

HISTORIA CLÍNICA

RHTallei2014

1-ORIGEN-

a-Las historias clínicas más antiguas que se conservan son las incluidas en los libros I y III de las epidemias del **corpus Hippocraticum**

b-**Hipócrates de Cos (460-377 a.C.)** inventor de la **Historia Clínica**, reflejaba en sus relatos tres partes fundamentales:

- Descripción del sujeto
- Descripción de la enfermedad
- Curación o muerte

«Todo lo que haya visto u oído durante la cura o fuera de ella en la vida común, lo callaré y conservaré siempre como secreto, si no me es permitido decirlo» (Juramento Hipocrático)

CULTURA GRIEGA (400 AÑOS A.C)

A-CONCEPCIÓN DEL HOMBRE COMO SER ÚNICO E INDIVIDUAL

B-CONCEPTO DE ENFERMEDAD

**« DESEQUILIBRIO EN EL FUNCIONAMIENTO DEL CUERPO»
CENTRA LA ENFERMEDAD EN LA PARTE FÍSICA DEL HOMBRE.**

C-CONSIDERA AL SANADOR COMO INTERLOCUTOR E INTÉRPRETE DE ESTE HOMBRE ENFERMO Y POR LO TANTO EMBUÍDO DE UN ESPÍRITU HUMANISTA Y ÉTICO Y CREA LAS BASES DE LA MEDICINA.

D-INICIO DEL CONCEPTO BIOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD PERO UNIDO A UN SENTIDO SAGRADO (Atención de enfermos en lugares dedicados a deidades protectoras (Apolo, Asclepio, Etc).

E-SE CONSIDERA LA INFLUENCIA DE OTRAS CONDICIONES: ESTACIONES DEL AÑO, CLIMA, PROPIEDADES DE LAS AGUAS, DEL MEDIO AMBIENTE EN LA PRODUCCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

F-INCURSIONA EN EL ASPECTO COMUNITARIO DE LA ENFERMEDAD:

- EL TÉRMINO EPIDEMION(VISITAR) :enf. que visitan la ciudad
- TÉRMINO ENDEMIÓN : enfermedad que siempre están en la población (endemias).

2-LEGISLACIÓN SOBRE HISTORIA CLÍNICA

- En Argentina desde el 19 de noviembre de 2009 cuenta con la Ley N° 26.529 que rige lo concerniente al documento médico llamado Historia Clínica.
- No se limita a la Historia Clínica : también ejerce su influencia como «estatuto de derechos» de los pacientes en relación al sistema de salud y los profesionales del sistema sanitario. Lo más importante es la «reposición» de los pacientes de su información personal de salud, lo que les permite mayor libertad a la hora no solo de cambiar de profesional, sino que para responsabilizarlos por su información personal de salud y hacerlos partícipes del proceso salud-enfermedad

DEFINICIONES

1-Es el documento donde se recoge el conjunto de datos e informaciones en relación con el estado de salud/enfermedad del paciente, obtenidos a través de la entrevista , la exploración física y complementaria y de todos aquellos procedimientos realizados en la asistencia sanitaria del individuo.

2-Ley 26.529 Rep. Argentina 2009
«Documento obligatorio , cronológico, foliado y completo en el que consta toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud »

3-PILARES DE LA HISTORIA CLÍNICA

1-Marca el comienzo de la relación con el paciente (médico/enfermera/o con el paciente)con el consiguiente compromiso ético.

2--La historia clínica y la exploración física constituyen el núcleo central del diagnóstico y tratamiento.

4-PARTES FUNDAMENTALES DE LA HISTORIA CLÍNICA

- ❖ ANAMNESIS O INTERROGATORIO
- ❖ EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- ❖ CURSO O EVOLUCIÓN (diario clínico)
- ❖ EPICRISIS(comentario final que cierra una historia clínica y representa el juicio clínico del caso.)

ANAMNESIS

- **Objetivos:**

1-Obtener información sobre qué aqueja al paciente (diagnóstico clínico)y cómo es la persona enferma (diagnóstico psicológico)

2-Establecer una buena relación profesional-enfermo(un interrogatorio bien llevado es incluso psicoterapéutico).

- No existen reglas rígidas para recoger la anamnesis (es importante ganar la confianza del paciente).
- Lo importante es saber escuchar al paciente
- No tiene porqué ser extensa, pero sí:

3-Contener datos fiables

4-No omitir ninguna información útil

5-Ser concisa, libre de datos superfluos.

6-Ser lo más objetiva que se pueda.

- De la anamnesis deriva la descripción de los síntomas que servirán de guía para establecer o investigar el diagnóstico.
- Los datos recogidos sirven de justificación para la petición de pruebas complementarias y son el punto de partida del tratamiento

- **Contenido de la Anamnesis:**

Ley 25.326: « en cuanto a los datos en «archivos de datos personales», la ley prevé penas de un mes a dos años de prisión al que insertara o hiciera insertar a sabiendas datos falsos en un archivo de datos personales. Si deriva en perjuicio de la persona, se aumentan las penas. La misma pena sobre personas que accedieran o divulgaran sin autorización la información registrada en un banco de datos personales.

1-Ficha personal: nombre, DNI, edad, sexo, lugar de nacimiento, profesión, raza, estado civil, residencia actual.

2-Motivo principal de la consulta :¿ qué le pasa? , ¿desde cuándo?, ¿a qué lo atribuye ?.

3-Antecedentes familiares.

4-Antecedentes personales (H.Arterial ., diabetes, hiperlipemias, obesidad, tabaco, tratamientos, etc.)

5-Enfermedad actual (núcleo principal)

6-Anamnesis sistemática, por sistemas y aparatos

- **Calidad de la anamnesis**

1-Fallos del enfermo:

- Olvido de datos importantes
- Deformación de los hechos con ideas preconcebidas o por temor a ser hospitalizado o sometido a pruebas.
- Tergiversación intencionada para conseguir jubilación, invalidez, etc.

2-Fallos del entrevistador:

- Apresuramiento (presión asistencial?)
- Desinterés(falta de vocación ?)
- Falta de conocimientos
- Estado emocional inadecuado (burn-out)

5-FUNCIONES DE LA HISTORIA CLÍNICA

- ✓ **Asistencial:** es un documento básicamente asistencial, siendo su misión principal recoger toda la información patográfica relevante, con objeto de poder prestarle al paciente la asistencia más adecuada a su caso.
- ✓ **Docente:** Puede ser utilizada en las sesiones clínicas para la formación continuada de los profesionales sanitarios(cuál es el modo correcto de tratar cada caso clínico, explicando razonablemente las decisiones exploratorias y terapéuticas que se toman
- ✓ **Médico-legal:** Es el testimonio documental de la asistencia prestada(medio probatorio en procesos judiciales).
- ✓ **Controles de calidad asistencial:** La historia clínica sirve para la evaluación de los objetivos científicos-técnicos.

6-HISTORIA CLÍNICA TRADICIONAL VS INFORMATIZADA

Cambios producidos hoy:

Gracias a los avances tecnológicos en cuanto a información y de las comunicaciones , se logra:

- 1-Informatización de la Historia clínica.
- 2-Unificación de la información del paciente registrada en el centro sanitario.
- 3-Integración o no con la de otros niveles sanitarios.
- 4-Disponibilidad de la historia por cualquier centro sanitario en que sea atendido el paciente

a-Inconvenientes de la Historia Clínica tradicional (no informatizada)

- Suelen estar escritas a mano, con letra no siempre legible.
- Suelen ser voluminosas.
- Puede ser difícil de revisar la información necesaria para atender al paciente.
- Muchos datos no suponen necesariamente más información.
- Problemas de almacenamiento (sobres grandes, archivos cada vez mayores ,archivos extrahospitalarios con necesidad de transporte.)
- En el transporte y/o movimientos de historias clínicas pueden perderse datos o resultados ,retrasos o deterioro físico del material, hurtos de documentación sensible.
- Intervienen más personas que lo manejan(algunas no son profesionales sanitarios (ej. Transportistas) con acceso a la documentación clínica.

b-Ventajas de la Historia Clínica Informatizada

- En condiciones normales , permite el acceso inmediato a una completa información.
- Permanente actualización.
- Facilidad de lectura.
- Procesamiento y presentación de la información de forma sencilla y eficaz.
- Simplifica la labor del profesional sanitario ya que hay muchos datos que no hay que repetir, ahorra tiempo y se realiza mejor trabajo.
- El trabajo médico administrativo resulta más fácil: elaboración de informes, partes médicos de alta y baja, recetas, etc.
- Rapidez y sencillez en la revisión de los datos (controles de calidad, estudios estadísticos y de investigación.
- No plantea los problemas de espacio , de archivo.
- « Mas segura la conservación de datos(deterioro y pérdidas de documentación)»
- Permite diferenciar sus contenidos de manera que se puede acceder a todo o parte de la información según los privilegios de acceso que tengan los empleados del centro sanitario.
- Puede ser una única historia clínica para cada paciente, recogiendo los datos de todos los ámbitos donde haya sido atendido (atención primaria, consultas de enfermería, urgencias, etc.)

- Mayor comunicación entre los profesionales implicados en la atención sanitaria.
- La « tarjeta sanitaria » puede ser la llave que autorice el acceso a la información y servir como documento clínico al llevar consigo información clínica relevante.
- Existe riesgo de pérdida de integridad o disponibilidad debido a fallos técnicos.
- Supone un mayor desembolso económico inicial (hardware, software, formación del personal).
- Nuevas medidas de seguridad y confidencialidad.
- Puede haber resistencia del personal a las nuevas formas de introducir datos.
- Impone una servidumbre a la informática.

7- DERECHOS DEL PACIENTE

1-El hospital tiene la obligación de que la historia clínica sea confidencial

2-El archivo central velará por su confidencialidad. Si la historia clínica es solicitada por un Servicio, éste será responsable del uso, conservación y devolución.

3-En caso de publicación , no constarán los datos que puedan llevar a su identificación. Salvo si el usuario da su permiso por escrito.

4-La historia clínica no debe salir del hospital, salvo que sea demandada por la Justicia, mediante copia de la misma.

8-CONDICIONES BÁSICAS A CUMPLIR EN LA CONFECCIÓN DE H. CLINICA

- *Deberá reflejar **verdad y exactitud** en todos los actos médicos, de todo tipo, realizados durante un tratamiento médico, así como los antecedentes del caso, los resultados de las pruebas auxiliares practicadas y aquellos otros datos que fueren necesarios.*
 - *Es importante dejar constancia en la Historia Clínica que se informó al paciente de todo aquello era menester para que prestara su **consentimiento** al tratamiento propuesto.*
 - *La historia Clínica debe ser **completa y coherente** , sin dejar de lado cualquier acto por obvio o insignificante que él pareciera (**ES PREFERIBLE PECAR POR EXCESO Y NO POR DEFECTO**), sin **adulteraciones**, **ocultamientos** , **irregularidades** , **omisiones** o **vacios** de cualquier orden que impiden reconstruir en un futuro con veracidad ,los hechos acaecidos durante el proceso médico.*
- **El exceso de pacientes conspira en la confección de una historia clínica impecable?**

Elena Highton:

Dra. Elena Highton

« lejos de un atenuante , se configura un agravante ,puesto que a mayor sea el número de pacientes a atender al fin del día, por más que sea de privilegiada memoria, más posibilidades tendrá de olvidos o equívocos, por lo tanto ,más escrupuloso deberá ser en la anotaciones»

« las falencias deben ser serias y no meramente formales o secundarias, pues en el mundo hospitalario de hoy, debido a la cantidad de pacientes , puede que se haga la historia clínica escueta o incompleta, ya que en ese momento se maneja con prioridades, delegando muchas veces las anotaciones administrativas.». Pero estas decisiones pueden ser fatales en los tribunales, recordando que el llevar la historia clínica es un acto médico-administrativo, aunque exista el concepto general que predomine lo primero.

- **Ocultamiento al paciente de ciertos datos:**

Debe ser justificado la razón o motivo del ocultamiento referidos a su tratamiento o al proceso médico al que se sometió, así como dejar constancia de a quien o quienes, en defecto del paciente , se transmitió la información, con testigos si es posible.

Código de Ética de la Asociación Médica Argentina art. 176ª Cap. 11

« no deberán omitirse datos imprescindibles para mejor tratamiento aunque los mismos puedan ser objeto de falsos pudores o socialmente criticables».

Código de Ética de la Asociación Médica Argentina art. 168 Cap.11

« La Historia Clínica ha de ser un instrumento objetivo y comprensible por terceros y no solo por quienes escriben en ella»

Implica que es útil dejar constancia datos que si bien puedan no ser imprescindibles para el que la escribe, pero sí para terceros que puedan comprender los alcances de esos datos .

9- RESPONSABILIDAD MEDICA

- ✓ La elaboración de una historia clínica completa, veraz, sin omisiones, falencias ni irregularidades, es *un deber* de los facultativos que participan en de las diferentes partes que la componen o, en su caso, de los establecimientos de salud. Por lo tanto tales omisiones son imputables tanto al médico tratante como a todos los profesionales que intervinieron en las diversas fases del tratamiento hasta el alta o baja.
- ✓ La **confección incompleta estadísticamente es lo más común (falencias, omisiones) y ello constituye una presunción en contra de la pretensión del médico de eximirse de la culpa.**
Ej: Se escribe sin más explicación «óbito» o «fallece» luego de un tratamiento que no implicaba riesgo a priori.
- ✓ **Las omisiones que se presentan en las historias clínicas dan lugar a la inversión de la prueba**, es decir está a cargo de los médicos demostrar que están exentos de responsabilidad. Todos y cada uno de los médicos individualmente considerados, son responsables judicialmente por los daños ocasionados a raíz de las omisiones.

Sala G Cámara Nacional Civil-fallo 1992:Referencia Vazquez Ferreya,R

«El profesional de la medicina tiene el derecho en ampararse en una historia clínica veraz y completa, pero a la vez, debe **soportar las consecuencias** contrarias que puedan extraerse de una historia clínica deficientemente elaborada y en la cuál las omisiones puedan aparecer como un eventual intento de proteger su propia posición ante las falencias o defectos del diagnóstico o del acto quirúrgico practicado.»

Supone que: con dichas omisiones se tiende a encubrir errores médicos en un afán de protegerse de una sanción civil o penal en su contra a raíz de una mala praxis.

SalaF de Cámara Nacional Civil 16-09-1993 Referencia :Vazquez Ferreyra,R

Caso: RN Prematuro (incubadora 5 días) Htal Público. Traslado a Htal Privado (permanece 53 días)RecibeO2 permanente desde nacimiento. Adquiere ceguera irreversible.

El tribunal al no poder determinar en cuál de los dos establecimientos de salud se produjo, condenó en forma solidaria a ambos centros de salud: « no tenemos la demostración acabada de cuál fue el momento en que el O2 fue administrado en forma indebida. Las H. Clínicas de ambos centros demuestran que el control de presencia de O2 en sangre (monitoreo) no fue constante sino que no se practicó durante los días en que se le suministró O2»

Segunda sala de la Cámara Civil y comercial de San Isidro,Bs.As.Argentina 4-05-1990

« la historia clínica irregularmente confeccionada resulta un medio de prueba de escasa eficacia frente a un cuadro general de graves, precisas y concordantes presunciones de conducta omisiva y deficiente servicio de salud brindado por la entidad sanatorial demandada». Semanario Jurisprudencia Argentina 25-09-1991

Sala «D» Cámara Nacional Civil 12-05-1990 « La Ley » D-469-1991

«Habiéndose probado en autos que la historia clínica estaba plagada de deficiencias y omisiones ,este hecho es imputable a todos los médicos que intervinieron directamente en la atención del menor y al jefe de guardia».

«estas razones que suponen graves irregularidades, son suficientes para generar una presunción judicial de culpa que imponía a los demandados la prueba de su falta de c

Sala «J» de Cámara <Nacional Civil 29-09-1994 « La Ley » D550 -199

«Tratándose de la actuación de un profesional de la medicina no puede pensarse que los defectos de la historia clínica no pueden imputársele o sirvan para desobligarlo , por cuanto hace a su responsabilidad la correcta , eficiente y positiva prestación de servicios, para lo cual cuenta, dado los avances de la ciencia, con un equipamiento teórico y técnico cada vez más idóneo.

Los profesionales de la medicina poseen el derecho de ampararse en una historia clínica veraz y completa. También deben soportar las consecuencias adversas que pueden extraerse en caso de resultar la misma deficiente por cuanto las omisiones detectadas pueden aparecer como eventual intento de proteger su propia posición ante las falencias o defectos del diagnóstico del acto quirúrgico practicado.

Sala 2º Cámara Civil y Comercial de Morón ,Argentina. 10-04-1990

« si la historia clínica ostenta importantes omisiones , es una situación en que de modo alguno puede perjudicar a la reclamante».

« se ha quebrantado un deber del demandado en facilitar la prueba, sea del obrar culposo, fuese del obrar impecable, con lo que sólo él puede perjudicarse en ausencia de acreditación de uno u otro extremo , ya que el cumplimiento de la carga de la otra parte se vio obstaculizada por el accionar suyo, que de por sí es negligente, dado que le era exigible la aportación de datos para coadyugar a la difícil actividad esclarecedora de hechos de la naturaleza de los que se trata, incumpléndose por otra parte el deber impuesto por la ley 17.132»

9-1 INEXISTENCIA Y ADULTERACIÓN de la LA HISTORIA CLÍNICA

1-La inexistencia, extravío, ausencia de la historia clínica , es menos frecuente que las omisiones o falencias, pero es sumamente grave, ya que no es imaginable que los médicos no cumplan con el deber de confeccionarla y por otra parte que tal ausencia pueda suceder dadas las medidas de seguridad a que están obligados a adoptar los establecimientos de salud o los médicos en lo que concierne a la correcta conservación de tan importante documento médico.

2-Esta grave irregular origina una presunción judicial de culpa así como **acarrea la inversión de la prueba** (corresponde al médico probar que actuó con diligencia para librarse de responsabilidad).

3-Muy importante: El establecimiento de salud es responsable de dicha pérdida o extravío desde que era su deber la custodia de la historia clínica , por lo que le corresponde asumir la indemnización correspondiente.

- **En Argentina , en los incisos i) y m) del artículo 40^a de la Ley 17134 , se prescribe:**
 - ✓ El Director Médico está obligado a « *adoptar los recaudos necesarios para que se confeccionen Historias Clínicas de los pacientes y que se utilicen en las mismas nomenclaturas de morbilidad y mortalidad establecidas por las autoridades sanitarias así como adoptar las medidas necesarias para una adecuada conservación de las Historias Clínicas y de que no se vulnere el secreto profesional.*».
 - ✓ En dicho dispositivo se autoriza a que el mencionado Director Médico del centro de salud **delegue en los médicos Jefes de Servicio la obligación que le fija la ley. En este caso su deber será el de controlar el accionar de estos facultativos.**

Sala 2º Cámara Nacional Federal Civil y Comercial 30-08-1991

Caso: Muerte de paciente quirúrgico , con ausencia del parte anestésico.

El Tribunal advirtió que no se pudo determinar fehacientemente la causa de muerte de un paciente por ausencia del correspondiente parte anestésico. El Tribunal expresó que el accidente pudo haber sido el resultado de causas naturales de la anatomía o fisiología de la paciente o de una mala práctica anestésica. Esta incertidumbre no pudo desvanecerse por falta del elemento esencial como era el parte anestésico. Por ello los peritos se vieron impedidos de evacuar una opinión científica.

El Tribunal expresa « podría afirmarse ,acaso, que el hospital sólo debería responder por la pérdida de la prueba (una especie de chance) y no por la pérdida de la vida. Dicha solución , que en un primer momento alguna seducción presenta, debe ser desechada en mi opinión porque , en supuestos semejantes, que parecen ser cada vez más frecuentes, bastaría a los sanatorios con ocultar la historia clínica o parte de ella para así disminuir el grado de su responsabilidad.

En todos los casos los establecimientos asistenciales responderían por la chance de la prueba frustrada y no por la mala praxis., que sería una prueba diabólica sin la historia clínica, con lo cuál generaría una solución inaceptable. Los médicos intervinientes fueron responsables por la pérdida (extravío, etc.) de parte de la historia clínica , que impidió practicar una pericia médica , pagándose el 100 % de la indemnización solicitada.

INEXISTENCIA Y ADULTERACIÓN de la LA HISTORIA CLÍNICA

Es un hecho grave ya que se realiza con el propósito de evitar responsabilidades por una mala praxis médica.

- ✓ ***Este caso que supone la existencia de una acción dolosa , a la reparación civil se une la sanción penal***

10 -PRESENTACIÓN Y CONSERVACIÓN

- ✓ Dada la importancia que asume la Historia Clínica es necesario contar con ciertas normas que regulen su contenido mínimo, su elaboración , su presentación y conservación.

El Código de Etica de la Asociación Médica Argentina prescribe :

La Historia Clínica debe ser legible, no tener tachaduras, no se debe escribir sobre lo ya escrito, no debe ser borrada, no se deberán espacios en blanco y ante una equivocación debe escribirse ERROR y aclarar lo que sea necesario, hora y firma del médico actuante.

Artículo 181º Cap. 11 de Código de Etica de la Asociación Médica Argentina

El médico y/o el Sanatorio son los custodios de la Historia Clínica , la desaparición de ésta o su falta de conservación, entorpecerá la acción de la justicia , al tiempo que le quita la posibilidad al médico tratante y al mismo sanatorio, de una oportunidad invaluable de defensa en juicio.

Se otorga al médico o al sanatorio, según sea el caso , tan solo la calidad de « custodios » de la historia clínica

11- GUARDA DE LA HISTORIA CLÍNICA

(Ley26.529 República Argentina)

--«Determina que la **historia clínica debe ser única en cada institución y archivar con un código que debe conocer el paciente**. Declara responsables de su guarda , según lo exige el Código Civil, a los establecimientos públicos y privados, y a los profesionales de la salud que sean titulares de consultorios.»

-«**Establece la guarda por un plazo de 10(diez) años**, impuesto por la prescripción obligatoria de la responsabilidad contractual.

-«**El plazo de 10 años se computa desde la fecha del último registro de la historia clínica**»

-«**Autoriza a reclamar una copia de la historia clínica al paciente y su representante legal, al cónyuge o conviviente de hecho** (sin importar el sexo) y a los herederos forzosos.»

No aclara si cónyuges o convivientes deben contar con la autorización o no expresa del paciente. (art. 19 inciso b).»

-«**Autoriza a los médicos y otros profesionales en el arte de curar, siempre y cuando cuenten con el consentimiento del paciente o su representante legal**».

-

12- CONFECCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

1- El médico debe ser sumamente cuidadoso en la confección y uso de la Historia Clínica.

2-No debe emitir «juicios de valor o apreciaciones » o información ajena a su propósito.

3-En la actualidad predomina la Historia Clínica manuscrita sobre las informatizada.

4-Consiguar en forma cronológica ,diariamente , con el señalamiento de la hora , hojas foliadas correlativas, todos los datos que corresponden a la atención médica .

5-Rubricadas tanto la evolución diaria como la hoja de indicaciones por el médico tratante y por otros facultativos que intervienen en el tratamiento. Firma y sello (N° matrícula).

El Código de Etica de la Asociación Médica Argentina prescribe que « la Historia Clínica debe ser redactada y firmada por el mismo médico que realizó la prestación y debe consignarse puntualmente cuando un colega reemplaza a otro en algunas funciones.

6-Siempre explicar las abreviaturas y llegado el caso omitirlas, ya que es necesario tener en cuenta los documentos médicos, en ocasiones, deberán ser leídos por personas no entrenadas en el léxico técnico, tales como los jueces. Ej: RX. , ECG, HIC, etc.

7-Las hojas deben ser numeradas , anotando en cada una el nombre y apellido del paciente y la fecha.

8-Es fundamental un preciso detalle de las condiciones en que ingresa el paciente (1° evolución), diagnóstico de certeza o presuntivo/s y el tratamiento coherente con el diagnóstico que corresponda.

9-No dejar espacios en blanco entre las inscripciones ni escribir entre renglones .

10-Evitar borraduras o tachaduras .

11-Si se comete un error en las anotaciones debe ser formalmente salvado. El Código de Etica de la Asociación Médica Argentina prescribe « no se debe escribir sobre lo ya escrito y ante una equivocación debe escribirse ERROR y aclarar lo que sea necesario.

12-Dejar constancia de la evolución de la salud del paciente diariamente , haciendo constar los hechos positivos y los negativos relevantes, incorporando resultados de estudios complementarios útiles para otros profesionales.

13-Preferible tinta negra o azul (importante para fotocopiado)

14-Impresión firme al escribir (las Hojas de INDICACIONES y EPICRISIS suelen ser por triplicado.)

15-Registrar la opinión de otros profesionales cuando se acuda a interconsultas, refiriendo hora y día, en la hoja de evolución o en Hoja de Interconsultas si la hubiera.

16-En caso de ocultarse alguna información , debe indicarse su motivación , precisándose si ella fue transmitida a familiares o allegados y si existen testigos de este acto.

17-La negativa de padres y/o tutores a aceptar indicaciones registrarlos debidamente

18-Letra legible. Su redacción deficiente , incomprensible, es un elemento agravante en los juicios de responsabilidad legal.

19-En caso de desgloses o agregados de componentes de la Historia Clínica debe dejarse en ésta expresa constancia de estos hechos, con fecha, sello y firma del profesional interviniente

20-Epicrisis. Fundamental su confección. Copia para el paciente y para la Institución.

21-«Prácticas realizadas o abandonadas »:si el paciente abandona o rechaza un tratamiento propuesto ,es responsabilidad del médico consignarlo. Ley 26.529.

12- 1 PREVENCIÓN DE ERRORES DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS Y SOL. E.V. **10 PASOS** **RHT2014**

1-NO hacer una prescripción en condiciones ambientales y en horarios expuestos a distracciones.

2-Verificar siempre que:

-La prescripción corresponde al paciente

-El nombre del paciente , peso, superficie corporal. figure en la hoja de indicaciones.

-Figure Pabellón, sala ,cama y cobertura social..

3-Al redactar la prescripción , tener en cuenta:

-Indicar el nombre genérico del medicamento.

-Señalar dosis, intervalo entre dosis, dilución , vías y tiempo de infusión. Registro de cronograma..

-Expresar los decimales con “ coma “ y no con “punto”

-NO usar abreviaturas, enmiendas ni sobreescrituras (en este caso colocar ERROR , firma del profesional, sello y hora .

-Indicar fecha y hora en que se realiza la prescripción.

-Escribir con letra clara (legible). Puede ser mayúsculas

4-Aclarae si existe incompatibilidad con otro medicamento o diluyente.

5-Acordar con Enfermería los horarios que se consideren más apropiados, para asegurarse que el paciente sea controlado luego de la medicación.

6-NO repetir las indicaciones del día anterior escribiendo la frase “ iguales indicaciones.

7- Colocar con MAYÚSCULA la palabra “MODIFICADO”(hora-firma y sello del profesional) al lado de la indicación que se cambia durante el día y avisar personalmente a la enfermera/o.

8-Realizar dos o más veces los cálculos de los medicamentos administrar que requieran varias diluciones y expresar la dilución claramente.

9-Al finalizar

- Revisar todo lo escrito
- Controlar los cálculos de dosis.
- Verificar si existen omisiones y si hay indicaciones confusas.
-
- Firmar y colocar el apellido del profesional responsable con letra legible.
-

10-Todas las prescripciones , SIN EXCEPCIÓN , deben ser revisadas por otro médico antes de indicarlas, colocando al final controlado por.....

12-2 LA CALIGRAFÍA MEDICA

- ✓ Es costumbre entre los médicos escribir en forma tal que sólo puedan entenderse entre ellos o los farmacéuticos. No se comprende cuál es la razón o motivo de este extraño proceder.

Rabinovich-Berkman,ricardo.Actos jurídicos y documentos biomédicos.ob.cit..pág 203:

-«Verdadero lugar común, harto justificado por cierto, el lamentar lo estrambólico de las caligrafías médicas, que a veces parecen formuladas con toda la intención de no poder ser descifradas».

-« es una lacra y un gran óbice a la utilidad de la historia clínica, no solo a la hora de su empleo judicial, si fuera el caso, sino, lo que es infinitamente más grave , como elemento terapéutico compartido entre los diferentes sujetos que están luchando juntos para ayudar a alguien»

-« el factor comunicativo de esta herramienta se aniquila si no se comprende la letra del otro»

Achaval, Alfredo Responsabilidad Civil del Médico ,ob. Cit., pág. 45

-» Resulta incoherente que siendo necesaria para la auditoría médica y para los procedimientos judiciales, no sea obligatoria, sin embargo, una historia clínica legible.»

Artículo 178° del Cap. 11 de Código de Ética de la Asociación Médica Argentina:

«La Historia Clínica completa y redactada en forma comprensible , es una de las mayores responsabilidades del Equipo de Salud y su redacción defectuosa es un elemento agravante en los juicios de responsabilidad legal»

*Corresponde a los establecimientos de salud vigilar que sus profesionales escriban de manera comprensible pues en caso de producirse daño a consecuencia de este hecho, resultarían culpables del mismo por un factor de atribución de responsabilidad objetiva o **culpa in vigilando**.*

13- LA HISTORIA CLINICA COMO MEDIO DE PRUEBA

1-La historia clínica , en cuanto es un importante medio de prueba , debe ser llevada por el médico con sumo cuidado, no omitiendo en ella ningún dato-al menos de importancia-relacionado con el proceso de curación a su cargo.

1-La historia clínica , en cuanto es un importante medio de prueba , debe ser llevada por el médico con sumo cuidado, no omitiendo en ella ningún dato-al menos de importancia-relacionado con el proceso de curación a su cargo.

2-Ley Española 41, 14-11-2002.Art.15.1 « debe incorporar la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Este derecho supone que en la historia clínica « quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado , de la información obtenida en todos los procesos asistenciales realizados» .Para que este derecho se haga efectivo y cumpla su propósito, ***deben utilizarse los mecanismos apropiados que garanticen la autenticidad e integridad de la historia clínica cuidando, por consiguiente, su perdurabilidad sin alteración alguna.***

3-Ravinovich-Berkman,Ricardo.Actos y documentos biomédicos, ob.cit.,pág 199

Revisando la jurisprudencia comparada , la historia clínica es ofrecida como de singular importancia en los litigios por parte de pacientes insatisfechos. Es tal su importancia probatoria que no hay litigio que «no se luche por conseguirla si no aparece, donde se dediquen hojas y hojas de los escritos principales(demanda, contestación, alegatos, expresiones de agravios) a glosarla o parafrasearla, a alabar su pulcritud o denostar su desprolijidad.

4-Elena I Higton.(Actual Vicepresidente Suprema Corte de Justicia de la Nación.Prueba del daño por mala praxis médica.ob.cit.,pág 952:

« La historia Clínica es una herramienta de singular importancia en la hora de atribuir responsabilidades. A menudo el paciente y el profesional médico deben reconstruir hechos que el tiempo ha desdibujado. Es así ,que años después de ocurridos por hechos» cuando los testigos han olvidado o han desaparecido», la historia clínica es una pieza fundamental para su reconstrucción.

4-Elena I Higton.(Actual Vicepresidente Suprema Corte de Justicia de la Nación. Prueba del daño por mala praxis médica.ob.cit.,pág 952:

« La historia Clínica es una herramienta de singular importancia en la hora de atribuir responsabilidades. A menudo el paciente y el profesional médico deben reconstruir hechos que el tiempo ha desdibujado. Es así ,que años después de ocurridos por hechos» cuando los testigos han olvidado o han desaparecido», la historia clínica es una pieza fundamental para su reconstrucción.

14- EPICRISIS

- ✓ La historia clínica debe cerrarse con la epicrisis, que es el resumen de lo ocurrido durante el tratamiento al que fue sometido el paciente, el cuál, generalmente , se produce en el curso de su internación en un establecimiento de salud.
- ✓ En ella se consignan los datos relativos a su ingreso, diagnóstico, evolución, exámenes complementarios y tratamiento recibido como así también las indicaciones médicas para luego de la externación hospitalaria.
- ✓ El paciente tiene el derecho a acceder a este documento médico y obtener una copia del mismo.

✓ **Fernandez Costales ,Javier,El contrato de servicios médicos,Civitas:Madrid,1988,pág 197**

«El informe de alta ,por tanto se adecua al derecho a la información de los pacientes, convirtiéndose también por su naturaleza en un documento que permite evaluar externa e internamente la calidad de la asistencia prestada en el establecimiento, siendo asimismo una información necesaria y utilizable para la continuidad de la asistencia del paciente dado de alta, bien sea por otros niveles de atención, fundamentalmente por el médico general , de cabecera o en otros hospitales.

14- ley 26529 DERECHOS DEL PACIENTE EN RELACIÓN A PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE SALUD.

SALUD PUBLICA

Ley 26.529

Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Sancionada:

Octubre 21 de 2009 Promulgada de Hecho: Noviembre 19 de 2009

El Senado y Cámara de Diputados
de la Nación Argentina
reunidos en Congreso, etc.
sancionan con fuerza de

Ley:

DERECHOS DEL PACIENTE, HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

ARTICULO 1º — Ambito de aplicación. El ejercicio de los derechos del paciente, en cuanto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica, se rige por la presente ley.

Capítulo I

DERECHOS DEL PACIENTE EN SU RELACION CON LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE LA SALUD

ARTICULO 2º — Derechos del paciente. Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes:

a) Asistencia. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente;

b) Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes;

c) Intimidad. Toda actividad médico – asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana

y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N° 25.326;

d) Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente;

e) Autonomía de la Voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud;

f) Información Sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud.

El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.

g) Interconsulta Médica. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener un segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

Capítulo II

DE LA INFORMACION SANITARIA

ARTICULO 3º — Definición. A los efectos de la presente ley, entiéndase por información sanitaria aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos.

ARTICULO 4º — Autorización. La información sanitaria sólo podrá ser brindada a terceras personas, con autorización del paciente. En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, la misma será brindada a su representante legal o, en su defecto, al cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.

Capítulo III

DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

ARTICULO 5º — Definición. **Entiéndese por consentimiento informado**, la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- a) Su estado de salud;
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;
- c) Los beneficios esperados del procedimiento;
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;
- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

ARTICULO 6º — Obligatoriedad. Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.

ARTICULO 7º — Instrumentación. El consentimiento será verbal con las siguientes excepciones, en los que será por escrito y debidamente suscrito:

- a) Internación;
- b) Intervención quirúrgica;
- c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos;
- d) Procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación de la presente ley;
- e) Revocación.

ARTICULO 8º — Exposición con fines académicos. Se requiere el consentimiento del paciente o en su defecto, el de sus representantes legales, y del profesional de la salud interviniente ante exposiciones con fines académicos, con carácter previo a la realización de dicha exposición.

ARTICULO 9º — Excepciones al consentimiento informado. El profesional de la salud quedará eximido de requerir el consentimiento informado en los siguientes casos:

- a) Cuando mediare grave peligro para la salud pública;
- b) Cuando mediare una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales.

Las excepciones establecidas en el presente artículo se acreditarán de conformidad a lo que establezca la reglamentación, las que deberán ser interpretadas con carácter restrictivo.

ARTICULO 10. — Revocabilidad. La decisión del paciente o de su representante legal, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimientos de los riesgos previsibles que la misma implica. En los casos en que el paciente o su representante legal revoquen el rechazo dado a tratamientos indicados, el profesional actuante sólo acatará tal decisión si se mantienen las condiciones de salud del paciente que en su oportunidad aconsejaron dicho tratamiento. La decisión debidamente fundada del profesional actuante se asentará en la historia clínica.

ARTICULO 11. — Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes.

Capítulo IV

DE LA HISTORIA CLINICA

ARTICULO 12. — Definición y alcance. A los efectos de esta ley, entiéndase por historia clínica, el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.

ARTICULO 13. — Historia clínica informatizada.

El contenido de la historia clínica, puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad.

La reglamentación establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designa a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma.

ARTICULO 14. — Titularidad. *El paciente es el titular de la historia clínica.*

A su simple requerimiento debe suministrarse copia de la misma, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. La entrega se realizará dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de solicitada, salvo caso de emergencia.

ARTICULO 15. — Asientos. Sin perjuicio de lo establecido en los artículos precedentes y de lo que disponga la reglamentación, en la historia clínica se deberá asentar:

- a) La fecha de inicio de su confección;
- b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar;
- c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad;
- d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes;
- e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere;
- f) Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas.

Los asientos que se correspondan con lo establecido en los incisos d), e) y f) del presente artículo, deberán ser realizados sobre la base de nomenclaturas y modelos universales

adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud, que la autoridad de aplicación establecerá y actualizará por vía reglamentaria.

ARTICULO 16. — Integridad. Forman parte de la historia clínica, los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve sumario del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante.

ARTICULO 17. — Unicidad. *La historia clínica tiene carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado*, y debe identificar al paciente por medio de una “clave uniforme”, la que deberá ser comunicada al mismo.

ARTICULO 18. — Inviolabilidad. Depositarios.

La historia clínica es inviolable. Los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquélla, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas. A los depositarios les son extensivas y aplicables las disposiciones que en materia contractual se establecen en el Libro II, Sección III, del Título XV del Código Civil, “Del depósito”, y normas concordantes.

La obligación impuesta en el párrafo precedente debe regir durante el plazo mínimo de DIEZ (10) años de prescripción liberatoria de la responsabilidad contractual. Dicho plazo se computa desde la última actuación registrada en la historia clínica y vencido el mismo, el depositario dispondrá de la misma en el modo y forma que determine la reglamentación.

ARTICULO 19. — Legitimación. Establécese que se encuentran legitimados para solicitar la historia clínica:

- a) El paciente y su representante legal;
- b) El cónyuge o la persona que conviva con el paciente en unión de hecho, sea o no de distinto sexo según acreditación que determine la reglamentación y los herederos forzosos, en su caso, con la autorización del paciente, salvo que éste se encuentre imposibilitado de darla;
- c) Los médicos, y otros profesionales del arte de curar, cuando cuenten con expresa autorización del paciente o de su representante legal.

A dichos fines, el depositario deberá disponer de un ejemplar del expediente médico con carácter de copia de resguardo, revistiendo dicha copia todas las formalidades y garantías que las debidas al original. Asimismo podrán entregarse, cuando corresponda, copias certificadas por autoridad sanitaria respectiva del expediente médico, dejando constancia de la persona que efectúa la diligencia, consignando sus datos, motivos y demás consideraciones que resulten menester.

ARTICULO 20. — Negativa. Acción. Todo sujeto legitimado en los términos del artículo 19 de la presente ley, frente a la negativa, demora o silencio del responsable que tiene a

su cargo la guarda de la historia clínica, dispondrá del ejercicio de la acción directa de “**habeas data**” a fin de asegurar el acceso y obtención de aquélla. A dicha acción se le imprimirá el modo de proceso que en cada jurisdicción resulte más apto y rápido. En jurisdicción nacional, esta acción quedará exenta de gastos de justicia.

ARTICULO 21. — Sanciones. Sin perjuicio de la responsabilidad penal o civil que pudiese corresponder, los incumplimientos de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los profesionales y responsables de los establecimientos asistenciales constituirán falta grave, siendo pasibles en la jurisdicción nacional de las sanciones previstas en el título VIII de la Ley 17.132 —Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las mismas— y, en las jurisdicciones locales, serán pasibles de las sanciones de similar tenor que se correspondan con el régimen legal del ejercicio de la medicina que rija en cada una de ellas.

Capítulo V

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 22. — Autoridad de aplicación nacional y local. Es autoridad de aplicación de la presente ley en la jurisdicción nacional, el Ministerio de Salud de la Nación, y en cada una de las jurisdicciones provinciales y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la máxima autoridad sanitaria local. Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a adherir a la presente ley en lo que es materia del régimen de sanciones y del beneficio de gratuidad en materia de acceso a la justicia.

ARTICULO 23. — Vigencia. La presente ley es de orden público, y entrará en vigencia a partir de los NOVENTA (90) días de la fecha de su publicación.

ARTICULO 24. — Reglamentación. El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley dentro de los NOVENTA (90) días contados a partir de su publicación.

ARTICULO 25. — Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTIUN DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL NUEVE. — REGISTRADA BAJO EL Nº 26.529 — JULIO C. C. COBOS. — EDUARDO A. FELLNER. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada.

BIBLIOGRAFÍA

1-Regulación Jurídica de la Historia Clínica: Doctrina, Jurisprudencia y Legislación comparada. Dr. Carlos Fernández Sessarego.

Sus notas bibliográficas:

2-Highton, Elena I.: "Prueba del daño por mala praxis médica ." Pág: 952,954,955,958.

3-Vázquez Ferreyra, R. : "Importancia de la historia clínica en los juicios de mala praxis médica ".

4-Rabinovich-Berkman, Ricardo: -"Actos Jurídicos y Documentos biomédicos. Ob.cit. pág. 199, 203, 242.

-" El derecho personalísimo sobre los datos personales ".Dunken, Buenos Aires 1996.

5-Achával ,Alfredo "Responsabilidad Civil del Médico. Ob.cit. pág. 45.

6-Fernández Costales, Javier: "El contrato de Servicios Médicos" .Civitas: Madrid 1988. Pág. 197.