

Historias Clínicas Errores, Omisiones e Implicancias Legales

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. 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 comuna
Confederación

Apdo. de la: Pareda Luis
de la zona de la
comuna de la
zona de la comuna

C. DIAGNOSTICO - 1. PIEL - 2. FECHA

13/6/11

[illegible]

explosion suggested.

TML: 2.7 4 Ph + (aluminum).
 SE makes bit to 10% CW of 1V PZ
 Supraoxide Surt.

See to fern, linear, a few.

Unlikely 4 unless.

TML 1.4.

Maintains Supraoxide Surt

PFX TSV: CV;

Supra oxide Surt Surt Surt

Maintains TSC Curb of 1V PZ

P^a mundo lago-sodo moderado. ||

SEDA. sol 98°6 1/2.

TA 3. mare TE. 142. 1. 1/2.

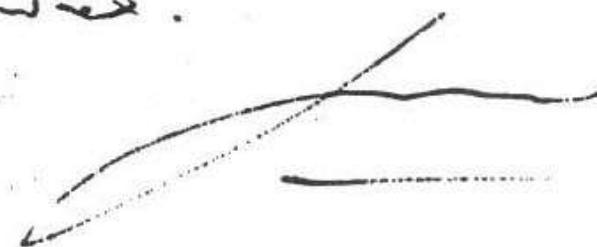
P^a 1/2 de la parte que se

de la parte que se

de la parte que se

de la parte que se

de la parte que se



13/5/06 Steve Adams

S. Adams

DR. JONATHAN ADAMS

U.S. N. 2005

U.S. N. 2005

14/5/06 Stephen

DR. JONATHAN ADAMS

U.S. N. 2005

U.S. N. 2005

17/5/06 Stephen

S. Adams

Alto

11.04.12 cotofo s/ao Derogamos conculas 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 1h
 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

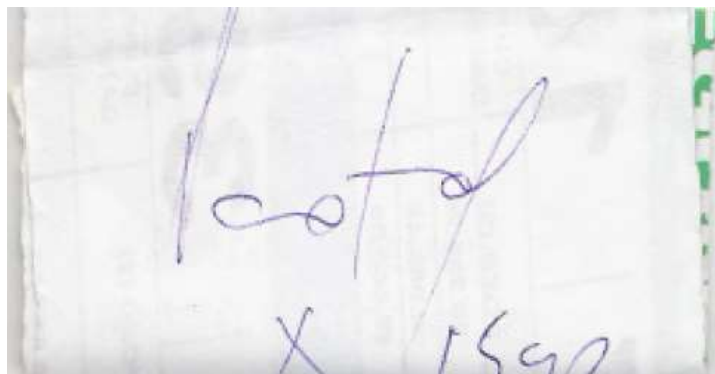
- ✓ Control de la administración de la medicación indicada (hojas de enfermería)
- ✓ Carencia del registro de las interconsultas
- ✓ Falta de epicrisis
- ✓ Desprolijidad en general (tachaduras, raspones)

FACTORES DE RIESGO MÉDICO-LEGAL

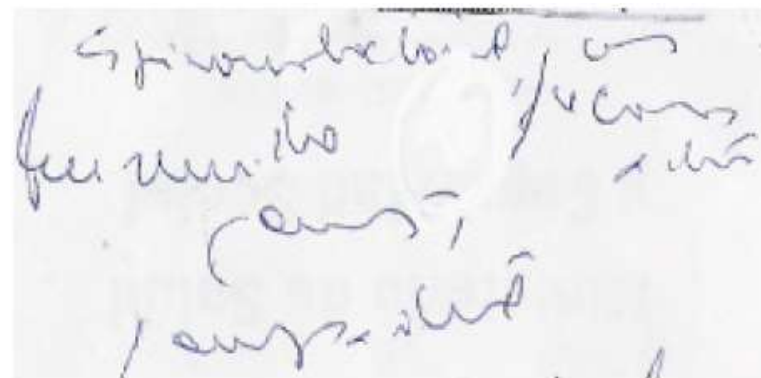
Institucionales

- 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

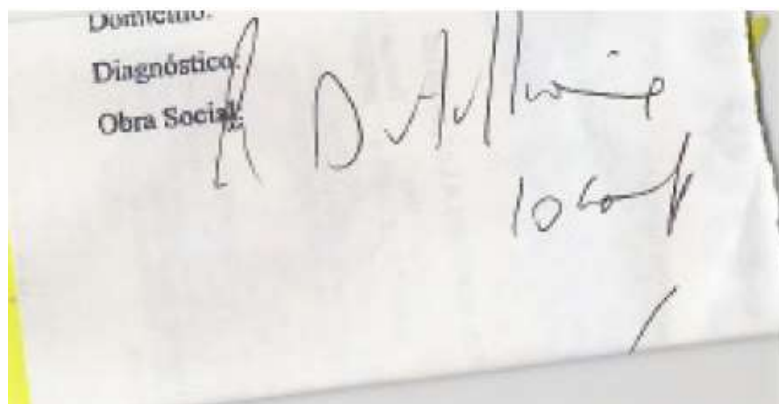
La letra ilegible lleva a errores...



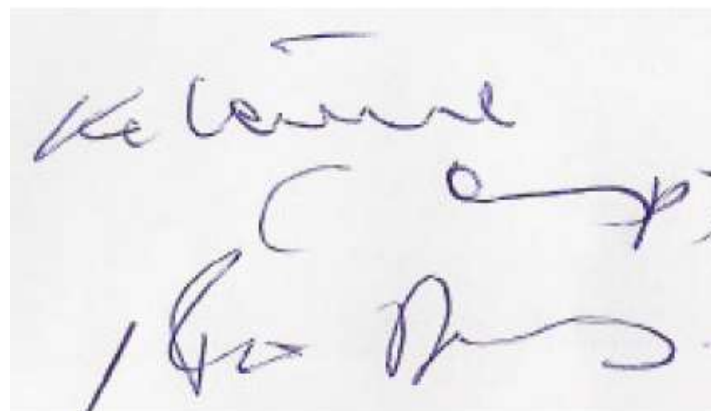
Ej 1: Paratral® (Paracetamol)



Ej 2: Espironolactona y Furosemida



Ej 3: Butilioscina



Ej 4: Ketamina

Letra Ilegible

① Pulmonar 40mg IV x 1 shot
 ② Aspirin 100 mg PO
 ③ Furosemide 40 mg IV
 ④ Nifedipine 10 mg PO
 ⑤ Keep ant > 75%



Abreviaturas de dosis que llevan a errores

U.I (Confusión U con 0)

Unidad Internacional

μgr (Confusión con mg)

Microgramo

CC (Confusión con 00)

ml

> < (Mayor y Menor)

Mayor que. Menor que

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

Nº 12	12	20h2 (24h2)
IN	Otitis media aguda	
ACP	Cefalos	
AM	Isotico usual	
devor	Intoxicación de los ojos nose (seu). Comenzos con	
asfres	Causas odontológicas	
in/E	Dolor abdominal difuso. Ex. Abdomen	
anico	y en hipogastrio (RHA) K indica Gato - Se	
TAC	Dissociatolpis	
Reñico	Angina Postico	
CAC	Epigastropis	
TAC	Foliculitis	
ECAC	Otitis	
qHG	Control de hipopico de fauces	
Hauin	Necrosis alveolar anterior	

¿ALCANZA?

Documentación de Guardia

¿ALCANZA?

14.8.02	Dr. T. J. Juan Díaz	579
	apareamiento de la jirafa (nuevo registro) con fin de control.	
	H. nuevo. Jirafa n.º 3000 atb. cepillo + desodorante	
14.8.02	Dr. T. J. Juan Díaz	579
	Dr. Roberto H. MF 11	

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**

Dolor abdominal

Usted consultó por dolor abdominal. La evaluación realizada por nuestros médicos y los estudios no revelaron ninguna alteración que impida que usted vuelva a su domicilio. Hasta el 40 % de los Pacientes que consultan a los Servicios de Emergencia, tienen dolor abdominal que no se debe a una causa definida, como enfermedad de la vesícula, divertículos, apendicitis, etc.

De todos modos le recomendamos hacer un control o seguimiento en las próximas 24 horas.

Usted debe consultar a la guardia nuevamente, si presenta alguno de los siguientes síntomas:

- Reaparición del dolor o empeoramiento del dolor previo.
- Vómitos que impiden la ingesta.
- Fiebre mayor a 38 °.
- Somnolencia anormal.
- Deposiciones con sangre.

Estas recomendaciones son especialmente importantes en los Pacientes mayores de 65 años y en las embarazadas.

Indicaciones Médicas:

- Permanecer en reposo en las próximas 24 horas.
- Hacer dieta líquida según indicación del médico.

Su próximo control es

No olvide traer los estudios realizados.

Guardia Hospital Británico: 4309-6454 / 6456 / 6458

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**

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!

CONTROLES MATERNOS

CONTRACTILIDAD UTERINA

FCF

CARACT. CERVIX

MEMBR. OVULARES

PRESENTACIÓN

DROGAS

APELLIDO Y NOMBRES						HAB.	CAMA	H CL. Nº
Fecha de internación		Edad Gestación	Tamaño fetal correspondiente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Membranas <input type="checkbox"/> Integras <input type="checkbox"/> Rotas	Tiempo de Rotura _____ días / _____ horas			
Horas desde últ. Ingestac.	Temperatura	Antecedentes relevantes para el parto						
Proporción Cefal Pelv. <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal								
CONTROLES DEL PERIODO DILATANTE								
Fecha y hora								
Responsable								
Controles Maternos	Frec. Cardíaca							
	Tensión Arterial							
	Posición							
Contacto Uterino	Frecuencia (en 10')							
	Duración							
	Intensidad							
	Tono							
FCF	Braquicardia asoc. con contracciones							
	Frecuencia entre contracciones							
Caract. del Cerviz	Borramiento							
	Dilatación							
Memb.-ranea Oviducos	Estado membranas							
	Líquido amniótico							
Presentación	Presént./ Variedad							
	Piano							
Drogas	Nombre							
	Dosis/Vía							
OBSERVACIONES (Proceder cada una por la fecha y la hora)								
Firma de la Obstetra								

REGISTROS DE ENFERMERÍA

Problemas más Frecuentes

- ✓ **Falta de registro de antecedentes médicos relevantes**
- ✓ **Falta de registro de las acciones realizadas**
- ✓ **Falta de registro de la administración de una medicación**
- ✓ **Documentación en la historia clínica equivocada**
- ✓ **No documentar claramente la suspensión de una medicación**
- ✓ **Falta de registro de reacciones a medicamentos o de cambios en la condición del paciente**

REGISTROS DE ENFERMERÍA

Problemas más Frecuentes

- ✓ **Trascripción incorrecta de órdenes y falta de cuestionamiento de órdenes incorrectas**
- ✓ **Escritura ilegible o incompleta, tachaduras, desprolijidad general**
- ✓ **Utilización de abreviaturas incorrectas o peligrosas**
- ✓ **Guerra en las historias. Asignación de culpas en los registros**
- ✓ **Falta de aclaración de nombre y matrícula**

“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 ventricular izquierda, insuficiencia cardíaca congestiva, se le ha indicado de ACU de una evolución DBS. H.T.A se decide tras o de para evaluación y se le da el medicamento correcto. 12/09/05. JAVI

FIRMA DEL MEDICO

correcto

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

13/09/05

ESTE ES UN PACIENTE DE LA OBRA SOCIAL DE OSPES. DE 69 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 GUAYMA LE VALIERE. EL DOCTOR... 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 OMITISIONES PARA POR ME MAS BUSCANDO LA LLAVE DE LA MEDICACION. EL FAMILIAR DEL PACIENTE ESTABA CALIENTE QUE CUANDO EL MEDICO LLEGÓ A ATENDERLOS Y YA HABIA ESCUCHADO

JAVI

Al: 2017-01-10
 Bl: 2017-01-10
 Conducir: 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.

Muchas gracias

www.nobleseguros.com/blog

[*fabian.vitolo@nobleseguros.com*](mailto:fabian.vitolo@nobleseguros.com)