

TRABAJO ORIGINAL

Calidad del expediente clínico. Evaluación de parámetros medicolegales

Quality of clinical records, evaluation of medical-legal parameters



Barbara Galeas Matus ¹: <https://orcid.org/0000-0002-8721-0873>



¹Posgrado de Medicina Legal y Ciencias Forenses, UNAH.

Correspondencia a: gisselgaleas17@gmail.com

Palabras clave

Responsabilidad profesional; Mala praxis; Medicina Legal; Registros médicos; Mecanismos de evaluación de la atención en salud; Ginecología; Obstetricia.

Keywords

Professional responsibility; Malpractice; Legal Medicine; Medical records; Health care evaluation mechanisms; Gynecology, Obstetrics.

Citar como

Galeas Matus B. Calidad del expediente clínico, evaluación de parámetros medicolegales. Rev. cienc. forenses Honduras. 2025; 11(1): 6-16. doi:10.5377/rcfh.v11i1.21374

Historia del artículo

Recepción: 26 -5- 2025

Aprobación: 16 -7- 2025

Declaración de relaciones actividades financieras y conflictos de interés

Ninguna

Se contó con la autorización institucional para la recolección de la información.

Agradecimientos

A mis asesores: Dra. Alejandra Portillo y Dr. Fausto Jiménez por la paciencia y guía proporcionada. Al “Hospital de Especialidades” por darme la oportunidad y el espacio físico para realizar mi estudio de investigación y al personal del archivo por la colaboración otorgada.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el nivel de cumplimiento de parámetros de calidad en una muestra de los expedientes clínicos de un hospital hondureño.

Introducción: el expediente clínico adquiere un papel jurídico al reflejar el cumplimiento de los principales deberes del personal de salud y es la prueba documental que se evalúa en circunstancias de responsabilidad profesional.

Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, retrospectivo, no experimental. Fuente de obtención de datos los expedientes clínicos físicos de los egresos del servicio de ginecología del Hospital de Especialidades, IHSS, en el periodo 2018-2022. Análisis de la información Epi info para Microsoft Windows, Versión 7.2.5 (Actualización 23 noviembre 2021). Universo: 37,405 expedientes. Muestreo Probabilístico, aleatorio estratificado, con un nivel de confianza de 99%, con una muestra total de 374 expedientes clínicos físicos.

Resultados: El nivel de cumplimiento de los criterios del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado de Calidad fue del 62.6%, de los cuales los dominios con el 99% de ejecución fueron la nota de evolución, nota de referencia y traslado, nota postoperatoria, post anestésica, nota de enfermería y registro de análisis clínicos, mientras que los dominios con 0% de cumplimiento fueron la historia clínica, notificación al ministerio público y nota de defunción y muerte fetal.

Conclusión: Fue posible identificar y registrar las variables más significativas que podrían impactar en la responsabilidad profesional.

ABSTRACT

Objective: Analyze the level of compliance with quality parameters in a sample of clinical records from a Honduran hospital.

Introduction: the clinical record acquires a legal role by reflecting the fulfillment of the main duties of health personnel and is the documentary evidence that is evaluated in circumstances of professional responsibility.

Methodology: Quantitative, descriptive, cross-sectional, retrospective, non-experimental study. Source of data collection physical clinical records of discharges from the obstetrics and gynecology service of the Specialty Hospital, IHSS, in the period 2018-2022. Analysis of Epi info information for Microsoft Windows, Version 7.2.5 (Update November 23, 2021). Universe: 37,405 files. Probabilistic, stratified random sampling, with a confidence level of 99%, with a total sample of 374 physical clinical records.

Results: The level of compliance with the Integrated Quality Clinical Record Evaluation Model criteria was 62.6%, of which the domains with 99% execution were the progress note, reference and transfer note, postoperative note, postanesthetic note, nursing note and clinical analysis record, while the domains with 0% compliance were the clinical history, notification to the public ministry and death and fetal death note.

Conclusion: It was possible to identify and record the most significant variables that could impact professional responsibility.

INTRODUCCIÓN

El expediente clínico se define como el conjunto de datos médicos y clínicos ordenados y detallados en forma cronológica, que refleja la capacidad resolutoria de la institución, así como la capacidad profesional de su personal¹. Es así como se puede determinar si la atención médica que se ofrece es segura, eficaz, eficiente, accesible, centrada en el paciente y equitativa e indirectamente medir la calidad de la atención que se brinda ^{2,3}. Además, adquiere un papel principal en el mundo jurídico al convertirse en la prueba documental que evalúa el nivel de la calidad asistencial en circunstancias de responsabilidad profesional ^{1,4}.

La negligencia médica se define “como un acto u omisión por parte de un médico durante la atención de un paciente”⁵, siendo esta la octava causa común de muerte en el mundo. Asimismo, los ginecólogos y obstetras comprenden una de las especialidades médicas que comúnmente se enfrenta a demandas por negligencia médica tanto a nivel nacional como internacional ⁵⁻⁸.

Dada la importancia del expediente clínico para corroborar la atención brindada y que es una herramienta para valorar indirectamente la calidad e idoneidad de las intervenciones realizadas al paciente, se han descrito varias metodologías para evaluar el cumplimiento normativo de la información que debe consignarse en él, siendo el Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado de Calidad (MECIC) un instrumento de evaluación desarrollado en México, que permite evaluar en base a criterios específicos el cumplimiento normativo, el uso, archivo, custodia y la evaluación de la calidad de la atención ^{9,10}.

Debido a que la elaboración del expediente clínico influye en la calidad de atención que brinda el personal de salud a los pacientes, se convierte en una prueba documental en los litigios por responsabilidad profesional, donde sus deficiencias hacen vulnerables a las instituciones prestadoras de servicios de salud. A nivel nacional se han realizado algunos trabajos concernientes al contenido del expediente clínico, sin embargo, ninguno de ellos hace referencia a la calidad de este ni a su evaluación desde la perspectiva médico legal, por lo tanto, el objetivo de este trabajo fue analizar una muestra de los expedientes de un hospital de especialidades del sistema de Seguridad Social Hondureño.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, retrospectivo, no experimental, que se realizó en un hospital de especialidades del sistema de seguridad social, en Tegucigalpa, Honduras.

Se analizó el contenido de los expedientes clínicos físicos de pacientes de egreso, que estuvieron hospitalizados en el servicio de Ginecobstetricia, en el periodo 2018-2022, aplicando el modelo MECIC que consta de 149 variables, clasificadas en 21 dominios que corresponden a los documentos del expediente clínico^{9,10}. Evaluando el cumplimiento normativo, el uso, archivo, custodia y la evaluación de la calidad de la atención.

De los 37,405 expedientes clínicos físicos de egresos del servicio de ginecobstetricia de los años comprendidos entre 2018-2022, 14,964 eran egresos de la sala de ginecología, 14,045 eran egresos de la sala de puerperio normal y 8,396 expedientes de egresos de la sala de puerperio patológico.

Se realizó muestreo probabilístico, en el que se utilizó la calculadora de muestras en Epi info para Microsoft Windows®, Versión 7.2.5 (Actualización 23 noviembre 2021)¹¹ y STATA 6.0, en el cual se estimó un muestreo aleatorio estratificado, con un nivel de confianza de 99% y un intervalo de error del 1%, con una muestra total de 374 expedientes clínicos, físicos desglosada por salas:

- Ginecología con 125.
- Puerperio Normal con 125.
- Puerperio Patológico con 124 expedientes.

Criterios de exclusión:

- a) Se excluyeron los expedientes fuera del periodo de estudio 2018-2022.
- b) Expedientes de la consulta externa de este servicio y los de otros centros de atención.
- c) Expedientes clínicos físicos depurados del archivo.

La recolección de la información se realizó en una matriz

de Epi info, con la información necesaria para analizar la calidad del llenado de los expedientes clínicos físicos.

Los análisis de estadística descriptiva como frecuencia y porcentajes se realizaron en Epi info, para Microsoft, versión 7.2.5 (Actualización 23 de noviembre 2021)¹¹.

RESULTADOS

Cumplimiento por dominio:

El porcentaje de cumplimiento general encontrado en los expedientes clínicos que involucra los 21 dominios de los criterios del MECIC fue del 62.6%.

El **cuadro 1** muestra que los dominios con mayor cumplimiento por arriba del 99% fueron; la nota de evolución, nota de referencia y traslado, nota post operatoria, nota post anestésica, nota de enfermería, mientras que los dominios con menor cumplimiento que no pudieron ser evaluados, debido a que estaban ausentes, fueron la historia clínica, notificación al Ministerio Público y nota de defunción.

Integración del expediente clínico: Como se refleja en el **cuadro 2**, diversos dominios tenían un alto porcentaje de cumplimiento, sin embargo, hay variables de relevancia con resultados alarmantes como ser que el 94.6% de los expedientes no estaban ordenados, ni completos, el 83.5% no estaban escritos con letra legible, tomando en cuenta la letra escrita en todo el expediente, no solo de las notas médicas, el 100% de los expedientes analizados tenían abreviaturas, tachaduras y enmendaduras en la mayoría de las notas y en cuanto a la lista de verificación de seguridad de la cirugía, el 73.7% no la tenían.

Generalidades de las notas médicas: En el **cuadro 3** se destaca que las variables con mayor cumplimiento fueron: el nombre del paciente, fecha y hora de elaboración, exploración física, resultado de estudios exploración física, resultado de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, en diagnóstico o problemas clínicos y el plan de estudio y/o tratamiento, el resto de

Cuadro 1: cumplimiento por dominio.

Dominios		Calificación %
D1	Integración del expediente	49.5
D2	Historia clínica	0
D3	Generalidades de las notas médicas	71
D4	Nota de urgencias	94
D5	Nota de evolución	99.6
D6	Nota de referencia y traslado	99.2
D7	Nota de interconsulta	39.4
D8	Nota preoperatoria	3.2
D9	Nota preanestésica	8.9
D10	Nota post operatoria	99.2
D11	Nota posanestésica	99.2
D12	Nota de egreso	97.3
D13	Nota de enfermería	99.6
D14	Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	78.5
D15	Registro de la transfusión de unidades de sangre o sus componentes	86.7
D16	Hoja de trabajo social	63.6
D17	Carta de consentimiento informado	92.8
D18	Hoja de egreso voluntario	33.3
D19	Nota de notificación al ministerio público	33.3
D20	Nota de defunción y muerte fetal	0
D21	Análisis clínico	0
Total		99.2

Fuente: Expedientes clínicos, IHSS.

Cuadro 2: Integración del expediente clínico.

Dominio	Si%	No%
Existe el expediente clínico solicitado.	88.8	11.2
Tiene un numero único de identificación.	99.2	0.8
Se incorpora un índice guía en las carpetas del archivo.	100	0
Los documentos están secuencialmente ordenados y completos.	5.4	94.6
Escrito con letra legible.	16.5	83.5
Escrito con lenguaje técnico médico.	99.2	0.8
Abreviaturas, tachaduras y enmendaduras.	100	0
Se anexa lista de verificación de la seguridad para las intervenciones quirúrgicas.	26.3	73.7

Fuente: Expedientes clínicos IHSS

Cuadro 3: Porcentaje de cumplimiento general de las notas médicas.

Dominio	Si%	No%
Nombre del paciente	97.7	2.3
Fecha y hora de elaboración	99.2	0.8
Edad y sexo	51.3	48.7
Signos vitales (Peso, talla, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura)	46.7	53.3
Resumen del interrogatorio	83.1	16.9
Exploración física	99.6	0.4
Resultado de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	99.6	0.4
Diagnóstico (s) o problemas clínicos	100	0
Plan de estudio y/o Tratamiento (indicaciones médicas, vía, dosis, periodicidad)	2.3	97.7
Pronóstico	2.3	97.7
Nombre completo, cédula profesional y firma del médico		

Fuente: Expedientes clínicos.

las variables fueron de menor ejecución.

En el registro de las notas de enfermería: como se muestra en el **cuadro 4**, estaba presente en 99.6% de los expedientes revisados, donde las variables con mayor cumplimiento fueron: identificación del paciente, registro de administración de medicamentos, procedimientos realizados y observaciones, por otro lado, el resto de las variables tuvieron un cumplimiento menor.

El registro de la hoja de consentimiento informado: de acuerdo con el **cuadro 5** reporta que estaba presente en 92.8% de los expedientes que lo ameritaban, donde las variables con mayor cumplimiento fueron las referentes a los datos generales, sin embargo, se encontró un menor cumplimiento en variables más importantes desde el punto de vista médico legal como ser lugar y fecha, acto autorizado, señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado y en nombre completo y firma de quien realiza el acto autorizado.

DISCUSIÓN

Aunque se han realizado algunos estudios en Honduras respecto al contenido del expediente clínico, sin embargo, ninguno enfoca la importancia de su calidad y la relación de esta con los aspectos medicolegales. Los artículos publicados anteriormente en nuestro país dejaron en evidencia las deficiencias de los registros médicos, tanto en contenido como en estructura; indistintamente de si provenían de establecimientos públicos o privados^{12,13}, lo que revela un grave problema respecto a la importancia que se le da a este valioso instrumento.

El expediente clínico además de ser un instrumento de comunicación entre el personal de salud, en los casos de litigios por responsabilidad profesional se convierte en prueba documental, lo que hace que este sea relevante desde el punto de vista médico legal. La calidad del contenido se torna importante, ya que aspectos que a simple vista no se consideran cruciales como ser la legibilidad de la letra, los tratamientos aplicados y la confidencialidad de este; etc., durante los litigios se vuelven decisivos.¹⁴

El análisis cualitativo mostro que las variables más relevantes que se consideran en un argumento de mala praxis médica (Negligencia, imprudencia e inobservancia de los reglamentos) son:

- La falta de historia clínica que no se encontró en ningún expediente.
- La documentación incompleta o inexistente de registro de signos vitales, así como su respectiva gráfica por parte del personal de enfermería, que solo estaba presente en el 1.2% de los expedientes.
- Ausencia de nombre y sello del responsable, que solo se encontró en el 2.3% de las notas médicas y en el 5.4% de las notas de enfermería.

- Ausencia de nota preanestésica y preoperatoria.
- Ausencia de la lista de verificación para las intervenciones quirúrgicas.

En otras palabras, los expedientes se encontraron incompletos o vacíos. Estudios previamente publicados encontraron resultados similares en relación al cumplimiento en general de los dominios del MECIC con un 77%¹⁵, además de la existencia de dominios que no pudieron ser evaluados ya que se encontraban ausentes en el expediente⁹ y difieren respecto a los dominios con un cumplimiento superior, debido a que en este estudio se obtuvo un mayor número de dominios cumplidos¹⁶, sin embargo, cuando se analizan las variables que indican la calidad de su contenido se encontraron deficiencias.

En cuanto a la integración del expediente clínico, se encontró en la literatura que este dominio tenía un cumplimiento del 86%, donde las variables que coinciden con el presente estudio fueron la presencia de abreviaturas y que todos contaron con un número único de identificación, mientras diferían en el porcentaje de cumplimiento en no tener orden secuencial, ya que en este estudio ninguno lo tenía y además se encontraban incompletos.

Sin embargo, el componente más notorio fue el cumplimiento del 100% la lista de verificación para la seguridad de la cirugía⁹, en contraste a lo que se encontró en esta investigación; estaba ausente en el 73.7% de los expedientes. Cabe recalcar que dicha lista fue implementada por la OMS desde el año 2009 para prevenir errores durante los procedimientos quirúrgicos, por lo tanto, su ausencia vuelve vulnerables a los servicios de quirófano, tanto de cometer errores, como de sufrir demandas por responsabilidad profesional¹⁷.

Los resultados de este estudio destacan que el nivel de cumplimiento de los criterios de calidad de aspectos fundamentales del expediente clínico es deficiente lo que evidencia la escasa importancia que se le da a este valioso instrumento y destaca la necesidad de abordar esta problemática de manera prioritaria a través de procesos de capacitación.

Cuadro 4: Notas de enfermería

Dominio	Si%	No%
Nota de enfermería	99.6	0.4
Identificación del paciente	97.3	2.7
Funciones orgánicas generales	0.8	99.2
Gráfica de signos vitales	1.2	98.8
Administración de medicamentos	98.2	1.2
Procedimientos realizados	84.2	15.8
Valoración del dolor	33.8	66.2
Nivel de riesgo de caídas	0.4	99.6
Observaciones	80.4	19.6
Nombre completo y firma de quien elabora	5.4	94.6

Fuente: Expedientes clínicos.

Cuadro 5: Consentimiento informado.

Dominio	Si%	No%
Consentimiento informado	92.8	7.2
Nombre de la institución a la que pertenece el establecimiento médico	99.1	0.9
Nombre o razón social del establecimiento médico	100	0
Título del documento	100	0
Lugar y fecha	42.2	57.8
Acto autorizado	12.1	87.9
Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado	10.3	89.7
Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado	69	31
Nombre y firma de la persona que otorga la autorización	98.3	11.7
Nombre y firma de los testigos en casos necesarios	25	75
Nombre completo y firma de quien realiza el acto autorizado	2.6	97.4
Se elaboran tantos consentimientos como eventos médicos lo ameritan.	94	6

Fuente: Expedientes clínicos.

En el dominio generalidades de las notas médicas: Destacó por su importancia y ser el de menor cumplimiento, el registro del médico tratante, evidenciando que en algunas notas había firma, pero no estaba el nombre ni el número de colegiación del médico responsable, excluyendo los firmados por estudiantes, ya que la responsabilidad recae sobre el jefe del equipo y no en los médicos en fase de formación ¹⁸. En otros estudios previamente publicado se encontró una similitud en esta variable, ya que era la única que tenía un porcentaje de cumplimiento inferior al 40% ^{15,16}, sin embargo, el cumplimiento fue por mucho inferior en esta investigación donde solo el 2.3% lo cumplía.

Las notas de enfermería, de manera general presentaban un alto porcentaje de cumplimiento (99.6%), sin embargo, al revisar la calidad de estas, se evidenció la deficiencia en cuanto a su calidad en aspectos relevantes para la atención del paciente, como ser el registro de funciones orgánicas generales y gráfica de signos vitales entre otras variables. Similar a lo encontrado en otras publicaciones a excepción del registro de signos vitales en la cual se observó un menor nivel de cumplimiento en este estudio ^{15,16}.

Con relación al registro de la firma y nombre del responsable, se encontró que el personal a cargo de la elaboración tanto de las notas médicas, como de las notas de enfermería procuraba que estas fueran anónimas, debido al bajo cumplimiento de esta variable, sin embargo, la ausencia de estos datos no excluye de responsabilidad profesional al personal.

En cuanto al consentimiento informado el porcentaje de cumplimiento es alto, pero al evaluar el contenido de este el nivel de cumplimiento de las variables es baja. En la bibliografía consultada los resultados difieren con los obtenidos en este estudio ya que las variables tenían un alto porcentaje de cumplimiento con la excepción de dos que tenían un porcentaje de cumplimiento inferior al 50%, estas eran nombre y firma de los testigos y la consignación del acto autorizado¹⁵. En cuanto a la falta de cumplimiento en el registro de acto autorizado, se podría interpretar como una violación a los derechos de los pacientes, principalmente respecto a su autonomía al no darles la información pertinente del procedimiento que se le va a realizar o sobre las opciones terapéuticas que existen.

La falta de registro del acto autorizado, así como la falta de identificación de los testigos en el consentimiento informado representa una violación a los derechos de los pacientes, principalmente respecto a su autonomía.

La mala praxis médica cobra miles de vidas a nivel mundial, estimándose que la negligencia médica es la octava causa común de muerte en el mundo⁸ y en USA se estima que es la tercera causa de muerte prevenible¹⁹.

En Honduras se han realizado muy pocos estudios que analicen la responsabilidad profesional, aunque esta se castiga penal, civil, administrativa y gremialmente, sin embargo, actualmente ninguna ley rige el expediente clínico 7,21,22. Pese a que el código de salud de Honduras cuenta con un manual del expediente clínico donde se describe el contenido de este, así como su guarda y custodia¹⁸, lastimosamente se encuentra desactualizado e incompleto si lo comparamos con lo establecido en la literatura internacional.

El Colegio Médico de Honduras por su parte en el reglamento interno hace mención que es un deber de los médicos llevar un expediente clínico de cada paciente, tanto en su práctica privada como hospitalaria, sin mencionar nada respecto al contenido de este²².

Aunque la importancia medicolegal de la calidad de los registros clínicos es evidente, no solo para prevenir demandas, si no para evidenciar la calidad de atención brindada a los pacientes, los resultados evidencian que no se comprende claramente su importancia.

Conclusiones.

En general el nivel de cumplimiento de los criterios del MECIC en los expedientes clínicos revisados fue del 62.6%, sin embargo, al analizar cada una de las variables se identificó que eran deficientes, es decir que a pesar de estar presentes estos carecían de los elementos necesarios para que estuvieran completos y por ende ser de calidad.

Este análisis, nos permitió encontrar y registrar las variables más significativas que podrían impactar en la responsabilidad profesional, donde un expediente clínico llevado en forma deficiente o incompleto podría demostrar la culpa profesional a través de la negligencia, imprudencia e inobservancia de los reglamentos.

Limitantes:

Debido a los escasos estudios publicados la comparación de los resultados de este estudio con la literatura internacional se dificultó ya que únicamente se encontraron investigaciones desarrolladas en México, por ser el modelo MECIC propio de este país.

Recomendaciones:

Es recomendable desarrollar instrumentos de evaluación del expediente clínico que se adapten a nuestro marco legal.

Es importante que se continúen realizando investigaciones en torno al expediente clínico para que el tema sea discutido ampliamente y se fortalezca el correcto llenado de los expedientes, especialmente en las personas que se encuentran en periodo de formación, recordando que es todo el personal de salud responsable no solo del llenado del mismo, sino también de la guarda y custodia de este.

La creación de leyes que regulen el contenido del expediente es crucial para que la calidad del contenido de este tenga la relevancia que requiere.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gutiérrez Vega R, Gallegos Garza AC, Uribe Ramos M, Fajardo Dolci G. El expediente clínico: su utilidad para evaluar la calidad de la atención médica y las implicaciones legales del incumplimiento de la normatividad vigente. *Rev med Hosp Gen Méx* [Internet]. 2010[consultado 29 mayo 2023]; 74(1): 30-34. Disponible en: <https://www.elsevier.es/pt-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-el-expediente-clinico-su-utilidad-X0185106311025489>
2. Milunsky A. Obstetrics, genetics, and litigation. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2021[consultado 4 julio 2023];100:1097–1105. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/aogs.14095>
3. Scarpis E, Brunelli L, Tricarico P, Poletto M, Panzera A, Londero C, et al. How to assure the quality of clinical records? A 7-year experience in a large academic hospital. *PLOS ONE*[Internet]. 2021[consultado 4 julio 2023];16(12):e0261018. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261018>
4. Valenti DA, Colasante MV, Vieitez M, Poppe S. Prevención médico-legal: aplicación de la matriz Foda a la historia clínica. *Prensa méd. Argent* [Internet]. 2019[consultado 4 julio 2023];105(6):680-685. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1025960>
5. Kim EK, Lovejoy DA, Patterson D, Handa VL. Lessons learned from a review of malpractice litigations involving obstetric anal sphincter injury in the United States. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*[internet].2020; 26(4): 249-258. DOI: 10.1097/SPV.0000000000000687
6. Bravo-R LA, Lagos-T DA. Medical malpractice in Chile: rulings of the Supreme Court of Justice 2017. *Int J Odontostomat*[internet].2019 [consultado 12 julio 2024];13(3):367-373.Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2019000300367>
7. Cedillo M, Roque Pacheco G, Matamoros Zelaya M. Caracterización de la responsabilidad profesional médica, Dirección de Medicina Forense de Tegucigalpa. *Rev Cienc Forens Hondur* [Internet]. 2019[consultado 4 julio 2023];5(2):3–13. Disponible en: <https://doi.org/10.5377/rcfh.v5i2.8862>
8. Taghizadeh Z, Pourbakhtiar M, Ghadipasha M, Soltani K, Azimi K. (2017). Claims about medical malpractices resulting in maternal and perinatal mortality referred to Iranian Legal Medicine Organization During 2011-2012. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2017[consultado 4 julio 2023];22(4): 294–298. Disponible en: <https://doi.org/10.4103/1735-9066.212977>
9. Secretaría de Salud (MX), Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Informe de actividades 2021 del MECIC.[Internet]. México: La Secretaría; 2022. [consultado 4 julio 2023]. Disponible en: https://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/2022/MECIC_reporte_2021.pdf
10. Méndez Gaytán LÁ. Evaluación del expediente clínico integrado y de calidad (MECIC) en el Hospital Pediátrico Legaria. [Tesis en Internet]. México: UNAM; 2017. Disponible en: <https://repositorio.unam.mx/contenidos/283927>
11. Dean AG, Arner TG, Sunki GG, Friedman R, Lantinga M, Sangam S, et al. Epi Info™, a database and statistics program for public health professionals [Internet]. Atlanta (GA): CDC. 2011.[consultado 7 marzo 2025]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/epiinfo/user-guide/getting-started/acknowledgements.html>
12. Fernández VJ, Parodi AJ, Panameño CO, Venegas ZR, Wong RM, Gonzáles E, et al. Observación del Modelo de Historia Clínica en los Servicios Hospitalarios de la Secretaria de Salud de Honduras. *Rev Fac Cienc Med* [Internet].2005[consultado 7 marzo 2025];12(1):10.

Disponible en:
<http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2005/pdf/RFCMVol2-1-2005-10.pdf>

13. Marriaga Hernández IJ. Evaluación del expediente clínico en un establecimiento de salud privado en Ocotepeque, Honduras. Innovare: Rev Cienc tecnol [Internet]. 2023[consultado 7 marzo 2025];12(2): 61–66. Disponible en: <https://doi.org/10.5377/innovare.v12i2.16604>

14. Irías MR. Historia clínica: documento médico legal. Rev Med Hondur [Internet]. 2001[consultado 7 marzo 2025];69(1):35-40. Disponible en: <https://www.revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol69-1-2001-10.pdf>

15. Vargas Sánchez K, Pérez Castro JA, Soto Arreola MO. Cumplimiento de los indicadores del Modelo de evaluación del expediente clínico integrado y de calidad (MECIC). Rev CONAMED [Internet]. 2015[consultado 21 octubre 2024];20(4):149-159. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7292835>

16. Carmona Mejía B, Ponce Gómez G. Evaluación del expediente clínico integrado y de calidad en pacientes de cirugía programada. Rev CONAMED[Internet]. 2014[consultado 7 marzo 2025];19(3): 117-127. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8900475>

17. Sepúlveda Plata MC, López Romero LA, González SB. Cumplimiento de la lista de verificación de seguridad de la cirugía en un hospital de Santander. Un estudio de corte trasversal. Rev Cuidarte [Internet]. 2021[consultado 7 marzo 2025];12(3). Disponible: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2122>

18. Corina I, Abram M, Halperin D. The patient's role in patient safety. Obstet Gynecol Clin North Am [Internet]. 2019[consultado 7 marzo 2025];46(2):215–225. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2019.01.004>

19. Honduras. Congreso Nacional. Código Penal Decreto No. 130-2017. Diario Oficial La Gaceta [Internet]. 10 de mayo 2019 [consultado 7 marzo 2025]. Disponible en: https://www.tsc.gob.hn/web/leyes/Decreto_130-2017.pdf

20. Honduras. Congreso Nacional. Código Civil (actualizado mayo 2018). Decreto No. 76-1906. [consultado 12 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.poderjudicial.gob.hn/CEDIJ/Leyes/Documents/C%C3%B3digoCivil%28actualizadomayo2018%29.pdf>

21. Colegio Médico de Honduras. Compendio de Leyes y reglamentos: Reglamento interno del Colegio Médico de Honduras. [Internet] Tegucigalpa: CMH; 2005. [consultado 21 octubre 2024]. Disponible: <https://www.colegiomedico.hn/servicios/leyes-y-reglamentos/>