

Historia Clínica Convencional y Electrónica

Dr. Fabián Vítolo

1er Curso de Seguridad del Paciente

Círculo Médico de Córdoba 2015

¿Por Qué Documentar?

- ✓ Herramienta de comunicación
- ✓ Herramienta de planificación
- ✓ **Interés médico-legal**
- ✓ Datos estadísticos
- ✓ Facturación
- ✓ Herramienta de prevención (administración de riesgos)

Historia Clínica como Documento Legal

- ✓ Utilizada para reconstruir la continuidad del cuidado
- ✓ Única evidencia disponible al pasar los años
- ✓ Se la considera un reflejo de la atención brindada al paciente
- ✓ Analizada punto por punto tanto por los abogados defensores como por los abogados demandantes
- ✓ Debería ofrecer una lectura objetiva de eventos pasados

Validez Jurídica

- ✓ No había una legislación específica hasta la **Ley Nacional 26.529 promulgada en Noviembre 2009**
- ✓ Hay abundante doctrina y jurisprudencia

Código de Ética de la Asociación Médica Argentina (AMA)

referente a la Historia Clínica

Capítulo 11

- ✓ Redactada y firmada por el médico que realizó la prestación (art 170)
- ✓ Legible, sin tachaduras, no se debe escribir sobre lo ya escrito, no debe ser borrada, no debe dejar espacios en blanco y ante una equivocación debe escribirse ERROR y aclarar lo que sea necesario. No se debe añadir nada entre renglones (art 171)
- ✓ Foliadas, con nombre del paciente y del miembro del equipo de salud, con fecha, horario y detalle de las condiciones de ingreso (art 172)
- ✓ Descripción exacta de los estudios y análisis. Contemporánea. (art 173)
- ✓ Constancia de Interconsultas (art 174)
- ✓ Información suministrada. Respuesta al tratamiento (art 175)
- ✓ Consentimiento Informado (art 177)

Importancia de la Historia Clínica

*“La historia clínica no es el simple relato, la descripción de una enfermedad aislada, comprende además el comentario, las consideraciones del médico al terminar de analizar el enfermo y la valoración de los datos recogidos según su criterio. Debe ser clara, precisa, completa y metódicamente realizada y **su confección incompleta constituye presunción en contra de la pretensión eximitoria del profesional.**”*

Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de San Nicolás, 1995

Importancia de la Historia Clínica

“La pobreza de la historia clínica (omisiones y falta de registros aludidos), conduce a reforzar la presunción de falta de diligencia y cuidado con que obró el profesional demandado”

“Cabe señalar que si bien la obligación que compete a los médicos es de medios y no de resultado, la jurisprudencia ha dicho en más de una oportunidad que las diligencias de tal tipo de deberes implica debe apreciarse severamente.

P.M.L y otro c/V.R y otro s/daños y perjuicios. 12 de agosto 2011
Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Mercedes

Importancia de la Historia Clínica

“Las omisiones, ambigüedades, discontinuidades, los claros o enmiendas que presente la historia clínica de un paciente dan lugar **a presunciones “hominis” desfavorables al galeno**, a quien incumbe la prueba tendiente a desvirtuarlas, la que debe apreciarse con criterio riguroso, toda vez que la omisión de la historia clínica o su imperfecta redacción privan al paciente de un crucial elemento de juicio para determinar la culpa imputable al médico”

M.A.N c/V y otro s/daños y perjuicios. 19 de diciembre de 2012

Cámara Nacional Civil Sala A

Importancia de la Historia Clínica

“El profesional médico responde por las omisiones de la historia clínica, puesto que en caso contrario resultaría de su conveniencia no asentar en ella determinados datos”.

S., A. J. y otro c. Estado nacional y otro, DJ, 1998-3-537. 30 de junio 1998
CNACyCF, Sala I.

La Historia Clínica puede ser su mejor amiga...

Cámara Civil y Comercial de Lomas de Zamora, 3/9/91

resolvió que ante una historia clínica bien confeccionada, que da cuenta de las secuencias médicas acaecidas y que no ha sido impugnada por los accionantes, no cabe sino atenerse a lo allí expresado y rechazar así la responsabilidad médica que imputan los actores en base a la mala praxis en la práctica de parto.

Ley 26.529

Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado

- CAPÍTULO I** **Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud**
- CAPÍTULO II** **De la información sanitaria**
- CAPÍTULO III** **Del consentimiento informado**
- CAPÍTULO IV** **De la historia clínica**
- CAPÍTULO V** **Disposiciones generales**

Ley 26.529 Historia Clínica (Cap. IV)

Art. 12° Definición y alcance

Documento obligatorio, cronológico, foliado y completo en el que conste toda la actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.

ARTICULO 15. – Asientos en la Historia Clínica

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.

Historia Clínica. Ley 26.529

Art. 15 Asientos

Los asientos que correspondan a los incisos d) e) y f) del artículo 15. (Asientos en la Historia Clínica) referidos a actos realizados, antecedentes, síntomas y diagnóstico **deberán confeccionarse sobre la base de nomenclaturas CIE 10 de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) o las que en el futuro determine la autoridad de aplicación**

Historia Clínica. Ley 26.529

Asientos

- Todas las actuaciones de los profesionales y auxiliares de la salud deberán contener la fecha **y hora** de la actuación, que deberá ser asentada inmediatamente a que la misma se hubiera realizado.
- La letra debe ser clara y con una redacción comprensible. La historia clínica no deberá tener tachaduras, ni se podrá escribir sobre lo ya escrito. No se podrá borrar y escribir sobre lo borrado. Se debe evitar dejar espacios en blanco y ante una equivocación deberá escribirse “ERROR” y hacer la aclaración pertinente en el espacio subsiguiente. No se deberá incluir texto interlineado. Se debe evitar la utilización de abreviaturas y, en caso de usarlas, aclarar el significado de las empleadas.

Historia Clínica. Ley 26.529

Art. 14 Titularidad- Solicitudes

- El paciente es el titular de la historia clínica
- El paciente tiene derecho a que a su simple requerimiento se le suministre una copia autenticada por el director del establecimiento o por la persona que éste designe para ese fin dentro del plazo de 48 hs
- Las instituciones deben proveer un formulario de solicitud de copia de historia clínica, donde se consignen todos los datos que dispone el paciente para su individualización, el motivo del pedido y su urgencia
- En todos los casos el plazo de 48 hs. comenzará a computarse a partir de la presentación de la solicitud por parte del paciente o personas legitimadas para ello.

PEDIDO DE HISTORIA CLINICA

Solicitamos complete los siguientes datos para registro interno de la Institución

DATOS DEL REQUIRENTE

NOMBRE Y APELLIDO

PARENTESCO CON EL PACIENTE

DOMICILIO TE.....

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE Y APELLIDO

OBRA SOCIAL NRO HIST.CLINICA.....

DOMICILIO TE

ESTUVO INTERNADO SI desde cuando...../...../.....

NO

SOLO ASISTIDO AMBULATORIAMENTE

MOTIVOS POR LOS CUALES SOLICITA LA DOCUMENTACION:

1.- Cambio de radicación de domicilio

2.- Traspaso de Obra Social

3.- Solicitud de subsidios y/o reintegros.....

4.- Cobro de seguros de vida y/o daños

5.- Acreditación de minusvalía.....

6.- Tramites jubilatorios

7.- A pedido de otros Especialistas. Especifique Institución.

.....

.....

8.- Disconformidad en la atención.....

Lugar y fecha

Firma y Aclaración

Tipo y Numero de documento

Historia Clínica. Ley 26.529

Art. 14 Titularidad- Solicitudes

- Los efectores de salud deberán arbitrar los recaudos para procurar entregar la historia clínica de inmediato, cuando el paciente que la requiera se encontrare en proceso de atención, o en situaciones de urgencia o gravedad, donde corre peligro su vida o su integridad física, hecho que será acreditado presentando certificado del médico tratante.
- El cónyuge, conviviente o los herederos universales forzosos sólo podrán requerir la entrega de una copia de la historia clínica presentando autorización escrita del paciente. Los casos en los que el paciente se encuentre imposibilitado de dar la autorización requerida deberán ser acreditados mediante certificado médico o prueba documental, para que pueda ser entregada la copia a las personas legitimadas por esta ley.

Historia Clínica. Ley 26.529

Art. 14 Titularidad- Solicitudes

PRÓRROGA

Ante una imposibilidad debidamente fundada para la entrega de la historia clínica, los directivos de los establecimientos asistenciales o quienes ellos designen para tal fin, **podrán entregar al paciente una epicrisis de alta o un resumen de historia clínica, y solicitarle una prórroga para entregar la historia clínica completa, que no podrá extenderse más allá de los DIEZ (10) días corridos de su solicitud.**

Historia Clínica. Ley 26.529

Art. 14 Titularidad- Solicitudes

PACIENTES FALLECIDOS

En el caso de datos de personas fallecidas, el ejercicio de este derecho le corresponderá a sus sucesores universales o personas legitimadas por esta ley para hacerlo.

Historia Clínica. Ley 26.529

Art. 17 Historia Clínica Única

- Los establecimientos asistenciales públicos o privados comprendidos por esta ley **deberán contar con una historia clínica única por paciente, la cual deberá ser identificable por medio de una clave o código único, o número de documento de identidad.**
- Los establecimientos tendrán un plazo de TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO DÍAS (365) desde la entrada en vigencia del presente decreto **para el cumplimiento de la obligación prevista en este artículo y para comunicar la clave respectiva a cada paciente.**

Historia Clínica. Ley 26.529

Art. 18 Guarda y Custodia. Archivo

La obligación de guarda y custodia de las historias clínicas por parte de los establecimientos públicos o privados y los profesionales de la salud rige durante un **plazo mínimo de DIEZ (10) años**. Dicho plazo se computa desde la última actuación registrada en la historia clínica

Historia Clínica. Ley 26.529

Art. 18 Guarda y Custodia. Archivo

Una vez vencido este plazo el depositario podrá proceder a:

- a) Entregar la historia clínica al paciente
- b) Llegar a un acuerdo con el paciente para continuar con el depósito de la historia clínica, fijando la condición del mismo.
- c) La información o microfilmación de la historia clínica u otro mecanismo idóneo para resguardar la información allí contenida

No obstante, si transcurridos los DIEZ (10) años, el paciente no expresara interés en disponer del original de su historia clínica, podrá ser destruida toda constancia de ella

Historia Clínica. Ley 26.529

Art. 18 Guarda y Custodia. Archivo

Los efectores de salud deberán comunicar a los pacientes que la Historia Clínica está a su disposición al menos SEIS (6) meses antes del vencimiento de este plazo, por un medio fehaciente al último domicilio que hubiere denunciado.

**¿Le damos a la historia clínica
la importancia que tiene?**

Ejemplo 5

B. EXAMEN FISICO - 1. EXAMEN GENERAL - 2. PIEL - 3. CRANEO, OJOS, OREJAS, NARIZ, GARGANTA - 4. CUELLO - 5. APARATO RESPIRATORIO - 6. APARATO CARDIOVASCULAR - 7. APARATO GASTROINTESTINAL - 8. APARATO GENITOURINARIO - 9. EXAMEN GINECOLOGICO - 10. APARATO LOCOMOTOR - 11. EXAMEN NEUROPSIQUIATRICO

El Sr. Pareda Luis, ubicado
 en la zona de la casa
 enferma

Alto, delgado. Piel clara, sin lesiones
 de ninguna especie
 presentando
 en la parte superior del abdomen

C. DIAGNOSTICO - 1. PIEL - 2. FECHA

13/6/19

[illegible]

explosion suggested.

TML: 2.7 4 Pm + (aluminum).
 SE index 10.1 to 10.4 40 y 10 PFX
 Supra-oxide Surt.

See to fern, linear, apex.

Unlikely 4 unless.

TML 1.4.

Mantles Supra-oxide Surt.

PFX TSV: CV;

Supra-oxide Surt. Surt.

Mantles TSV Curb y 10.1 T.P.

13/5/06 Steve Adams

S. Adams

DR. JONATHAN ADAMS

10.10.06

14/5/06 Stephen

DR. JONATHAN ADAMS

10.10.06

17/5/06 Stephen
S. Adams

Alto

11.04.12 catarata s/o Derogamos capsular post. -
OD Vitrectomía anterior.
12/4/12 : de ojo tranquilo -
2/5/12 : ED 5/11/12 → /

15/5/12 Control. post enucleación. sin alteraciones - Control en 1 mes
22/5/12 Control. sin molestias. sin signos de infección.
Box control con Dr. Ochoa para evaluar posibilidad
de prótesis.

FECHA	EVOLUCION
4/1/99	Muesen Tmper
	Muesen 10 cdc PTC HCV, no reactiva
	OSCAR
	ME
	M.N.

¿En qué se fijan los abogados?

- ✓ Tratamientos realizados
- ✓ Medicaciones indicadas & administradas
- ✓ Procedimientos realizados
- ✓ Evidencias de la condición general del paciente y de su respuesta al tratamiento
- ✓ Discontinuidad en la atención
- ✓ Atención inapropiada
- ✓ Inconsistencias/Discrepancias

FACTORES DE RIESGO MÉDICO-LEGAL

Individuales

- ✓ Hacer evoluciones ilegibles
- ✓ Mala redacción
- ✓ Uso de terminología inadecuada
- ✓ Uso de abreviaturas o códigos no convencionales
- ✓ Desorden cronológico de los distintos actos médicos
- ✓ Frases entrecortadas o telegráficas
- ✓ Omitir el día y la hora de la evolución
- ✓ Omitir la firma o el nombre

FACTORES DE RIESGO MÉDICO-LEGAL

Individuales

- ✓ Falta de registro de los motivos por los que no se realizaron o retrasaron prácticas
- ✓ Carencia de registro o de los informes de los estudios complementarios, partes quirúrgicos, etc.
- ✓ Falta de consentimiento
- ✓ Falla en la documentación de observaciones o del seguimiento de la atención cuando los signos vitales o los exámenes son anormales

FACTORES DE RIESGO MÉDICO-LEGAL

Individuales

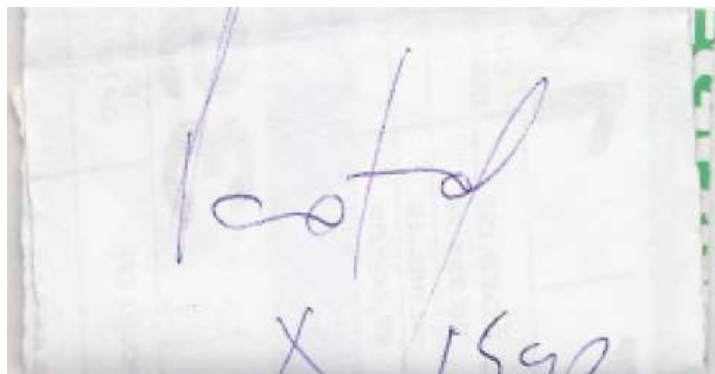
- ✓ Control de la administración de la medicación indicada (hojas de enfermería)
- ✓ Carencia del registro de las interconsultas
- ✓ Falta de epicrisis
- ✓ Desprolijidad en general (tachaduras, raspones)

FACTORES DE RIESGO MÉDICO-LEGAL

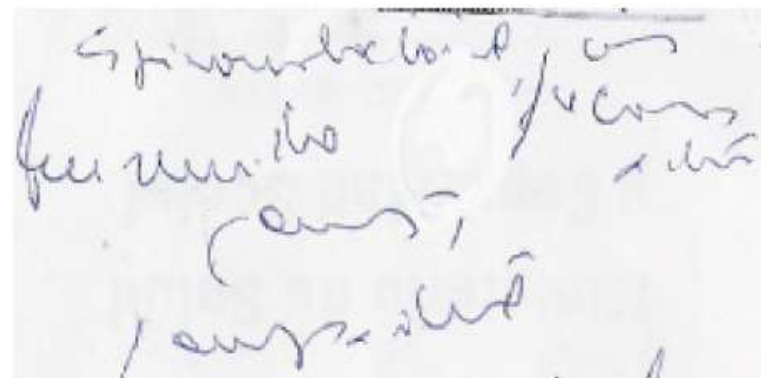
Institucionales

- Falta de archivo de estudios complementarios
- Textura del papel
- Archivos paralelos
- Difícil implementación de historia clínica única
- Superposición-Confusión pacientes homónimos
- Dificultad para identificar la obra social
- Atención de pacientes sin historias clínicas
- Pérdida por incendios, inundaciones
- Inadecuado resguardo secreto médico

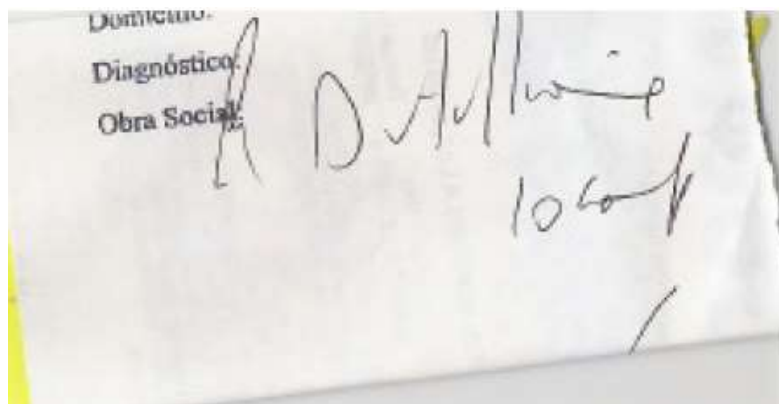
La letra ilegible lleva a errores...



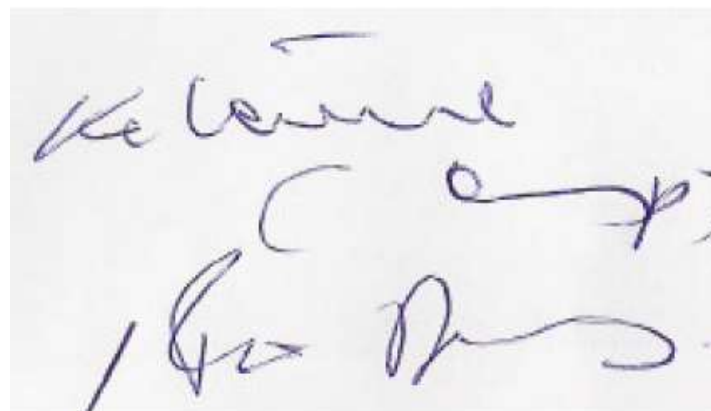
Ej 1: Paratral® (Paracetamol)



Ej 2: Espironolactona y Furosemina

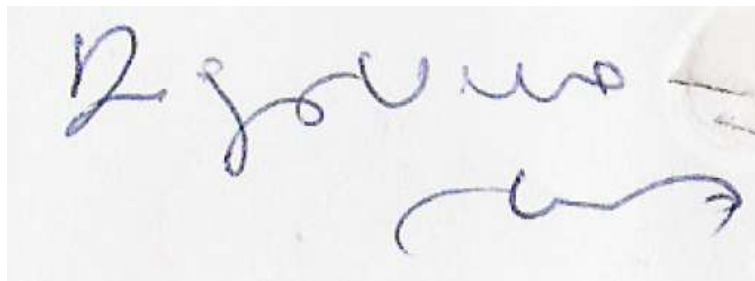


Ej 3: Butilioscina



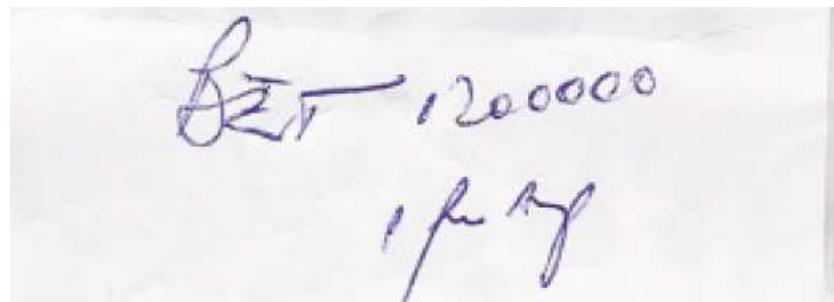
Ej 4: Ketamina

Letra Ilegible



Handwritten text: Digoxina

Ej 5: Digoxina



Handwritten text: Penicilina Benzatínica 1.200.000
1 fu by

Ej 6: Penicilina Benzatínica 1.200.000

Letra Ilegible

① Pulmón 40mg IV x 1 shot
 ② Aspirin 100 mg PO
 ③ Red Flow to BP
 ④ All 94% Abundant/AL
 ⑤ Keep out > 75%



HISTORIA CLÍNICA

Cómo Documentar

- ✓ **Legible**
- ✓ **Contemporánea**
- ✓ **Original**
- ✓ **Objetiva**
- ✓ **Precisa**
- ✓ **Racional**
- ✓ **Personalizada**
- ✓ **Completa**

Documentación Subjetiva vs. Objetiva

Herida bien

Herida seca, limpia,
afrontada, sin flogosis

Abundante secreción
serohemática

Mancha 3 apósitos en
1 hora

Paciente se cayó de
la cama

Paciente es encontrado
en el piso

Documentación de Guardia

49

NI 12 12 20hz (24hz)
 IN Otitis media aguda.
 ACP. Cefalea.
 AM Lúleo usual.
 devr Intrusión de muelas hace 1 mes. Comenzó con
 asfres. Causa de adentopis.
 i/E Dolor abdominal difuso. Ex. Abdomen
 único y en hipogastrio (RHA) y indica Beto - Se
 TAC. Disociatopis.
 Rético. Angina Postores.
 CAC. Epigastropis.
 TAC. Foliculitis.
 EUC. Otitis.
 'qHG Control de hipoplasia de faves.
 HAHM. Necrosis alveolar luterana.

¿ALCANZA?

¿ALCANZA?

14-8-07

¿ALCANZA?

C.T. - Juan Díaz

aprovechando datos sobre el mismo sujeto
con fines enteros.

Hoy mismo. Se le refirió 3 días
atb. ceftriaxona + diclofenaco

Dr. HOBAN

14-8-07

14-8-07

Documentación en Guardia

Información Indispensable

- ✓ **Identificación del paciente (si no es posible, explicar los motivos)**
- ✓ **Hora y forma de arribo**
- ✓ **Motivo de consulta**
- ✓ **Historia pertinente y hallazgos físicos**
- ✓ **Resultados de laboratorio/Imágenes/Procedimientos**
- ✓ **Impresión diagnóstica**
- ✓ **Destino**
- ✓ **Instrucciones**

Deficiencias en las Historias Cínicas de Cirugía y Anestesia

- ✓ **Falta de ingreso por el cirujano y justificación del procedimiento a realizar**
- ✓ **Consentimientos informados muy incompletos**
- ✓ **Falta de evoluciones por el cirujano responsable**
- ✓ **Falta de documentación de las medidas para prevenir infecciones**
- ✓ **Falta de documentación del ayuno**
- ✓ **Falta de documentación de la evaluación de la vía aérea (Mallampati)**

Deficiencias en las Historias Clínicas de Cirugía y Anestesia

- ✓ **Falta de documentación de la protección ocular y de decúbitos**
- ✓ **Falta de documentación del inicio y fin de cirugías**
- ✓ **Pobre descripción de la técnica y los hallazgos quirúrgicos**
- ✓ **Falta de documentación de recuento de gasas e instrumental**
- ✓ **Falta de documentación seriada en el postoperatorio inmediato**
- ✓ **Falta de instrucciones de alta**

JUSTIFICACIÓN DE LAS CIRUGÍAS

APELLIDOS Y NOMBRE:

H.C. Nº

36

MOTIVO DE CONSULTA:

Cirugía programada
Hernia Inguinal

ANAMNESIS
ORDENACIÓN:

Fecha y forma de
comienzo.

Descripción
cronológica y
síntomas y su
relación con
otros hechos.

Consultas médicas
previas estudios.

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

Ac. masculino, 57 años
que refiere dolores crónicos de columna
lumbares con diagnóstico de hernia de disco. Por
lo que se programó cirugía.

CELULAR SUBCUTÁNEO. GANGLIOS.

Cantidad y distribución
Edemas. Ganglios.

TCS Sin nudo
Edemas 0 Ganglios 0

OSTEOARTICULAR.

Deformidades. Localización. Puntos dolorosos. Nódulos. Defecto articular. Motilidad activa y pasiva.

No deformidades No dolor. Motilidad Sin nudo.

CABEZA y CUELLO

Conforme Ojos. Conjuntiva. Esclerot. Motilidad pupilar. Nariz. Oídos. Mucosa. Boca. Dentad. Lengua. Paladar.

Normocefalo. Ojos simétricos. Pupilas
isocóricas y reactivas. Bolo en buen
estado. Lengua húmeda

1	Cirujia Programada
2	Genio Disco L4-L5, L5-S1
3	<p>trae prequirurgico</p> <p><u>ti querria?</u></p>

MEDICAMENTOS	CANTIDAD	MEDICAMENTOS	CANTIDAD
Pemifentonoilo	2 mg/kg		
IRS	500 mg		
Mucci	100 mg		
Fomlor	4 mg		
Fosme	200 mg		
Atropina	1 mg		
Hestizomina	4 mg		
Diclofenac	150 mg		
Mhidrocortisona	500 mg		

¿Alb
Proplachco?

EVOLUCION DIARIA

FOLIO

Nº 2

NOMBRE Y APELLIDO:

H.C. Nº

Ve FELIPE

167133

06/02/04

(M.d.C) Artroscopia programada Hombro Izq.

(A.E.A) Paciente de sexo masculino de 31 años de edad que ingresa para la realización programada de Artroscopia de Hombro Izquierdo debido a lesión sufrida en su trabajo.

¿De qué se operó?

OMA - Valoración post Quirúrgica, se evidencia. Vendaje
oclusivo homolateral. Controlar en flexión. No se evidencian
otras alteraciones articulares ni signos inflamatorios.

CABEZA Y OJOS Hemisferio, conjuntivas coloreadas
escleróticas orificios, pupilas isocóricas y reactivas
mucosas H² y rosadas

THORAX Simétrico y acorde al tipo constitucional y sexo.

AP. RESP Buena Exp. B y V, MVD no se auscultan ruidos

① Presuntivo Artroscofia Homero izp.

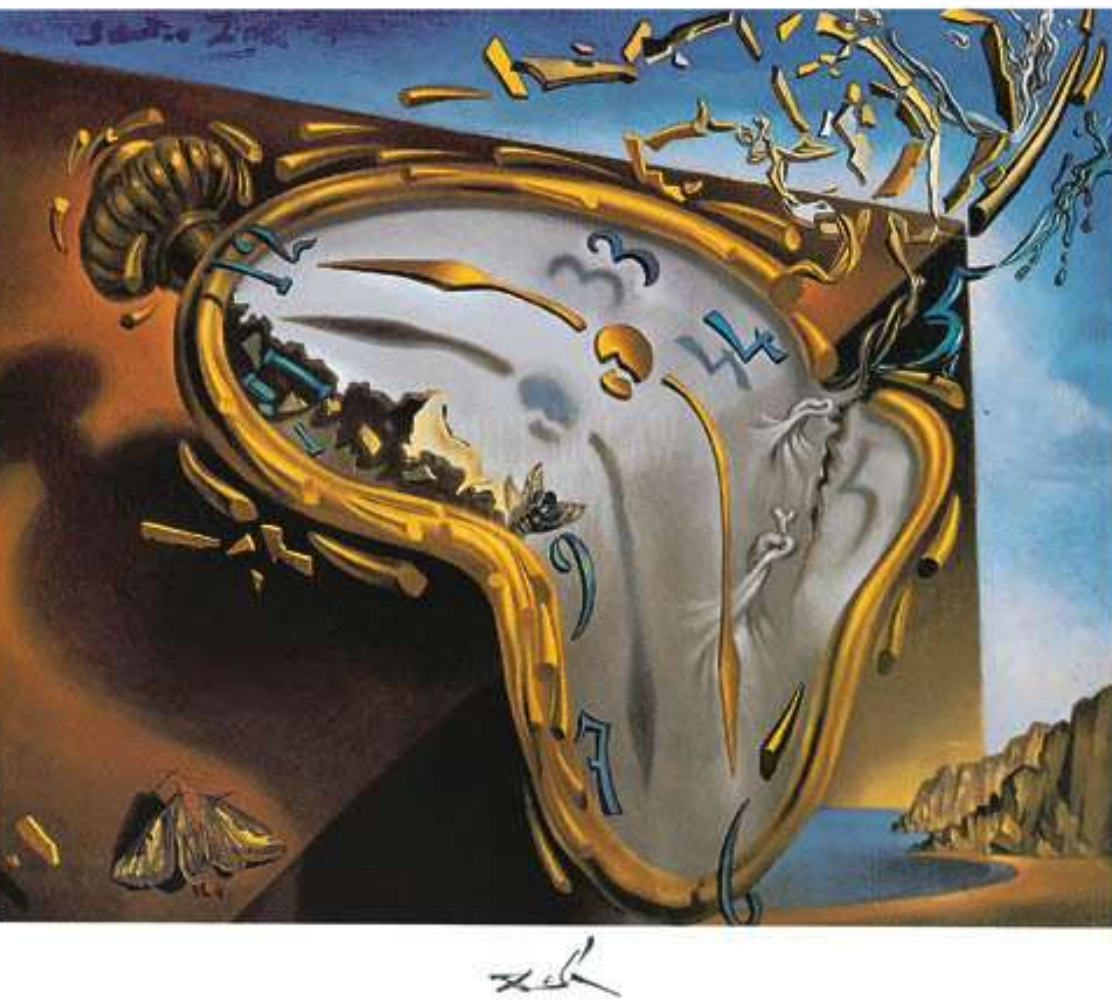
06/02/04



Problemas de Documentación en Obstetricia

- ✓ Falta de los antecedentes y controles prenatales en la historia de internación (Tarjeta CLAP es suficiente?)
- ✓ Falta de partograma o de documentación reglada período dilatante
- ✓ Falta de registro de los estudios complementarios (monitoreo, ecografía)
- ✓ Falta de Registro de la administración de drogas (ocitotcicos, hipotensores)
- ✓ Falta de documentación de las características de la placenta y el cordón
- ✓ Falta de documentación en el puerperio inmediato

¡EXPLICAR LAS DECISIONES!



¡ LA HORA IMPORTA!

La importancia de la hora *Tiempo de Respuesta*

. *"la terminación del parto debió efectuarse, **máximo a los quince minutos** de pedir el anestesista, de esa manera se hubiera evitado un sufrimiento fetal agudo o sub-agudo, con la consecuente lesión cerebral de extrema gravedad"*

Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, sala B(CNCiv)(SalaB)
04/02/2005 G., A. W. c. Asociación Francesa Filantrópica y de
Beneficencia y otros

La importancia de la hora *Postoperatorio Inmediato*

“Las secuelas son el producto de una hipoxia cerebral que se produjo en el postoperatorio inmediato. **Entendiéndose por inmediato al los primeros sesenta minutos de que la paciente fue externada del quirófano,** y no se puede tener en cuenta el lapso de recuperación en el mismo. Cabe aclarar que el acto quirúrgico finaliza cuando el paciente se halla recuperado”

Informe del Cuerpo Médico Forense.

Citado en Montanelli N. Mala praxis en Cirugía Plástica. Ed García Alonso, 2003

La importancia de la hora *Postoperatorio Inmediato*

Guía de Organización y Procedimientos en Cirugías Ambulatorias. (SAC 2007)

Frecuencia de los controles

Primeros 15 minutos: controles cada 5'

Siguiente hora: controles cada 15'

**Luego: controles cada 30' hasta el alta
del sector.**

La importancia de la hora

Controles Trabajo de Parto

- ✓ **Cada hora** durante la primera parte del trabajo de parto
- ✓ **Cada 30 minutos** en la segunda mitad
- ✓ **Cada 15 minutos** en el período expulsivo

Considerando esta frecuencia como la mínima indispensable que debe constar en la historia clínica

Colegio de Médicos de la Prov. de Buenos Aires. Distrito III. FRP. Guía de procedimientos en Obstetricia. Aspectos Médico-legales de la práctica obstétrica.

La importancia de la hora

Controles Puerperio Inmediato

Las graves complicaciones a la que se expone la madre durante las primeras horas (hemorragias, embolias, sepsis, etc) obligan a un monitoreo y vigilancia estrechos durante las primeras 6 horas del postparto, obligando a chequear (y registrar) los signos vitales, el sangrado vaginal y el estado del útero con una frecuencia estandarizada, **recomendando cada 15 minutos durante las primeras dos horas, cada 30 minutos la siguiente hora y luego cada hora durante tres horas hasta completar las seis horas sugeridas.** Luego controles habituales por turno de enfermería.

La importancia de la hora

Otras Situaciones

- ✓ ¿A qué hora se administró el antibiótico profiláctico?
- ✓ ¿A qué hora ingresó a la guardia y a qué hora fue revisado?
- ✓ ¿A que hora se realizó el estudio pedido como urgente?
- ✓ ¿Inicio y fin de la cirugía?

“Guerra” en las Historias

- No utilice la Historia Clínica como un campo de batalla donde dirimir disputas con otros miembros del equipo de salud.
- El profesionalismo del personal debería verse reflejado en toda la documentación médica



SERVICIOS MEDICOS

Asistencia Médica Domiciliaria
Traslado de Personas en Ambulancias



Roberto

En lo que se refiere al paciente en domicilio quien presenta HTA, hipertrofia cardiaca, sobrepeso, diabetes e hiperlipidemia de ACV de una evolución DBS HTA se decide tras una valoración por valoración en guardia y con el fin de

FIRMA DEL MEDICO

12/09/05

historia clínica, de donde llevarse al paciente a otro lugar sin atender a ningún poder. En esta realidad, a otra cosa más posiblemente se ha dicho.

13/09/05

ESTE ES UN PACIENTE DE LA OBRA SOCIAL DE OSPES. DE 64 AÑOS DE EDAD, QUE HA PASADO LAS CHICAS QUE IBAN A VENIR. YA ESTABA EN LA GUARDIA EN EL CONSULTORIO 3 ESPERANDO QUE EL MEDICO DE GUARDIA LO EVALUÉ. EL DOCTOR QUE ES UN MEDICO NUEVO QUE TENIA, AL CAMBIO DE GUARDIA, 6 PACIENTES PARA ATENDER Y 2 POSIBLES INTERCONSULTAS QUE NO LE DABAN NI BOLA LOS ADMINISTRATIVOS, LOS ENFERMEROS NO HABIA ESPEROS POR CONSULTACIÓN PARA POR ME DARE BUSCANDO LA LLAVE DE LA MEDICACIÓN. EL FAMILIAR DEL PACIENTE ESTABA CALIENTE QUE CUANDO EL MEDICO LLEGÓ A ATENDERLOS Y YA HABIA ESCUCHADO

JAVI

NOBLE

Atención: Bloque de previsible - 10:00 h.

Conducta: Solicite ecog. renal

No se pudo realizar por falta
de tiempo del radiólogo.

Se queda pendiente hasta el lunes.

CANCELACIONES

Documentar en la Historia Clínica

- Fecha y hora de la cancelación
- El motivo de la misma
- Fecha y hora del nuevo turno
- Si no toma un nuevo turno, pregunte si lo va a hacer

AUSENCIAS DE PACIENTES

- Escriba “paciente no concurre” en la H. Clínica.
- Llame al paciente para conocer la razón. Anote la respuesta.
- Documente sus intentos de localizarlo.
- Si no lo encuentra, envíele un recordatorio por carta.
- Documente en la historia este mensaje

Todas las historias de pacientes que cancelan o que faltan deberán entregarse al médico al final del día. Este evaluará la necesidad y urgencia del seguimiento

Plan de alta y seguimiento en la epicrisis

- ✓ Sitio, fecha y hora del próximo control y profesional responsable del mismo
- ✓ Signos de alerta que indiquen un empeoramiento de la situación de salud o una recaída, así como también las acciones que debe llevar a cabo si se presentan.
- ✓ Medicamentos
- ✓ Dieta
- ✓ Qué actividades diarias puede retomar y cuáles no.

Historia Clínica Electrónica

- ✓ **No hay ninguna norma o imperativo legal que establezca que una historia clínica deba ser necesariamente de puño y letra**
- ✓ **No existen regulaciones legales que prioricen la validez de una historia clínica manuscrita sobre una informatizada**

HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

Factores de Riesgo Médico-Legal

- ✓ **Confidencialidad**
- ✓ **Inviolabilidad**

Argentina: Historia Clínica Computarizada

Código de Ética de la AMA (cap 11)

Art.-185 En caso de computarización de la Historia Clínica, deberán implementarse sistemas de seguridad suficientes para asegurar la inalterabilidad de los datos y evitar el accionar de violadores de información reservada

DOCUMENTO DIGITAL

“Consiste en la representación digital de actos o hechos, con independencia del soporte utilizado para su fijación, almacenamiento o archivo, Un documento digital también satisface el requerimiento de escritura (art 6. Ley 25.506).”

Ley 26.529 Historia Clínica

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.

¿Qué comprenden los Registros Médicos Informatizados (RMI)?

- ✓ **Historia Clínica Computarizada**
- ✓ **Registros de admisión y egresos**
- ✓ **Archivos de laboratorio de análisis clínicos**
- ✓ **Bases de estudios complementarios (Rx, TC, Ecografías, etc)**
- ✓ **Archivos de reserva de turnos**
- ✓ **Archivos de facturación y otros**

Ventajas Médicas de la HC Electrónica

- ✓ Mejora el acceso a la información.
- ✓ Facilita la historia clínica única
- ✓ Permite la incorporación de imágenes digitales.
- ✓ Facilita los trabajos estadísticos y científicos
- ✓ Permite incorporar sistemas de apoyo a la decisión clínica
- ✓ Permite incorporar un vademecum institucional, con sistemas de alerta
- ✓ El ingreso estandarizado de datos y el uso obligatorio de algunos campos para pasar de pantalla disminuye la posibilidad de olvidos y errores (ej: olvidar chequear alergias)

Ventajas Legales de la HC Electrónica

- ✓ La historia clínica electrónica contribuye a que la documentación médica sea llevada de acuerdo a los requisitos formales establecidos por las distintas normativas y por la jurisprudencia:
 - Siempre legible
 - No permite espacios en blanco ni alteración del orden de los asientos
 - Siempre firmada
 - Siempre con fecha y hora
 - Siempre completa
 - Se evitan las correcciones, raspaduras, agregados, etc.

Ventajas Legales de la HC Electrónica

- ✓ Evita las medidas anticipativas, como ser el secuestro judicial, dado que mediante la firma digital se garantiza la identificación de una persona y la autenticidad del documento y la medida resulta entonces innecesaria.
- ✓ Por las mismas razones, no resulta necesario solicitar judicialmente el reconocimiento de la firma del profesional que hubiere firmado digitalmente en la historia clínica.
- ✓ Como la historia clínica informatizada tiene el valor de un original, cuando el paciente solicita una copia de ella, como es su derecho, (ya sea durante su internación o su egreso), y a posteriori se llegare a producir la pérdida o extravío de la que se encuentra en poder del establecimiento o profesional, habrá hasta el momento en que se produce el extravío, certeza sobre los datos consignados en la historia clínica digital que el paciente tiene en su poder.

Ventajas operativas y económicas de la HC Electrónica

En EE.UU:

- ✓ En el 27% de las historias en papel faltan datos clínicos
- ✓ El 70% de las historias en papel son incompletas
- ✓ En sólo el 30% de las consultas externas el médico puede acceder a la historia clínica
- ✓ El 11% de los estudios de laboratorio deben volver a ordenarse por no quedar registrados en la historia
- ✓ El 40% de los diagnósticos no quedan registrados en la historia.

Sullivan M. Healthc. Inform 1996 Jun, 13(6):36

Ventajas operativas y económicas de la HC Electrónica

Un interesante trabajo de 1998 describe el verdadero caos que representa el manejo de las historias clínicas en un Hospital General de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires:

- ✓ 75 m2 de superficie de archivo
- ✓ 504 metros lineales de estantería.
- ✓ 200.000 historias clínicas archivadas por quince años.
- ✓ 100 movimientos de historias de internación
- ✓ 2000 consultas por día
- ✓ 16 empleados administrativos full time.

Mariona F, Chouela E, Rébora R. y col. Derecho Médico: Historia Clínica Manuscrita e Historia Clínica Informatizada. Medios de Prueba Válidos en Sede Judicial. Revista de la Asociación Médica Argentina (AMA). Vol III N°2 1998

Ventajas operativas y económicas de la HC Electrónica

El total de espacio destinado a archivar aprox. 54.000 historias en el Hospital Municipal de Oncología María Curie es de 152 m² , empleando 6 personas. Considerando que en un disco rígido de 300 GB, de muy bajo costo (menos de \$1000) entran tres contenedores de papel que podrían almacenar aproximadamente 450.000 historias clínicas, es evidente que la informatización es la solución más económica y eficiente

Baca L, Filgueira E, Hallar L, Landini P, Ratto V, Tealdo M. La historia clínica informatizada. Boletín Científico de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Bs.As. Año 11. N°51- Septiembre 2006

HISTORIA CLÍNICA COMPUTARIZADA

Características que deben preservarse

- ✓ **Inviolabilidad**
- ✓ **Autoría**
- ✓ **Confidencialidad**
- ✓ **Secuencialidad**
- ✓ **Disponibilidad**
- ✓ **Temporalidad precisa**
- ✓ **Transportabilidad e impresión**

Mecanismos de Seguridad Informáticos (MSI)

CLÁSICOS

- ✓ Nombre de usuario y clave
- ✓ Tarjetas magnéticas combinadas con clave
- ✓ Técnicas de back-up

BIOMÉTRICOS

- ✓ Huellas dactilares (fingerprint)
- ✓ Estructura de la mano (hand key)
- ✓ Reconocimiento del iris
- ✓ Reconocimiento facial

CRIPTOGRÁFICOS

- ✓ Encriptación
- ✓ Firma Digital
- ✓ Sellado digital de fechas (Time Stamping)

FIRMA DIGITAL Ley 25.506 (B.O. 14.12.2001)

ARTICULO 1º - Objeto. *Se reconoce el empleo de la firma electrónica y de la firma digital y su eficacia jurídica en las condiciones que establece la presente ley.*

ARTICULO 2º - *Firma Digital.*

Se entiende por firma digital al resultado de aplicar a un documento digital un procedimiento matemático que requiere información de exclusivo conocimiento del firmante, encontrándose ésta bajo su absoluto control. La firma digital debe ser susceptible de verificación por terceras partes, tal que dicha verificación simultáneamente permita identificar al firmante y detectar cualquier alteración del documento digital posterior a su firma.

ARTICULO 3º - *Del requerimiento de firma.*

Cuando la ley requiera una firma manuscrita, esa exigencia también queda satisfecha por una firma digital. Este principio es aplicable a los casos en que la ley establece la obligación de firmar o prescribe consecuencias para su ausencia.

ARTICULO 5º - *Firma electrónica.*

Se entiende por firma electrónica al conjunto de datos electrónicos integrados, ligados o asociados de manera lógica a otros datos electrónicos, utilizado por el signatario como su medio de identificación, que carezca de alguno de los requisitos legales para ser considerada firma digital. En caso de ser desconocida la firma electrónica corresponde a quien la invoca acreditar su validez.

ARTICULO 6º - *Documento digital.*

Se entiende por documento digital a la representación digital de actos o hechos, con independencia del soporte utilizado para su fijación, almacenamiento o archivo. Un documento digital también satisface el requerimiento de escritura.

ARTICULO 7º - *Presunción de autoría.*

Se presume, salvo prueba en contrario, que toda firma digital pertenece al titular del certificado digital que permite la verificación de dicha firma.

Quien intenta impugnarla tendrá la carga de la prueba.

El documento electrónico, en cambio, no goza de presunción de autoría. Se invierte la carga probatoria. Corresponde a quien la invoca acreditar su validez

ARTICULO 8º - *Presunción de integridad.*

Si el resultado de un procedimiento de verificación de una firma digital aplicado a un documento digital es verdadero, se presume, salvo prueba en contrario, que este documento digital no ha sido modificado desde el momento de su firma.

ARTICULO 9º - Validez.

Una firma digital es válida si cumple con los siguientes requisitos:

- a) Haber sido creada durante el período de vigencia del certificado digital válido del firmante;*
- b) Ser debidamente verificada por la referencia a los datos de verificación de firma digital indicados en dicho certificado según el procedimiento de verificación correspondiente;*
- c) Que dicho certificado haya sido emitido o reconocido, según el artículo 16 de la presente, por un certificador licenciado.*

EXCLUSIONES A LA FIRMA DIGITAL

Actos Personalísimos

- Consentimiento Informado
- Negativa al tratamiento

¿Alcanza sólo con la firma digital o electrónica?

Combinación de mecanismos de seguridad

Para tener valor probatorio un sistema de historias clínicas y registros médicos computarizado debería contar con los siguientes elementos:

- Soporte de Firma Electrónica o Digital
- Servicio de Sellado Digital de Fechas (Time Stamping)
- Protección criptográfica de la información
- Buen esquema de Seguridad Informática

Muchas gracias

www.nobleseguros.com/blog

fabian.vitolo@nobleseguros.com