



# RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Juan de Miraflores, 28 de marzo del 2022

## VISTO:

El Expediente N° 22-004791-001, que contiene la Nota Informativa N° 019-2022-OGC-HMA, el Informe N°013-2022-OCG-HMA y el Memorando N°155-2022-OGC-HMA, ambos emitidos por el Jefe de la Oficina de la Gestión de la Calidad, el Informe Técnico N° 011-2022-OEPE-HMA emitido por el Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, y el Informe Legal N°008-2022-HMA-OAJ y el Proveído N°033-2022-HMA-OAJ emitido por el Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica; relacionados a la aprobación del: Documento Técnico: "PLAN ANUAL DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DEL AÑO 2022".

## CONSIDERANDO:

Que, mediante Ley N° 26842, Ley General de Salud; establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA, se aprueba el "Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, aprueba la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, aprueba la Norma Técnica en salud NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica";

Y. RAMIREZ J. Que, mediante Resolución Directoral N° 452-2021-HMA-DG, del 10 de marzo del 2021, se actualiza el Comité de Auditoría en Salud y Comité de Auditoría Médica del HMA;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA de fecha 05.07.2021, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud";

Que, mediante Memorando N° 155-2022-OCG-HMA Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite el Informe N° 03-2022-OGC-HMA, informe técnico sustentatorio para la aprobación mediante acto resolutorio del Documento Técnico: "PLAN ANUAL DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DEL AÑO 2022";

Que, el Documento Técnico: "PLAN ANUAL DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DEL AÑO 2022"; tiene como Objetivo general; el de contribuir a alcanzar una mayor efectividad y eficiencia en las prestaciones de salud otorgadas por el Hospital María Auxiliadora a través de la Auditoria de la Calidad de Atención, fortaleciendo el procedimiento de auditoria en los diferentes servicios de la institución y vigilando la mejora continua de la calidad. Además considera

como objetivos específicos: **OE.I.** Planificar y organizar la implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en el Hospital María Auxiliadora en el año 2022; **OE.II.** Fortalecer la participación y competencias de los equipos de Auditoría del Hospital María Auxiliadora y fortalecer el cumplimiento de la NTS 139 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"; **OE. III.** Fortalecer la adherencia del personal a las GPC y GPP y consentimientos informados aprobados por el Hospital María Auxiliadora, y **OEI.IV.** Identificar oportunidades de mejora e implementar recomendaciones en base a las auditorías realizadas;

Que, mediante el **Informe Técnico N° 011-2022-OEPE-HMA**, de fecha 21.03.2022 la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, luego de la evaluación, concluye que el "**PLAN ANUAL DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DEL AÑO 2022**", está comprendido en el objetivo Estratégico Institucional y Acción Estratégica del POIA 2022, por lo que emite opinión favorable;

Que, estando a la propuesta y a los documentos de vistos, resulta necesario expedir el acto resolutivo correspondiente;



Y. RAMIREZ J.

Con la facultades conferidas en el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital "María Auxiliadora", aprobado por Resolución Ministerial N° 860-2003-SA/DM;

Con la visación del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y el Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

**SE RESUELVE:**



V. GUZMÁN F.

**ARTÍCULO 1°: APROBAR** el Documento Técnico: "**PLAN ANUAL DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DEL AÑO 2022**"; que en 73 folios forma parte integrante de la presente resolución.

**ARTÍCULO 2°: ENCARGAR** al Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad la supervisión y el cumplimiento del Documento Técnico aprobado por la presente Resolución.



L. RONQUILLO S.

**ARTÍCULO 3°: DISPONER** que la Oficina de Comunicaciones publique la presente resolución en la página web del Hospital.

**REGISTRESE y COMUNIQUESE**



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA

MC. LUIS ENRIQUE VIZCARRA JARA  
DIRECTOR GENERAL  
CMP 022683 RNE 019438

LEVJ/VMGF/pcs.

**DISTRIBUCIÓN:**

- ( ) Oficina Ejecutiva de Administración
- ( ) Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.
- ( ) Oficina de Gestión de la Calidad.
- ( ) Oficina de Asesoría Jurídica
- ( ) Archivo.

# PLAN ANUAL DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

## Hospital María Auxiliadora

# 2022

*“La Auditoría de la Calidad de Atención en Salud es un procedimiento fundamental para el desarrollo, promoción de la Calidad y Mejoramiento continuo, supervisando el cumplimiento de estándares de calidad, esto implica la realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos y procedimientos establecidos para la atención de salud”.*

**OGC** | Oficina de  
Gestión de la  
Calidad

Lima - Perú





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Viceministerio  
de Prestaciones y  
Aseguramiento en Salud

Hospital  
María Auxiliadora

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

**PLAN ANUAL DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA**

2022 OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

M.C. Luis Enrique Vizcarra Jara

**Director General (e)**

MC. Ysoé Rigoberto Ramírez Jiménez

**Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad**

**EQUIPO TÉCNICO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

MC. Diana Guisselle Flores Vento

MC. Jonathan Aarón Paredes Flores

MC. Elizabeth Fiorela Velazque Ccorisoncco

Lic. Noelia Torres Alzamora

Lic. María Carrasco Quispe

Srta. Mariel Garro Ibarra

Asistente de Gestión





## ÍNDICE

Contenido	Página
1. Introducción	3
2. Finalidad	3
3. Objetivos	3
4. Ámbito de Aplicación	4
5. Base Legal	4
6. Contenido	5
7. Criterios de Selección y características de sus muestras	9
8. Comités de auditoría	10
9. Indicadores del Plan	12
10. Presupuesto	12
11. Acciones de Monitoreo, Supervisión y Evaluación del Plan	13
12. Responsabilidades	13
13. Anexos	14





## PLAN ANUAL DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD 2022

### I. INTRODUCCION

La Auditoría de la Calidad es un procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento por los profesionales de la Salud de estándares y requisitos de Calidad de los procesos de atención de Salud<sup>1</sup>, esta nos permite evaluar el desempeño de los diversos participantes en los procesos asistenciales, controlando el cumplimiento de normas y procedimientos establecidos para la atención en Salud por medio del seguimiento e implementaciones constante de acciones de mejoras.

Las Atenciones y su calidad deben ser evaluadas ante guías, normas técnicas, que permitan la adopción de medidas correctivas a las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos.

Uno de los procesos más importantes es la Auditoría Médica que evalúa la atención médica prestada y su calidad de la atención médica. Abarca la revisión de procedimientos diagnósticos, decisiones terapéuticas, uso de recursos, y desenlaces clínicos. Busca identificar vulnerabilidades para luego desarrollar programas y estrategias que permitan mejorar la calidad de atención.

El Hospital María Auxiliadora es una Institución Prestadora de Servicios de Salud pública nivel III-1 comprometida en brindar a nuestros usuarios un servicio de salud adecuado en cumplimiento de nuestra misión y visión. Por este motivo, la Oficina de Gestión de la Calidad como parte del Plan Operativo Anual y en concordancia con el Plan Estratégico Institucional implementa el proceso de Auditoría de la Calidad de Atención en cumplimiento de la normativa vigente.

### II. FINALIDAD

Garantizar la calidad de atención en salud en el Hospital María Auxiliadora por medio de recursos y capacidades para la mejora continua en los procesos de atención en salud aplicando las normativas respectivas que permitan un desempeño de los profesionales de la salud contribuyendo una retroalimentación continua de los resultados con los Departamentos y Servicios Médico Asistenciales.

### III. OBJETIVOS

#### 3.1. Objetivo General:

Contribuir a alcanzar una mayor efectividad y eficiencia en las prestaciones de salud otorgadas por el Hospital María Auxiliadora a través de la Auditoría de la Calidad de Atención, fortaleciendo el procedimiento de auditoría en los diferentes servicios de la institución y vigilando la mejora continua de la calidad.

#### 3.2. Objetivos Específicos:

**OE.I.** Planificar y organizar la implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en el Hospital María Auxiliadora en el año 2022.



Y. RAMIREZ J.

<sup>1</sup> Norma Técnica de Salud N°029-MINSA/DIGIPRES-V.02 Norma Técnica de Salud: Auditoría de la Calidad de la Atención, aprobado con Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA en Salud Anexo N°01, numeral 1.



- OE.II. Fortalecer la participación y competencias de los equipos de auditoría del hospital HMA y fortalecer el cumplimiento de la NTS 139 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- OE.III. Fortalecer la adherencia del personal a las GPC y GPP y Consentimientos Informados aprobados por el HMA.
- OE.IV. Identificar oportunidades de mejora e implementar recomendaciones en base a las auditorías realizadas.

### 3.3. Articulación estratégica con los objetivos y acciones del PEI, articulación operativa con las actividades operativas del POI.

El presente Plan de auditoría de Calidad de Atención en Salud del HMA 2022, se elaboró tomando en cuenta la Directiva administrativa N°280-MINSA/OGPPM: "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos de los Órganos, Unidades Orgánicas de la Administración Central, Los Órganos Desconcertados, Programa y Organismos Públicos Adscritos del MINSA", juntamente basado en la estructura establecida en la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención de la Salud N°029-MINSA/DIGIPRESS-V.02.RM. N°502-2016-MINSA Anexo N°4 "Modelo del Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención", **articulado** al Objetivo Estratégico Institucional OEI.04 establecido en el Plan Estratégico Institucional del MINSA 2019-2024, que refiere:

**OEI.04: "Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud; y la gestión institucional; para el desempeño eficiente; ético e íntegro; en el marco de la modernización de la gestión pública".**

La articulación del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del HMA se articula a la Acción Estratégica 2022 del Plan Operativo Institucional Anual (POIA 2022) **AEI.04.02: "Gestión orientada a resultados al servicio de la población; con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados"**

## IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Auditoría de Calidad de la Atención de Salud es de aplicación en las áreas del Hospital María Auxiliadora. Hospitalización, Emergencia, UCI, Consultorios Externos.

## V. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842 - Ley General de Salud.
2. Decreto Supremo N° 013-2006-SA. Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
3. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA. Aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
4. Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA. Aprueba el "Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud".
5. Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA. Aprueba la NTS N°117-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de guías de práctica clínica del Ministerio de salud".
6. Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA. Aprueba la Norma Técnica en Salud. NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".
7. Resolución Ministerial N.º 214-2018/MINSA, que aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica."
8. Resolución Ministerial N°1143-2019/MINSA, que aprueba la Directiva administrativa N°280-MINSA/OGPPM: "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos de los Órganos, Unidades Orgánicas de la Administración Central, Los Órganos Desconcertados, Programa y Organismos Públicos Adscritos del MINSA".
9. 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.





10. Resolución Directoral N°647-2021-HMA-DG, del 30 de Diciembre de 2021 que aprueba el Plan Operativo Institucional (POI) Anual 2022 del Hospital María Auxiliadora.
11. Resolución Directoral N° 090-2021-HMA-DG, que Actualiza el Comité de Auditoría en Salud y Comité de Auditoría Médica del HMA. Aprobado con marzo 10 de Abril 2021.

## VI. CONTENIDO

### 6.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES (DEFINICIONES OPERATIVAS)

1. **AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.**- Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Esto implica:
  - La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos en salud definidos como prioritarios.
  - La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
  - La propuesta e implementación de recomendaciones tendientes a corregir las desviaciones detectadas y el seguimiento de las mismas.
  - La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, en ninguna modalidad o tipo, tiene motivaciones o fines punitivos.
2. **AUDITORÍA MÉDICA.**- Tipo de Auditoría sobre un Acto Médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la atención médica. Es la revisión detallada de registros y procesos médicos seleccionados con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica brindada. Incluye los aspectos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en salud, así como el diagnóstico, tratamiento y evolución, y el uso de recursos, según corresponda.
3. **AUDITORÍA EN SALUD.**-Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud sobre todo el proceso de atención realizada, o sobre un aspecto en particular de la atención (de enfermería, obstetricia, u otros); es llevada a cabo por profesionales de salud, capacitados y formados para realizar Auditoría de la Calidad. Puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada.
4. **AUDITORÍA PROGRAMADA.**- Tipo de Auditoría que se realiza en cumplimiento de la planificación anual que hace el establecimiento de salud, para auditar atenciones realizadas por departamento o servicio asistencial. Están incluidos en el Plan Anual.
5. **AUDITORÍA DE CASO.**-Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, que no está incluida en el Plan Anual. Se realiza ante la presencia de un incidente de tipo clínico, que ha generado daño real (evento adverso) o potencial al usuario en el proceso de atención, independiente de que genere repercusión en los medios públicos, o denuncias, reclamos o quejas de parte afectada o interesada. Por lo general obliga a la participación de diferentes especialidades médicas, y puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada. La metodología sugerida es el análisis de causa raíz.
6. **AUDITORÍA DE CALIDAD DEL REGISTRO.**- Verificación seriada o muestral de la calidad de los registros de las atenciones de salud brindadas y en los formatos que forman parte de la Historia Clínica; incluye los registros médicos, de enfermería, de obstetricia, de odontología, de tecnología médica, y otros, según corresponda. Constituye una de las herramientas para la Auditoría de Gestión Clínica.
7. **AUDITORÍA CONCURRENTE.**- Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud que se realiza de forma presencial, para evaluación y registro de la calidad y seguridad de la prestación de salud, así como del registro de la Historia Clínica, en el servicio en el que se encuentra el usuario, dejando al finalizar





recomendaciones a la jefatura y personal sobre los hallazgos encontrados, a fin de impulsar la mejora continua de la atención de salud.

8. **AUDITORÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN.**- Una modalidad de Auditoría con mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad. Implica la realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios; la comparación entre la Calidad observada y calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas; y la adopción de medidas y acciones de mejora con respecto a los parámetros previamente establecidos.
9. **ACCIÓN CORRECTIVA.**- Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseada.
10. **ACCIÓN PREVENTIVA.**- Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseada.
11. **ACTO MÉDICO.**- Toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica y pronóstico que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos.
12. **CALIDAD DE LA ATENCIÓN.**- Expresa una situación deseable de la atención de salud que se alcanza por la presencia de ciertas características o cualidades en la atención (que se denominan atributos de calidad, en sus 3 dimensiones: técnica, humana y de entorno) y por el cumplimiento de dispositivos legales, documentos normativos, requisitos y estándares pertinentes.
13. **CAUSA.**- Razón o motivo fundamental que ocasiona la condición, y que para la auditoría se relaciona al incumplimiento del criterio. Es parte de la estructura de la redacción de cada uno de los Hallazgos en una Auditoría de Caso.
14. **COMITES DE AUDITORÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN.**- Son unidades funcionales permanentes que son convocadas, programan y coordinan sus actividades con la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital María Auxiliadora. Su conformación se oficializa por acto resolutivo. Los comités de Auditoría en Salud y de Auditoría Médica deben cumplir el perfil que indica de la NTS N°029-MINSA/DIGIPRES-V.02.
15. **COMITÉ DE AUDITORIA EN SALUD.**-Constituido por profesionales médicos y no médicos del establecimiento de salud o del servicio médico de apoyo, responsables de ejecutar las auditorías en Salud contenidas en el Plan Anual de auditoría, en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad del HMA.
16. **COMITÉ DE AUDITORÍA MÉDICA.**-Constituido por profesionales médicos del establecimiento de salud o del servicio médico de apoyo, responsables de ejecutar las auditorías médicas contenidas en el Plan Anual de auditoría en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad.
17. **CONCLUSIÓN.**- Juicio de carácter profesional, basado en hechos objetivos y probados, y el desarrollo de la ciencia y la tecnología de la salud, aplicados a la auditoría realizada.
18. **CONSENTIMIENTO INFORMADO.**- Es la autorización expresa que el paciente o su representante legal cuando el paciente está imposibilitado, otorga al profesional de la salud respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico u otro profesional de salud competente le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, además de los beneficios. Por lo tanto, solo después del conocimiento de esta información el paciente o su representante legal suscribe y autoriza la intervención o procedimiento, junto con el profesional responsable. Se exceptúa de consentimiento informado en caso de situación de emergencia, según los artículos 4 y 40 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud.





- 19. EQUIPOS DE AUDITORÍA MÉDICA.**- Son equipos de cada uno de los departamentos del hospital, adscritos al comité de Auditoría Médica, Están conformados por miembros que se encargarán de realizar Auditorías según la competencia de su Departamento y presentarán lo actuado e informes finales al CAM.
- 20. ESTABLECIMIENTO DE SALUD.**- Entiéndase por establecimientos de salud aquellos que realizan, actividades de prevención, promoción, recuperación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas.
- 21. EVENTO ADVERSO.**- Una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.
- 22. EVENTO CENTINELA.**- Es aquel evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.
- 23. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.**- Recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica y desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico específico para asistir tanto al personal de la salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención a la salud.
- 24. HALLAZGOS DE AUDITORÍA.**- Se refieren a los resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría de la calidad de atención en salud, recopilada frente a los criterios de auditoría. Los hallazgos de la auditoría pueden indicar conformidad o no conformidad con los criterios de auditoría, u oportunidades de mejora.
- 25. HISTORIA CLÍNICA (HC).**- Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata, de la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente. La información contenida en la misma, debe corresponder al registro veraz y completo de la atención, y a la apreciación clínica del estado de salud del paciente.
- 26. INCIDENTE.**- Suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto (hay daños en la atención que son necesarios, como una incisión en la piel en una cirugía, y que no constituyen un incidente). Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.
- 27. INFORME FINAL DE AUDITORÍA.**- Es un documento que se emite al término de la auditoría, describe todos los pasos seguidos en el proceso, las conformidades y no conformidades, así como las recomendaciones necesarias para su corrección.
- 28. NO CONFORMIDAD.**- Incumplimiento de un criterio en auditoría.
- 29. PLAN ANUAL DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD.**- Constituye el documento en el cual se establece la relación de actividades de auditoría que a lo largo del año serán desarrolladas por las diferentes unidades o comités de auditoría, en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad del establecimiento o su equivalente.
- 30. RECOMENDACIONES.**- Constituyen las propuestas o sugerencias que hace el Comité de Auditoría, orientadas a la adopción de las acciones tendientes a mejorar o superar las condiciones de los hallazgos en la Auditoría, mediante acciones correctivas y/o preventivas. Las recomendaciones deben responder el qué, el quién, y el cuándo respecto a las propuestas planteadas.





## 6.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO

El Hospital María Auxiliadora es un establecimiento que brinda atención especializada, con áreas de consulta externa, emergencia y Hospitalización recibiendo usuarios de diferentes distritos del cono Sur para atenciones, intervenciones quirúrgicas y actividades de docencia e investigación en salud. Con categoría nivel III-1 mediante resolución Directoral N° 425-06-DISA-II-LS/DL de fecha 4 de septiembre de 2006, dentro del sistema de salud funciona como hospital de referencia para Lima cono sur y departamentos del sur de Lima.

El HMA desarrolla programas presupuestales de Articulado Nutricional, Salud Materno neonatal, Tuberculosis y VIH-SIDA, Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis, Enfermedades no Transmisibles, prevención y control de cáncer, reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas, control y prevención en salud Mental, prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad a través de las estrategias sanitarias, reducción y vulnerabilidad y atención de emergencia por desastres.

Además resuelve problemática asistencial, docente e investigación

En este marco, el presente Plan Anual de Auditoría de la Calidad de atención en Salud 2022, es desarrollado comuna finalidad, objetivos y actividades a realizar auditoría médica y en Salud en el HMA, tales como Auditoría de la Calidad de registro, Auditoría Médica (Evaluación de la Calidad de Registro y Auditoría Concurrente) y otras relacionadas, el presente plan ha sido elaborado de acuerdo a los lineamientos establecidos en la NTS de Auditoría de Atención en Salud. Asimismo responde a la realidad institucional siendo una herramienta que permitirá mejorar la calidad de atención del paciente con mayor eficacia.

## 6.3. ACTIVIDADES

### **OBJETIVO ESPECIFICO 1: Planificar y organizar la implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en el Hospital María Auxiliadora en el año 2022.**

- I.1. Elaboración y aprobación del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud 2022.
- I.2. Difusión del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud 2022 y envío a instancias superiores.

### **OBJETIVO ESPECIFICO 2: Fortalecer el monitoreo y evaluación de la calidad de atención en el hospital HMA y fortalecer el cumplimiento de la NTS 139” Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”.**

- II.1. Establecer reuniones con los miembros del Comité de Auditoría de la Calidad de Atención.
- II.2. Coordinar capacitación relacionada a la Auditoría de la Calidad Atención.
- II.3. Monitorear la realización de auditorías de caso a solicitud de DG y a cargo de CAM a demanda.
- II.4. Monitorear la realización de auditorías por el CAM-CAS en los servicios del HMA (Programadas y de Registro).
- II.5. Monitorear la realización de auditorías concurrentes para el monitoreo de la calidad de atención.

### **OBJETIVO ESPECIFICO 3: Fortalecer la adherencia del personal a las GPC y GPP y Consentimientos Informados aprobados por el HMA**

- III.1. Monitorear Evaluación de adherencia alas GPC (Hospitalización, Emergencia y Consulta Externa).
- III.2. Coordinar Evaluación de Consentimientos Informados previos a procedimientos realizados.



Y. RAMIREZ J.

**OBJETIVO ESPECIFICO 4: Identificar oportunidades de mejora e implementar recomendaciones en base a las auditorías realizadas**

- IV.1. Monitorear la implementación y seguimiento de las recomendaciones de las Auditorías realizadas.
- IV.2. Envío de informe de implementación de recomendaciones a las instancias superiores.
- IV.3. Realización de Evaluación Anual de Auditorías e Implementación de recomendaciones.

**VII. CRITERIOS DE SELECCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE SUS MUESTRAS**

El Hospital María Auxiliadora desarrollará actividades de fortalecimiento del proceso de auditoría con los Departamentos y servicios, los cuales se realizarán con los equipos de Auditoría médica establecidos según resolución Directoral N° N° 090-2021-HMA-DG en los respectivos servicios y distintas áreas del hospital.

La auditoría de registro se llevara a cabo por los equipos de auditoría médica, la muestra se tomará en referencia a la información proporcionada por la Oficina de Estadística del número de atenciones en Áreas de Hospitalización, Emergencia, UCI, Áreas COVID-19 y Consulta Externa en el año 2021.

Las auditorías de Caso no serán incluidas en el presente Plan y serán efectuadas a demanda de los casos y conforme a la disponibilidad del personal asignado para las debidas coordinaciones con los Equipos de auditoría.

La selección de muestral será calculado por medio de la formula estadística para población Finita:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{NE^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Z=Nivel de confianza  
 N=Población-Censo  
 p= Probabilidad a favor  
 q= Probabilidad en contra  
 e= error de estimación  
 n= Tamaño de la muestra

Se utilizó un nivel de confianza (Z) de 95% que es igual a 1.96 con un error estimado de 0.1. Obteniendo una muestra de:

UPSS/SERVICIOS	N° Atenciones HMA 2021 <sup>2</sup>	N° Muestra Anual
HOSPITALIZACIÓN (Egresos)	16627	95
CONSULTORIO EXTERNO	231,757	96
EMERGENCIA	63,532	96
<b>TOTAL</b>	<b>311,916</b>	<b>287</b>



Y. RAMIREZ J.

<sup>2</sup> Numero de Atenciones del Hospital María Auxiliadora. Oficina de Estadística 2022.



Utilizando la muestra anual se calcula la muestra trimestral a realizar en los servicios

UPSS/SERVICIOS	N° Muestra Anual	N° Muestra Trimestral
HOSPITALIZACIÓN (Egresos)	95	24
CONSULTORIO EXTERNO	96	24
EMERGENCIA	96	24
<b>TOTAL</b>	<b>287</b>	<b>72</b>

## VIII. COMITÉS DE AUDITORÍA

### 8.1. Conformación de los comités y Equipos Adscritos

Los comités de Auditoría (Comité de Auditoría en Salud CAS; Comité de Auditoría Médica CAM y equipos adscritos en cumplimiento de la NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02 son oficializados con resolución directoral.

En el Hospital María Auxiliadora se aprueba los Comités y Equipos Adscritos por medio de la Resolución Directoral N°090-2021-HMA-DG aprobado el 10 de marzo de 2021.

Enviando a la instancia superior DIRIS LS por medio de Oficio N°038-2022-DG-OGC-HMA de fecha 11 de marzo de 2022.

### 8.2. Comité de Auditoría en Salud del Hospital María Auxiliadora (CAS)

COMITÉ DE AUDITORÍA EN SALUD	
Presidente	M.C. Rpte. Oficina de Gestión de la Calidad
Secretario de Actas	M.C. Rpte. Emergencia y Áreas Críticas
Vocal	M.C. Rpte. Medicina
Vocal	M.C. Rpte. Ginecología y Obstetricia
Vocal	Lic. Rpte. de Enfermería

### 8.3. Comité de Auditoría Médica del Hospital María Auxiliadora (CAM)

COMITÉ DE AUDITORÍA MÉDICA	
Presidente	M.C. Rpte. Oficina de Gestión de la Calidad
Secretario de Actas	M.C. Rpte. del Dpto. de Cirugía
Vocal	M.C. Rpte. del Dpto. de Medicina



### 8.4. Equipos de Auditoría Adscritos

**GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

Responsable de Equipo	M.C. Rpte. del Dpto. de Ginecología y Obstetricia
Secretario de Actas	M.C. Rpte. del Dpto. de Oncología
Vocal	M.C. Rpte. del Dpto. de Emergencia y Áreas Críticas
Vocal	M.C. Rpte. del Servicio de Cirugía General.

**CIRUGÍA**

Responsable de Equipo	M.C. Rpte. del Departamento de Cirugía
Secretario de Actas	M.C. Rpte. del Dpto. de Medicina
Vocal	M.C. Rpte. del Departamento de Pediatría
Vocal	M.C. Rpte. Dpto. de Anestesiología y Reanimación

**PEDIATRÍA**

Responsable de Equipo	M.C. Rpte. del Dpto. de Pediatría
Secretario de Actas	M.C. Rpte. del Dpto. de Medicina Interna
Vocal	M.C. Rpte. del Dpto. de Cirugía General
Vocal	M.C. Rpte. del Servicio de Neonatología

**MEDICINA**

Responsable de Equipo	M.C. Rpte. del Dpto. de Medicina
Secretario de Actas	M.C. Rpte. del Dpto. de Oncología
Vocal	M.C. Rpte. del Dpto. de Psiquiatría
Vocal	M.C. Rpte. del Dpto. de Pediatría

**EMERGENCIA Y AREAS CRITICAS**

Responsable de Equipo	M.C. Rpte. del Dpto. de Emergencia y Áreas Críticas
Secretario de Actas	M.C. Rpte. del Dpto. Anestesiología y Reanimación
Vocal	M.C. Rpte. del Dpto. de Pediatría
	M.C. Rpte. del Servicio de Medicina Especializada

**ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN**

Responsable de Equipo	M.C. Rpte. del Dpto. Anestesiología y Reanimación
Secretario de Actas	M.C. Rpte. del Servicio de Cirugía Especializada
Vocal	M.C. Rpte. del Dpto. Ginecología y Obstetricia
Vocal	M.C. Rpte. del Servicio de Cirugía Especializada N°2

**ONCOLOGÍA**

Responsable de Equipo	M.C. Rpte. del Dpto. de Oncología
Secretario de Actas	M.C. Rpte. del Dpto. de Cirugía
Vocal	M.C. Rpte. del Servicio de Geriatría
Vocal	M.C. Rpte. del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación





**IX. INDICADORES DEL PLAN**

- a. **OE. II. Fortalecer la participación y competencias de los equipos de auditoría del hospital HMA y fortalecer el cumplimiento de la NTS 139” Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”**

**Denominación del Indicador**

Porcentaje de cumplimiento de informes de auditorías de Calidad de Registro

**Forma de Cálculo**

$$\frac{\text{N° de informes de auditorías de Calidad de Registro realizados}}{\text{N° de informes de auditorías de Calidad de Registro programados}} \times 100$$

**Esperado 2022**

50%

**Fuente:**

Informes de Auditorías

- b. **OE. IV. Identificar oportunidades de mejora e implementar recomendaciones en base a las auditorías realizadas**

**Denominación del Indicador**

Porcentaje de recomendaciones Implementadas

**Forma de Cálculo**

$$\frac{\text{N° de recomendaciones de auditoría de Calidad de atención y caso implementadas}}{\text{N° de recomendaciones de auditoría de Calidad de atención y caso emitidas en informes}} \times 100$$

**Esperado 2022**

85%

**Fuente:**

Informes de implementación de recomendaciones



**X. PRESUPUESTO**

El Plan de Auditoría de Calidad de Atención en Salud, no requiere presupuesto adicional, sus actividades están presupuestadas en el Plan de Actividades de la Oficina de Gestión de Calidad -2022 del HMA.



## XI. ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN

El seguimiento, monitoreo y evaluación del presente Plan de Auditoría de Calidad de Atención en Salud 2022 del HMA, se realiza basado en los objetivos específicos del mismo plan y la actividades establecidas en la Norma Técnica de Salud N° 029. Vol. 02. "Norma técnica de Salud de Auditoría de Calidad de Atención", las cuales se detallan:

1. Informes semestrales de Evaluación de Adherencia a las Guías de Práctica Clínica.
2. Monitoreo y apoyo técnico de OGC a Comités de Auditoría del HMA a demanda, en el desarrollo de las Auditorías.
3. Monitoreo y evaluación de la calidad de atención y calidad de registro de Historias Clínicas, en Hospitalización, UCI y Emergencia in situ (Auditoría Concurrentes) Reportes e Informes.
4. Reuniones de cierre compartiendo los resultados encontrados en Auditorías de Calidad de Atención realizadas con los servicios involucrados. Actas de reuniones.
5. Monitoreo del cumplimiento de recomendaciones de Auditorías de Calidad/Caso realizadas. Informe Trimestral del HMA a la DIRIS LS.
6. Monitoreo del cumplimiento de las recomendaciones de los reportes de Evaluación de Calidad de Auditorías. Informe Anual a la DIRIS LS.
7. Monitorear e Informar el avance del cumplimiento del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2022.

## XII. RESPONSABILIDADES

### Director del Hospital María Auxiliadora

1. Aprobar el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
2. Expedir la resolución directoral de conformación de los comités de Auditoría.
3. Disponer que los miembros de los comités dediquen a las actividades de auditoría de la calidad de atención en salud un mínimo de 6 horas semanales.
4. Promover y estimular la capacitación de los profesionales de la salud del establecimiento, en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
5. Tomar conocimiento de las recomendaciones emitidas en el reporte de auditoría de la calidad de atención en salud, así como también lo correspondiente a los informes de auditorías de casos.
6. Disponer la ejecución de las acciones preventivas y correctivas según corresponda.

### Oficina de Gestión de la Calidad

1. Elaborar el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, conforme a las prioridades Institucionales y a sus necesidades, en coordinación con los comités de auditoría de la calidad de atención en salud institucionales, el mismo que será presentado a la Dirección General para su conocimiento aprobación y difusión.
2. Brindar asistencia técnica a los comités de auditoría para la ejecución del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
3. Supervisar y evaluar el plan anual de auditoría.
4. Proponer la conformación de comités de Auditoría, por servicios o departamentos, de acuerdo a la complejidad del establecimiento.
5. Analizar la calidad y contenido de los Informes de Auditoría, en especial las conclusiones y recomendaciones emitidas.
6. Elevar el informe de auditoría al director del establecimiento, cuando cumple con los requisitos de calidad de la auditoría.
7. Elaborar el informe de las acciones de evaluación y supervisión ejecutadas para la dirección del establecimiento.
8. Realizar el seguimiento de las recomendaciones emitidas tanto en el reporte de auditoría de la calidad de atención programada, como en las auditorías de caso.



Y. RAMIREZ J.



9. Promover propuestas de mejora de acuerdo al análisis de los informes de auditoría.
10. Promover la capacitación de los miembros de los comités de auditoría.

#### **Presidente del Comité de Auditoría (CAM-CAS)**

- 1) Convocar a reuniones ordinarias las veces que sean necesarias, a fin de cumplir con los plazos de auditoría.
- 2) Asegurar que las auditorías de calidad de atención en salud se realizan cumpliendo lo dispuesto en la NTS N° 029. Vol. 02. "Norma técnica de Salud de Auditoría de Calidad de Atención".
- 3) Garantizar que los informes y el informe final cumplan con los requisitos de calidad de la auditoría descritos en la presente norma.
- 4) Presentar el Informe Final de la Auditoría de la Calidad a la Oficina de Gestión de la Calidad (o Coordinador de Auditoría de la Calidad), quien a su vez lo elevará a la Dirección General, para que disponga la implementación de las recomendaciones.

#### **Integrantes del CAM-CAS y equipos Adscritos.**

1. Los miembros del Comité de Auditoría en Salud y del Comité de Auditoría Médica, tiene las siguientes responsabilidades compartidas:
2. Participar en la elaboración y ejecución del Plan Anual de Auditoría (en las actividades descritas que le competen), el mismo que será presentado a la Unidad de Gestión de la Calidad.
3. Participar en el planeamiento, organización, evaluación y supervisión de las auditorías y actividades programadas en el Plan Anual de Auditoría y de las auditorías de caso, según corresponda.
4. Participar en la ejecución de las auditorías, verificando la conformidad y veracidad de los documentos que sustentan las conclusiones y recomendaciones.
5. Participar en la planificación, ejecución y elaboración del informe de auditoría.

### **XIII. ANEXOS**

#### **10.1. ANEXO I: CRONOGRAMA DE LINEA DE ACCIÓN AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN EL HMA 2022**

#### **10.2. ANEXO II: MODELO DE INFORME DE AUDITORIA DE CASO**

#### **10.3. ANEXO III: MODELO DE INFORME DE AUDITORIA PROGRAMADAS**

#### **10.4. ANEXO IV: FORMATOS DE AUDITORÍA:**

- Formato de Evaluación de la Calidad de Registro en Consulta Externa.
- Formato de Evaluación de la Calidad de Registro en Hospitalización.
- Formato de Evaluación de la Calidad de Registro Emergencia.
- Formato de Evaluación del Registro de la Hoja de Balance Hídrico en Enfermería/Obstetricia.
- Formato de Evaluación de la Calidad de Registro de la Hoja Gráfica de Signos Vitales de Enfermería.
- Formato de Evaluación de la Calidad de Registro del Kardex de Enfermería.
- Formato de la Evaluación de la Calidad de Registro de las Notas de Evolución de Enfermería.
- Formato de Evaluación de la Calidad de Registro del Partograma.





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Viceministerio  
de Prestaciones y  
Aseguramiento en Salud

Hospital  
María Auxiliadora

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

- Formato de Evaluación de la Calidad de Registro del Kárdex de Obstetricia.
- Formato de Evaluación de la Calidad de Registro de la Hoja Gráfica de Signos Vitales Obstetricia.
- Formato de Auditoría de la Calidad de Atención de Odontología.
- Formato de Auditorias Concurrentes.



Y. RAMIREZ J.







10.2. ANEXO II: MODELO DE INFORME DE AUDITORIA DE CASO

MODELO GENERAL DE INFORME DE AUDITORÍA DE CASO

NTS N 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "NORMA TÉCNICA DE SALUD DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD"

Auditoría N° XXX-XXX-HMA-2022

A: Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad  
 De: Equipo Auditor del Servicio  
 Asunto: Auditoría de la Calidad de Atención en Salud (Auditoría de Caso) brindada al paciente XX XX con historia clínica N° XXXXXX del servicio XXXXX.  
 Referencia: Documento de origen de la auditoría, N° de expediente  
 Fecha del Informe: día del mes de 2022

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 xxxxx
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.
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.

**FIRMAS:** Registrar al pie del Informe: Nombre, Sello, N° de colegio profesional de los miembros del Comité o Equipo de Auditoría que participaron.

**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 NTS N 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma técnica de salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".

Y. RAMIREZ J.





56

10.3. ANEXO III: MODELO DE INFORME DE AUDITORÍA PROGRAMADA

MODELO GENERAL DE INFORME DE AUDITORÍA PROGRAMADA

NTS N 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "NORMA TÉCNICA DE SALUD DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD"

Auditoría N° XXX-XXX-HMA-2022

**A:** Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad  
**De:** Equipo Auditor del Servicio  
**Asunto:** Auditoría de la Calidad de Atención en Salud (Auditoría de Caso) brindada al paciente XX XX con historia clínica N° XXXXXX del servicio XXXXX.  
**Referencia:** Documento de origen de la auditoría, N° de expediente  
**Fecha del Informe:** día del mes de 2022

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.
3. **TIPO DE AUDITORÍA:** Clasifica a la auditoría según el numeral 5.5. de la NTS N 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma técnica de salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".
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 xxxxx
5. **METODOLOGÍA:** Describir la metodología seleccionada para la realización de la investigación.
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.**
8. **CONCLUSIONES:** La primera conclusión es sobre la calidad de la atención y las siguientes sobre las no conformidades encontradas en orden jerárquico de importancia.
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.**



Y. RAMIREZ J.10.4. ANEXO IV: Acerca de los Formatos de evaluación de Calidad de Registros.

Se utilizarán los Anexos del 5 al 15 de la NTS N 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma técnica de salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".



FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTO EN CONSULTA EXTERNA					
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA					
MIEMBROS DEL COMITÉ					
NUMERO DE AUDITORÍA					
FECHA DE AUDITORÍA					
SERVICIO AUDITADO					
ASUNTO					
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA					
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA					
CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE					
DIAGNÓSTICO DEL ALTA					
CIE 10					
II) OBSERVACIONES					
FILIACIÓN	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Número de historia clínica	0.25			0	
Nombres y apellidos del paciente	0.25			0	
Tipo y número de Seguro	0.25			0	NA
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	
Teléfono	0.25			0	
Acompañante	0.25			0	
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.25			0	
SUBTOTAL	4				
ANAMNESIS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Fecha y hora de atención	1	0.5		0	
Motivo de la consulta	1			0	
Tiempo de enfermedad	1			0	
Relato cronológico	3	1.5		0	
Funciones Biológicas	1	0.5		0	
Antecedentes	2	1		0	
SUBTOTAL	9				
EXAMEN CLÍNICO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Examen Clínico General					
Funciones vitales T°, FR, FC, PA	2	0.5		0	
Peso, Talla	1	0.5		0	
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos	2	1		0	
Examen Clínico Regional	4	2		0	
SUBTOTAL	9				



Y. RAMIREZ J.



DIAGNÓSTICOS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
a) Presuntivo coherente	8	4		0	NA
b) Definitivo coherente	8	4		0	NA
c) Uso del CIE 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 Diagnóstico 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 Ni-vel de Atención)	2	1		0	NA
Pulcritud	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				
CALIFICACIÓN SEGÚN PUNTUACIÓN					
SATISFACTORIO	IGUAL O MAYOR 90%				
POR MEJORAR	ENTRE 75 A 89 %				
DEFICIENTE	MENOS 75%				
III.- NO CONFORMIDADES					
IV.- CONCLUSIONES					
V.- RECOMENDACIONES					



Y. RAMIREZ J.



INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTO EN CONSULTA EXTERNA	
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORÍA	Nombres completos de los auditores
NÚMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoría
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoría
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 PERSONAL TRATANTE	Registro de matrícula del Colegio profesional.
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica
CIE 10	
AUDITORÍA 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 evaluará la información de la primera consulta correspondiente al episodio actual de dicho diagnóstico, a la cual se aplicará 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 período largo se aplicará el seguimiento a las 10 últimas consultas)
AUDITORÍA DE UNA CONSULTA	Se selecciona una consulta de las historias clínicas 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 número 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 síntomas 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 síntomas motivos de consulta. No existe: No se registra el dato.
RELATO CRONOLÓGICO	Completo: Claro, coherente, en orden cronológico, consigna características de los signos y síntomas, motivos de consulta referentes a ubicación anatómica, forma de presentación relación con factores precipitantes, indagación de otros signos y síntomas asociados que contribuyan al diagnóstico, etc. Incompleto: no se consigna en orden cronológico adecuado, no se indaga por características de los signos y síntomas ni por factores u otros signos y/o síntomas 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 CLÍNICO	



Y. RAMIREZ J.





FUNCIONES VITALES	Completo: Se registran los datos completos 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). Incompleta: 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 registran 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 el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico. Incompleta: 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 el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico. Incompleta: 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 el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico. Incompleta: 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 Contrarreferencia. Completas: cuando las referencias cumplen totalmente la normativa vigente de Referencia y Contrarreferencia. Incompletas: cuando las referencias cumplen parcialmente la normativa. En exceso: se realizan otras no necesarias. No existe: no se solicitan referencias.
PROCEDIMIENTOS	Completo: Concordantes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico. Incompleta: 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.
TERAPEÚTICA	
TRATAMIENTO	Completo: Concordante y coherente con el/los 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 el/los 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.



Y. RAMIREZ J.



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 TRA-TANTE	Completo: se consigna la firma y sello del médico que prestó la atención Incompleta: se consigna sola-mente 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 rea-lizado más de una consulta)	Completo: Evolución de signos y síntomas. Toma adecuada de medidas terapéuticas de acuerdo a la evolución o a intercurrencias del caso. Solicitud de exámenes de apoyo al diagnóstico de acuerdo a la evolución o a intercurrencias del caso. Referencia y/o interconsulta de acuerdo a la evolución o a inter-currencias 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 intercurrencias pero de manera parcial /no oportu- nas. No existe: no se toma ninguna medida terapéutica de solicitud de apoyo diagnóstico y/o referencia necesaria de acuerdo a la evolución o a intercurrencias del caso.
CÁLCULO DE PUNTAJE	
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.	
EN EL CASO DE EXISTIR ITEMS 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 CUMPLIMIEN-TO 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 DESALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.	
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.	



Y. RAMIREZ J.



FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN EMERGENCIA			
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA			
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA			
NÚMERO DE AUDITORÍA			
FECHA DE AUDITORIA			
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 N° 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
Funciones vitales Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardíaca (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		
ESPECIFICA 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	
Nota de Ingreso	1	0	
Apreciación subjetiva	1	0	
Apreciación objetiva	1	0	
Verificación del tratamiento y dieta	1	0	NA
Interpretación de exámenes y comentario	2	0	
Plan de trabajo	2	0	
Consigna funciones vitales	1	0	
Procedimientos realizados	1	0	NA
<b>SUBTOTAL</b>	<b>11</b>		
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 hídrico	0.5	0	NA
Kardex	0.5	0	NA
Firma y sello del Profesional	0.5	0	NA
<b>SUBTOTAL</b>	<b>3</b>		<b>NA</b>
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Firma y sello del médico tratante	1	0	
Prioridad de atención	1	0	
Pulcritud	1	0	
Legibilidad	1	0	
No uso de abreviaturas	1	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>5</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		
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			

MINISTERIO DE SALUD  
 Y. RAMIREZ J.



INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN EMERGENCIA	
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de el/los auditores
NÚMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoría
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoría
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 MÉDICO 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 ello 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 SÍNTOMAS 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 CLÍNICO	
FUNCIONES VITALES	Conforme: Se registran los datos referentes a Temperatura (T°) , Frecuencia respiratorio(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 registrará 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



Y. RAMIREZ J.





PLAN DE TRABAJO	
EXAMENES 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.
EXAMENES 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 EXAMENES DE APOYO ALDIAGNÓSTICO 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 consignan 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.
ESPECIFICA 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 (HOJATERAPEÚTICA)	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 corresponda, 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"	
CALCULO DE PUNTAJE	
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.	
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 AUDITORIA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.	
NO CONFORMIDAD	
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORIA 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 DESALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.	
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.	



Y. RAMIREZ J.





FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN HOSPITALIZACIÓN					
<b>I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA</b>					
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA					
NÚMERO DE AUDITORÍA					
FECHA DE AUDITORÍA					
SERVICIO AUDITADO					
ASUNTO					
FECHA DE HOSPITALIZACIÓN					
NÚMERO DE LA HISTORIA CLÍNICA					
COLEGIATURA DEL MÉDICO TRATANTE					
DIAGNÓSTICO DEL ALTA					
CIE 10					
<b>II) OBSERVACIONES</b>					
<b>ANAMNESIS</b>	<b>COMPLETA</b>	<b>INCOMPLETA</b>	<b>EN EXCESO</b>	<b>NO EXISTE</b>	<b>NO APLICA</b>
<b>FILIACIÓN</b>					
Número de historia clínica	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	
Teléfono	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 clínica	0.25				
SUBTOTAL	4.5				
<b>ENFERMEDAD ACTUAL Y ANTECEDENTES</b>					
	<b>COMPLETA</b>	<b>INCOMPLETA</b>	<b>EN EXCESO</b>	<b>NO EXISTE</b>	<b>NO APLICA</b>
Signos y Síntomas principales	1			0	
Tiempo de enfermedad	1			0	
Forma de inicio	1			0	
Curso de la enfermedad	1			0	
Relato Cronológico de la enfermedad	3	1		0	
Funciones Biológicas	1	1		0	
Antecedentes	2	1		0	
SUBTOTAL	10				



Y. RAMIREZ J.

EXAMEN CLÍNICO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
<b>Examen Clínico General</b>					
Funciones vitales: Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardiaca (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				
<b>DIAGNÓSTICOS</b>	<b>COMPLETO</b>	<b>INCOMPLETO</b>	<b>EN EXCESO</b>	<b>NO EXISTE</b>	<b>NO APLICA</b>
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				
<b>PLAN DE TRABAJO</b>	<b>COMPLETO</b>	<b>INCOMPLETO</b>	<b>EN EXCESO</b>	<b>NO EXISTE</b>	<b>NO APLICA</b>
Exámenes de Patología Clínica pertinentes					
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes					
Interconsultas pertinentes					
Referencias Oportunas					
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes					
SUBTOTAL					
<b>TRATAMIENTO</b>	<b>COMPLETO</b>	<b>INCOMPLETO</b>	<b>EN EXCESO</b>	<b>NO EXISTE</b>	<b>NO APLICA</b>
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				
<b>NOTAS DE EVOLUCIÓN</b>	<b>COMPLETA</b>	<b>INCOMPLETA</b>	<b>EN EXCESO</b>	<b>NO EXISTE</b>	<b>NO APLICA</b>
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				



Y. RAMIREZ J.





REGISTROS DE ENFERMERÍA/ OBSTETRICIA	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Notas de ingreso de enfermería/obstetricia	1			0	
Notas de Evolución de enfermería/obstetricia	1			0	
Hoja de Gráfica de Signos vitales	1			0	
Hoja de balance hídrico	1			0	
Kardex	1			0	
Firma y sello del Profesional	1			0	
SUBTOTAL	6				
ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Informe de Alta	1			0	
Medicamentos prescritos	1			0	
Cuidados generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa	1			0	
SUBTOTAL	3				
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Firma y sello del médico tratante	1			0	
Orden cronológico de las hojas de la historia clínica	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 intervención quirúrgica	0.5			0	NA
Reporte operatorio	0.5			0	NA
Hoja de evolución 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 patología clínica formato de diagnóstico por imágenes	0.5			0	NA
Formato de anatomía 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 MÁXIMO ESPERADO				
POR MEJORAR	75-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO				
DEFICIENTE	<75% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO				
III.- NO CONFORMIDAD					
IV.- CONCLUSION					
V.- RECOMENDACIONES					



Y. RAMIREZ J.



INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN HOSPITALIZACIÓN	
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORÍA	Nombres completos de el/los auditores
NUMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoría
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoría
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención 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 MÉDICOTRATANTE	Registro de matrícula del Colegio profesional
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo
CIE 10	
II) OBSERVACIONES	
FILIACIÓN	Completo: Se registra en la historia clínica cada uno de los datos correspondientes a la filiación, son en número de 18 en la ficha de hospitalización. No existe: No se registran los datos.
SIGNOS Y SÍNTOMAS PRINCIPALES	Completo: Se registran los signos y síntomas 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 síntomas 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 clínica.
CURSO DE LA ENFERMEDAD	Completo: Se registra el curso de la enfermedad (progresivo, intermitente, estacionario). No existe: No se registra en la historia clínica.
RELATO CRONOLÓGICO	Completo: Se registra un relato claro, coherente, en orden cronológico, consigna los signos y síntomas motivo de consulta referente a ubicación anatómica, forma de presentación relación con factores precipitantes, indagación de otros signos y síntomas asociados que contribuyan al diagnóstico. Incompleto: El relato no se registra en orden cronológico, forma adecuada, los signos y síntomas 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 cardíaca (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 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, fascies, 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 clínico regional.
DIAGNÓSTICO 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

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA  
Y. RAMIREZ J.



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 consignados. No existe: No se registran 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 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. Incompletos: 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 Contrarreferencia. Completas: cuando las referencias cumplen totalmente la normativa vigente de Referencia y Contrarreferencia. Incompletas: cuando las referencias cumplen parcialmente la normativa. En exceso: se realizan otras. No existen: no se solicitan referencias.
PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPEÚTICOS	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 *	Completa: 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.
ESPECIFICA 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 epicrisis. 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 MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.	
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 AUDITORÍA SELECCIONADO	
CONCLUSION	
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS	
RECOMENDACIONES	
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORÍA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DESALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.	
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.	



Y. RAMIREZ J.



FORMATO DE EVALUACIÓN DEL REGISTRO DE LA HOJA DE BALANCE HÍDRICO ENFERMERÍA/ OBSTETRICIA			
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 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	
PESO (Según sistema del servicio)	3	0	
FECHA	2	0	
SUBTOTAL	13		
CONTENIDO DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
VIA ORAL / ENTERAL	6	0	NA
VIA PARENTERAL	6	0	NA
AGUA DE OXIDACIÓN	6	0	
TRANSFUSIONES	6	0	NA
TOTAL DE INGRESOS	6	0	
REGISTRA LOS EGRESOS:			
DIURESIS	6	0	
DEPOSICIÓN	6	0	
VÓMITOS	6	0	NA
PERDIDA INSENSIBLE	6	0	
OTROS EGRESOS	6	0	
TOTAL DE EGRESOS	6		
BALANCE TOTAL	11		
SUBTOTAL	77		

MINISTERIO DE SALUD  
 REPUBLICA DEL PERU  
 OFICINA GENERAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 HOSPITAL MARIA AUXILIADORA  
 Y. RAMIREZ J.



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	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>10</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		
<b>CALIFICACIÓN</b>			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>III.- NO CONFORMIDAD</b>			
<b>IV.- CONCLUSION</b>			
<b>V.- RECOMENDACIONES</b>			



Y. RAMIREZ J.

INSTRUCTIVO DEL 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 realizara por balance (24 horas)		
Si el ítem evaluado es no conforme se otorgará puntaje 0		
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA		
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de el/los auditores	
NÚMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada	
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoría	
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoría	
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 ENFERMERÍA/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
VÍA 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
VÓMITOS	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
<b>BALANCE TOTAL</b>	Registra sumatoria correcta	Dato no registrado o incorrecto



Y. RAMIREZ J.



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: <b>Azul</b> de día (mañana y tarde), <b>Rojo</b> de noche	No usa color oficial
CÁLCULO DE PUNTAJE		
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.		
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 QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.		



Y. RAMIREZ J.



PERÚ

Ministerio  
de SaludViceministerio  
de Prestaciones y  
Aseguramiento en SaludHospital  
María Auxiliadora

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

**FORMATO DE EVALUACION DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITA-  
LES 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	CONFOR ME	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	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>11</b>		
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	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>56</b>		



Y. RAMIREZ J.





OTROS REGISTROS			
REGISTRA OPERACIÓN Y DIAS POST OPERATORIOS SIEL CASO REQUIERE	4	0	NA
REGISTRA TOTAL DE EGRESOS EN 24 HORAS (orina, vómito, heces, drenajes, etc.)	4	0	
REGISTRA DÍAS DE MENSTRUACIÓN (GINECOLOGIA)	3	0	NA
PESO	4	0	
TALLA	4	0	
REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS	4	0	NA
REGISTRA COMPONENTES SANGUINEOS	4	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>27</b>		NA
CALIDAD DEL REGISTRO			
LETRA Y NÚMEROS LEGIBLES	2	0	
NO BORRONES NI ENMENDADURAS	2	0	
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	2	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>6</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		
CALIFICACIÓN			
<b>SATISFACTOR IO</b>	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>POR MEJORAR</b>	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>DEFICIENTE</b>	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
III.- NO CONFORMIDAD			
IV.- CONCLUSION			
V.- RECOMENDACIONES			



Y. RAMIREZ J.





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

Si el ítem evaluado es no conforme se otorgará puntaje 0

### I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA

Miembros del comité de auditoria	Nombres completos de el/los auditores
Número de auditoría	Número de auditoría realizada
Fecha de auditoría	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 clínica	Colocar el código de la historia clínica
Codificación del profesional	Colocar el código del profesional
Diagnóstico	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica.
CIE 10	

DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME
Nombres y apellidos	Registra los datos completos	Registra datos incompletos/ no registra
Tipo y N° seguro, registro,	Registra los datos completos	Registra datos incompletos/ no registra
Número de historia.	Registra los datos completos	No registra dato
Servicio/Piso/ Unidad	Registra los datos completos	Registra datos incompletos/no registra
N° de cama	Registra los datos completos	No registra dato
Fecha de ingreso del paciente	Registra dato	No registra dato
Estancia	Registra dato (Estancia es equivalente a los días que la paciente está hospitalizado independiente del servicio)	No registra dato
Sexo	Registra dato	No registra dato
Edad	Registra dato	No registra dato

### CONTENIDO DEL REGISTRO

Registra frecuencia cardiaca	Registra dato (el registro debe con un punto y en los dos turnos)	No registra dato
Registra frecuencia respiratoria	Registra dato (el registro debe con un punto y en los dos turnos)	No registra dato
Registra presión arterial	Registra dato	No registra dato
Registra temperatura	Registra dato (el registro debe con un punto y en los dos turnos)	No registra dato
Registro basal de la temperatura en 36 °C	Registra dato	No registra dato
Registro basal de frecuencia cardiaca en 60 por min.	Registra dato	No registra dato
Registro basal de frecuencia respiratoria 12 por min.	Registra dato	No registra dato
Registra trazado lineal (color rojo en 37°C)	Registra dato	No registra dato

### OTROS REGISTROS

Registra operación y días post operatarios si el caso requiere	Registra dato	No registra dato
Registra total de egresos en 24 horas (orina, vómito, heces, drenajes, etc.)	Registra dato	No registra dato
Registra días de menstruación (ginecología)	Registra dato	No registra dato
Peso	Registra dato	No registra dato
Talla	Registra dato	No registra dato



Y. RAMIREZ J.





Registro de alergias medicamentosas	Registra dato en color rojo	No registra dato
Registra componentes sanguíneos	Registra dato de haberse administrado	No registra dato
<b>CALIDAD DEL REGISTRO</b>		
Letra y números legibles	Legible	No legible
No borrones ni enmendaduras	Sin borrones ni enmendaduras	Con borrón y enmendadura
Uso de lapicero de color oficial (azul y rojo)	Usa color oficial (Uso de color azul en Presión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria y uso de color rojo en frecuencia cardíaca y picos febriles)	No usa color oficial
<b>CALCULO DE PUNTAJE</b>		
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.		
EN EL CASO DE EXISTIR ITEMS 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 ESTANDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.		
<b>NO CONFORMIDAD</b>		
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO		
<b>CONCLUSION</b>		
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS		
<b>RECOMENDACIONES</b>		
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.		



Y. RAMIREZ J.



FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL KÁRDEX ENFERMERÍA			
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			
DATOS DE FILIACIÓN	CONFOR ME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRES Y APELLIDOS	1	0	
TIPO Y N° SEGURO	1	0	
N° HISTORIA	1	0	
SERVICIO/PISO/UNIDAD	1	0	
N° DE CAMA	1	0	
EDAD	1	0	
PESO	1	0	
FECHA Y HORA DE INGRESO	1	0	
DIAGNÓSTICO MÉDICO	1	0	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	1	0	
GRADO DE DEPENDENCIA	1	0	
REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS	1	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>12</b>		
CONTENIDO DEL REGISTRO	CONFOR ME	NO CONFORME	NO APLICA
FECHA	7	0	
HORA	7	0	
REGISTRO DE DIETA INDICADA	7	0	
REGISTRA MEDICACIÓN CON CINCO CORRECTOS: NOMBRE PACIENTE, DOSIS, VIA, MEDICAMENTO, HORA	16	0	
REGISTRO DE EXAMENES DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO	7	0	
REGISTRO DE INTERCONSULTAS	7	0	NA
REGISTRO DE PRUEBAS ESPECIALES	7	0	NA
FECHA Y HORA DE CITA	7	0	NA
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	16	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>81</b>		
ATRIBUTOS DEL REGISTRO	CONFOR ME	NO CONFORME	NO APLICA
LETRAS Y NÚMEROS LEGIBLES	1	0	
PULCRITUD	1	0	
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO(A) POR TURNO	3	0	
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	2	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>7</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		



Y. RAMIREZ J.





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital María Auxiliadora

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

CALIDAD DEL KÁRDEX		CALIFICATIVO
REGISTRO DEL CHECK (Cumplimiento “/”, Suspensión “//”, no cumplimiento “0”)		30
CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO DE ACUERDO A INDICACIONES MÉDICAS		35
REGISTRA CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y/O INTER-CONSULTA SOLICITADA		35
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		





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital María Auxiliadora

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

## INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL KÁRDEX ENFERMERÍA

Si el ítem evaluado es no conforme se otorgará puntaje 0

### I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA

<b>MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA</b>	Nombres completos de el/los auditores	
<b>NÚMERO DE AUDITORÍA</b>	Número de auditoría realizada	
<b>FECHA DE AUDITORÍA</b>	Fecha en que se realiza la auditoría	
<b>SERVICIO AUDITADO</b>	Servicio seleccionado para realizar la auditoría	
<b>ASUNTO</b>	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con observación del Tópico de Medicina, Tópico de Cirugía, etc.)	
<b>FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA</b>	Fecha de la atención	
<b>CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA</b>	Colocar el código de la historia clínica	
<b>CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL</b>	Colocar el código del profesional	
<b>DIAGNÓSTICO</b>	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica	
<b>CIE 10</b>		
<b>DATOS DE FILIACIÓN</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>
NOMBRES Y APELLIDOS	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
TIPO Y N° SEGURO	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
N° HISTORIA		
SERVICIO/PISO/UNIDAD	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
N° DE CAMA	Registra dato	No registra dato
EDAD	Registra dato	No registra dato
PESO	Registra dato	No registra dato
FECHA Y HORA DE INGRESO	Registra dato	No registra dato
DIAGNÓSTICO MÉDICO	Registra dato	No registra dato
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Registra dato	No registra dato
GRADO DE DEPENDENCIA	Registra dato	No registra dato
REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS	Registra dato	No registra dato
CONTENIDO DEL REGISTRO		
FECHA	Registra dato (Fecha por día de indicación)	No registra dato
HORA	Registra dato (hora de administración del medicamento, exámenes, interconsultas, otros)	No registra dato
REGISTRO DE DIETA INDICADA	Registra dato	No registra dato
REGISTRA MEDICACIÓN CON CINCO CORRECTOS: NOMBRE PACIENTE, DOSIS, VÍA, MEDICAMENTO, HORA	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
REGISTRO DE EXÁMENES DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO	Registra los datos completos Ayuda al Diagnóstico: Laboratorio, diagnóstico por imágenes, etc.	Registra datos incompletos
REGISTRO DE INTERCONSULTAS	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
REGISTRO DE PRUEBAS ESPECIALES	Registra los datos completos	Registra datos incompletos



Y. RAMIREZ J.





FECHA Y HORA DE CITA	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
ATRIBUTOS DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME
LETRAS Y NÚMEROS LEGIBLES	Legible	No legible
PULCRITUD	Sin borrones ni enmendaduras	No cumple con criterios de conformidad
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO(A) POR TURNO	Figura firma y sello	Figura solo firma o sello/no figura ni firma ni sello
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	Usa color oficial	No usa color oficial
<b>CALCULO DE PUNTAJE</b>		
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.		
<p>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.</p>		
<p>CALIDAD DEL KÁRDEX: VALORACIÓN COMPLEMENTARIA QUE PERMITE CALIFICAR EL USO Y CALIDAD DEL REGISTRO DEL KÁRDEX. SE CONSIDERA SATISFACTORIO CUANDO CUMPLE LOS TRES ÍTEMS, POR MEJORAR CUANDO CUMPLE CON DOS ÍTEMS Y DEFICIENTE CUANDO CUMPLE CON UN SOLO ÍTEM</p>		
<b>NO CONFORMIDAD</b>		
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO		
<b>CONCLUSION</b>		
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS		
<b>RECOMENDACIONES</b>		
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORÍA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DESALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.		
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.		



Y. RAMIREZ J.



PERÚ

Ministerio  
de SaludViceministerio  
de Prestaciones y  
Aseguramiento en SaludHospital  
María Auxiliadora

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

**FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LAS NOTAS DE EVOLUCIÓN 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	CONFOR ME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRE Y APELLIDOS	2	0	
SEXO	2	0	
EDAD	2	0	
TIPO Y N° SEGURO, REGISTRO.	2	0	
N° HISTORIA	2	0	
SERVICIO/UNIDAD	2	0	
N° DE CAMA	2	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>14</b>		
CONTENIDO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	CONFOR ME	NO CONFORME	NO APLICA
CONSIGNA LA FECHA Y HORA	4		
CONSIGNA DATOS SUBJETIVOS	12		
CONSIGNA DATOS OBJETIVOS	12		
CONSIGNA DX. DE ENFERMERIA	12		
CONSIGNA PLAN DE CUIDADOS	10		
REGISTRA LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	8		
REGISTRA LA MEDICACIÓN ADMINISTRADA	7		
REGISTRA LA EXISTENCIA DE EVENTOS ADVERSOS	7		NA
REGISTRA LA EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES EJECUTADAS	9		
<b>SUBTOTAL</b>	<b>81</b>		
ATRIBUTOS DEL REGISTRO	CONFOR ME	NO CONFORME	NO APLICA
LETRA LEGIBLE	1		
PULCRITUD	1		
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	1		
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO(A)	2		
<b>SUBTOTAL</b>	<b>5</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		





CALIDAD DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
CONGRUENCIA ENTRE DATOS SUBJETIVOS, OBJETIVOS Y DIAGNÓSTICO	30		
CUMPLIMIENTO DE PLAN DE CUIDADOS	35		
EVALUACIÓN ACORDE CON EL RESULTADO ESPERADO	35		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		
<b>CALIFICACIÓN</b>			
<b>SATISFACTORIO</b>	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>POR MEJORAR</b>	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>DEFICIENTE</b>	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>III.- NO CONFORMIDAD</b>			
<b>IV.- CONCLUSION</b>			
<b>V.- RECOMENDACIONES</b>			

MINISTERIO DE SALUD  
 REPUBLICA DEL PERU  
 VICEMINISTERIO DE PRESTACIONES Y ASEGURAMIENTO EN SALUD  
 HOSPITAL MARIA AUXILIADORA  
 Y. RAMIREZ J.



INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LAS NOTAS DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA		
Si el ítem evaluado es no conforme se otorgará puntaje 0		
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA		
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de el/los auditores	
NÚMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada	
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoría	
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoría	
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 código de la historia clínica	
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL	Colocar el código del profesional	
DIAGNÓSTICO	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica	
CIE 10		
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME
NOMBRES Y APELLIDOS	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
SEXO	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
EDAD	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/UNIDAD	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
N° DE CAMA	Registra dato	No registra dato
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	CONFORME	NO CONFORME
CONSIGNA LA FECHA Y HORA	Registra dato	No registra dato
CONSIGNA DATOS SUBJETIVOS	Registra dato	No registra dato
CONSIGNA DATOS OBJETIVOS	Registra dato	No registra dato
CONSIGNA DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Registra dato	No registra dato
CONSIGNA PLAN DE CUIDADOS	Registra dato	No registra dato
REGISTRA LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	Registra dato	No registra dato
REGISTRA LA MEDICACIÓN ADMINISTRADA	Registra dato	No registra dato
REGISTRA LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS	Registra dato	No registra dato
REGISTRA LA EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES EJECUTADAS	Registra dato	No registra dato



Y. RAMIREZ J.



ATRIBUTOS DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME
LETRAS LEGIBLE	Legible	No legible
PULCRITUD	Sin borrones ni enmenda-duras	No cumple con criterios de conformidad
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	Usa color oficial	No usa color oficial
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO(A) POR TURNO	Figura firma y sello	Figura solo firma o sello/no figura ni firma ni sello
<b>CALCULO DE PUNTAJE</b>		
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.		
<p>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.</p>		
<p>CALIDAD DEL KÁRDEX: VALORACIÓN COMPLEMENTARIA QUE PERMITE CALIFICAR EL USO Y CALIDAD DEL REGISTRO DEL KÁRDEX SE CONSIDERA SATISFACTORIO CUANDO CUMPLE LOS TRES ÍTEMS, POR MEJORAR CUANDO CUMPLE CON DOS ÍTEMS Y DEFICIENTE CUANDO CUMPLE CON UN SOLO ÍTEM</p>		
<b>NO CONFORMIDAD</b>		
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO		
<b>CONCLUSION</b>		
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS		
<b>RECOMENDACIONES</b>		
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORÍA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DESALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.		
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.		

  
 Y. RAMIREZ J.



PERÚ

Ministerio  
de SaludViceministerio  
de Prestaciones y  
Aseguramiento en SaludHospital  
María Auxiliadora

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

**FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL PARTOGRAMA****I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA**

MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORÍA	
ASUNTO	
FECHA DE AUDITORÍA	
NÚMERO DE AUDITORÍA	
SERVICIO AUDITADO	
CÓDIGO DE LA HISTORIA CLÍNICA	
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	
CÓDIGO DEL MÉDICO U OBSTETRA TRATANTE	
DIAGNÓSTICOS	
CIE 10	

**II) OBSERVACIONES**

	CONFOR ME	NO CONFORME	NO APLICA
FILIACIÓN DE LA PACIENTE	5	0	
FECHA Y HORA DE INGRESO	5	0	
MEMBRANAS ROTAS	5	0	NA
FRECUENCIA CARDIACA FETAL	5	0	
CARACTERÍSTICAS DEL LIQUIDO AMNIÓTICO	5	0	
MOLDEAMIENTO DEL POLO CEFÁLICO FETAL	5	0	
DILATACIÓN CERVICAL	5	0	
DESCENSO CEFÁLICO	5	0	
FRECUENCIA Y DURACIÓN DE CONTRACCIONES UTERINAS	5	0	
USO DE OXITOCINA	5	0	NA
MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS	5	0	NA
PRESIÓN ARTERIAL	5	0	
PULSO	5	0	
TEMPERATURA	5	0	
PROTEÍNAS, CETONAS Y VOLUMEN DE ORINA	5	0	NA
SE ANOTO FECHA Y HORA DEL PARTO	5	0	
SE ANOTO PESO TALLA Y APGAR	5	0	
SE ANOTO TIEMPO DE DURACIÓN DEL PARTO	5	0	
SUBTOTAL	90		
ATRIBUTOS DEL PARTOGRAMA	CONFOR ME	NO CONFORME	NO APLICA
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO U OBSTETRA TRATANTE	4	0	
PULCRITUD	3	0	
LEGIBILIDAD	3	0	
SUBTOTAL	10		
TOTAL	100		
CALIDAD DE ATENCIÓN	CONFOR ME	NO CONFORME	NO APLICA
CURVA DE ALERTA GRAFICADA ADECUADAMENTE	20	0	
EVOLUCIÓN DEL PARTO	30	0	



Y. RAMIREZ J.





TOMA DE DECISIÓN OPORTUNA CUANDO LA CURVA DE ALERTA PASO LA LÍNEA DE ACCIÓN O ANTE UNA ALTERACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DEL PARTO	40	0	NA
APLICACIÓN DEL PARTOGRAMA COMO INDICA OMS	10	0	
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		
<b>CALIFICACIÓN</b>			
SATISFACTORIO			
OR			
POR MEJORAR			
DEFICIENTE			
<b>III.- NO CONFORMIDAD</b>			
<b>IV.- CONCLUSION</b>			
<b>V.- RECOMENDACIONES</b>			



Y. RAMIREZ J.



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital María Auxiliadora

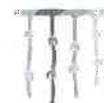
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL PARTOGRAMA	
FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL PARTOGRAMA	
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoría
NÚMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de los auditores
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoría
ASUNTO	Auditoría de Ficha de Partograma
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el código de la historia clínica
CODIFICACIÓN DEL MÉDICO U OBSTETRA TRATANTE	Colocar el código del profesional
DIAGNÓSTICO(S)	Diagnóstico(s) presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica
CIE 10	
II) OBSERVACIONES	
FILIACIÓN	<b>Conforme:</b> Se Registran los datos correspondientes a: Nombres y apellidos de la paciente, Gravidez, Paridad, Número de Historia Clínica. <b>No conforme:</b> No se registran los datos
FECHA Y HORA DE INGRESO	<b>Conforme:</b> Se registra la fecha y Hora de Ingreso <b>No conforme:</b> No se registran los datos
MEMBRANAS ROTAS	<b>Conforme:</b> Se registra el tiempo de membranas rotas <b>No conforme:</b> No se registran los datos
FRECUENCIA CARDIACA FETAL	<b>Conforme:</b> Se registra la Frecuencia cardiaca fetal cada 30 minutos. <b>No conforme:</b> No se registra el dato o no se realiza con la periodicidad señalada.
LIQUIDO AMNIÓTICO	<b>Conforme:</b> Se registra el color del Líquido amniótico en cada examen vaginal, según la siguiente nomenclatura: I: membranas intactas, R: momento de la rotura de las membranas C: membranas rotas, líquido claro. M: líquido meconial, S: líquido sanguinolento. <b>No conforme:</b> No se registran los datos.
MOLDEAMIENTO	<b>Conforme:</b> Se registran los datos referente al moldeamiento del polo cefálico fetal según lo siguiente: 1: suturas lado a lado 2: Suturas superpuestas pero reducibles; 3: Suturas superpuestas pero no reducibles. <b>No conforme:</b> No se registran los datos.
DILATACIÓN CERVICAL	<b>Conforme:</b> Se marca con una "x" la dilatación del cuello uterino cada hora a partir de los 4 cm de dilatación según la hora de evaluación. <b>No conforme:</b> No se registran los datos.
DESCENSO DEL POLO CEFÁLICO	<b>Conforme:</b> Se registra con un círculo "0" en cada examen vaginal. Si se realiza por palpación abdominal, se registrará, según lo siguiente: 5/5: Completamente por encima del pubis. 4/5: sincipicio alto, occipucio se siente fácilmente. 3/5: sincipicio se siente fácilmente, occipucio se siente. 2/5: sincipicio se siente, occipucio casi se siente. 1/5: sincipicio se siente, occipucio no se siente. 0/5 la cabeza no es palpable. <b>No conforme:</b> No se registran los datos
FRECUENCIA Y DURACIÓN DE CONTRACCIONES UTERINAS	<b>Conforme:</b> Se grafica cada media hora contando el número de contracciones en 10 minutos; se consigna además la duración de las mismas, según lo siguiente: Menos de 20 segundos: cuadrilátero punteado. Entre 20 y 40 segundos: Cuadrilátero con líneas oblicuas. Más de 40 segundos: Cuadrilátero oscuro. <b>No Conforme:</b> No se registra el dato o no se realiza según la periodicidad señalada.
USO DE OXITOCINA	<b>Conforme:</b> Se registra la cantidad de oxitocina por volumen de líquido EV. En gotas por minuto cada 30 minutos, cuando se utilice. <b>No conforme:</b> No se registra el dato cuando se utiliza oxitocina <b>No Aplica:</b> No se utiliza oxitocina
MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS	<b>Conforme:</b> Se registran los datos referentes a las drogas y líquidos adicionalmente utilizados. <b>No conforme:</b> No se registran los datos. <b>No Aplica:</b> No se utiliza medicamentos adicionales
PRESIÓN ARTERIAL	<b>Conforme:</b> Se registra la presión arterial cada 4 horas con puntas de flechas. <b>No conforme:</b> No se registra el dato o no se realiza con la periodicidad señalada.
PULSO	<b>Conforme:</b> Se registra cada 30 minutos. <b>No conforme:</b> No se registra el dato o no se realiza con la periodicidad señalada.
TEMPERATURA	<b>Conforme:</b> se registra cada 02 horas. <b>No conforme:</b> no se registra el dato o no se realiza con la periodicidad señalada.
PROTEINAS CETONAS Y VOLUMEN DE URINA	<b>Conforme:</b> Se registran los datos referentes a proteínas, cetonas y volumen de orina cuando exista indicación. <b>No conforme:</b> no se registran los datos de corresponder. <b>No aplica:</b> No existe indicación



Y. RAMIREZ J.





FECHA Y HORA DEL PARTO	<b>Conforme:</b> Se registra la fecha y hora del parto. <b>No conforme:</b> No se registran los datos.
PESO, TALLA Y APGAR	<b>Conforme:</b> Se registra el peso, talla y puntaje de APGAR del recién nacido. <b>No conforme:</b> No se registra los datos.
TIEMPO DE DURACIÓN DEL PARTO	<b>Conforme:</b> Se registran los datos correspondientes a la duración del parto señalando de manera diferenciada los tiempos correspondientes al 1er, 2do y 3er periodo. <b>No conforme:</b> no se registran los datos correspondientes a la duración de los 03 periodos del parto o se realiza de forma incompleta.
<b>ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA</b>	
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO U OBSTETRA TRATANTE	<b>Conforme:</b> Se registra la firma y sello del médico u obstetra tratante. <b>No conforme:</b> se registra solamente sello o firma del médico u obstetra tratante o no se registra ninguno de los datos
PULCRITUD	<b>Conforme:</b> El formato del partograma se encuentra limpio, ordenado, sin enmiendas, duras. <b>No conforme:</b> no se cumple con lo señalado.
LEGIBILIDAD	<b>Conforme:</b> Se utiliza letra legible en el registro del Partograma. <b>No conforme:</b> letra ilegible en el registro del partograma.
<b>CALIDAD DE ATENCION</b>	
CURVA DE ALERTA GRAFICADA ADECUADAMENTE	Gráfica continua desde el inicio de la fase activa hasta el expulsivo
EVOLUCIÓN DEL PARTO	Evolución del Parto adecuada: La curva de alerta no se torna estacionaria. Frecuencia Cardíaca fetal se encuentra entre 120-160. Descenso cefálico es paralelo a la dilatación cervical 1.2 a 1.5 cm por hora.
SE TOMO LA DECISIÓN OPORTUNA CUANDO LA CURVA DE ALERTA PASO LA LÍNEA DE ACCIÓN O ANTE UNA ALTERACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DEL PARTO	Se toman las decisiones terapéuticas médicas y/o quirúrgicas de acuerdo a la evolución del parto.
REFERENCIA Y/O INTERCONSULTA OPORTUNA	Se realizan las interconsultas y/o referencias oportunas de acuerdo a la evolución del parto.
APLICACIÓN DEL PARTOGRAMA COMO INDICA LA OMS	Se cumple con el llenado correcto del partograma según los parámetros de conformidad establecidos.
<b>CALCULO DE PUNTAJE</b>	
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.	
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.	
<b>NO CONFORMIDAD</b>	
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO	
<b>CONCLUSION</b>	
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS	
<b>RECOMENDACIONES</b>	
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORÍA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DESALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.	
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.	



Y. RAMIREZ J.



FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL KÁRDEX DE OBSTETRICIA			
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA			
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA			
ASUNTO			
FECHA DE AUDITORÍA			
NÚMERO DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA			
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA			
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL OBSTETRA			
DIAGNÓSTICOS			
CIE 10			
II) OBSERVACIONES			
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
FECHA DE INGRESO	1	0	
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	1	0	
DIAGNÓSTICOS	2	0	
ALERGIA A MEDICAMENTOS	2	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>12</b>		
INDICACIONES TERAPEÚTICAS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
FECHA	8	0	
HORA	8	0	
REGISTRO DE DIETA INDICADA	8	0	
REGISTRA MEDICACIÓN CON CINCO CORRECTOS: NOMBRE PACIENTE, DOSIS, VÍA, MEDICAMENTO, HORA.	18	0	
REGISTRO DE EXAMENES DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	8	0	
REGISTRO DE INTERCONSULTAS	8	0	
REGISTRO DE MONITOREO FETAL	8	0	
REGISTRO DE PROGRAMACIÓN DE SALA	8	0	
REGISTRO DE PRUEBAS ESPECIALES	8	0	NA
<b>SUBTOTAL</b>	<b>82</b>		
CALIDAD DE REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
REGISTROS LEGIBLES	1	0	
NO BORRONES NI ENMENDADURAS	1	0	
FIRMA Y SELLO DEL OBSTETRA	2	0	
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	2	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>6</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		



Y. RAMIREZ J.





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:	



Y. RAMIREZ J.



INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL KÁRDEX DE OBSTETRICIA		
Si el ítem evaluado es no conforme se otorgará puntaje 0.		
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA		
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de el/los auditores	
NÚMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada	
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoría	
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado, para realizar la auditoría	
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con Observación del tópico de Medicina, tópico de Citugía, etc.)	
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención	
CÓDIGO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el código de la historia clínica	
CÓDIGO DEL PROFESIONAL OBSTETRA	Colocar el código del profesional obstetra	
DIAGNÓSTICO	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica	
CIE 10		
DATOS DE FILIACIÓN	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>
NOMBRES Y APELLIDOS	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
TIPO Y N° SEGURO	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
N° HISTORIA	Registra dato	No registra dato
SERVICIO/PISO/UNIDAD	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
N° DE CAMA	Registra dato	No registra dato
EDAD	Registra dato	No registra dato
PESO	Registra dato	No registra dato
FECHA Y HORA DE INGRESO	Registra dato	No registra dato
DIAGNÓSTICO MÉDICO	Registra dato	No registra dato
ENFERMERÍA		
GRADO DE DEPENDENCIA	Registra dato	No registra dato
REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTO-SAS	Registra dato	No registra dato
<b>INDICACIONES TERAPEÚTICAS</b>		
FECHA	Registra dato (Fecha por día de indicación)	No registra dato
HORA	Registra dato (Horas por medicamento, otras indicaciones)	No registra dato
REGISTRO DE DIETA INDICADA	Registra dato	No registra dato
REGISTRA MEDICACIÓN CON CINCO CORRECTOS: NOMBRE PACIENTE, DOSIS, VÍA, MEDICAMENTO, HORA	Registra los datos completos	Registra datos incompletos/ No registra dato
REGISTRO DE EXAMENES DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO	Registra los datos completos Ayuda al Diagnóstico: Laboratorio, diagnóstico por imágenes, etc.	Registra datos incompletos/ No registra dato
REGISTRO DE INTERCONSULTAS	Registra los datos completos	Registra datos incompletos/ No registra dato
MONITOREO FETAL	Registra los datos completos	Registra datos incompletos/ No registra dato
REGISTRO DE PROGRAMACIÓN DE SALA	Registra los datos completos	Registra datos incompletos/ No registra dato
REGISTRO DE PRUEBAS ESPECIALES	Registra los datos referentes a pruebas especiales realizadas al paciente	No registra dato de corresponder
<b>ATRIBUTOS DEL REGISTRO</b>		
LETRAS Y NÚMEROS LEGIBLES	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>
PULCRITUD	Legible	No legible
FIRMA Y SELLO DEL OBSTETRA	Sin borrones ni enmendaduras	No cumple con criterios de conformidad
	Figura firma y sello	Figura solo firma o sello/no figura ni firma ni sello
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	Usa color oficial	No usa color oficial



Y. RAMIREZ J.



<b>CALCULO DE PUNTAJE</b>
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.
EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO “NO APLICA” SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHOS 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.
<b>NO CONFORMIDAD</b>
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO
<b>CONCLUSION</b>
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS
<b>RECOMENDACIONES</b>
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORÍA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DESALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.



Y. RAMIREZ J.



<b>FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITA-LES OBSTETRICIA</b>			
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA			
NÚMERO DE AUDITORÍA			
FECHA DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
ASUNTO			
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA			
CÓDIGO DE LA HISTORIA CLÍNICA			
DIAGNÓSTICO			
CIE 10			
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRES Y APELLIDOS	1	0	
TIPO Y N° SEGURO	1	0	
N° HISTORIA	2	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	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>11</b>		
CONTENIDO DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
REGISTRA FRECUENCIA CARDIACA	4	0	
REGISTRA FRECUENCIA RESPIRATORIA	4	0	
REGISTRA PRESIÓN ARTERIAL	4	0	
REGISTRA TEMPERATURA	4	0	
REGISTRO BASAL DE LA TEMPERATURA EN 36 °C	4	0	
REGISTRO BASAL DE FRECUENCIA CARDIACA EN 60/ MIN.	4	0	
REGISTRO BASAL DE FRECUENCIA RESPIRATORIA 20/MIN.	4	0	
REGISTRA TRAZADO LINEAL(COLOR ROJO EN 37°C)	4	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>32</b>		
DATOS GENERALES REFERIDOS A LA EVOLUCIÓN OBSTÉTRICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
J. REGISTRO DE ALTURA UTERINA	5	0	
FRECUENCIA CARDIACA FETAL	5	0	



Y. RAMIREZ



SANGRADO /LOQUIOS	3	0	
LIQUIDO AMNIÓTICO	3	0	
DINÁMICA UTERINA	5	0	
SECRECIONES CERVICOVAGINALES	3	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>24</b>		
<b>OTROS REGISTROS</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
REGISTRA OPERACIÓN Y DIAS POST OPERATORIOS SI EL CASO REQUIERE	4	0	NA
REGISTRA TOTAL DE EGRESOS EN 24 HORAS (orina, vómito, heces, drenajes, etc.)	5	0	
PESO	6	0	
TALLA	4	0	
REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS	4	0	NA
REGISTRA COMPONENTES SAN-GUINEOS ADMINISTRADOS	4	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>27</b>		NA
<b>ATRIBUTOS DEL REGISTRO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
LETRA Y NÚMEROS LEGIBLES	2	0	
NO BORRONES NI ENMENDADURAS	2	0	
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	2	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>6</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		
<b>CALIFICACIÓN</b>			
<b>SATISFACTORIO</b>	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>POR MEJORAR</b>	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>DEFICIENTE</b>	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>III.- NO CONFORMIDAD</b>			
<b>IV.- CONCLUSIÓN</b>			
<b>V.- RECOMENDACIÓN</b>			



Y. RAMIREZ J.





<b>INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES OBSTETRICIA</b>		
Si el ítem evaluado es no conforme se otorgará puntaje 0		
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA		
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de el/los auditores	
NÚMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada	
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoría	
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoría	
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con Observación del tópic de Medicina, tópic de Cirugía, etc.)	
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención	
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el código de la historia clínica	
CODIFICACIÓN DEL OBSTETRA TRATAN-TE	Colocar el código del profesional	
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica	
CIE 10		
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME
NOMBRES Y APELLIDOS	Registra los datos completos	No registra
TIPO Y N° SEGURO,	Registra los datos completos	Registra datos incompletos/ no registra
N° HISTORIA,	Registra los datos completos	No registra dato
SERVICIO/PISO/ UNIDAD	Registra los datos completos	No registra dato
N° DE CAMA	Registra los datos completos	No registra dato
FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE	Registra dato	No registra dato
ESTANCIA	Registra dato (Estancia es equivalente a los días que la paciente está hospitalizado independiente del servicio)	No registra dato
SEXO	Registra dato	No registra dato
EDAD	Registra dato	No registra dato
CONTENIDO DEL REGISTRO		
REGISTRA FRECUENCIA CARDIACA	Registra dato (el registro debe ser con un punto y en los dos turnos)	No registra dato
REGISTRA FRECUENCIA RESPIRATORIA	Registra dato (el registro debe ser con un punto y en los dos turnos)	No registra dato
REGISTRA PRESIÓN ARTERIAL	Registra dato	No registra dato
REGISTRA TEMPERATURA	Registra dato (el registro debe ser con un punto y en los dos turnos)	No registra dato
REGISTRO BASAL DE LA TEMPERATURA EN 36 °C	Registra dato	No registra dato
REGISTRO BASAL DE FRECUENCIA CAR-DIACA EN 60 POR MIN.	Registra dato	No registra dato
REGISTRO BASAL DE FRECUENCIA RES-PIRATORIA 20 POR MIN.	Registra dato	No registra dato
REGISTRA TRAZADO LINEAL (COLOR ROJO EN 37°C)	Registra dato	No registra dato



Y. RAMIREZ J.



DATOS GENERALES REFERIDOS A LA EVOLUCIÓN OBSTÉTRICA		
GRÁFICA DE ALTURA UTERINA	Registra dato	No registra dato
FRECUENCIA CARDIACA FETAL	Registra dato	No registra dato
SANGRADO UTERINO/LOQUIOS	Registra dato	No registra dato
LIQUIDO AMNIÓTICO	Registra dato	No registra dato
DINÁMICA UTERINA	Registra dato	No registra dato
SECRECIONES CERVICOVAGINALES	Registra dato	No registra dato
OTROS REGISTROS		
REGISTRA OPERACIÓN Y DIAS POST OPERATORIOS SI EL CASO REQUIERE	Registra dato	No registra dato
REGISTRA TOTAL DE EGRESOS EN 24 HORAS (orina, vómito, heces, drenajes, etc.)	Registra dato	No registra dato
REGISTRA DÍAS DE MENSTRUACIÓN	Registra dato	No registra dato
PESO	Registra dato	No registra dato
TALLA	Registra dato	No registra dato
REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMEN-TOSAS	Registra dato en color rojo	No registra dato
REGISTRA COMPONENTES GUI-NEOS ADMINSTRADOS SAN	Registra dato de haberse administrado	No registra dato
CALIDAD DEL REGISTRO		
LETRA Y NÚMEROS LEGIBLES	Legible	No legible
NO BORRONES NI ENMENDADURAS	Sin borrones ni enmendaduras	Con borrón y enmendadura
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL(AZUL Y ROJO)	Usa color oficial (Uso de color azul en Presión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria y uso de color rojo en frecuencia cardiaca y picos febriles)	No usa color oficial
CALCULO DE PUNTAJE		
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.		
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 CUMPLIMIEN-TO 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 DESALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.		
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.		



Y. RAMIREZ J.

Av. Miguel Iglesias N°968  
San Juan de Miraflores  
Teléfono (511) 217 1818



**FORMATO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE  
ODONTOLÓGIA****I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA**

MIEMBROS DEL COMITÉ	
NUMERO DE AUDITORÍA	
FECHA DE AUDITORÍA	
SERVICIO AUDITADO	
ASUNTO	
FECHA DE ATENCIÓN BRINDADA	
CODIFICACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA	
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL EN ODONTOLÓGIA	
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	
CIE 10	

**II.- OBSERVACIONES**

A) ANAMNESIS	CONFOR ME	NO CONFORME	NO APLICA
<b>FILIACIÓN</b>			
Nombres y apellidos del paciente	1	0	
Lugar de nacimiento	1	0	
Fecha de nacimiento	1	0	
Edad	1	0	
Sexo	1	0	
Domicilio actual	1	0	
Domicilio de procedencia	1	0	
Documento de identidad	1	0	
Estado Civil	1	0	
Grado de instrucción	1	0	
Ocupación	1	0	
Religión	1	0	
Nombre del padre, madre o apoderado	1	0	
Teléfono / correo electrónico	1	0	
<b>Sub Total</b>	<b>14</b>		
<b>ANTECEDENTES</b>	<b>CONFOR ME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Antecedentes generales	1	0	
Antecedentes fisiológicos	1	0	
Antecedentes inmunológicos	1	0	
Antecedentes patológicos	1	0	
Antecedentes familiares	1	0	
Antecedentes epidemiológicos	1	0	
Antecedentes ocupacionales	1	0	
<b>Sub Total</b>	<b>7</b>		
<b>ENFERMEDAD ACTUAL</b>	<b>CONFOR ME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Fecha y Hora de atención	1	0	
Motivo de la consulta	1	0	
Tiempo de enfermedad	1	0	
Síntomas principales	1	0	





Relato cronológico	5	0	
Funciones biológicas	1	0	
<b>Sub Total</b>	<b>10</b>		
<b>B) EXAMEN CLÍNICO</b>	<b>CONFOR ME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Estado General	1	0	
Signos Vitales	1	0	
Examen extraoral	4	0	
Examen intraoral	6	0	
Ficha odontológica	4	0	
Riesgo estomatológico	4	0	
<b>Sub Total</b>	<b>20</b>		
<b>C) PLAN DE TRABAJO</b>	<b>CONFOR ME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Plan de trabajo para el diagnóstico definitivo-vo (incluye imágenes)	5	0	
<b>Sub Total</b>	<b>5</b>		
<b>D) EXAMENES AUXILIARES E INTER-CONSULTAS EN HISTORIA CLÍNICA</b>	<b>CONFOR ME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Exámenes auxiliares	5	0	NA
Interconsultas	3	0	NA
<b>Sub Total</b>	<b>8</b>		
<b>E) DIAGNÓSTICOS</b>	<b>CONFOR ME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
a) Presuntivo/s	5	0	
b) Definitivo/s	5	0	
c) CIE 10	2	0	
<b>Sub Total</b>	<b>12</b>		
<b>F) APRECIACIÓN DEL CASO</b>	<b>CONFOR ME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Pronóstico	4	0	
<b>Sub Total</b>	<b>4</b>		
<b>G) TRATAMIENTO</b>	<b>CONFOR ME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Nombre del medicamento con Denominación Común Internacional	1	0	
Presentación	1	0	
Dosis	1	0	
Frecuencia	1	0	
Vía de administración	1	0	
Medidas generales	1	0	
<b>Sub Total</b>	<b>6</b>		
<b>H) CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	<b>CONFOR ME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Consentimiento informado	3	0	
Descripción del procedimiento	3	0	
<b>Sub Total</b>	<b>6</b>		
<b>I) INDICACIÓN DE ALTA BÁSICA ODONTOLÓGICA</b>	<b>CONFOR ME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Nombre del profesional	1	0	
Fecha de la alta odontológica	1	0	
<b>Sub Total</b>	<b>2</b>		



Y. RAMIREZ J.





K)- ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Pulcritud	1	0	
Registro de fecha y hora de atención	1	0	
Registro de descanso médico indicando número total de días de descanso y fechas de inicio y término del mismo	1	0	
Registra apellidos y nombres del paciente, y el número de historia clínica en todas las hojas de la historia clínica	1	0	
Letra legible	1	0	
Sello y firma del cirujano dentista	1	0	
<b>Sub Total</b>	<b>6</b>		
<b>Total</b>	<b>100</b>		
<b>CALIFICACIÓN</b>			
<b>SATISFACTORIO</b>	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>POR MEJORAR</b>	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>DEFICIENTE</b>	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO		
<b>III.- NO CONFORMIDAD</b>			
<b>IV.- CONCLUSION</b>			
<b>V.- RECOMENDACIONES</b>			





INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCION DE ODONTOLOGÍA	
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	
MIEMBROS DEL COMITÉ	Nombres completos de el/los auditores
NÚMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoría
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoría
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con Observación del tópico de Medicina, tópico de Cirugía, etc.)
FECHA DE ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el código de la historia clínica
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA	Colocar el código del profesional
DIAGNÓSTICOS DEL ALTA	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia clínica
CIE 10	
A) ANAMNESIS	
FILIACIÓN	<b>Conforme:</b> Se registran los ítems señalados en la "Ficha de Auditoría de la Atención Odontológica" <b>No conforme:</b> Se registran los datos de manera parcial, para el puntaje se sumarán los ítems que se encuentren registrados en la historia clínica.
ANTECEDENTES	<b>Conforme:</b> Consta de 7 ítems, se consignarán los datos necesarios para el caso. Comprende los antecedentes generales, fisiológicos, inmunológicos, patológicos, familiares, epidemiológicos y ocupacionales. <b>No conforme:</b> No se registran los datos
ENFERMEDAD ACTUAL	<b>Consta de 6 ítems, los cuales deben ser consignados en su totalidad. Comprende: nombre del informante, motivo de la consulta, tiempo de enfermedad, síntomas principales, relato cronológico y funciones biológicas.</b>
B) EXAMEN CLÍNICO	<b>Conforme:</b> Consta de 6 ítems, los cuales deben ser registrados en su totalidad: estado general, signos vitales, examen extra oral, examen intraoral, ficha odontológica y riesgoestomatológico. <b>No conforme:</b> No se registran los datos
C) PLAN DE TRABAJO PARA EL DIAGNÓSTICO	<b>Conforme:</b> Consta de 1 ítem, en el que se detallará el requerimiento de exámenes auxiliares necesarios para el diagnóstico definitivo, de ser necesario. <b>No conforme:</b> no se registra el dato de corresponder No aplica: no se requiere exámenes auxiliares
D) EXAMENES AUXILIARES E INTERCONSULTAS	<b>Conforme:</b> Consta de 2 ítems, comprende el informe de resultados de los exámenes auxiliares e interconsultas adjuntados a la historia clínica. <b>No conforme:</b> No se encuentran en la historia clínica los resultados de los exámenes auxiliares solicitados y/o el informe de las interconsultas solicitadas.
E) DIAGNÓSTICO	<b>Conforme:</b> Se registran los diagnósticos presuntivos y/o definitivos los cuales deben ser concordantes con la anamnesis y el examen clínico y su respectiva codificación CIE. <b>No conforme:</b> No se registran diagnósticos presuntivos ni definitivos o no son concordantes con la anamnesis y el examen clínico
F) APRECIACIÓN DEL CASO	<b>Consta de 1 ítem, en donde se contemplará el pronóstico</b>
TRATAMIENTO	<b>Conforme:</b> Tratamiento concordante con los diagnósticos establecidos y se registran los ítems correspondientes señalados en la "Ficha de Auditoría de la Atención Odontológica". <b>No conforme:</b> No se registran los ítems correspondientes o el tratamiento no es concordante con el/los diagnóstico(s) establecido(s).



Y. RAMIREZ J.





<b>H) CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO</b>	<b>Conforme:</b> Consta de 2 ítems, los cuales deben ser llenados por el paciente previa información adecuada por parte del profesional, cuando corresponda. <b>No conforme:</b> No se encuentra adjunto el consentimiento informado firmado por el paciente o su representante legal en caso de corresponder
<b>I) INDICACIÓN DE ALTA BÁSICA ODONTOLÓGICA</b>	Consta de 2 ítems, los cuales deben ser considerados en su totalidad. Comprende: nombre del profesional y fecha del alta básica odontológica.
<b>J) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA</b>	Consta de 6 ítems los cuales deben ser consignados en su totalidad. Comprende: pulcritud, registro de fecha y hora de atención, registro de descanso médico indicando número total de días de descanso y fechas de inicio y término del mismo, registra: apellidos y nombres, y número de historia clínica en todas las hojas de la historia clínica, letra legible y sello y firma del cirujano dentista
CALIFICACIÓN TOTAL	<b>Sumatoria de todos los puntajes obtenidos</b>
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.	
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.	
<b>NO CONFORMIDAD</b>	
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO	
<b>CONCLUSION</b>	
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS	
<b>RECOMENDACIONES</b>	
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DESALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.	
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.	

- Formato de Auditorías Concurrentes. Medicina, Ginecología, Cirugía.



Y. RAMIREZ J.



REPORTE AUDITORIA CONCURRENTENTE

MEDICINA N° \_\_\_\_\_-2021/HMA

Siendo fecha..... a las..... Horas se realiza la auditoria concurrente en el Departamento de ..... Acompaña en la actividad MC /LIC ENF. .... del servicio.

1. MATRIZ VERIFICADORES

Numero de Historia Clínica / Nombres y Apellidos del paciente					
ORGANIZACIÓN	COMENTARIO DE HALLAZGOS	PUNTAJE	COMENTARIO DE HALLAZGOS	PUNTAJE	PUNTAJE PROM.
1. Medico de turno presente (señalar nombre)					
2. Enfermera de turno presente (señalar nombre)					
3. Horario de informes médico publicado y conocido por el personal.					
REGISTRO HISTORIA CLINICA	COMENTARIO DE HALLAZGOS	PUNTAJE	COMENTARIO DE HALLAZGOS	PUNTAJE	PUNTAJE PROM.
4. Cuenta con Nota de ingreso (fecha, hora, servicio de procedencia).					
5. Evolución medica al día (con fecha, hora, firma y sello).					
6. Evolución de enfermería y/u Obstetriz al día (con fecha, hora, firma y sello).					
7. Solicitud de interconsultas respondidas (señalar tiempo respuesta, fechas)					
8. Solicitud de exámenes auxiliares con resultados (señalar si hay pendientes)					
9. Se lleva un registro de los procedimientos (CPT) realizados					
10. Se registra entrega de informe médico al paciente/ familiar responsable (fecha, hora, firma y sello)					
11. Cuenta con epicrisis (en caso de indicación de alta)					
REGISTRO FORMATOS HISTORIA CLINICA	COMENTARIO DE HALLAZGOS	PUNTAJE	COMENTARIO DE HALLAZGOS	PUNTAJE	PUNTAJE PROM.
12. Orden Cronológico de las hojas de la Historia Clínica, legibilidad, no uso de abreviaturas.					
13. Cuenta con Hoja Grafica de signos vitales.					
14. Cuenta con consentimiento informado para procedimientos					
15. Cuenta con hoja de Kárdex , firma y sello del profesional					
16. Cuenta con hoja de balance hídrico					
17. Cuenta con Diagnostico Presuntivo y Definitivo y Uso de CIE -10.					
18. Cuenta con hoja de Tratamiento consigna régimen dietético , nombre del medicamento , presentación , frecuencia de medicamentos , via de administración					
19. Cuenta con interpretación de exámenes de apoyo al diagnóstico y comentario.					
20. Indicaciones de alta: Informe de alta, medicamentos prescritos, reevaluación posterior por consulta					





**NOTAS ADICIONALES / OTROS RESALTANTES:**

---



---



---

**2. RESULTADO**

CALIFICACION		PUNTAJE TOTAL OBTENIDO
SATISFACTORIO	90-100% PUNTAJE MAX (18 -20)	
POR MEJORAR	75-89% PUNTAJE MAX (15-17)	
DEFICIENTE	<75% PUNTAJE MAX ( ≤14)	

**3. OBSERVACIONES**

3.1. \_\_\_\_\_

3.2. \_\_\_\_\_

3.3. \_\_\_\_\_

**4. CONCLUSIONES**

4.1. \_\_\_\_\_

4.2. \_\_\_\_\_

4.3. \_\_\_\_\_

**5. RECOMENDACIONES**

5.1. \_\_\_\_\_

5.2. \_\_\_\_\_

5.3. \_\_\_\_\_



Firma y sello

Firma y sello

**Instructivo Verificadores formatos de historia clínica**

1. **VERIFICADORES.** Los verificadores relacionados a la historia clínica, **serán revisados en 2 historias clínicas** de paciente hospitalizados al momento de la auditoría concurrente. Se detalla los ítems a tener en consideración para la valoración de los verificadores de los formatos de la historia clínica. Puntaje 1 si cumple. Puntaje 0 no cumple.

REGISTRO FORMATOS HISTORIA CLINICA	MARCO NORMATIVO
<p><b>Cuenta con Evolución</b> La frecuencia de las evoluciones se realiza, como mínimo, una vez al día, pudiendo ser mayor dependiendo del estado del paciente. Contiene como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fecha y hora de la evolución atención.</li> <li>Apreciación subjetiva.</li> <li>Apreciación objetiva.</li> <li>Verificación del tratamiento y dieta.</li> <li>Interpretación de exámenes y comentario.</li> <li>Terapéutica y plan de trabajo.</li> <li>Firma, sello y colegiatura del médico que brinda la atención.</li> </ul>	R.M. N° 214-2018/MINSA. NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN. NTS para la gestión de la historia. 3.6 evolución
<p><b>Cuenta con hoja de Grafica de signos vitales y balance Hidroelectrolítico. Contiene como mínimo:</b> Gráfica de Signos Vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombres y Apellidos del paciente.</li> <li>N° de Historia Clínica.</li> <li>Departamento, Servicio, N° de cama.</li> <li>Registro de: Temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y presión Arterial del paciente.</li> <li>Peso.</li> <li>Número de deposiciones, orina, total de balance hídrico.</li> </ul> <p>Hojas de Balance Hidro-Electrolítico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombres y Apellidos del paciente.</li> <li>Servicio, N° de cama.</li> <li>Fecha y hora de registro.</li> <li>Peso.</li> <li>Registro de ingresos y egresos, por turnos y el total del día.</li> <li>Nombres y apellidos, firma, sello y colegiatura de la enfermera.</li> </ul>	R.M. N° 214-2018/MINSA. NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN. NTS para la gestión de la historia. 5.2.2. Formatos Especiales.4) Grafica de signos vitales 5) Hoja de balance Hidro -Electrolítico
<p><b>Cuenta con NOTA DE ENFERMERÍA contiene como mínimo.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nota de ingreso: fecha, hora, forma en que el paciente ingresa. Breve descripción de la condición del paciente: funciones vitales, funciones biológicas, estado general.</li> <li>Evolución durante la hospitalización: anotar los signos y síntomas significativos, Consignando fecha y hora.</li> <li>Tratamiento aplicado.</li> <li>Nombres y apellidos, firma, sello y colegiatura de la enfermera.</li> </ul>	R.M. N° 214-2018/MINSA. NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN. NTS para la gestión de la historia. 5.2.2. Formatos Especiales. 2) Reporte Operatorio
<p><b>Cuenta con HOJA EPICRISIS. Contiene como mínimo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fecha y hora de ingreso.</li> <li>Servicio, número de cama.</li> <li>Diagnóstico de ingreso.</li> <li>Resumen de la enfermedad actual, examen físico, exámenes auxiliares, evolución y tratamiento.</li> <li>Procedimientos terapéuticos y/o diagnósticos realizados, con sus respectivos códigos.</li> <li>Complicaciones.</li> <li>Fecha y hora del egreso, estadía total (días).</li> <li>Tipo de alta, condición de egreso.</li> <li>Diagnóstico principal y secundario (CIE -10, o versión vigente).</li> <li>Información sobre mortalidad (si fuera el caso); indicar si se realizará necropsia y causas de muerte.</li> <li>Nombre y Apellidos, firma, sello y colegiatura del médico tratante en la hospitalización</li> </ul>	R.M. N° 214-2018/MINSA. NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN. NTS para la gestión de la historia. 3.7. Formatos Especiales.
<p><b>Cuenta con consentimiento informado Procedimientos. Contiene como mínimo</b> Identificación estándar de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>N° de Historia Clínica.</li> <li>Fecha, hora.</li> <li>Nombres y apellidos del paciente.</li> <li>Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar o modalidad de atención.</li> <li>Descripción de este en términos sencillos.</li> <li>Riesgos reales y potenciales procedimiento, o intervención quirúrgica o modalidad atención.</li> <li>Efectos adversos de los usuarios de antibióticos, analgesia y AINES en general, anestesia, corticoides y todo elemento farmacológico que se prevenga utilizar.</li> <li>Pronóstico y recomendaciones posteriores a la intervención o procedimiento quirúrgico.</li> <li>Nombres y apellidos firma, sello y número de colegiatura del profesional responsable de la intervención, o procedimiento o modalidad de atención.</li> <li>Pronóstico y recomendaciones.</li> <li>Conformidad firmada en forma libre y voluntaria por el paciente o su representante legal consignando: nombres y apellidos, firma y huella digital del paciente o representante legal también debe registrarse la negativa al procedimiento, o si en algún momento retira el consentimiento.</li> </ul>	R.M. N° 214-2018/MINSA. NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN. NTS para la gestión de la historia. 5.2.2. Formatos Especiales.16) Formato de Consentimiento Informado
<p><b>Cuenta con Interconsulta :</b> Contiene como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicio interconsultado.</li> <li>Datos de Filiación del paciente.</li> <li>Breve resumen de enfermedad actual.</li> <li>Motivo de la interconsulta.</li> <li>Diagnóstico presuntivo.</li> <li>Fecha y hora de la solicitud.</li> <li>Nombres y apellidos, cargo, firma, sello y colegiatura del profesional solicitante.</li> </ul>	R.M. N° 214-2018/MINSA. NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN. NTS para la gestión de la historia. 6. Formatos Interconsulta .6.1) solicitud de Interconsulta





**REPORTE AUDITORIA CONCURRENTE DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA N° -2021/HMA**

Siendo fecha..... a las..... Horas se realiza la auditoria concurrente en el departamento de .....

Acompaña en la actividad MC /LIC ENF, ..... del servicio.

**3. MATRIZ VERIFICADORES**

Numero de Historia Clínica / Nombres y Apellidos del paciente	HCL 1			HCL 2		
	ORGANIZACIÓN	COMENTARIO DE HALLAZGOS	PUNTA JE	COMENTARIO DE HALLAZGOS	PUNTA JE	PUNTAJE PROM.
1. Medico de turno presente (señalar nombre)						
2. Enfermera u Obstetra de turno presente (señalar nombre)						
3. Horario de informes médico publicado y conocido por el personal						
<b>REGISTRO HISTORIA CLINICA</b>	<b>COMENTARIO DE HALLAZGOS</b>	<b>PUNTA JE</b>	<b>COMENTARIO DE HALLAZGOS</b>	<b>PUNTA JE</b>	<b>PUNTAJE PROM.</b>	
4. Cuenta con Nota de ingreso (fecha, hora, servicio de procedencia)						
5. Evolución medica al día (con fecha, hora, firma y sello)						
6. Evolución de enfermería y/u Obstetriz al día (con fecha, hora, firma y sello)						
7. Solicitud de interconsultas respondidas (señalar tiempo respuesta, fechas)						
8. Exámenes auxiliares en H.C. (señalar si hay pendientes)						
9. Se lleva un registro de los procedimientos (CPT) realizados						
10. Se registra entrega de informe médico al paciente/ familiar responsable (fecha, hora, firma y sello)						
11. Cuenta con epicrisis (en caso de indicación de alta)						
<b>REGISTRO FORMATOS HISTORIA CLINICA</b>	<b>COMENTARIO DE HALLAZGOS</b>	<b>PUNTA JE</b>	<b>COMENTARIO DE HALLAZGOS</b>	<b>PUNTA JE</b>	<b>PUNTAJE PROM.</b>	
12. Orden de Hospitalización y egreso de emergencia ( No aplica cuando es alta, por egreso se tramita a cc)						
13. Ficha de Triage con prioridad /Hoja de Referencia y Contrarreferencia.						
14. Formato de Historia Clínica de Emergencia o Consulta Externa (con CIE-10, Firma y sello de medico asistente)						
15. Formato de Historia Clínica Materno Perinatal.						
16. Cuenta con Partograma (firmado Sellado)						
17. Formatos de Anestesia (Cuenta con riesgo quirúrgico, hoja de evaluación pre anestésico, hoja de anestesia, hoja post anestésica y Prueba de descartar COVID-19)						
18. Cuenta con Informe operatorio.						
19. Formatos de Diagnóstico por Imágenes (solicitud del examen o informe del examen).						
20. Formato de Consentimiento Informado firmado y sellado por paciente y médico tratante.						





**NOTAS ADICIONALES / OTROS RESALTANTES:**

---



---



---

**4. RESULTADO**

CALIFICACION		PUNTAJE TOTAL OBTENIDO
SATISFACTORIO	90-100% PUNTAJE MAX (18 -20)	
POR MEJORAR	75-89% PUNTAJE MAX (15-17)	
DEFICIENTE	<75% PUNTAJE MAX ( ≤14)	

**6. OBSERVACIONES**

6.1. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

6.2. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

6.3. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**7. CONCLUSIONES**

7.1. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

7.2. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

7.3. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**8. RECOMENDACIONES**

8.1. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

8.2. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

8.3. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



Y. RAMIREZ J.

Firma y sello

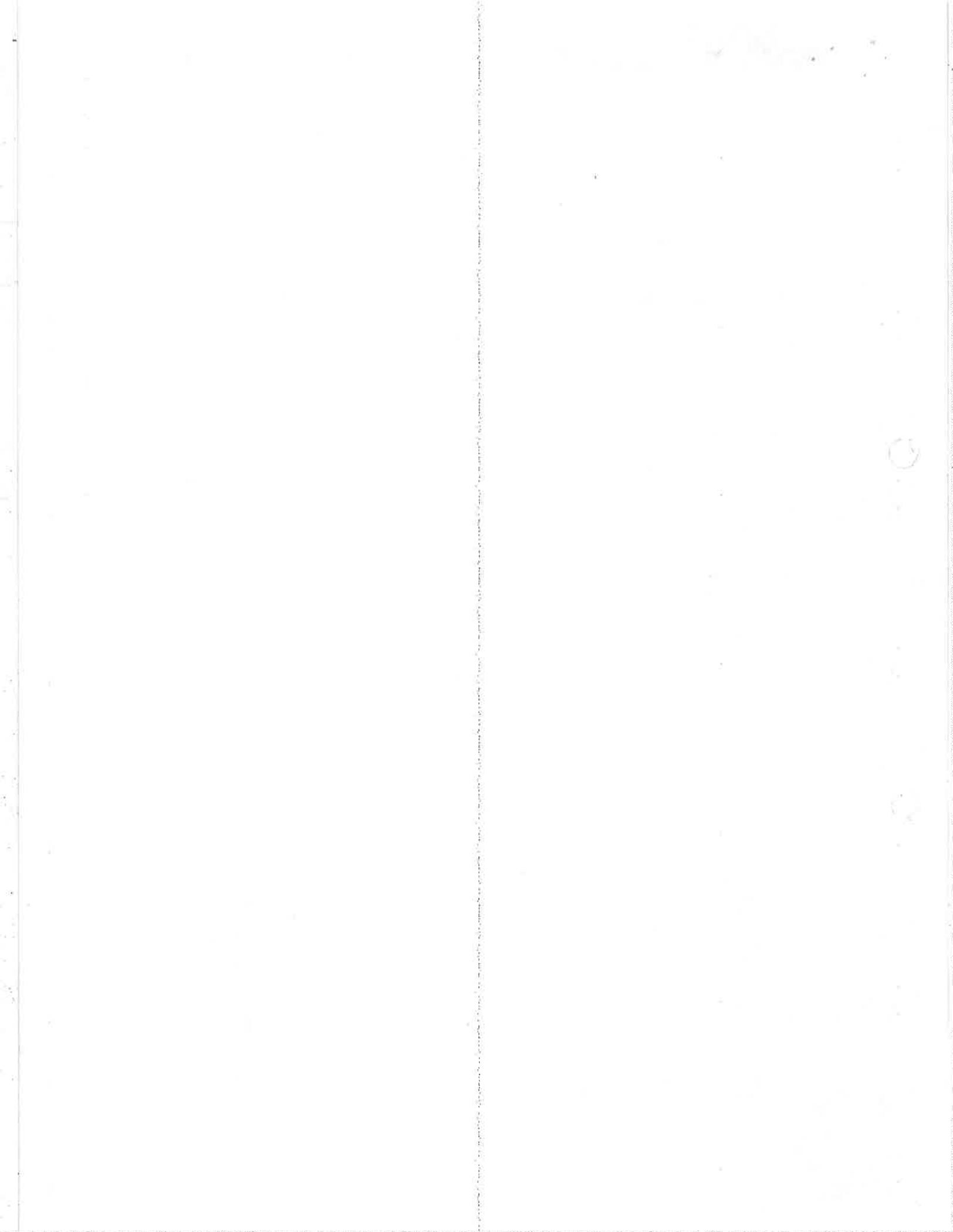
Firma y sello

**Instructivo Verificadores formatos de historia clínica**

2. **VERIFICADORES.** Los verificadores relacionados a la historia clínica, **serán revisados en 2 historias clínicas** de paciente hospitalizados al momento de la auditoría concurrente, de preferencia post operados. Se detalla los ítems a tener en consideración para la valoración de los verificadores de los formatos de la historia clínica. Puntaje en si cumple: 1; Puntaje en no cumple: 0; Puntaje en No Aplica : 1

REGISTRO FORMATOS HISTORIA CLINICA	MARCO NORMATIVO
<p><b>Cuenta con riesgo quirúrgico</b></p> <p><b>Cuenta con evaluación pre anestésico. Contiene como mínimo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombres y apellidos del paciente, N° de HC, edad, sexo, peso, servicio, N° cama.</li> <li>• Antecedentes clínicos de interés para la administración de la anestesia.</li> <li>• Resumen de la enf. Actual, tto, otros datos que pudieran influir en elección de la anestesia.</li> <li>• Datos importantes del examen físico. • Tipo de anestesia prevista.</li> <li>• Riesgo anestesiológico. Definir el ASA (American Society of Anesthesiologists).</li> <li>• Conclusiones. • Fecha y hora.</li> <li>• Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura del médico anestesiólogo.</li> </ul>	<p>RM 022-2011/MINSA. NTS para la atención anestesiológica</p> <p>R.M. N° 214-2018/MINSA. NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN. NTS para la gestión de la historia. 5.2.2. Formatos Especiales.9) Formatos de Anestesia. 9.1 Hoja de Evaluación Pre Anestésica</p>
<p><b>Cuenta con Historia Clínica Materno Perinatal contiene como mínimo.</b></p> <p>Anamnesis, Medición del peso, medición de la talla, determinación de la presión arterial, pulso y temperatura, examen clínico integral, examen de mamas y pezones, evaluación del estado nutricional, examen ginecológico y obstétrico, confirmación del embarazo, medición de altura uterina, evaluación del crecimiento fetal, cálculo de edad gestacional, descartar del embarazo múltiple, evaluación clínica del volumen del líquido amniótico, auscultación de los latidos fetales, evaluación de movimientos fetales, Evaluación clínica de la pelvis, Diagnóstico de la presentación fetal, Detección de cáncer cervical (Papanicolaou o IVAA), Determinación del grupo sanguíneo factor Rh, Determinación de la hemoglobina o hematocrito, Examen de orina, Detección de diabetes gestacional, Detección de sífilis, Prueba de ELISA-VIH con autorización de la usuaria, Se sugiere: Prueba de HTLV1, Vacunación antitetánica, Evaluación ecográfica, Detección de complicaciones, Examen odontostomatológico, Administración de hierro y ácido fólico, calcio suplementarios, Charlas educativas, Psicoprofilaxis, Evaluación y orientación en salud mental y detección de violencia familiar, Consejería, Información sobre PF y salud reproductiva, Plan de emergencia para el parto o emergencias</p>	<p>R.M. N° 668-2004/MINSA. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y reproductiva, Modulo II Atención Obstétrica.</p>
<p><b>Partograma. Contiene como mínimo.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información de la parturienta</li> <li>• Frecuencia cardiaca fetal</li> <li>• Líquido amniótico</li> <li>• Moldeamiento</li> <li>• Dilatación cervical</li> <li>• Línea de Alerta</li> <li>• Línea de Acción</li> <li>• Descenso de polo cefálico</li> <li>• Número de horas</li> <li>• Hora real</li> <li>• Contracciones</li> <li>• Oxitocina</li> <li>• Drogas administradas</li> <li>• Pulso</li> <li>• Presión arterial</li> <li>• Temperatura</li> <li>• Proteínas, cetonas, volumen urinario.</li> </ul>	<p>R.M. N° 668-2004/MINSA. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y reproductiva, PARTOGRAMA DE OMS CON CURVA DE ALERTA</p>
<p><b>Cuenta con consentimiento informado cirugía. Contiene como mínimo</b></p> <p>Identificación estándar de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• N° de Historia Clínica. • Fecha, hora. • Nombres y apellidos del paciente.</li> <li>• Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar o modalidad de atención.</li> <li>• Descripción de este en términos sencillos.</li> <li>• Riesgos reales y potenciales procedimiento, o intervención quirúrgica o modalidad atención.</li> <li>• Efectos adversos de los usuarios de antibióticos, analgesia y AINES en general, anestesia, corticoides y todo elemento farmacológico que se prevenga utilizar.</li> <li>• Pronóstico y recomendaciones posteriores a la intervención o procedimiento quirúrgico.</li> <li>• Nombres y apellidos firma, sello y número de colegiatura del profesional responsable de la intervención, o procedimiento o modalidad de atención.</li> <li>• Pronóstico y recomendaciones.</li> <li>• Conformidad firmada en forma libre y voluntaria por el paciente o su representante legal consignando: nombres y apellidos y huella digital del paciente o representante legal también debe registrarse la negativa al procedimiento, o en algún momento retira el consentimiento.</li> </ul>	<p>R.M. N° 214-2018/MINSA. NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN. NTS para la gestión de la historia. 5.2.2. Formatos Especiales.16) Formato de Consentimiento Informado</p>







FORMATO DE EVALUACION DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN HC – CADC-HMA				
DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA				
MIEMBRO DEL COMITÉ A CARGO				
FECHA/HORA DE AUDITORIA				
SERVICIO AUDITADO				
MEDICO DE TURNO PRESENTE				
ENFERMERA DE TURNO PRESENTE				
N° DE HC - FECHA/HORA INGRESO				
DISPOSICIONES GENERALES				
ITEM EVALUADO	HALLAZGOS - COMENTARIO			PUNTAJE (0-1)
Formatos de atención consignan datos completos (Nombre, N° HC, Servicio, N° Cama)				
Letra legible y sin enmendaduras				
Diagnostico consignados con CIE 10				
Orden cronológico de formatos				
(4) TOTAL				
FORMATOS				
	Registro de atención (Fecha y hora) 0/1	Registro completo de acápite 0/1	Refrendado por médico tratante (Sello y firma) 0/1	PUNTAJE (0-1):0 (2):0.5 (3):1
Emergencia				
Historia Clínica de Ingreso				
Notas de Ingreso				
Evolución				
Informe médico diario				
(5) TOTAL				
FORMATOS ESPECIALES				
	Registro de atención (Fecha y hora)	Registro completo de acápite	Refrendado por médico tratante /enfermera (Sello y firma)	PUNTAJE (0-1):0 (2):0.5 (3):1
Interconsulta				
Consentimiento Informado cirugía / procedimiento				
Reporte operatorio				
Epicrisis				
(4) TOTAL				
FORMATOS DE ANESTESIOLOGIA				
Evaluación pre anestésica				
Consentimiento informado anestesiológico				
Lista de Verificación Seguridad de la Cirugía (LVSC)				
Hoja de Anestesia				
Hoja post anestésica				
(5) TOTAL				
FORMATOS DE ENFERMERIA				
Evolución de Enfermería				
Kardex de Enfermería				
Grafica de signos vitales				
Hoja de BHE / Procedimiento				
(4) TOTAL				
(22) RESULTADO GLOBAL				
CALIFICACION	Global	CIRUGIA <small>Disposiciones Generales - Formatos - Formatos especiales</small>	Formatos de Anestesiología	Formatos de Enfermería
SATISFACATORIO (90-100%)	19- 22	11- 13	5	4
POR MEJORAR (75-89%)	16-18	8 – 10	4	3
DEFICIENTE (<75%)	< 15	< 7	< 3	< 2



Y. RAMIREZ J.

