



Artículo Original

Evaluación del expediente clínico en un establecimiento de salud privado en Ocotepeque, Honduras

A clinical record assessment in a private health facility in Ocotepeque, Honduras

Isaac Jonathan Marriaga Hernández¹ 

Investigador Independiente, Sinuapa, Ocotepeque, Honduras

Historia del artículo:

Recibido: 27 abril 2023

Revisado: 21 mayo 2023

Aceptado: 8 junio 2023

Publicado: 30 agosto 2023

Palabras clave

Auditoría de gestión

Gestión de documentos

Servicio de salud

Keywords

Health services

Management audit

Records management

RESUMEN. Introducción. El llenado íntegro del expediente clínico es clave para una atención médica de calidad. El objetivo del estudio fue evaluar el llenado del expediente clínico en un centro atención médica ambulatoria del sector privado del departamento de Ocotepeque, Honduras, de enero de 2020 a junio de 2022. **Métodos.** El estudio fue cuantitativo, no experimental y de tipo transversal descriptivo. El universo se conformó por 3,904 expedientes clínicos. Se recolectaron datos de una muestra probabilística de 350 casos mediante un instrumento de elaboración propia. **Resultados:** El 87.9% de las atenciones tenían un registro parcial o deficiente en el expediente clínico (IC. 95%: 85.1 a 90.7%). Sobre la identificación del paciente y la temporalidad, en el 98.9% de las atenciones se registró la fecha completa, en el 29.7% la hora de atención con el médico y en el 85.0% el nombre completo del paciente. Del proceso de atención médica, se encontró que en el 48.9% de las atenciones médicas se consignó el nombre del médico responsable, en el 64.2% los signos vitales completos, y en un 89.2% el diagnóstico clínico. **Conclusión.** El llenado del expediente clínico de las atenciones brindadas en el establecimiento en estudio fue deficiente, lo cual inhabilita los numerosos beneficios que otorga al paciente, personal de salud y a la gerencia; incluida la calidad de la atención médica.

ABSTRACT. Introduction. A proper filling of the clinical record is key to quality medical care. The study aim was to evaluate the filling of the clinical record in an ambulatory medical care center in the private sector of the department of Ocotepeque, Honduras from January 2020 to June 2022. **Methods.** The study was quantitative, non-experimental, and a cross-sectional descriptive study. The universe included 3,904 physical clinical records. Data was collected from a probabilistic sample of 350 cases using a self-made instrument. **Results.** 87.9% of the health attentions had a partial or deficient record (95% CI: 85.1 to 90.7%). Regarding patient identification and temporality in the medical attentions, in 98.9% the complete date, in 29.7% the time of attention with a doctor and in 85.0% the full name of the patient was recorded. For the medical care process, it was found that in 48.9% the name of the responsible physician, in 64.2% the complete vital signs, and in 89.2% the clinical diagnosis was recorded. **Conclusion.** The filling of the clinical record of the health care provided in the establishment under study was deficient, which disables the numerous benefits that it grants to the patient, health personnel and management, including the quality of the medical care.

1. Introducción

El expediente clínico es el registro único de información dentro de todo establecimiento de salud público o privado, que hace constar las diversas intervenciones del personal de salud y la descripción de la evolución del estado del paciente durante el proceso de atención sanitaria (Acosta de Duarte & Vera de Valdez, 2022).

El llenado íntegro del expediente clínico aporta una serie de beneficios invaluable. Lupa Nasielsker et al. (2015) refieren los siguientes: 1) brinda seguridad al paciente, ya que posee información personal, precisa y

correcta sobre su salud; 2) otorga protección al personal de salud, debido a que contiene evidencia que el proceso de atención brindado se ha basado en principios científicos, buenas prácticas clínica y dentro del marco jurídico-legal, 3) es un valioso instrumento en el proceso de enseñanza-aprendizaje y en el desarrollo de investigaciones que producen nueva evidencia en materia de prevención, tratamiento y rehabilitación; y 4) sirve como fuente de datos para que la gerencia de los establecimientos de salud cuente con información que les permita planificar mejor los recursos e implementar procesos de mejora continua en pro de la calidad en los servicios que brindan.

¹ Autor correspondiente: isaacmarriaga2014@gmail.com, Sinuapa, Ocotepeque, Honduras

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5377/innovare.v12i2.16604>

© 2023 Autores. Este es un artículo de acceso abierto publicado por UNITEC bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Con el propósito de mantener vigentes estos múltiples beneficios que otorga un llenado adecuado del expediente clínico, se han realizado varios esfuerzos regionales desde inicios del presente siglo, principalmente publicado por autores mexicanos, para impulsar la evaluación constante de este: propuestas de instrumentos con validez y consistencia para evaluar los expedientes (Navarrete-Navarro et al., 2000), el establecimiento de normas y modelos de evaluación con carácter jurídico (Consejo de Salubridad General de México, 2010), y el apremio por una transición hacia el uso del expediente clínico electrónico, el cual por su carácter digital debería, al menos en teoría, facilitar e impulsar la evaluación periódica de los mismos (Vásquez Leal et al., 2011; Ojeda Gutiérrez et al., 2019).

A pesar de la importancia del llenado íntegro del expediente clínico y de los esfuerzos de la región, parece ser que la gestión de los expedientes clínicos no figura como prioridad en la gerencia de los establecimientos de la región. Un estudio peruano entrevistó a 366 personas que ocupaban un cargo directivo en establecimientos de salud públicos y privados en 25 departamentos del país y encontró que solo el 17.49% de los directivos consideró que mejorar el servicio y gestión de expedientes clínicos serviría como instrumento de cambio para mejorar la atención de los pacientes (Espinoza-Portilla et al., 2020).

En Honduras no existe una norma, reglamento o guía oficial que dicte los criterios para la evaluación del expediente clínico, a pesar de que la versión en físico (no electrónico) de este, sigue siendo el protagonista en los establecimientos de salud públicos y privados del país. Al realizar una búsqueda de literatura sobre el tema en el país, no se encontraron artículos publicados en revistas científicas indexadas. Solamente se obtuvieron investigaciones realizadas para la obtención de un grado académico (tesis), orientadas a la implementación del expediente clínico electrónico y no a su evaluación (Caballero Cáceres, 2013; Ramos Howell, 2020).

Es importante incrementar el sustento teórico y la visibilidad del rol de la evaluación del expediente clínico como pilar clave de una atención médica de calidad, e impulsar nuevas y continuas investigaciones sobre el tema en diferentes establecimientos de salud públicos y privados de Honduras. Esta investigación tuvo el objetivo de evaluar el llenado del expediente clínico en un centro atención médica ambulatoria del sector privado, en el departamento de Ocotepeque, Honduras, durante el período de enero de 2020 a junio de 2022.

2. Métodos

2.1. Diseño

Se realizó una investigación con enfoque cuantitativo, con diseño no experimental y tipo estudio transversal descriptivo.

2.2. Universo y muestra

El universo se conformó por 3,904 expedientes clínicos físicos (no electrónicos) archivados en el centro médico participante ubicado en Ocotepeque, Honduras, que cumplieron los criterios de selección. Los criterios de inclusión fueron: 1) expedientes de atenciones médicas ambulatorias por demanda espontánea, consulta externa y emergencias, 2) expedientes de atenciones durante el turno matutino, vespertino y nocturno, y 3) expedientes de atenciones durante el período del 1 de enero de 2020 al 31 de junio de 2022. Las atenciones por médicos especialistas fue el único criterio de exclusión.

Se decidió calcular una muestra representativa en el programa estadístico Epi Info versión 7.2.5.0 con los siguientes parámetros, tamaño de la población: 3,904, frecuencia esperada: 50%, nivel de confianza: 95% y margen de error aceptable: 5%. El tamaño de muestra obtenido fue de 350 expedientes. Luego se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, se enlistó cada uno de los expedientes que conformaron el universo con un respectivo número arábigo y mediante el programa web en línea de Google “generador de número aleatorios”, se seleccionaron los casos hasta completar la muestra requerida.

2.3. Variables

Las variables del estudio fueron: número de atenciones médicas, registro de fecha completa, hora de la atención médica, código único de identificación, presencias de tachaduras y/o enmendaduras; registro del nombre completo del paciente, consignación de la edad y sexo, nombre del médico asistencial, registro del peso, registro de la talla, registro completo de signos vitales, registro de los antecedentes personales patológicos, quirúrgicos y alérgicos (APPQA) y antecedentes personales no patológicos (APNP), motivo de consulta, registro del interrogatorio, registro de la exploración física, plan diagnóstico y terapéutico indicado, y diagnósticos clínicos.

Además, para efectos de la presente investigación y con propósito exploratorio, se construyó una escala simplificada y *ad hoc* para clasificar en tres categorías el registro general de las atenciones médicas en los expedientes: registro íntegro, parcial y deficiente. Se utilizaron como criterios las 10 variables cuya consistencia interna (Alfa de Cronbach: 0.62) cumplió con el valor mínimo sugerido para escalas con alcance exploratorio (Frías Navarro, 2022).

Se determinó como registro íntegro las atenciones médicas que contenían información de 9-10 de las variables seleccionadas como criterios (correspondiente a $\geq 90\%$). Como registro parcial aquellas atenciones con 7-8 variables (70 a 80%), y finalmente se categorizó como registro deficiente las atenciones que tenían información

de 6 o menos variables ($\leq 60\%$). Estos porcentajes de cumplimiento fueron extrapolados y adaptados de los puntos de corte propuestos por la Gerencia Nacional de Calidad de los Servicios de Salud de Bogotá, Colombia, y la Fundación Donabedian (López-Cocotle et al., 2019).

2.4. Técnica e instrumento

Se revisaron expedientes clínicos usando un formulario de elaboración propia. Dicho instrumento se sometió a una validación lógica (o de apariencia) a través de un juicio por tres expertos mediante el método de agregados individuales (Corral, 2009). Además, se realizó una prueba piloto con 35 casos con similares características al universo. La validación y la prueba piloto se efectuaron con el propósito de realizar correcciones sobre la redacción, coherencia y aplicabilidad de los ítems. Mediante el segundo también se calculó la consistencia interna inicial.

2.5. Análisis de datos

Se utilizaron estadísticos descriptivos tipo frecuencias absolutas (recuentos) y frecuencias relativas (porcentajes). Los parámetros poblacionales se estimaron empleando intervalos de confianza al 95% como estadísticos inferenciales. La representación gráfica se realizó mediante cuadros y gráfico de barras. El cálculo de los estadísticos descriptivos e inferenciales se realizaron en el programa computacional SPSS versión 25.

2.6. Consideraciones éticas

Se contó con el aval institucional mediante la autorización de un comité conformado por la junta de socios, gerencia y dirección médica. Este comité es la máxima autoridad del centro médico participante.

3. Resultados

De los 350 expedientes que conformaron la muestra, se revisaron un total de 519 atenciones médicas. El 72.9% de los expedientes incluía solamente una atención (IC.95%: 68.2-77.5%), el 22% tenía dos a tres atenciones (IC.95%: 18.4-25.5%), y el 5.1% restante contenía cuatro o más (IC.95%: 3.1-6.9%).

Sobre la identificación del paciente, la temporalidad y otras características generales registradas en el expediente, se encontró que en el 98.9% de las atenciones se registró de manera completa la fecha (IC.95%: 97.9-99.8%) y en el 85.0% se consignó el nombre completo del paciente (IC.95%: 79.2-87.1%).

Ninguna de las atenciones (100%) contaba con un código único y correlativo de identificación. El resto de los resultados sobre estas características se muestran en el Cuadro 1.

Cuadro 1

Registro en el expediente clínico de las características generales y de identificación del paciente en el centro de estudio.

Características (n=519)	Sí		No	
	%	IC. 95%	%	IC. 95%
Fecha completa	98.8	97.9-99.8	1.2	0.2-2.1
Hora de atención por el médico	29.7	25.7-33.6	70.3	66.4-74.3
Presencia de tachaduras y/o enmendaduras	22.9	19.3-26.5	77.1	73.5-80.7
Código único y correlativo del expediente	0.0	-- ¹	100.0	-- ¹
Nombre completo del paciente	85.0	81.9-88.0	15.0	12.0-18.1
Edad del paciente	100.0	-- ¹	0.0	-- ¹
Sexo del paciente	99.0	98.2-99.9	1.0	0.0-1.8

¹ No aplica el cálculo del intervalo de confianza.

Acerca de las características del proceso de la atención médica brindada al paciente en el centro en estudio, se encontró que en el 48.9% de las atenciones se consignó el nombre del médico a cargo de la asistencia (IC.95%: 44.6-53.2%), en el 64.2% se registró la toma completa de los signos vitales (IC.95%: 60.0-68.3%) y en un 89.2% de las atenciones se consignó el diagnóstico clínico (IC.95%: 86.5-91.9%). Las demás características de las atenciones se muestran en el Cuadro 2.

Cuadro 2

Registro en el expediente clínico de las características del proceso de la atención médica brindada al paciente en el centro de estudio.

Características (n=519)	Sí		No	
	%	IC. 95%	%	IC. 95%
Nombre del médico asistencial	48.9	44.6-53.2	51.1	46.8-55.4
Peso del paciente	66.5	62.4-70.5	33.5	29.5-37.6
Talla del paciente	0.0	-- ¹	100.0	-- ¹
Signos vitales completos	64.2	60.0-68.3	35.8	31.7-40.0
APPQA ²	32.8	28.7-36.8	67.2	63.2-71.3
APNP ³	9.4	6.9-12.0	90.6	88.0-93.1
Motivo de consulta	97.9	96.6-99.1	2.1	0.9-3.4
Interrogatorio clínico	85.4	82.3-88.4	14.6	11.6-17.7
Exploración física	56.8	52.6-61.1	43.2	38.9-47.4
Diagnósticos clínicos	89.2	86.5-91.9	10.8	8.1-13.5
Plan diagnóstico y terapéutico indicado	95.2	93.3-97.0	4.8	3.0-6.7

¹No aplica el cálculo del intervalo de confianza. ²Antecedentes personales patológicos, quirúrgicos y alérgicos. ³Antecedentes personales no patológicos.

Sobre el grado de registro general de las atenciones en los expedientes, se encontró que solo el 12.1% de las atenciones médicas presentaron un registro íntegro (I.C.95%: 9.3-14.9%), el restante 87.9% tenían un registro parcial o deficiente (I.C.95%: 85.1-90.7%) (Figura 1).

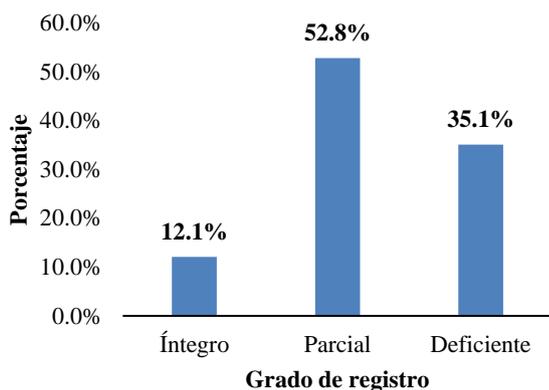


Figura 1. Grado de registro general en el expediente clínico de las atenciones médicas brindadas en el establecimiento.

4. Discusión

El estudio mostró que un bajo porcentaje de las atenciones registradas presentaron tachaduras y/o enmendaduras considerando la sección de datos generales. Esto podría considerarse como algo positivo. Sin embargo, en un sentido más estricto no deberían estar presentes en los registros, ya que representa una importante carencia en los expedientes. Esto debilita su beneficio como instrumento de protección al paciente y el personal de salud en el contexto de asuntos jurídicos legales (López-Maya et al., 2016).

Sobre el código único de identificación, la ausencia total de este elemento representa una clara deficiencia de organización. Los expedientes físicos no gozan de herramientas de búsqueda instantáneas como los expedientes electrónicos (Rivera Rodríguez, 2022). Esto vuelve deficiente, lento y tedioso el proceso de búsqueda e identificación de las notas de un mismo paciente, ya sea con fines de atenciones subsiguientes, de investigación, administrativos y planificación (Ojeda Gutiérrez et al., 2019).

La consignación de la temporalidad de la atención presentó porcentajes de registro opuestos. Por ejemplo, se encontró un alto cumplimiento de registro de la fecha completa en las atenciones. Sin embargo, la consignación de la hora de la atención médica fue deficiente. Si bien el cumplimiento en el llenado de la fecha es sobresaliente en el presente estudio, la carencia en la consignación de la hora supone otra importante falta, debido a los motivos médicos-legales ya descritos anteriormente.

En el caso de los datos de identificación del paciente, se encontró porcentajes adecuados en la consignación de la edad y sexo, pero el registro del nombre completo no alcanzó frecuencias satisfactorias. Esto, al contrastarlo con la relevancia que se le otorga al expediente clínico como instrumento de protección al paciente, debe ser considerado inaceptable por la gerencia y el personal de

salud un centro médico de atención, ya que se aleja de su trascendental función de poseer información personal, precisa y correcta del paciente (Kurczyn Villalobos, 2019; Lupa Nasielsker et al., 2015).

En el caso de las variables que recabaron información sobre el proceso de la atención médica, se encontraron porcentajes de cumplimiento muy diversos. Por ejemplo, la consignación del motivo de consulta, el diagnóstico clínico y el plan diagnóstico-terapéutico presentaron porcentajes satisfactorios. Otros aspectos, como el registro de los APNP y APPQA, tuvieron registros inaceptables. Mientras que el resto de los elementos, como el registro completo de signos vitales, el interrogatorio y la exploración física presentaron porcentajes que pueden y deben mejorar. Estos hallazgos fueron muy diferentes a lo esperado al compararlos con los resultados encontrados por Vargas Sánchez et al. (2015) quienes encontraron altos porcentajes de registros en las variables de motivo de consulta, interrogatorio, examen físico y plan de tratamiento, diagnóstico clínico. Solamente el registro completo de signos vitales obtuvo un bajo registro en ese estudio.

A la luz de estos hallazgos, es posible teorizar lo siguiente: en primer lugar, el personal de salud del centro médico participante podría tener claro la importancia de registrar en el expediente clínico su actuar y proceder en aspectos diagnósticos y terapéuticos desde el punto de vista técnico/científico. En segundo lugar, es posible que este mismo personal de salud no considere de igual importancia registrar otros elementos (más humanos que científicos) que podrían constituir evidencia que el paciente fue debidamente escuchado, entrevistado y explorado físicamente.

Lo primero, la dimensión diagnóstica y terapéutica, es fundamental que se registre íntegramente en el expediente clínico, ya que este contiene no solamente información clínica del paciente, como ser los signos y síntomas de la enfermedad en cuestión; también deja un rastro verificable con información valiosa acerca del abordaje y criterio técnico que el personal de salud posee con respecto al padecimiento (Acosta de Duarte & Vera de Valdez, 2022).

Sobre lo segundo, si bien el expediente clínico registra la experiencia del personal de salud al atender al paciente, podría decirse que también registra la experiencia del paciente con respecto a la atención del personal de salud. Además, un correcto interrogatorio incluye aspectos que no son precisamente técnicos o científicos, sino que también incluye otros aspectos propios de cada paciente. En ese sentido Alcaraz Agüero et al. (2010) se refiere al expediente clínico "ideal" como aquel que registra información personal indispensable del paciente, cada vez que este entra en contacto con el servicio de salud, como ser: creencias y fortalezas, triunfos, fracasos y prioridades, formas de comunicarse, toma de decisiones, conducta social e incluso saberes espirituales. Es importante recabar

y registrar esos elementos que hacen a cada paciente un universo diferente, para la integración del binomio médico-paciente. Precisamente esta buena simbiosis se ha propuesto como condición necesaria para el éxito en la dimensión diagnóstica y terapéutica (Chávez Grimaldi, 2015).

Mención aparte requiere el bajo porcentaje encontrado en la consignación del nombre del médico responsable de la atención, lo cual fue similar a lo identificado por Vargas Sánchez et al. (2015). Por tanto, la consignación del nombre del personal médico a cargo fue deficiente. Es necesario que este elemento se registre con un alto nivel de cumplimiento, ya que representa la identificación de un agente clave en el proceso de atención sanitaria. Además, es el personal médico quien, como sugiere Aguirre-Gas (2007), debe tomar la responsabilidad (o el liderazgo) de evaluar la calidad de la atención médica brindada, y no dejarlo como una tarea del personal administrativo exclusivamente.

Dicha responsabilidad, según continúa describiendo Aguirre-Gas (2007), tiene sus orígenes desde 1962 a través de un proceso que dio origen a la auditoría médica, la cual consistía en emitir un juicio sobre la calidad que se otorgaba en la atención médica mediante en una revisión protocolizada del expediente clínico. A pesar de que ha pasado más de una década desde lo manifestado por Aguirre Gas, parece apropiado mantener dicha propuesta en la actualidad.

En la presente investigación se evaluó el grado de registro general de las atenciones médicas en el expediente mediante una escala simplificada y *ad hoc* de carácter exploratorio. Los resultados mostraron que una mayoría abrumadora de ellas tenían un registro parcial o deficiente.

Aunque no se encontraron estudios idénticos para comparar estos resultados (debido a la naturaleza exploratoria de la escala), los hallazgos son similares a lo encontrado por Dubón Peniche & Bustamente Leija (2010) en un estudio, que, mediante otra escala de medición, evaluó los expedientes clínicos de establecimientos de salud de los tres niveles de atención en México. Ese estudio encontró que la mayor parte de los expedientes estuvieron insuficiente o parcialmente integrados. Por tanto, se evidencia que en el centro médico participante del presente estudio se confirma la sospecha empírica que deriva de la constante necesidad de evaluar sistemáticamente los expedientes clínicos. Estos presentan con frecuencia deficiencias considerables en el registro de datos, sean generales, administrativos y/o médicos.

Como limitantes del estudio es pertinente considerar que la investigación solo abarcó expedientes clínicos de atenciones ambulatorias y de medicina general. El lector debe tomar en cuenta que las evaluaciones de expedientes que incluyen hospitalizaciones, procedimientos

quirúrgicos y atenciones especializadas involucran otros criterios que no son abordados en esta investigación.

5. Conclusión

El llenado general y la mayoría de las características evaluadas en el expediente clínico fueron deficientes en el establecimiento de estudio. Esto debilita el rol como baluarte e instrumento de una atención médica de calidad. Además, inhabilita los numerosos beneficios que otorga el llenado íntegro del expediente clínico al paciente, personal de salud y a la gerencia.

Se recomienda a las autoridades directivas y administrativas del establecimiento de salud llevar a cabo futuras investigaciones con metodologías participativas y generadoras de cambios conductuales en el personal de salud del centro (i.e., investigación acción-participativa), que resulten en mejoras en el proceso de llenado del expediente clínico. También, es importante explorar los beneficios y barreras de usar el expediente clínico electrónico. Esto último conlleva un proceso en el cual se deben seleccionar estrategias pre y post implementación adecuadas para que dicha transición sea exitosa.

Finalmente, es necesario que la Secretaría de Salud de Honduras, como autoridad sanitaria, conduzca procesos de normalización y reglamentación que establezcan las pautas para el llenado íntegro de los expedientes clínicos. Ambas recomendaciones persiguen el mismo propósito: el bienestar del individuo y su comunidad, como fin último de todo servicio de salud.

6. Conflictos de Interés

El autor declara no tener ningún conflicto de interés.

7. Referencias Bibliográficas

- Acosta de Duarte, D. E., & Vera de Valdez, L. R. (2022). Evaluación de la calidad del registro de las historias clínicas. *Divulgación Académica, UNA FENOB*, 54-65. <https://revistascientificas.una.py/index.php/rfenob/article/view/3080/2675>
- Aguirre-Gas, H. G. (2007). Evaluación de la calidad de la atención médica. ¿Una tarea para médicos? *Cirugía y cirujanos*, 75(3), 149-150. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=12451>
- Alcaraz Agüero, M., Nápoles Román, Y., Chaveco Guerra, I., Martínez Rondón, M., & Coello Agüero, J. M. (2010). La historia clínica: un documento básico para el personal médico. *MEDISAN*, 14(7), 1017-1023.
- Caballero Cáceres, W. E. (2013). *Automatización del proceso de administración de historias clínicas en los centros de salud de Honduras. Caso: Centro de Salud las Crucitas*. Universidad Tecnológica Centroamericana. <https://repositorio.unitec.edu/bitstream/handle/123456789/7118/1123149-julio2013-m26-t.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Chávez Grimaldi, O. M. (2015). La simbiosis paciente-medico...un reto en la búsqueda de la salud. *Revista Educación en Valores, 1*(23), 1-11.
- Consejo de Salubridad General de México. (2010). *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico*. Secretaría de Salud de Estados Unidos Mexicanos. https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787
- Corral, Y. (2009). Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. *Revistas Ciencias de la Educación, 19*(33). <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/>
- Dubón Peniche, M. del C., & Bustamente Leija, L. E. (2010). La importancia del expediente clínico y el consentimiento bajo información en las controversias médico-paciente. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 53*(1), 15-20. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=23400>
- Espinoza-Portilla, E., Gil-Quevedo, W., & Agurto-Távora, E. (2020). Principales problemas en la gestión de establecimientos de salud en el Perú. *Revista Cubana de Salud Pública 46*(4), 1-16. <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2146>
- Frías-Navarro, D. (2022). *Apuntes de estimación de la fiabilidad de consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida*. Universidad de Valencia. <https://www.uv.es/friasnav/AlfaCronbach.pdf>
- Kurczyn Villalobos, P. (2019). Contenido e importancia del expediente clínico. Acceso y confiabilidad. *Revista de la Facultad de Derecho de México, 69*(273-2), 893-916. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rfdm/article/view/68634>
- López-Cocotle, J. J., Moreno Monsiváis, M. G., Saavedra-Vélez, C. H., Espinosa-Aguilar, A. L., & Díaz-Ruiz, E. (2019). Diseño y validación de un instrumento para evaluar la calidad de los registros de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 27*(3), 175-181. http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/921
- López-Maya, L., Lina-Manjarrez, F., & Lina-López, L. M. (2016). A propósito de medicina legal: el anestesiólogo y el expediente clínico. *Revista Mexicana de Anestesiología, 39*(1), 8-14. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=63737>
- Lupa Nasielsker, S., Yacamán Handal, R., Martínez Jiménez, E., & Ruelas Ross, V. (2015). La relevancia del expediente clínico para el quehacer médico. *Anales Médicos de la Asociación Médica del Centro Médico ABC, 60*(3), 237-240. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=61044>
- Navarrete-Navarro, S., López García, G. A., Hernández-Sierra, J. F., Mejía-Arangure, J. M., & Rubio-Rodríguez, S. (2000). Consistencia y validez en la evaluación del expediente clínico. *Gaceta Médica de México, 136*(3), 207-212.
- Ojeda Gutiérrez, F., Martínez Rider, R., Ruiz Rodríguez, M. del S., Noyola Frías, M. Á., Gonzáles Alejo, E. G., Sánchez Vargas, L. O., & Martínez Zumarán, A. (2019). El expediente clínico electrónico: una opción con posibilidades ilimitadas. *Revista ADM, 76*(2), 91-96. <https://www.medigraphic.com/pdfs/COMPLETOS/adm/2019/od192.pdf#page=33>
- Ramos Howell, A. A. (2020). *Implementación de teleconsulta con expediente electrónico en San Lorenzo, Valle*. Universidad Tecnológica Centroamericana. <https://repositorio.unitec.edu/xmlui/bitstream/handle/123456789/7317/11311293-septiembre2020-s01-pi.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rivera Rodríguez, R. (2022). Experiencias sobre la implementación del expediente clínico electrónico. *E-Ciencias de la Información, 12*(1), 1-15. <https://dx.doi.org/10.15517/eci.v12i1.46350>
- Vargas Sánchez, K., Pérez Castro y Vásquez, J. A., & Soto Arreola, M. O. (2015). Cumplimiento de los indicadores del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC). *Revista CONAMED, 20*(4), 149-159. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79539>
- Vásquez Leal, H., Martínez Campos, R., Blásquez Domínguez, C., & Castañeda Sheissa, R. (2011). Un expediente clínico electrónico universal para México: características, retos y beneficios. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana, 11*(1), 44-53. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=31304>