



Mi Universidad

Casandra Solis Pinto

Parcial 1

Medicina Interna

Dr. Erick Jair Domínguez Santiago

Medicina Humana

Quinto Semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas a 10 de Septiembre del 2025.

DOCUMENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Historia Clínica

¿Qué es? Registro integral y confidencial. Base del expediente.

Estructura y Contenido: →

No incluir: juicios de valor, inf. irrelevante, abreviaturas y tachaduras.

Identificación del paciente
Interrogatorio
Exploración física
Resultados de estudios previos
Diagnósticos o problemas clínicos.
Análisis clínico.
Tx y plan de manejo.

Nota Médica De Urgencias

¿Qué es? Registro dinámico de atención inicial. Documenta estado clínico, acciones, plan terapéutico inicial.

Estructura y Contenido: →

No incluir: Información innecesaria, omisión de datos críticos.

Fecha y hora
Motivo de consulta
Resumen interrogatorio y exploración física.
Resultados de estudios iniciales.
Diagnóstico
Tratamiento y pronóstico condicional de egreso.

Nota de Evolución

¿Qué es? Registro cronológico de cambios. Seguimiento detallado, continuidad del cuidado.

Estructura y Contenido: →

No incluir: Copiar/pegar sin incluir ninguna actualización o omisión.

Fecha y hora
Evolución y estado actual
Signos vitales.
Resultados relevantes
Análisis del caso
Pronóstico
Plan de manejo y tratamiento.

Nota de Ingreso Hospitalario

¿Qué es? Registro médico completo justifica hospitalización, diagnósticos iniciales, plan de trabajo.

Estructura y Contenido: →

No incluir: Falta de correlación diagnóstica/plan.

Fecha y hora de ingreso
Resumen interrogatorio y exploración física.
Resultado de estudios.
Diagnósticos de ingreso
Plan de estudios y tratamiento.

DOCUMENTOS DE INGRESO Y EGRESO HOSPITALARIO

Nota de Egreso

¿Qué es? Resumen final de atención. Documento estado final, resultados, instrucciones de seguimiento.

Estructura y Contenido: →

No incluir: Omisión diagnóstica/tratamiento.

Fecha y hora
Días de estancia hospitalaria
Diagnósticos finales
Resumen clínico
Tratamiento y resultados.
Problemas pendientes.
Plan de manejo al egreso.

Alta Voluntaria

¿Qué es? Documento legal firmado por paciente/ responsable. Libera la responsabilidad al personal e institución.

Estructura y Contenido: →

No incluir: Falta de explicación clara de riesgos.

Declaración de riesgos y beneficios.
Riesgos potenciales
Liberación de responsabilidad
Firmas: Paciente/ Responsable, médico, 2 testigos.

DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado de Ingreso Hospitalario.

¿Que es? Documento que autoriza ingreso y procedimientos estandar.
Garantiza autonomia del paciente.
Estructura y contenido: —————→
No incluir: Procedimientos especializados o riesgos especificos.

- Datos de institución y paciente
- Declaración de voluntad.
- Autorización procedimientos estandar.
- Firma: Paciente/ Responsable, medico y 2 testigos.

Consentimiento Informado de Cirugía.

¿Que es? Documento de autorización especifica para cirugía.
Protege derechos del paciente y seguridad juridica del cirujano.
Estructura y contenido: —————→
No incluir: Explicaciones poco claras o imprecisas, omisión de riesgos, falta de firmas

- Diagnostico
- Descripción del procedimiento quirurgico
- Alternativas de tratamiento
- Riesgos y beneficios.
- Posibles complicaciones.
- Firma paciente y medico tratante.

Consentimiento Informado de Referencia y Contrareferencia.

¿Que es? Documento que autoriza traslado a otra institución.
Garantiza acuerdo y entendimiento del paciente.
Estructura y contenido: —————→
No incluir: Falta de claridad en destino o propósito.

- Datos de institución de referencia y contrareferencia
- Motivo de traslado y riesgos potenciales
- Aceptación del paciente/ responsable
- Firma del medico tratante y hospital.

Consentimiento Informado de Estudios.

¿Que es? Autorización para estudios diagnosticos (invasivos/ con riesgo).
Protege paciente e informa sobre procedimiento.
Estructura y contenido: —————→
No incluir: Información incompleta de riesgos.

- Descripción del estudio
- Riesgos, beneficios y alternativas.
- Riesgos particulares.
- Firma paciente y medico.

Consentimiento Informado de Transfusión.

¿Que es? Autorización para transfusión de componentes sanguíneos.
Informa sobre necesidad y riesgos inherentes.
Estructura y Contenido: —————→
No incluir: Realización de transfusión sin autorización (excepto emergencias).

- Motivo de la transfusión
- Tipo de componente sanguíneo
- Riesgos y beneficios.
- Declaración de entendimiento.
- Firma del paciente/ Responsable.

DOCUMENTOS QUIRURGICOS Y DE ANESTESIA

Preoperatoria, Preanestésica y Valoración Preoperatoria.

¿Que es? Evaluaciones clínicas antes de cirugía. Determinan condiciones para cirugía y plan de manejo.

Estructura y contenido: →
No incluir: Omisión de alergias o medicamentos importantes.

- Resumen de historia clínica.
- Diagnóstico y procedimiento propuesto.
- Resultados de laboratorio/gabinete recientes.
- Riesgos quirúrgicos y anestésicos (clasificación ASA).
- Plan de manejo y cuidados preoperatorios.

Hoja de Registro de Transoperatorio

¿Que es? Registro detallado de eventos durante cirugía. Documenta desarrollo del procedimiento y complicaciones.

Estructura y contenido: →
No incluir: Datos incompletos, discrepancias en conteos.

- Hora de inicio y término
- Tipo de anestesia
- Técnica quirúrgica empleada.
- Hallazgos
- Complicaciones
- Balance de líquidos y sangrado.
- Conteo de gases e instrumental.
- Firmas del personal de quirófano.

Hoja de Cirugía Segura.

¿Que es? Lista de verificación de la OMS. Reduce errores y mejora comunicación del equipo.

Estructura y Contenido: →
No incluir: Saltarse pasos, no verificar en conjunto

- Fase de entrada (Antes de anestesia).
- Fase quirúrgica (Antes de incisión).
- Fase de salida (Antes del egreso).

Hoja de Enfermería en Quirófano.

¿Que es? Registro específico de cuidados de enfermería transoperatorio. Documenta intervenciones, monitorización, control de material.

Estructura y Contenido: →
No incluir: Falta de registro de material/procedimientos.

- Datos del paciente
- Posición del paciente
- Registros de líquidos y medicamentos.
- Conteo de instrumental y material
- Firma del personal de enfermería

Registros de Anestesia

¿Que es? Grafico de signos vitales y medicamentos transoperatorios.

Estructuras y contenido: →
No incluir: Omisión de medicamentos, falta de registro de cambios visuales.

- Grafica de signos vitales
- Medicamentos administrados
- Eventos relevantes
- Firma de anestesiólogo.

Hoja de Intervención Quirúrgica.

¿Que es? Resumen detallado de la operación. Informe final del cirujano.

Estructura y contenido: →
No incluir: Información genérica o ambigua.

- Diagnóstico preoperatorio y postoperatorio.
- Técnica quirúrgica descrita en detalle
- Hallazgos, complicaciones
- Firma del cirujano principal y ayudante.

Postoperatoria y Postanestésica

¿Que es? Nota de evolución en recuperación. Documentan salida de quirófano y estado inmediato.

Estructura y Contenido: →
No incluir: Falta de registro horario de vitales y recuperación.

- Evolución del paciente en recuperación.
- Signos vitales.
- Estado de conciencia, dolor, sangrado.
- Indicaciones médicas.
- Plan de traslado.

OTROS DOCUMENTOS ESENCIALES

Análisis Clínico y Estudios Auxiliares

¿Qué es? Resultados de laboratorio y gabinete. Datos objetivos para diagnóstico y seguimiento.

Estructura y Contenido: →

No incluir: Interpretaciones clínicas sin nota médica.

- Datos del paciente
- Nombre del estudio
- Resultados numéricos y/o descriptivos
- Valores de referencia.
- Firma del responsable del servicio.

Hoja de Notificación al Ministerio Público

¿Qué es? Reporte de casos con implicaciones legales. Obligación legal de informar a autoridades.

Estructura y Contenido: →

No incluir: Juicios sobre culpabilidad o inocencia.

- Datos del paciente
- Causa de lesión o padecimiento.
- Descripción de la lesión.
- Manejo clínico y estado actual.
- Firma del médico que reporta.

Hoja de Enfermería

¿Qué es? Registro detallado de cuidados, medicamentos, evolución por turnos. Documenta plan de cuidados, respuesta del paciente.

Estructura y Contenido: →

No incluir: Abreviaturas y datos incompletos.

- Gráfica de signos vitales
- Registro de ingesta y excreta.
- Registro de administración de medicamentos.
- Observaciones sobre el estado del paciente.
- Firma del personal de enfermería.

Transfusión de Unidades de Sangre.

¿Qué es? Nota médica que documenta proceso y razones para transfusión. Registra justificación, componente, respuesta del paciente.

Estructura y Contenido: →

No incluir: Omisión de identificación de unidad o tipo de reacción.

- Fecha y hora
- Motivo de la transfusión.
- Tipo y cantidad de componente.
- Signos vitales (Ant. Dur y Des).
- Reacciones del paciente.
- Firma médico responsable.

DOCUMENTOS DE DEFUNCIÓN

Nota de Defunción y De Muerte Fetal

¿Qué es? Describen circunstancias y causas de muerte. Justifican clínicamente el fallecimiento.

Estructura y Contenido: →

No incluir: Juicios de valor, falta de registro de eventos finales.

- Resumen clínico del caso.
- Evolución del padecimiento.
- Tratamientos y maniobras de reanimación.
- Hora y causa de muerte.

Certificado de Defunción

¿Qué es? Documento oficial y legal que certifica la muerte. Requisito legal para registro civil, trámites, herencias.

Estructura y Contenido: →

No incluir: Información incorrecta en causas, falta de firma.

- Datos de identificación del fallecido
- Lugar y hora del fallecimiento.
- Información específica de la causa de muerte.
- Firma del médico certificador.

Reporte de Causa de Muerte

¿Qué es? Complementa certificado de defunción con más detalles. Análisis profundo de secuencia de eventos, útil para epidemiología.

Contenido: →

No incluir: Confusión causa vs mecanismo de muerte.

Similar al certificado, mayor detalle en causas.

Bibliografía

01. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.