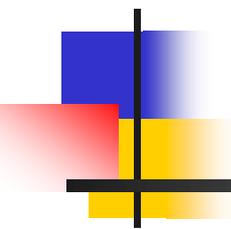




Documentos legales de los procedimientos del personal sanitario

Lic. Enrique García Calleja



Objetivo

El alumno identificara la importancia que tiene un expediente clínico así como el adecuado empleo de los métodos auxiliares de diagnostico que lo integran, reconociendo su valor jurídico-legal.



EXPEDIENTE CLÍNICO:

Regulado por la Norma Oficial Mexicana: NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2012.

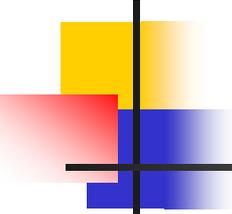
(NUMERAL 4.4.)

Es el conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.



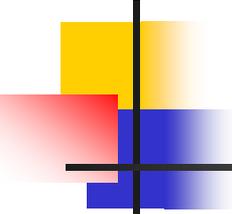
EXPEDIENTE CLÍNICO:

- **Objetivo:** Sistematizar, homogenizar y actualizar los registros del paciente; involucrando acciones preventivas, curativas y de rehabilitación.
- **Integrado:** Conjunto de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, registros, anotaciones y certificaciones relativas a la intervención del personal sanitario.



MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO:

- Es de propiedad exclusiva de la institución, sin embargo el paciente tiene la titularidad de la información que aportó (Numeral 5.4.).
 - Información: Conservada con discreción y confidencialidad (REVELACIÓN DE SECRETO), sólo puede ser revelada previa autorización escrita del paciente al paciente, tutor o representante legal (Numeral 5.5, 5.5.1., 5.6 y 5.7)
- Leer los numerales**
- Constituye una prueba en procesos civiles, penales o laborales (Demuestra los procedimientos de sanidad aplicados)



MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO:

- Deberá elaborarse un sólo expediente clínico cuando en un mismo establecimiento se proporcionen varios servicios (Numeral 5.14.).
- Todas las notas médicas y reportes deben contener nombre completo del paciente, edad, sexo, número de cama y expediente, expresarse en lenguaje técnico, sin abreviaturas, con letra legible, **sin tachaduras ni enmendaduras, expresar el nombre y la firma de quien la elabora y conservarse en buen estado.** (Numeral 5.8, 5.9, 5.10, 5.11.)
- Los profesionales están obligados a proporcionar informes verbales y por escrito previa solicitud también por escrito (Numeral 5.6)

CONTENIDO:

La NOM-004-SSA3-2012, en su Apartado 6, numerales 6.1. a 6.4. establece los componentes del expediente clínico de consulta general y de especialidad, sin embargo, en los apartados 7, 8 y 9 se refiere con especificidad a las notas médicas de urgencias (Apart. 7), hospitalización (Apart. 8) y reportes del personal profesional y técnico. A su vez, en el apartado 10, señala la obligatoriedad de inclusión de otros documentos de suscripción obligatoria, tales como:

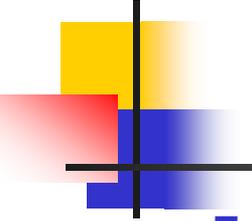
Carta de consentimiento bajo información (del paciente o familiar más cercano en vínculo que se encuentre presente, tutor o representante legal), mismo que será recabado como mínimo (Ver Apartado 10.1.2.): Al ingreso, procedimientos de cirugía mayor, procedimientos de anestesia, salpingoclasia y vasectomía, donación de órganos, tejidos y trasplantes, investigación clínica, necropsia, procedimientos de diagnóstico y terapéuticos considerados de alto riesgo, cualquier procedimiento que involucre mutilación, cualquier otro que el personal de salud considere adicional.

En caso de urgencia aplica el artículo **81 del RLGS (Estado de Necesidad, checarlo)**

Hoja de Egreso: Cuando sea en contra de recomendación médica **aplica artículo 79 RGLS, checarlo)**

Otras: **Hoja de notificación al ministerio público, Reportes de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica, y/o notas de defunción de muerte fetal.**

Ojo: Además de los documentos especificados como obligatorios se podrá contar con cubierta, hoja frontal, nota de trabajo social, nutrición y los que sean necesarios para completar la atención al paciente **(Hoja de Comunicación efectiva)**



CONTENIDO: Expediente clínico en consulta general
(Apartado 6)

- **Historia clínica.**
- **Interrogatorio.**
- **Exploración física.**
- **Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros.**
- **Diagnóstico, pronóstico, e indicación terapéutica**
- **Notas de Evolución:**
Cada vez que proporcione atención al paciente ambulatorio, incluirá: actualización de cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento e indicaciones médicas
- **Notas de interconsulta**

CONTENIDO: En urgencias

(Apartado 7):

Urgencia (4.11): Todo problema médico quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y requiere atención médica inmediata

- **Nota médica inicial:**
(Signos vitales, motivo de la atención, interrogatorio, estudios previos, diagnóstico, tratamiento y pronóstico)
- **Notas de evolución**
(cada vez que se proporciona información al paciente).
- **Hoja de enfermería**
(Apartado 9)
- **Resultados de estudios.**
- **Notas de interconsulta**
- **Nota de referencia o traslado.**
- **(Otros: Notificación al M.P., Nota de defunción o muerte fetal, en su caso, etcétera)**

CONTENIDO: En hospitalización

(Apartado 7):

Urgencia (4.11): Todo problema médico quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y requiere atención médica inmediata

- **Nota médica de ingreso:** Interrogatorio, exploración física y estado mental, resumen de estudios previos, diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- **Historia Clínica**
- **Notas de evolución** (cada vez que se proporciona información al paciente, al menos una vez al día).
- **Hoja de enfermería** (Apartado 9)
- **Resultados de estudios.**
- **Nota de referencia o traslado.**
- **Nota Preoperatoria:** Fecha de cirugía, diagnóstico, plan quirúrgico, tipo de intervención riesgo quirúrgico, cuidados y plan terapéutico preoperatorio, pronóstico.
- **Nota pre anestésica.** Incluye vigilancia y registro anestésico
- **Nota Postoperatoria:** Diagnóstico, operación planeada y realizada, diagnóstico postoperatorio, técnica empleada, hallazgos, reporte de conteo de gasas, compresa y e instrumental, Plan de manejo, Pronóstico, etc.
- **Nota de egreso:** Diagnóstico final, manejo durante hospitalización, plan de manejo y tratamiento, pronóstico, en caso de defunción causas de la muerte y si se solicitó o llevo a cabo necropsia hospitalaria.

MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO:

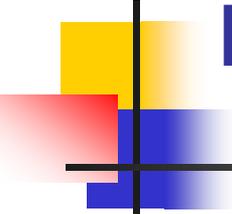


- **Indicaciones verbales:**
No son legales, pueden originar severos riesgos a enfermería.
- **Médico se negare a asentaras o a cumplir con los requerimientos del expediente clínico:**
Anotaciones en la hoja de enfermería.

MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO:

	PROTOCOLO		Código: PRT-SEN-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 16
	PROTOCOLO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Rev. 02
			Hoja: 1 de 17

**PROTOCOLO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE**



MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO:

META 2. MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA

El personal del Instituto previene errores que involucran las comunicaciones más propensas al error, y utiliza el proceso de escuchar, escribir, leer y confirmar en la comunicación verbal de indicaciones y/o en situaciones de urgencia que se pueden dar durante los procesos asistenciales en las áreas de hospitalización, urgencias, terapia Intensiva, quemados y quirófano.

Objetivo

Prevenir errores que involucran a las comunicaciones más propensas al error: Órdenes y/o información de resultados críticos de laboratorio y gabinete (**VERBALES y TELEFÓNICAS**).

Políticas

- El personal que labora en el Instituto deberá mantener una Comunicación oral y escrita efectiva, oportuna, precisa, completa, y comprensible por quien la recibe.
- Solo se reciben órdenes verbales cuando la persona responsable de emitir las por las actividades propias de su función no las puede realizar de manera escrita y la situación del paciente requiera una pronta acción. Una vez resuelta la problemática la persona que dio la indicación deberá anotarla en la hoja de indicaciones Médicas y firmar el formato **“Hoja de Registro de Comunicación Efectiva”**.

MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO:

	PROTOCOLO		Código: PRT-SEN-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 16
	PROTOCOLO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Rev. 02
			Hoja: 6 de 17

- El personal del Instituto que reciba una indicación verbal por vía telefónica debe **Escuchar, Escribir, Leer y Confirmar** dicha indicación, anotándola en el formato “**Hoja de Registro de Comunicación Efectiva**” la cual será firmada por la persona que emite la indicación en cuanto sea resuelta la urgencia.



Las indicaciones médicas verbales o telefónicas, deben ser registradas en el Expediente Clínico, sin embargo, existen condiciones especiales que por su emergencia, imposibilitan al médico el registro de esta práctica, en estos casos las indicaciones podrán ser en forma verbal y después serán registradas en el formato “**Hoja de Registro de Comunicación Efectiva**”, la cual será integrada al Expediente Clínico.

- En el caso de realizar este tipo de ordenes entre el personal de salud dentro de la sala de operaciones o en situaciones de urgencia, que no permite el registro inmediato de la indicación, el proceso de intercambio se llevará cabo de la siguiente manera:
 - Escuchar** completamente la indicación o resultado por parte del receptor
 - Escribir** la orden o el resultado de laboratorio o gabinete, repite en voz alta por parte del receptor, en cuanto sea posible escribe en el Expediente Clínico y/o en el formato “Hoja de Registro de Comunicación Efectiva.
 - Leer** por parte del receptor de la orden o el resultado del análisis, tal como lo escribió.
 - Emisor **confirme** la indicación, orden o el resultado que se ha anotado y leído exactamente.

MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO:

	PROTOCOLO		Código: PRT-SEN-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 16
	PROTOCOLO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Rev. 02
			Hoja: 7 de 17



En el caso de ordenes verbales que se dan durante la Reanimación Cardio Pulmonar, que no permite el registro de la indicación, el proceso de intercambio se realizará de la siguiente manera:

- Emisor: emite la indicación
 - Receptor: escuchar la indicación por el emisor
 - Confirmar la orden por el receptor y repetir en voz alta la indicación
 - Cumplir la orden del emisor
- Una vez concluido el evento, el emisor y receptor escribirán en los registros correspondientes del Expediente Clínico: Nota de evolución, Indicaciones Médicas, Registro de la Atención de RCP y los Registros Clínicos de Enfermería.
- El emisor escribirá las indicaciones verbales
 - El receptor escribirá las indicaciones recibidas y las acciones realizadas.



HOJA DE ENFERMERÍA (Apartado 9):

- **Es un método conciso de organización y registro de las actuaciones que la enfermera lleva a cabo: Valoraciones, registros y evaluaciones de la eficacia de las intervenciones.**
- **Creación de una información de rápida accesibilidad para todos los miembros del equipo multidisciplinario.**



MANEJO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA:

FINALIDAD:

- Ayuda a coordinar los cuidados administrados por varios profesionales.(ENFERMERAS)
- Fomenta la exactitud en la asistencia al paciente y, disminuye la posibilidad de error.
- Ayuda al personal multidisciplinario a hacer mejor uso de su tiempo, eludiendo las actividades superpuestas.

MANEJO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA:

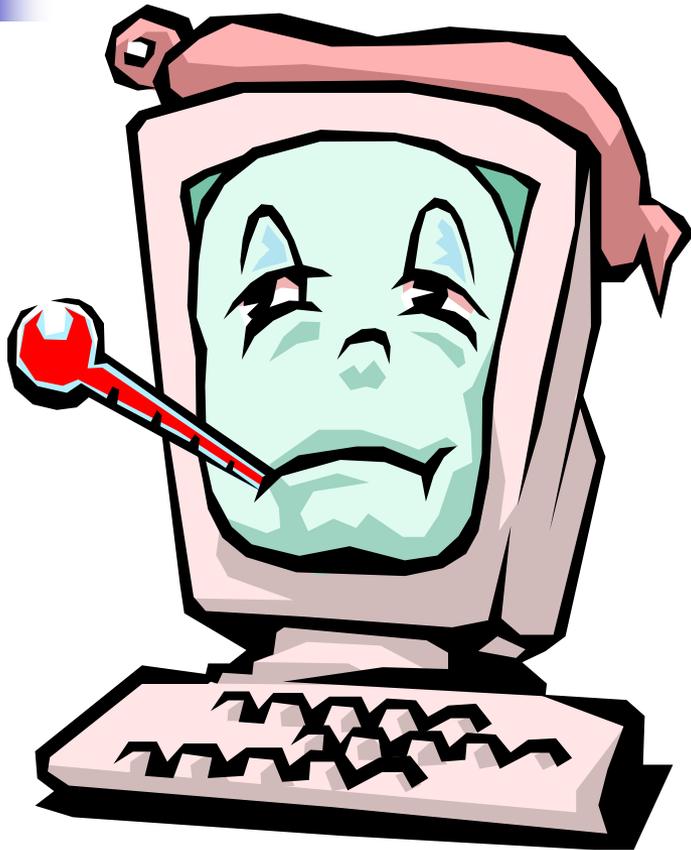
CARACTERÍSTICAS

- Es un documento legal.
- Es propiedad de la institución.
- Beneficia al paciente.
- Es un documento confidencial.
- Constituye un registro por escrito.





ELEMENTOS: NOM-004-SSA3-2012.



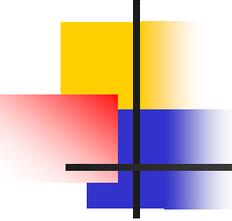
- Hábitus exterior.
- Gráficas de Signos Vitales.
- Ministración de medicamentos.
- Procedimientos realizados.
- Observaciones.



HOJA DE ENFERMERÍA GENERALIDADES

- Los procedimientos de enfermería deben anotarse inmediatamente después de ejecutada la actividad.
- La letra debe ser clara y legible, de preferencia de molde para facilitar la lectura

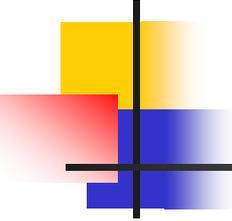
HOJA DE ENFERMERÍA



GENERALIDADES

- No dejar espacios entre renglones o huecos en blanco.
- Tener la precaución de registrar sólo la información pertinente, con el fin de proteger la privacidad del cliente.
- Evitar borraduras, rayones, líquido corrector o cubrir con tela adhesiva.
- No parchar la hoja.
- Deben ser firmadas por personal indicado.

HOJA DE ENFERMERIA



PRECAUCIONES

- Indicaciones verbales: No son legales, pueden originar severos riesgos a enfermería.
- Médico se negare a asentadas o a cumplir con los requerimientos del expediente clínico.
- Corroborar la fecha y hora en que se dan las indicaciones médicas.



HOJA DE ENFERMERÍA

CAUSAS DE RESPONSABILIDAD.

- **NEGLIGENCIA:** Es el descuido o falta de atención en el cumplimiento de las labores.
- **IMPERICIA:** Es la falta de experiencia o destreza en la práctica de una profesión.
- **DOLO:** Es la mala fe, maquinación o artificio de que se vale una persona para provocar intencionalmente un daño a otro.

IRREGULARIDAD.	CAUSA:	PRODUCE:	RESPONSABILIDAD:
FALTA DE CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA.	1.- Desorganización. 2.- Ilegibilidad. 3.- Ausencia de nombre y firma.	-Negligencia. -Impericia. -Negligencia. - Negligencia.	Civil, Penal, Laboral y administrativa.
INDICACIONES VERBALES.	1.- Ausencia de notas médicas, en casos: Urgentes, no urgentes.	-Negligencia. - Impericia.	Civil, Penal, Laboral y administrativa.
ALTERACION DE DOCUMENTO	1.- Mutilación. 2.- Incompleta. 3.- Correcciones. 4.- Firmar por otro.	-Negligencia. -Dolo. - Impericia.	Penal y Laboral.