

**NORMATIVA HISTORIA CLÍNICA
AUDITORIA MEDICA
HOSPITAL ESPAÑOL DE MENDOZA**

I – CARACTERIZACIÓN (DEFINICIÓN)

PUNTO DE VISTA MÉDICO: documento en el que se dejan constancias de los acontecimientos principales del acto médico y de la enfermedad del paciente.

PUNTO DE VISTA JURÍDICO: siendo que el médico tiene un deber de información, la historia clínica es la documentación del mismo. Ello significa que el galeno tiene el deber de informar, asentando los datos relevantes del diagnóstico, terapia y de la enfermedad del paciente.

PUNTO DE VISTA PROCESAL: se trata del cumplimiento de una carga informativa en el proceso, derivado de aquel deber secundario de conducta. Su incumplimiento conduce a una inversión de la carga de la prueba sobre los hechos que no constan en la historia clínica.

II – EXIGENCIAS JURISPRUDENCIALES Y LEGAL (LEY 26.529)

a – Debe contener los datos del paciente y de la enfermedad, como así también un relato de los principales hechos, resaltando los de mayor importancia.

b – También debe contener los resultados de la exploración física, indicando los datos negativos porque señalan que no se olvidó el detalle particular o que el signo no era evidente en el momento de la exploración.

c – En caso de alta o traslado, se debe abrir un capítulo denominado **EPICRISIS** con el comentario del diagnóstico de ingreso, su evolución y estado de egreso.

d – Debe ser clara, precisa, completa y metódicamente realizada.

e – No es el simple relato sino también las consideraciones que hace el médico al terminar de analizar al enfermo y las valoraciones según su criterio.

f – La historia clínica debe ser actualizada con periodicidad. (**Evolución**)

- La evolución deberá ser lo más completa posible, y deberá contener datos de la historia diaria del paciente. **Tales como:** estado diario del mismo, conductas

tomadas en el día, prácticas realizadas, informes de estudios complementarios, solicitudes de interconsultas, etc.

- La mayor información posible, permitirá entender las causas y motivos por las que el paciente continúa internado y bajo la supervisión y estricto control médico y de enfermería.
- Si las causas de la internación son por motivos sociales y/o judiciales deberán ser plasmadas en la evolución. Cualquier otra razón o motivo de permanencia del paciente en el Hospital debe estar claramente formulada en la evolución.

III – HISTORIA CLÍNICA INCOMPLETA

Cuando la HC presenta irregularidades **sustanciales** que logran desnaturalizarla puede ser descalificada como medio probatorio.

Cuando la omisión **no es sustancial** puede producir una inversión de la carga probatoria.

IV – INVERSIÓN DE LA CARGA PROBATORIA

Las omisiones en la HC producen un efecto jurídico importante: la traslación de la carga probatoria.

Se sostuvo:” La carga de la prueba es del actor. El médico no tiene que demostrar su actuar diligente, sino ante lo incompleto de la HC debe aportar al proceso los datos faltantes en la misma, toda vez que dependiendo de él (que tuvo en sus manos el tratamiento del paciente) al no ser arrimados al proceso, crean en su contra una presunción de verdad sobre su conducta antiprofesional, que a él corresponde desvirtuar.”. JP

Esto significa que se deberá demostrar inocencia en las conductas omitidas dentro de la HC.

V – IDENTIFICACIÓN DE SITUACIONES DE RIESGO MÉDICOLEGAL

Se debe trabajar con los profesionales con la finalidad de que informen en modo precoz, situaciones que en la relación médico-paciente indiquen una insatisfacción del paciente o de alguno de sus familiares.

Las instituciones y profesionales vinculados deben informar a la mayor brevedad para que se efectúe el análisis médico-jurídico de la situación.

Debe tenerse en cuenta que la insatisfacción puede generarse por razones objetivas o simplemente porque el paciente o su entorno familiar no ve cumplidas sus expectativas. Esta situación suele estar vinculada a conductas exitistas de los prestadores institucionales o profesionales.

Debe articularse un plan de gestión que asegure un buen entrenamiento de los niveles de dirección, respecto de sus relaciones con las instituciones y profesionales sobre este tema. Debe propiciarse que se denuncien situaciones aunque su probabilidad de conflicto sea menor, pues esta situación puede ser potenciada en cualquier momento por un asesoramiento jurídico interesado.

VII – NORMATIVAS GENERALES

- A- Deberá realizarse un formato de **Historia Clínica** única para todos los servicios y unidades del Hospital.
- B- La misma deberá contar con una proforma que se llenará en su totalidad.
- C- Deberá ser completada en la inmediatez del ingreso del paciente a sala de internación.
- D- Las internaciones que **obvien el ingreso del paciente por la guardia** (internaciones programadas) deberán ser realizadas con las mismas normativas generales que regulan la HC en el Hospital.
- E- El paciente que es internado **por guardia** deberá ser ingresado con:
 - HC completa (HC preformada).
 - Plan Terapéutico General.
 - Estudios Complementarios solicitados y revisados.
 - Informe pertinente al paciente y/o acompañantes.
 - IC a especialista según corresponda.
 - Revisión del paciente y/o estudios complementarios en caso de necesidad.
- F- Dado que la historia es un documento médico y legal, deberá ser lo mas detallada posible y contará inclusive con datos referentes al trato inicial con los pacientes y sus acompañantes y la situación social de riesgo que detecte el médico en forma expresa y resumida.
- G- Deberá tener firma y sello del médico interno que asiste al paciente.
- H- Deberá incluir no solo la fecha, sino también la hora de realización de la misma.
- I- Deberá contar como mínimo con una evolución diaria que detalle con exactitud las conductas tomadas en revista de sala y las prácticas ejecutadas con sus resultados. (*Se hizo mención previa a la importancia de la evolución dentro del formato de HC*)
- J- De la misma manera en la evolución deberá constatarse la fecha y la hora en que la misma se realiza.
- K- La evolución deberá ser firmada por el médico encargado de la sala de internación y/o por el jefe o coordinador del servicio.
- L- Si la gravedad y/o la situación social del paciente así lo requiriera, deberán agregarse una evolución cada vez que se interactúe con el paciente y colocar en la misma la hora de confección.
- M- Deberá adjuntarse una historia nutricional, kinesiológica, de enfermería y mantenimiento. Que contenga también fecha y hora de los procedimientos y/o tratamientos y/o indicaciones en forma simple, concisa y resumida.
- N- Las evoluciones de los **Interconsultores** deberá ser confeccionada a continuación de las evoluciones de los médicos de seguimiento del paciente.

- O- Deberá adjuntarse, en caso de que corresponda, los consentimientos informados en cada procedimiento que así lo requieran.
- P- La HC deberá contener **obligatoriamente** los **protocolos quirúrgicos y anestésicos** según corresponda.
- Q- Al finalizar la HC deberá realizarse una evolución a tal motivo, explicando brevemente la justificación del alta, defunción, derivación, etc. El diagnóstico definitivo y la conducta posterior al alta en relación a: seguimiento por consultorio externo, derivación a otro centro, continuación en internación domiciliaria, derivación a médico de cabecera, etc.
- R- Al finalizar la HC deberá realizarse en forma obligatoria, la **EPICRISIS** (ya mencionada en capítulo II). La excelente confección de la misma es la carga probatoria en caso de un eventual proceso legal.

VIII – DISTRIBUCIÓN Y PUESTA EN MARCHA

- 1 - Operativamente: la normativa será distribuida a jefes de servicio y coordinadores para que sea aplicada por los médicos a su cargo en forma inmediata. (A partir de la entrega de la misma)
- 2 - Se implementará una reunión mensual y/o semanal, en caso de necesidad, para el tratamiento específico de confección y aplicación de la normativa de la HC. Participará un médico encargado de cada servicio a tal efecto.