de emitir juicios de valor, limitándose solo a señalar al personal que participó en los diferentes eventos descritos.
- 9. RECOMENDACIONES:** Describe las acciones correctivas a adoptar y/o procesos que requieran ser modificados o mejorados, en concordancia con el análisis y las conclusiones emitidas.
- 10. FIRMAS:** Registrar al pie del Informe: Nombre, Sello, N° de colegio profesional de los miembros del Comité o Equipo de Auditoría que participaron.
- 11. ANEXOS:** Se consigna la codificación de la Auditoría, el número de HC y el personal involucrado en el proceso de atención, según lo indicado en el numeral 6.6.13. de la presente NTS.

