

EXPEDIENTE CLÍNICO

DR. NICOLÁS BAÑUELOS DELGADO Comisionado Médico
Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de Nayarit.
Colima 251 Col San Antonio C.P 63159 Tepic Nay
cecamed@hotmail.com

La importancia del registro del proceso de la atención médica es evidente y ha permitido el desarrollo de la medicina a través de las distintas épocas de la humanidad. Existen evidencias arqueológicas y documentales de la elaboración de notas durante el proceso de la atención médica, y de diversas observaciones surgen escritos sobre anatomía y de algunas enfermedades en los años 2000-3000 a. de c. (1)

La historia clínica como documento básico del proceso propedéutico clínico ya se menciona en la medicina árabe del año 915 de nuestra era, señalando la realización de 33 historias clínicas por el médico persa Rhazes. Entre el siglo XVII y XVIII la escuela Vienesa señala la importancia de la recopilación de las observaciones clínicas en el curso de las enfermedades y la importancia de las exploraciones anatomopatológicas. En el siglo XX surgen debates sobre la obligatoriedad social y legal de justificar las acciones y conductas en la medicina y ganan preponderancia durante los años cincuenta, se fundamentan en el Juramento Hipocrático y afectan la conducta de los profesionales de la medicina y tienden a una práctica competente en interés del paciente. En 1973 aparecen "los derechos de los pacientes hospitalizados y las obligaciones de los médicos", emitidos por la ASOCIACIÓN AMERICANA DE HOSPITALES, en los cuales se señala el derecho a la información sobre su enfermedad, o sea el Consentimiento Informado (1), hecho que actualmente tiene fundamento legal en nuestro País. (2)

Como consecuencia del desarrollo de la atención hospitalaria y el surgimiento de los grandes centros hospitalarios en nuestro país, a fines del siglo XIX y en el siglo XX, se instrumenta el uso sistemático del expediente clínico en el acto de la atención médica.

Durante muchos años, fueron los principios de la Lex Artis, la Ética Médica y la Deontología los que guiaron y normaron los procedimientos para la atención de los pacientes, así como la elaboración de los documentos de registro de dicho acto y aún cuando existieron variaciones en la presentación y orden de dichos documentos, el punto medular de los mismos, la historia clínica, las notas de evolución, notas quirúrgicas y anestésicas y de alta, eran muy similares en las distintas instituciones de salud públicas y privadas de México.

En agosto de 1986 aparece la primera Norma relativa al expediente clínico en nuestro país, que fue la "NORMA TÉCNICA Número 52: para la elaboración, integración

y uso del Expediente Clínico". En diciembre de 1998, dicha norma fue modificada, primero, en el proyecto NOM-168-SSA1-1998 y, finalmente, en septiembre 30 de 1999 se elaboró la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico, la cual continúa vigente hasta el momento. (3) Lo que es indudable es el hecho de que este documento siempre deberá ser considerado como reflejo de la calidad en la atención médica.

Este registro documental se encuentra dirigido a sistematizar, homogenizar y actualizar el manejo del expediente clínico, el cual contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias y se constituye como una herramienta de **OBLIGATORIEDAD** para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud y en su interpretación se tomarán en cuenta los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, atendiendo, además, a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que se presentaron los servicios. (4)

Actualmente, el personal de salud tiene que adecuar su proceso de atención del paciente a las circunstancias socio-económicas, laborales, políticas y tecnológicas de un mundo globalizado. El cambio de una atención médica paternalista a una atención médica participativa, en la cual el paciente, al tener mejor educación médica e información en salud, se integra con el equipo de salud en la toma de decisiones para acciones que atañen a su salud y vida.

El médico tiene la responsabilidad de entender las nuevas condiciones y adaptarse a ellas; sin embargo, no debemos olvidar que el realizar un proceso de atención médica con apego a la Lex Artis y la ética, nos permite establecer un lazo de confianza en la relación médico- paciente y nos lleva a una atención asertiva.

NORMATIVIDAD

La Norma del Expediente Clínico es de observancia general en el territorio nacional y sus disposiciones son obligatorias, como ya fue mencionado, para todos los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios, en los términos previstos de la misma. (5)

Todo documento normativo que regule la prestación de servicios de salud, se orienta en dos vertientes, una a quien presta los servicios y otra a quien los recibe; o sea, a aquel que tiene la función y deber de proteger el derecho a la salud como un bien social, y al individuo objeto de esa protección. Para el personal de salud, las normas son una orientación, capacitación y apoyo técnico que le permiten brindar una mejor calidad de atención, ya que garantiza los "mínimos" requeridos en el proceso de la atención médica. La norma es además una guía que permite que en el proceso de la atención médica se actúe con estricto apego a la Ley. (6)

El expediente clínico, ante una situación de conflicto en la atención médica, es fundamental para el análisis del acto médico y su trascendencia e importancia en los dictámenes técnico-médicos o de arbitraje médico lo convierte en la piedra angular en la cual se fundamenta la existencia o no de mala práctica. De aquí que se afirme que “será el más fiel de los amigos o el más cruel de los enemigos” según sea utilizado por el personal de salud.

Los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos, y deberán ser conservados por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico. Las instituciones en donde se prestan servicios de salud, son corresponsables con el profesionista en el cumplimiento de esta obligación. (7)

Definición: (NOM-168-SSA1-1998-4.4)

El expediente clínico es el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos, o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias. (8)

INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO (9)

Todo expediente clínico deberá tener el siguiente contenido:

DATOS GENERALES

- Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y, en su caso, nombre de la Institución a que pertenece
- Nombre, sexo, edad, domicilio y ocupación del usuario

CONSULTA EXTERNA (10) *

- Historia clínica
- Nota de evolución
- Nota de interconsulta
- Nota de referencia/traslado

URGENCIAS (11) *

- Nota inicial
- Nota de evolución
- Interconsulta
- Referencia/traslado

*** En todas y cada una de las notas debe señalarse siempre fecha, hora, nombre y firma de quien las elabora**

HOSPITALIZACIÓN (12) *

- Nota de ingreso
- Historia clínica
- Nota de evolución
- Nota de referencia/traslado
- Nota pre operatoria
- Nota pre anestésica, vigilancia y registros anestésicos
- Nota post operatoria
- Nota de egreso
- Hoja de enfermería
- Resultados de laboratorio y gabinete
- Carta de consentimiento bajo información
- Hoja de egreso voluntario
- Hoja de notificación al Ministerio Público
- Reporte de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica
- Nota defunción y muerte fetal

EXPEDIENTE ODONTOLÓGICO (13)

Historia Clínica:

- Antecedentes heredo/familiares
- Antecedentes personales, patológicos y no patológicos
- Padecimiento actual
- Odontograma
- Diagnóstico y tratamiento
- Informes de estudio, de gabinete y laboratorio
- Nota de Evolución

La Historia Clínica (14)

Documento que se contempla en los servicios de consulta externa y hospital, tiene como finalidad principal, el establecer un conocimiento amplio del paciente, de sus factores de riesgo, de la evolución de su padecimiento y a través del conjunto de signos y síntomas, establecer diagnósticos: presuncional, diferencial, etiológico, que permitan determinar un pronóstico y un plan terapéuticos.

Desde el punto de vista que nos atañe, que es el análisis del actuar médico, existen algunas condiciones mínimas de las que es importante dejar constancia. Lo menos que debe contener la historia clínica de un paciente es: ficha de identificación, antecedentes heredo familiares, antecedentes personales patológicos, historia de adicciones, * **En todas y cada una de las notas debe señalarse siempre fecha, hora, nombre y firma de quien las elabora**

antecedentes quirúrgicos y/o alérgicos, así como el interrogatorio del padecimiento actual y de aparatos y sistemas.

- **El interrogatorio.** El que a su vez, debe incluir por lo menos: la ficha de identificación, antecedentes heredo familiares, antecedentes personales patológicos, historia de adicciones, antecedentes quirúrgicos y/o alérgicos, así como el interrogatorio del padecimiento actual y de aparatos y sistemas.
- **La exploración física.** Debe comprender como mínimo: el hábitus exterior, signos vitales, así como datos de exploración general de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales, además de resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros.
-
- **Terapéutica empleada y resultados obtenidos.**
- **Diagnóstico Presuncional o problemas clínicos.**
- **Debe tener fecha de elaboración, nombre y firma de quien la elabora**

NOTA DE INGRESO O INICIAL *

Deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y contener como mínimo los datos siguientes: signos vitales, resumen del interrogatorio, exploración física y en su caso, estado mental y/ o emocional, resultados de estudios de laboratorio y gabinete; tratamiento, pronóstico y tratamiento indicado o sugerido. Por último es fundamental hacer un esfuerzo especulativo de las razones de internamiento y plan a seguir. (15)

LAS NOTAS DE EVOLUCIÓN *

La nota de evolución será tarea del médico cada vez que proporciona atención al paciente, de acuerdo con el estado clínico del mismo, y en ésta se debe dejar constancia escrita de la evolución y actualización del cuadro clínico, los signos vitales, los resultados de los exámenes o auxiliares de diagnóstico solicitados, reconfirmación u orientación de los diagnósticos previos y establecer en su caso, un nuevo diagnóstico; asimismo, hacer los ajustes, modificaciones o adecuaciones del tratamiento, en función de los nuevos resultados obtenidos; en esta nota de evolución se deberá contar con un apartado donde se señale en forma clara y precisa el tratamiento médico, mismo en que es obligatorio señalar: el tipo de medicamentos genéricos, sus dosis, vía y periodicidad de administración y en algunos casos en particular, como en los casos de atención a los diabéticos, hipertensos o embarazadas, observar los lineamientos señalados en las Normas Oficiales emitidas por la Secretaría de Salud. Las notas deben ser claras y concisas, señalando todos los hechos trascendentales durante el manejo y vigilancia de los pacientes; la periodicidad de estas notas de evolución irá en concordancia con el cuadro clínico, desde el punto de vista de su severidad o gravedad.

*** En todas y cada una de las notas debe señalarse siempre fecha, hora, nombre y firma de quien las elabora**

En pacientes hospitalizados es obligado elaborar cuando menos una nota al día. (16)

NOTAS DE REFERENCIA Y TRASLADO

Deberá contemplar:

- Establecimiento que envía y establecimiento receptor
- Resumen clínico y motivo de envío, elaborado por un médico del establecimiento
- La impresión diagnóstica
- La terapéutica empleada si la hubo
- Fecha, hora, nombre y firma del médico. (17)

NOTAS QUIRÚRGICAS*

Debe contemplar la nota preoperatoria, y tendrá que ser elaborada por el Cirujano que va a intervenir al paciente, (incluye a los Cirujanos Dentistas) y tendrá que contener como mínimo: fecha de la cirugía, diagnóstico, plan quirúrgico, tipo de intervención quirúrgica, riesgo quirúrgico, cuidados, plan terapéutico pre operatorio y pronóstico. (18)

LA NOTA POST-OPERATORIA*

Elaborarla es responsabilidad del Cirujano que operó al paciente, al término de la cirugía y constituye un resumen de la intervención practicada. Establecerá como mínimo: diagnósticos pre operatorios y post operatorios, operación planeada, operación realizada, descripción de la técnica quirúrgica, hallazgos trans-operatorios, incidentes y accidentes, la cuantificación de sangrado (si lo hubo), reporte de la cuenta de gasas y compresas, reporte del estudio de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento trans-operatorios, ayudantes quirúrgicos, instrumentistas, anestesiólogos y circulantes, estado post-quirúrgico inmediato, plan de manejo y tratamiento post-operatorio inmediato, pronóstico, señalamiento del envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histológicos, otros hallazgos de importancia para el paciente, relacionados con el quehacer del médico, nombre completo y firma del responsable de la cirugía.

La deficiencia en la elaboración de estas notas, establece un punto negativo en el proceso de evaluación de la calidad de la atención otorgada a un paciente, asimismo, es obligación y, así lo considera la Ley General de Salud, por otro lado, no se puede disponer de órganos o tejidos si no es con la autorización del paciente, por lo tanto, la omisión al enviar las piezas quirúrgicas a su estudio, o la disposición o extravío de las mismas, es de responsabilidad absoluta del médico tratante

*** En todas y cada una de las notas debe señalarse siempre fecha, hora, nombre y firma de quien las elabora**

LAS NOTAS DE REGISTRO ANESTÉSICO

Las notas pre anestésicas, vigilancia y registros anestésicos. Se realizarán bajo los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998 para la práctica de la Anestesiología.

El anestesiólogo bajo ninguna circunstancia debe abandonar al paciente, hasta en tanto éste no se haya recuperado de la anestesia. Si requiere traslado a otras unidades para su manejo posterior, debe observar la misma conducta.

NOTA DE INTERCONSULTA

La solicitud tendrá que ser elaborada por el médico solicitante cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico con fecha y hora. El médico consultado tendrá que responder por escrito anotando: fecha y hora de interconsulta, motivo de la misma, signos vitales, resumen del caso y de los estudios, problemas por resolver; plan de estudio, sugerencias diagnósticas y de tratamiento (s), tratamiento establecido, pronóstico y, nombre y firma del médico interconsultante. (19)

NOTA DE EGRESO

Debe contener fecha de ingreso/egreso, motivo de ingreso/egreso, resumen de la evolución y el estado actual, diagnósticos finales, tratamiento (s) aplicado (s), problemas clínicos pendientes, plan de manejo general y terapéutico, recomendaciones para la vigilancia ambulatoria y pronóstico. En caso de defunción, señalar las causas de la muerte acorde al certificado de defunción, y si se solicitó y obtuvo estudio de necropsia. (20)

Entre los aspectos generales a considerar:

Todos los documentos señalados deben:

- Ser realizados y firmados por el médico tratante, al calce de la nota
- Anotar la fecha y hora
- Ser legibles y sin tachaduras
- Señalar el número de la cama y el nombre del paciente
- Estar numeradas las hojas
- Elaborarse sin tachaduras
- Ser elaborados con apego a las instrucciones que dispongan las normas oficiales
- Ser congruentes con las condiciones clínicas del paciente
- Tener elaboración contemporánea a los hechos clínicos, evitando posponer su redacción

Se debe evitar:

- Escribir sobre lo escrito
- Escribir entre líneas
- Sobre añadidos en lo escrito, con posterioridad
- Maquillar las notas
- Uso de abreviaturas
- La subjetividad en los comentarios médicos

Los señalamientos previos, cuando no se observan, o se omiten, causan cuestionamiento sobre el acto realizado y pueden ser perceptibles cuando se intenta encubrir un acto médico. El uso de abreviaturas condiciona problemas para la interpretación de lo escrito.

NOTA DE ENFERMERÍA

Deberá elaborarse por el personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico, y deberá contener como mínimo:

Habitus exterior, gráfica de signos vitales, administración de medicamentos con: fecha, hora, cantidad y vía; procedimientos realizados y observaciones.

Es importante en el análisis la cuidadosa revisión de las notas de enfermería, ya que pueden ser un auxiliar valioso en la evaluación del acto médico. Así, dichas notas, pueden respaldar lo dicho por el médico o bien desmentir lo referido en las notas médicas. (21)

DE LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Deben ser elaborados por el profesional que realizó el estudio y deberán contener:

Fecha y hora del estudio, identificación del solicitante, estudio solicitado, problema clínico en estudio, resultados del estudio, incidentes, si los hubo, identificación del personal que realiza el estudio, nombre completo y firma del personal que informa. (22)

ES IMPORTANTE SEÑALAR QUE EL PERITO PROFESIONAL DE LA SALUD SOLO DEBE DICTAMINAR SI EXISTIÓ MAL MANEJO DEL PACIENTE POR PARTE DEL EQUIPO DE SALUD. QUIEN JUZGARÁ LA, O LAS RESPONSABILIDADES DEL EQUIPO DE SALUD, SERÁ ÚNICAMENTE UN JUEZ.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Crónica de la Medicina. Editorial Intersistemas 3ª. Edición, 2003, Pág. 20, 212, 476 y 550
- 2.-NOM-168-SSA1-1998, Norma Oficial del Expediente clínico. 4.2.
- 3.- Hernández G. El expediente Clínico en: La Comunicación Humana en la Relación Médico- Paciente. Dr. Tena Tamayo Carlos y Hdez. Of. Editorial Prado 2005, México, D.F., Pág. 245
- 4.- NOM-168-SSA1-1998, Norma Oficial del Expediente Clínico. 2.0
- 5.- NOM-168-SSA1-1998, Norma Oficial del Expediente clínico. 2.0
- 6.- Magallón Barajas R. Legislación Sanitaria Vigente y Normatividad. Revista Comisión Estatal de Arbitraje médico. No. 1, vol. 1, No. 2; act. Dic. 2003; Pág. 15
- 7.- NOM-168-SSA1-1998 norma oficial del expediente clínico. 5.3
- 8.- NOM-168-SSA1-1998 norma oficial del expediente clínico. 4.4
- 9.- NOM-168-SSA1-1998 Norma Oficial del Expediente Clínico. 5.2
- 10.- NOM-168-SSA1-1998, Norma Oficial del Expediente Clínico. 6.0 a la 6.4.3.
- 11.- NOM-168-SSA1-1998, Norma Oficial del Expediente Clínico. 7 a la 7.3
- 12.- NOM-168-SSA1-1998, Norma Oficial del Expediente Clínico. 8.0 a 11.0
- 13.- Modificación a la Norma NOM-013-SSA2-1994. 8.3.3
- 14.- NOM-168-SSA1-1998, Norma Oficial del Expediente Clínico. 6.1, 8.2.
- 15.- NOM-168-SSA1-1998, Norma Oficial del Expediente Clínico N. 8.1
- 16.- NOM- 168-SSA1-1998, Norma Oficial del Expediente Clínico. 6.2, 8.3
- 17.- NOM-168-SSA1-1998. Norma Oficial del Expediente Clínico. 6.4
- 18.- NOM-168-SSA1-1998. Norma Oficial del Expediente Clínico. 8.5, 8.7

19.- NOM-168-SSA1-1998. Norma Oficial del Expediente Clínico. 6.3

20.- NOM-168-SSA1-1998. Norma Oficial del Expediente Clínico 8.8

21.- NOM-168-SSA1-1998. Norma Oficial del Expediente Clínico. 9.1

22.- NOM-168- SSA1-1998, Norma Oficial del Expediente Clínico. 9.2