



MINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES



NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO

*Movilizados por
el Derecho a la Salud y la Vida*

Serie: Documentos Técnico Normativos

LA PAZ - BOLIVIA
2008

MINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES

NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO

Movilizados por
el Derecho a la Salud y la Vida

Serie: Documentos Técnico — Normativos



LA PAZ - BOLIVIA
2008

R-B0 WX173 M665n N° 64 2008	Bolivia Ministerio de Salud y Deportes, Unidad de servicios de Salud y Calidad, Proyecto Reforma de Salud Norma técnica para el manejo del expediente clínico/Ministerio de Salud y Deportes La Paz: Editora PRESENCIA, 2008 42 p.(Serie: Documentos Técnico-Normativos N°64) II IV. V. 1. 2. 3
	REGISTROS MEDICOS HISTORIA CLINICA NORMAS TECNICAS PACIENTE PAUTAS PRACTICAS t. Unidad de Servicios de Salud y Calidad Serie

NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO

Para mayor información: Of. Unidad Serv. Salud y Calidad — MS y D, c/Cap. Ravelo N°2199,
Telf.: 2441479 Int. 113.

La Paz — Bolivia 2008

Texto EN PDF disponible en: www.sns.gov.bo

Depósito Legal: 4-1-941-08

ISBN: 978-99905-972-0-2

Resolución Ministerial: N° 00090

AUTORES

Dr. Javier Luna Orosco Eduardo MS y D / Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoria
Dra. María Julia Carrasco MS y D / Proyecto Reforma en Salud

EDICIÓN

Dr. Javier Luna Orosco Eduardo MS y D / Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoria

CONTRIBUCIONES TÉCNICAS

Dra. María Virginia Centellas Sociedad Boliviana de Auditoria Médica - Filial La Paz
Dra. Daysi Bocangel Sociedad Boliviana de Auditoria Médica - Filial La Paz

La Paz, Unidad de Servicios de Salud y Calidad, Dirección General de Salud — MS y D @ Ministerio de Salud y Deportes 2008.

Documento impreso con el financiamiento de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el desarrollo - AECID a través del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo — PNUD Bolivia.

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Se autoriza su reproducción total o parcial, a condición de citar la fuente y la propiedad.

Impreso en Bolivia

AUTORIDADES NACIONALES

Dr. Ramiro Tapia Sainz
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES

Dr. Juan Alberto Nogales Rocabado
VICEMINISTRO DE SALUD

Nat. Emilio Cusi Alvarez
**VICEMINISTRO DE MEDICINA
TRADICIONAL E INTERCULTURALIDAD a.i**

Prof. Miguel Aguilar Egüez
VICEMINISTRO DE DEPORTES

Dr. Igor Pardo Zapata
DIRECTOR GENERAL DE SALUD

Dra. Jacqueline Reyes Maldonado
JEFA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y CALIDAD

PRESENTACIÓN

El conjunto de cambios que plantea la Política Nacional del Ministerio de Salud y Deportes (**MSD**), está alineado a la gestión y atención de calidad a ser cumplidas en las instituciones, establecimientos y servicios que constituyen el Sistema Nacional Único y el Modelo de Atención Familiar Comunitaria Intercultural, indistintamente de su pertenencia al sector público, Seguridad Social o sector privado lucrativo y no lucrativo.

En tal sentido, uno de los principios fundamentales es la aplicación de normas únicas para todo el Sistema, como debe suceder en el caso específico de la elaboración, ordenamiento, utilización y archivo del Expediente Clínico, con una importancia fundamental por el uso múltiple que tiene, tanto en lo puramente médico, como en lo administrativo, académico, investigativo, estadístico, ético y jurídico.

A partir de la formulación de este documento el **MSD**, pretende que su manejo habitual sea cuidadoso en todos los servicios de salud, siendo obligación del **MSD**, establecer una norma para corregir esta situación, proteger la salud de la población y promover la excelencia en la elaboración y utilización del Expediente Clínico, que será a futuro uno de los indicadores más confiables para constatar la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Este documento, que ha sido elaborado de manera breve para su fácil uso y lectura, es complementario a otras disposiciones normativas y seguramente será de utilidad cotidiana, con una proyección dinámica de perfeccionamiento futuro, de acuerdo a necesidades que pudiesen ser identificadas.



Dr. Ramiro Tapia Sainz
Ministro de Salud y Deportes

La Paz, Noviembre de 2008

Resolución Ministerial P0090

26 FEB. 2008

VISTOS Y CONSIDERANDO

Que, la Constitución Política del Estado en su Art. 158° establece que el Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población.... Concordante con ello, el Código de Salud de la República de Bolivia, determina en su Art. 20 que la salud es un bien de interés público, corresponde al Estado velar por la salud del individuo, la familia y la población en su totalidad;

Que, el inciso d) del artículo 4.- de la Ley N° 3351 de Organización del Poder Ejecutivo, señala entre las atribuciones específicas del Ministro de Salud y Deportes : Regular, planificar, controlar y conducir el Sistema Nacional de Salud, conformado por los subsectores de seguridad social a corto, público y privado, con y sin fines de lucro;

Que, la Unidad de Servicios de Salud y Calidad de este Ministerio ha elaborado una serie de normas e instrumentos concernientes a la gestión y atención de calidad a ser cumplidas en el Sistema Nacional Único y el Modelo de Atención Familiar Comunitario e Intercultural de Salud;

Que, mediante nota CITE MSyD/VM-0311/008 de fecha 14 de febrero de 2008, el Sr. Viceministro de Salud, instruye la elaboración de una Resolución Ministerial que valide los documentos normativos elaborados por la Unidad de Servicios de Salud y Calidad, mismos que serán difundidos en el ámbito nacional para su aplicación;

Que, el artículo 87 del Decreto Supremo N° 28631, en su literal a), entre las funciones del Sr. Viceministro de Salud, establece la de proponer políticas, reglamentos e instructivos para supervisar el Sistema Nacional de Salud, promoviendo su desarrollo integral.

POR TANTO,

El Sr. Ministro de Salud y Deportes, en ejercicio de las facultades otorgadas por la Ley 3351,

RESUELVE,

ARTICULO PRIMERO.- Aprobar y poner en vigencia los siguientes documentos, que en anexos forman parte integrante de la presente Resolución:

- BASES PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL PROYECTO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD (PRONACS)
- MANUAL DE AUDITORIA EN SALUD Y NORMA TECNICA
- NORMA TECNICA DEL EXPEDIENTE CLINICO
- GUL4. BÁSICA DE CONDUCTA MEDICO-SANITARIA

- ARTICULO SEGUNDO:** Instruir a la Dirección General de Salud y a la Unidad de Servicios de Salud y Calidad la **difusión y aplicación** de estos instrumentos normativos entre las instancias correspondientes en el ámbito nacional.

[Firma]
Dr. Vladimir S. Borda Sosa
DIRECTOR GENERAL DE ASUNTOS
JURIDICOS
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

leliatát^{l*}
s^ «rfs
RIZCiml1:10-1.44D:0

Dr. T. de la Cruz
OTRO DE SALUD Y DEPORTES

INSTITUCIONES PARTICIPANTES EN EL CONSENSO Y VALIDACIÓN DEL DOCUMENTO*

Ministerio de Salud y Deportes (MS y D)
Unidad de Servicios de Salud y Calidad — MS y D
Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES)
Proyecto Reforma de Salud — MS y D
Servicio Departamental de Salud (SEDES) Beni
Servicio Departamental de Salud (SEDES) Chuquisaca
Servicio Departamental de Salud (SEDES) Cochabamba
Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz
Servicio Departamental de Salud (SEDES) Oruro
Servicio Departamental de Salud (SEDES) Potosí
Servicio Departamental de Salud (SEDES) Santa Cruz
Servicio Departamental de Salud (SEDES) Tarja
Servicio Regional de Salud (SERES) El Alto
Dirección Municipal de Salud — Cobija
Dirección Municipal de Salud — Cochabamba
Dirección Municipal de Salud — La Paz
Dirección Municipal de Salud — Oruro
Dirección Municipal de Salud — Potosí
Dirección Municipal de Salud — Sucre
Dirección Municipal de Salud — Tarja
Dirección Municipal de Salud — Trinidad
Caja Nacional de Salud (CNS)
Caja de Salud de la Banca Privada (CSBP)
Caja Bancaria Estatal de Salud (CBES)
Caja de Salud de Caminos y Ramas Afines (CSC y RA)
Caja Petrolera de Salud (CPS)
Corporación del Seguro Social Militar (COSSMIL)
Policía Nacional (Dirección Nacional de Salud y Bienestar Social de la Policía Nacional)
Colegio Médico de Bolivia
Colegio de Odontólogos de Bolivia
Colegio de Bioquímica y Farmacia de Bolivia
Colegio de Enfermeras de Bolivia
Colegio de Nutricionistas de Bolivia
Sociedad Boliviana de Auditoría Médica
Médicos Mundi
Programa de Coordinación de Salud Integral (PROCOSI)

*Se han considerado todas aquellas instituciones que conociendo el documento en la etapa de borrador final, contribuyeron al consenso, ya sea con su asistencia y participación en el Taller Nacional de Calidad en Salud (18 y 19 de junio 2007), o con aportes modificatorios oportunos para la corrección y enriquecimiento de la edición final.

INDICE

CAPITULO I.	
DISPOSICIONES GENERALES.....	1
Art. 1. FUNDAMENTACION	1
Art. 2. OBJETIVO GENERAL	1
Art. 3. OBJETIVOS ESPECIFICOS	1
Art. 4. AMBITO DE APLICACIÓN	1
Art. 5. DEFINICIONES	1
Art. 6. CONDICIONES BÁSICAS DEL EC	5
Art. 7. FINALIDADES	7
 CAPITULO II.	
TIPOS DE EXPEDIENTE CLINICO	7
Art. 8. EXPEDIENTE CLINICO DE HOSPITALIZACION	7
Art. 9. EXPEDIENTE CLINICO DE CONSULTA EXTERNA	8
Art. 10. EXPEDIENTE CLINICO DE EMERGENCIA	8
 CAPITULO III.	
CONTENIDO DEL EXPEDIENTE CLINICO.....	9
Art. 11. CONTENIDO GENERAL	9
Art. 12. CONTENIDO ESPECÍFICO	9
Art. 13. CONTENIDO ADICIONAL.....	15
 CAPITULO IV.	
INDICACIONES PARA EL MANEJO ASISTENCIAL DEL EC	16
Art. 14. ORDENAMIENTO Y PAGINACION.....	16
Art. 15. CLARIDAD Y PULCRITUD	17
Art. 16. PRECISION EN LA DESCRIPCIÓN	17
Art. 17. APOYO GRAFICO	17
Art. 18. IDENTIFICACIÓN	18
Art. 20. PRESCRIPCIONES	18
Art. 21. ASIGNACION DE RESPONSABLES Y CONFIDENCIALIDAD	18
Art. 22. EXPEDIENTE CLINICO PARA DOCENCIA	19
 CAPITULO V.	
DE LOS REQUERIMIENTOS Y ACCESO AL EXPEDIENTE CLINICO	19
Art. 23. ACCESO DEL PACIENTE A SU EC.....	19
Art. 24. REQUERIMIENTO DEL EC POR CAUSAS LEGALES, AUDITORIA MEDICA EXTERNA O PERITAJE	19
 CAPITULO VI.	
DE LA EMISION DE CERTIFICADOS O INFORMACION CONTENIDA EN EL EC.....	20
Art. 25. RECAUDOS A CUMPLIR.....	20
Art. 26. DE LA INFORMACION O CERTIFICACION SOLICITADA POR LOS PACIENTES	20
Art. 27. DE LA INFORMACION SOLICITADA POR TERCEROS	21

CAPITULO VII.	
ARCHIVO Y MANEJO ADMINISTRATIVO DEL EC	22
Art. 28 CIERRE Y ENTREGA OPORTUNA	22
Art. 29 TIEMPO DE PERMANENCIA DEL EC EN LAS DISTINTAS AREAS	22
Art. 30 ARCHIVO DEL E.0.....	23
Art. 31 CONSERVACION DEL E.0	23
Art. 32 ARCHIVO ESPECIAL	23
Art. 33 EXPEDIENTE CLINICO RETENIDO	23
Art. 34 EXPEDIENTE CLINICO EXTRAVIADO.....	23
Art. 35 CONTROL DEL REGISTRO ESTADÍSTICO DEL EC.....	24
 CAPITULO VIII.	
AUTORIZACIONES ESPECIALES Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD	
(EXONERACIÓN)	24
Art. 36 AUTORIZACIÓN PARA AUTOPSIA.....	24
Art. 37 SALIDAS EVENTUALES DEL PACIENTE.....	24
Art. 38 RETIRO DE MENORES.....	24
Art. 39 EXONERACION DE RESPONSABILIDAD POR ABORTO.....	25
 CAPITULO IX.	
DISPOSICIONES FINALES.....	25
Art. 40 VIGENCIA.....	25
Art. 41 REVISIÓN Y ENMIENDAS.....	25
Art. 42 INOBSERVANCIA DE LA NORMA DEL EC	25
 ANEXOS DEL EC	25-31
 REFERENCIAS	32

CAPITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. FUNDAMENTACION

El Expediente Clínico (EC) es el conjunto documental básico y fundamental para el registro de las características del proceso salud-enfermedad que se presenta en un determinado paciente, sirviendo además como instrumento testimonial que evalúa las condiciones de funcionamiento de cualquier servicio de salud. Su interpretación y análisis tienen un uso y aplicación polivalente, ya sea en lo puramente clínico-nosológico, como en lo académico, investigativo, epidemiológico, estadístico, administrativo, ético y jurídico.

Artículo 2. OBJETIVO GENERAL

Establecer la norma y metodología con fundamentos científicos, tecnológicos, administrativos, éticos y jurídicos, para la elaboración, integración, ordenamiento, uso y archivo del EC, en aras al mejoramiento de la calidad en todo el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 3.1.** Establecer la elaboración obligatoria del EC con sus respectivos componentes documentales, en todos los servicios de salud.
- 3.2.** Estandarizar el manejo habitual del EC.
- 3.3.** Sistematizar la conservación y archivo del EC.
- 3.4.** Promover la cultura de la calidad en el Sistema Nacional de Salud, a través del manejo adecuado del EC.

Artículo 4. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Norma es de observancia y cumplimiento obligatorio en todo el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 5. DEFINICIONES

La presente norma debe ser cabalmente interpretada y aplicada, resultando necesario para tal propósito, establecer las siguientes definiciones:

5.1. Expediente Clínico

El Expediente Clínico (EC), es el conjunto de documentos escritos e iconográficos evaluables que constituyen el historial clínico de una persona que ha recibido o recibe atención en un establecimiento de salud. Su manejo debe ser escrupuloso porque en él se encuentran todos los datos que nos permiten encarar de la mejor manera el estado de salud -enfermedad del paciente y su respectivo tratamiento.

5.2. Médico Tratante

Es aquel profesional médico, claramente identificado y aceptado por el paciente -o en caso de menores de edad e impedimento mental por el familiar más

inmediato o tutor jurídicamente responsable- que se encuentre directamente a cargo de la atención de dicho paciente, ejecutando actos y/o procedimientos individuales o mancomunados con otros miembros del equipo humano de salud, ya sea del propio establecimiento o de otro de menor o mayor complejidad, cuyos servicios pudiesen ser requeridos.

5.3. Junta Médica

Es el acto que reúne al médico tratante con uno o más médicos e integrantes del equipo de salud, para considerar y tomar decisiones respecto al estado clínico del paciente. Analiza cuidadosamente los antecedentes retrospectivos y actuales relacionados con la enfermedad del paciente, así como las previsiones necesarias que se deban adoptar para una evolución más adecuada.

5.4. Consentimiento Informado

Es la potestad que tiene el paciente de aceptar libremente y sin presiones, que por necesidad diagnóstica o terapéutica, se practique en su propio cuerpo algún procedimiento clínico, laboratorio, imagenológico o instrumental, previa explicación clara de quien lo tenga que practicar, con el fin de que el paciente sepa y comprenda cómo será realizado y cuales son sus beneficios y eventuales riesgos o perjuicios, a más de obtener respuesta a sus preguntas e inquietudes.

5.5. Referencia

Es el envío de un usuario de consulta externa, hospitalización o emergencias, a otro establecimiento de salud de mayor complejidad resolutive, sin que esto signifique que quien o quienes atendieron inicialmente al paciente, deslinden sus responsabilidades por dicha atención.

5.6. Contrarreferencia (retorno)

Es el envío de un usuario que recibió atención en un establecimiento de mayor capacidad resolutive, al establecimiento de menor complejidad de donde fue referido inicialmente, para su respectivo seguimiento y cumplimiento de las medidas de diagnóstico, tratamiento o rehabilitación que pudiese precisar, sin que esto signifique deslindar responsabilidades de quienes lo contrarrefirieron.

5.7. Transferencia

Procedimiento por el cual se transfiere la atención en salud de un usuario a otro profesional, equipo de salud o institución, sin que esto signifique que quien o quienes hubiesen atendido inicialmente al paciente deslinden responsabilidades, que son compartidas con quienes lo atienden una vez cumplida la transferencia.

5.8. Interconsulta

Es la solicitud de atención que el médico tratante envía a otros profesionales, cuyo concurso pueda ser necesario para la atención del paciente.

5.9. Calidad

"Condición de la organización sanitaria que de acuerdo a caracterización y normativa bien definidas dentro de un sistema, permite cumplir funciones que cubren satisfactoriamente las expectativas, requerimientos y necesidades de los usuarios, con recursos optimizados y equitativamente distribuidos". **Comisión Nacional de Calidad en salud y Auditoría — MSD.**

5.10. Acto Médico

Es toda atención profesional del médico, respaldada por protocolos y normativa vigente con calidad y calidez humana.

5.11. Atención en Salud

Es toda acción, que respaldada por normas y protocolos, realiza el personal que se desempeña en los establecimientos de salud.

5.12. Institución Prestadora de Servicios de Salud

Es todo aquel organismo, institución o establecimiento, ya sea del sector público estatal, municipal, seguridad social o sector privado con y sin fines de lucro, que habilitado y autorizado de acuerdo al marco legal vigente, ofrece y brinda servicios de salud a la población.

5.13. Servicio de Salud

Es todo aquel servicio que brinda a la población la Institución Prestadora de Servicios de Salud antes definida.

5.14. Usuario Externo

Es toda persona natural o jurídica que demanda atención profesional médica o atención de salud.

5.15. Usuario Interno

Es toda persona natural o jurídica que demanda servicios del establecimiento de salud donde se desempeña, para el cumplimiento de sus funciones habituales

5.16. Lex Artis Medicae

Es la ciencia y el arte que de acuerdo con los avances técnicos y científicos de la Medicina, reconocidos y validados por la comunidad médica internacional, aplica y ejerce el profesional médico después de un proceso formal de capacitación superior universitaria

5.17. Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud (SNS), encabezado y regulado por el MS y D, es el conjunto coordinado de instituciones y establecimientos que prestan servicios de salud a la población, en los sectores público, seguridad social de corto plazo,

privado no lucrativo y privado lucrativo, incorporándose además la medicina tradicional y la medicina alternativa.

5.18. Establecimiento de Salud

El establecimiento de salud es la unidad funcional destinada al cuidado y a la atención de la salud del paciente, familia y comunidad, de manera integral, intercultural y con equidad de género y generacional, a través de la educación, promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que cuenta con infraestructura física, equipamiento, recursos humanos e insumos, de acuerdo a nivel de atención, grado de complejidad y prestación de servicios que cumple.

5.19. Documento iconográfico

Es todo aquel documento del EC que muestra una imagen, dígame gráfica, dibujo, fotografía, radiografía, tonografía, ecografía, gammagrafía o lámina histopatológica.

5.20. Documento escrito

Es todo aquel documento escrito del EC, ya sea manualmente o mediante cualquier recurso técnico

5.21. Estado de salud enfermedad

Es la condición física y funcional de la persona, que puede transitar de un estado normal o de salud plena, a un estado comprometido por una enfermedad de cualquier naturaleza, y a la inversa.

5.22. Personal autorizado

Es toda persona que por su carácter laboral está legalmente autorizada para atender pacientes de acuerdo a la normativa vigente, ya sea de manera independiente, o institucionalmente cuando el paciente se encuentra ingresado en la institución donde dicha persona se desempeña como funcionario de planta.

En el caso de estudiantes, profesionales o técnicos en salud que se encuentran en proceso de capacitación o en la residencia de una especialidad, sus actividades con el paciente deben ser supervisadas por los profesionales o técnicos de planta que, de acuerdo a sus funciones y responsabilidades institucionales, se encuentran a cargo de dicho paciente.

5.23. Prescripción

Término referido a las indicaciones que los profesionales o técnicos a cargo del paciente, anotan en el EC para su correspondiente tratamiento, ya sea con fines diagnósticos o de terapéutica. Es extensivo a las indicaciones que pueden anotarse en la epicrisis del EC, certificados médicos, informes o recetas, debiendo, en estos casos, ser claramente informadas y explicadas al paciente, para su cabal cumplimiento.

5.24. Proscripción

Término referido a las prohibiciones o contraindicaciones que establecen los profesionales o técnicos a cargo del paciente, durante su atención o tratamiento. Al igual que la prescripción, deben ser claramente informadas y explicadas al paciente, para su cabal acatamiento.

Artículo 6. CONDICIONES BÁSICAS DEL EC

Para lograr que el EC, sea un instrumento de interpretación y uso confiable, debe cumplir las siguientes condiciones básicas:

6.1. Veracidad

Consiste en la descripción veraz de todo lo referente al estado de salud - enfermedad del paciente y los procedimientos realizados para su diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

6.2. Carácter Científico

Consiste en el apego estricto a la *jex artis medicae*.

6.3. Integridad

Consiste en la presencia de datos clínicos suficientes sobre el estado de salud - enfermedad del paciente, complementados por métodos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, junto a notas de evolución, tratamientos, consentimiento informado y documentos administrativos destacables de los procesos cumplidos durante la atención del paciente, refrendados todos con nombre, firma y sello o identificación escrita de las personas responsables.

5

6.4. Sujeción a la norma

Consiste en el estricto cumplimiento de la norma existente para la elaboración y manejo del Expediente Clínico, así como de la utilización de formularios u otros documentos expresamente diseñados para tales propósitos.

6.5. Secuencialidad

Está referida a los registros de la atención, consignados en secuencia cronológica.

6.6. Disponibilidad

Es el acceso al EC en el momento en que se lo necesite, con las limitaciones que impone la norma.

6.7. Exclusividad

Se refiere a la existencia de un EC exclusivo y específico para cada paciente en el establecimiento donde es atendido. Puede tener carácter acumulativo, dependiendo de las veces que el paciente acuda a la consulta o sea internado, ya sea por causas de una misma enfermedad u otras.

6.8. Unicidad

Esta referida a la existencia de formatos únicos y generales de EC para todo el Sistema de Salud, adecuados a los respectivos niveles de atención y las características propias de cada una de las especialidades existentes.

6.9. Codificación

Se refiere a la asignación de un número de identificación al EC, que deberá ser único y el mismo para todos los documentos que lo constituyen y con el que figure en el archivo estadístico.

Artículo 7. FINALIDADES

En virtud de la mayor precisión posible, para los múltiples usos y aplicaciones del EC, se hace necesario definir sus siguientes finalidades:

- 7.1. **Asistencial**, porque permite el registro y monitoreo del proceso de atención y los procedimientos aplicados.
- 7.2. **Docencia**, por constituirse en un instrumento de enseñanza para la capacitación de **RRHH** en Salud
- 7.3. **Investigación**, por contener información que proporciona datos para la programación, control y evaluación epidemiológica de enfermedades prevalentes, o para el estudio e información de condiciones patológicas especiales o infrecuentes.
- 7.4. **Gestión y planificación de recursos**, por constituirse en el registro único de las actividades asistenciales realizadas por los miembros del equipo de salud que participan en la prestación de servicios a los pacientes y los recursos que emplean.
- 7.5. **Información**, porque proporciona datos para la aplicación y cumplimiento de las múltiples finalidades que tiene, a más de ser parte substancial del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) y del sistema de referencia, resolución y contrarreferencia dentro del funcionamiento de las redes de servicio.
- 7.6. **Administración**, porque aporta datos imprescindibles para el manejo administrativo financiero y no financiero de las instituciones, los subsectores prestadores de servicios y el propio Sistema de Salud.
- 7.7. **Jurídica legal**, por constituirse en un documento de evidencia primaria sobre lo acontecido con el paciente y las actuaciones y responsabilidades del establecimiento y el personal que tomó parte en su atención.
- 7.8. **Control de calidad asistencial**, porque a través del EC se puede verificar el cumplimiento a normas y protocolos que se enmarcan en la calidad de atención.
- 7.9. **Comunicación**, porque a través de los registros que contiene, se logra un intercambio comunicacional de opiniones y experiencias del personal de salud que participa en la atención del paciente.

CAPITULO II

TIPOS DE EXPEDIENTE CLINICO

Artículo 8. EXPEDIENTE CLINICO DE HOSPITALIZACION

Es aquel EC que incluye todos los documentos relacionados con la enfermedad del paciente en el proceso de consulta externa y hospitalización, al cual se agregan los documentos del alta, una vez que se cumple la misma. Lo conforman:

- a) Historia Clínica propiamente dicha: datos generales y aspectos técnicos médicos
- b) Formularios de Consentimiento Informado
- c) Ordenes médicas
- d) Notas de evolución, interconsulta e informes de junta médica
- e) Informes de exámenes de laboratorio, gabinete y anatomía patológica
- f) Elementos quirúrgicos:
 - 1. Nota prequirúrgica (preoperatorio)
 - 2. Protocolos quirúrgicos
 - 3. Nota pos-quirúrgica
- g) Elementos de anestesia
 - 1. Nota pre-anestésica
 - 2. Protocolo de procedimiento anestésico (hoja de registro anestésico)
 - 3. Nota pos-anestésica
 - 4. Nota de recuperación
- h) Elementos de enfermería:
 - 1. Notas de tratamiento y medicamentos administrados
 - 2. Hoja de evolución de enfermería
 - 3. Kardex de enfermería (en los expedientes clínicos de archivo)
 - 4. Hoja de Control de líquidos administrados y eliminados
- i) Epicrisis
- j) Documentos administrativos:
 - 1. Nota de ingreso o admisión
 - 2. Nota de egreso o nota de alta (Alta solicitada, Transferencia)
 - 3. Nota de referencia y Contrarreferencia
 - 4. Informe de emergencias
- k) Adicionales:
 - 1. Protocolo de autopsia
 - 2. Certificado de defunción (copia)
 - 3. Informes de auditoria medica especial o inducida
 - 4. Ficha social
 - 5. Autorización temporal
 - 6. Certificado médico (copia)
 - 7. Recetas
 - 8. Formularios o fichas de programas específicos cuando corresponda (programa TB, ETS, quimioterapia, AIEPI, desnutrición, historia clínica perinatal, otros)

Artículo 9. EXPEDIENTE CLINICO DE CONSULTA EXTERNA

Es aquel EC que incluye todos los documentos relacionados con la enfermedad del paciente en el proceso de consulta externa realizado en el establecimiento, con o sin hospitalización. En el caso de derivación de otro establecimiento, para que se cumpla la consulta o consultas, contará con la respectiva documentación de referencia, y de darse el caso, copias de la documentación de resolución y contrarreferencia remitida al establecimiento de origen. Lo conforman:

- a.) Historia clínica propiamente dicha: datos generales y aspectos técnicos médicos
 - b.) Formulario de Consentimiento Informado
 - c.) Ordenes médicas
 - d.) Notas de evolución, interconsulta e informes de junta médica
 - e.) Informes de exámenes de laboratorio, gabinete, patología
 - f.) Elementos de enfermería:
 - 1. Notas de tratamiento y medicamentos administrados (si el paciente recibe tratamiento ambulatorio en el establecimiento).
 - 2. Hoja de evolución de enfermería (si el paciente recibe tratamiento ambulatorio en el establecimiento).
 - g.) Resumen de atención, orientación y prescripción del paciente
 - h.) Documentos administrativos:
 - 1. Nota de referencia y contrarreferencia
 - i.) Adicionales:
- 8
- 1. Informe de auditoria médica interna especial o inducida
 - 2. Ficha social
 - 3. Certificado médico (copia)
 - 4. Recetas
 - 5. Formularios o fichas de programas específicos cuando corresponda (programa TB, ETS, quimioterapia, AIEPI, desnutrición, Historia Clínica del CLAP y otros).

Artículo 10. EXPEDIENTE CLINICO DE EMERGENCIA

Es aquel que incluye todos los documentos relacionados con la atención y hospitalización del paciente, por el tiempo que permaneció internado en el Servicio o Unidad de Emergencias del Establecimiento. Incorpora también la documentación referida al alta, referencia a otro servicio de internación (ya sea del propio establecimiento o de otro) y el certificado de defunción en caso de fallecimiento del paciente. Lo conforman:

- a) Historia Clínica propiamente dicha: datos generales y aspectos técnicos médicos
 - b) Formularios de Consentimiento Informado
 - c) Ordenes médicas
 - d) Notas de evolución, interconsulta e informes de junta médica.
 - e) Informes de exámenes de laboratorio, gabinete y anatomía patológica.
 - f) Elementos de Enfermería:
- 1. Notas de tratamiento y medicamentos administrados
 - 2. Hoja de evolución de enfermería

3. Kardex de enfermería (en los expedientes clínicos de archivo)
4. Hoja de Control de líquidos administrados y eliminados

- g) Resumen de atención, orientación y prescripción al paciente
- h) Documentos administrativos:

1. Nota de ingreso o admisión
2. Nota de egreso o nota de alta (alta solicitada, transferencia)
3. Nota de referencia y Contrarreferencia
4. Informe de emergencias

- i) Adicionales:

1. Informes de auditoria médica interna especial o inducida
2. Ficha social
3. Autorización de salida temporal
4. Certificado médico (copia)
5. Recetas
6. Formularios o fichas de programas específicos cuando corresponda (programa TB, ETS, quimioterapia, AIEPI, desnutrición, Historia clínica perinatal y otros)

CAPITULO III

CONTENIDO DEL EXPEDIENTE CLINICO

Artículo 11. CONTENIDO GENERAL

El EC integra dos partes: Asistencial y Administrativa

EL contenido asistencial incluye todos los documentos referidos al proceso salud enfermedad de la persona, durante la consulta, hospitalización y seguimiento ambulatorio, avalados por quienes participan en su atención.

El contenido administrativo proporciona datos generales que permiten identificar en forma sencilla a cada paciente: Estos datos son: número del EC, fecha de ingreso, hora, nombre, ocupación, edad, fecha y lugar de nacimiento, sexo, raza, lugar de procedencia, domicilio, ocupación, teléfono (fijo o móvil), datos de los padres, familiar o persona responsable, seguro médico (si lo tuviese), servicio o unidad de hospitalización y N° de cama ocupada. Además, incorpora documentos (formularios) administrativos.

Artículo 12. CONTENIDO ESPECÍFICO

El contenido específico del EC se desagrega en documentos individuales, lo que otorga a cada uno de ellos, importancia y significación propia. Estos documentos son:

12.1. Papeleta de internación.- Es aquel formulario o papeleta que sirve para la hospitalización del paciente, consignando sus datos generales de nombre completo, sexo y edad, a más del diagnóstico y fecha de ingreso, número o código del EC que ha sido asignado, nombre, sello y firma del profesional que indica la internación, y si la misma se la hizo a través de consultorio externo o emergencias, que son los únicos dos lugares del establecimiento autorizados para la hospitalización del paciente y el manejo controlado de papeletas

numeradas de internación, una de cuyas copias queda en el nivel administrativo para fines correspondientes.

12.2. Nota de Internación.- Denominada también nota de ingreso o nota de admisión. Es un documento breve que se aplica provisionalmente cuando no se dispone del tiempo necesario para elaborar directamente la Historia Clínica del paciente. Consigna datos señalados en el artículo 11, y su llenado con nombre, firma y sello visibles, es responsabilidad del médico de planta o médico que hospitalizó al paciente, dentro de las próximas 2 horas de transcurrida la hospitalización. En los hospitales de enseñanza, la Nota de Internación puede ser elaborada por el residente o estudiante de último año que se encuentra cumpliendo su Internado rotatorio, bajo la supervisión del médico de planta, quién necesariamente deberá avalarla con su nombre, sello y firma.

12.3. Grafica de Registro de Signos Vitales.- Está diseñada en un formulario específico con los datos de identificación del paciente, que permite el registro gráfico de los signos vitales, pudiendo contener además, casillas para anotar datos adicionales como balance hidroelectrolítico, cuantificación de orina, número de evacuaciones, control de sondas y avenamientos, vómitos y otros. Su control y llenado es responsabilidad de enfermería en sus respectivos turnos.

10 **12.4. Historia Clínica.-** Es el documento central del EC que a más de señalar los datos generales del paciente y sus antecedentes personales, familiares, no patológicos, patológicos y gineco-obstétricos en el caso de la mujer; describe las condiciones actuales de su estado de salud-enfermedad, investigadas y recogidas a través de la anamnesis o interrogatorio y el examen físico general y especial. Concluye estableciendo el diagnóstico presuntivo, diagnósticos diferenciales y una propuesta básica de conducta y tratamiento. El responsable para su elaboración, dentro de las 8 horas de transcurrida la hospitalización, es el médico tratante. En los hospitales de enseñanza, la Historia Clínica puede ser elaborada por delegación del médico tratante al médico residente de la unidad o servicio donde se hospitalizó al paciente, o por el estudiante de último año que se encuentra cumpliendo su Internado Rotatorio, bajo la supervisión y revisión del médico de planta, quien necesariamente dará su conformidad, estampando su nombre, sello y firma al pie del documento.

12.5. Consentimiento Informado.- Es la potestad que tiene el paciente de aceptar libremente y sin presiones, que por necesidad diagnóstica o terapéutica, se practique en su propio cuerpo procedimientos clínicos, laboratoriales, imagenológicos, instrumentales o quirúrgicos, previa explicación de quien o quienes tengan que practicarlos, con el fin de que el paciente sepa y comprenda cómo serán realizados y cuáles sus beneficios y eventuales riesgos o perjuicios, a más de obtener respuesta a sus preguntas o inquietudes. En la práctica, el Consentimiento Informado se lo obtiene con la firma del paciente, a través de formularios de diseños variables de acuerdo a los procedimientos que se tengan que realizar, consignándose en la norma correspondiente, modelos básicos de orientación general.

12.6. Informes de Exámenes Complementarios.- Son todos aquellos formularios o documentos del EC que contienen la información de los exámenes o procedimientos complementarios de diagnóstico y tratamiento que hubiesen sido realizados en el paciente. Necesariamente deben consignar el nombre, firma y sello de los responsables de su ejecución y estar plasmados en formularios expresamente diseñados para responder cabalmente a los requerimientos e investigación de quienes los solicitan.

12.7. Notas de Evolución.- Son aquellas notas escritas por diversos métodos, que describen cronológicamente el curso de la evolución del estado de salud-enfermedad del paciente durante su hospitalización o durante sus controles por consulta externa. Deben registrar los estados estacionarios o cambios que se presentan en el paciente, ya sea por la evolución clínica misma, por los resultados de la aplicación del tratamiento y procedimientos empleados, o por cualquier otra causa. Son responsables de su elaboración u omisión, el médico tratante y quienes coadyuvan con él en el tratamiento de su paciente.

12.8. Interconsultas.- Son las valoraciones clínicas o procedimentales que hacen otros profesionales autorizados a solicitud del médico tratante, o de quienes coadyuvan con él en el tratamiento o atención de su paciente. Se registran como notas de evolución o en formularios expresamente diseñados para el efecto, especialmente para interconsultas interinstitucionales, siendo responsables de su ejecución y registro oportunos, el o los profesionales que atendieron la respectiva interconsulta, consignando su nombre, firma y sello.

12.9. Notas de Informe Profesional.- Son los informes clínicos o de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, escritos por los profesionales que estuvieron a cargo del paciente, antes, durante o después de su internación, en relación a su estado de salud-enfermedad, actual o pasado. Pueden emitirse de manera individual o como efecto de una junta médica y necesariamente deben consignar nombre, sello y firma de los profesionales que lo realicen.

La petición de informe médico puede estar vinculada a motivos de interés particular como de origen legal o público. Por tanto, el valor de prueba y de garantía que el ordenamiento jurídico y la sociedad confieren a los informes médicos, obliga a extremar el rigor de su contenido, evitando incluir en ellos términos ambiguos o informaciones insuficientes o excesivas que pueden confundir al destinatario.

11

Entre los informes médicos se encuentra la epicrisis que es el documento emitido por el médico responsable al finalizar cada proceso asistencial de un paciente en un centro sanitario, y en el que se incluye, además de un breve resumen de la historia clínica, los datos más relevantes de la actividad asistencial prestada, y las correspondientes recomendaciones terapéuticas.

12.10. Documentos Quirúrgicos.- Son aquellos relacionados con la intervención quirúrgica practicada en el paciente y los antecedentes del pre, intra y postoperatorio que hubiesen sido registrados en formularios o informes específicos.

12.10.1. Protocolo Quirúrgico.- Es el documento que relata la intervención o procedimientos quirúrgicos realizados en el paciente, con el sello y firma del cirujano principal que realizó la intervención quirúrgica, en conformidad con todo su contenido.

Independientemente del diseño de formulario que tenga la institución, debe consignar la siguiente información:

- a) Datos del paciente (nombre completo, edad, sexo)
- b) Servicio o Unidad de Hospitalización
- c) N° de cama
- d) N° o código del EC
- e) Nombres y funciones de quienes integran el equipo quirúrgico (cirujanos, anestesista, instrumentadora, personal de apoyo)

- f) Descripción de la intervención quirúrgica (incluyendo diéresis, acto quirúrgico propiamente dicho y síntesis)
- g) Colocación de sondas o avenamientos
- h) Descripción de los hallazgos quirúrgicos y las incidencias, dificultades o complicaciones que pudiesen haberse presentado en relación con la intervención quirúrgica, ya sea antes, durante o después de la realización de la misma.
- i) Diagnostico preoperatorio
- j) Diagnostico postoperatorio
- k) Conformidad con el recuento de instrumental, materiales, gasas y compresas utilizados durante la intervención quirúrgica
- l) Envío de biopsias, piezas quirúrgicas, o muestras a servicios de Anatomía Patológica o Laboratorio
- m) Duración de la intervención quirúrgica
- n) Condiciones del paciente a la conclusión de la intervención quirúrgica
- o) Nombre, firma y sello de los responsables del acto quirúrgico.
- p) Fecha, hora de inicio y finalización del acto quirúrgico

12.10.2. Registro Quirúrgico.- Cuando se considera necesario contar con Registros Quirúrgicos, ya sea como notas o en formularios expresamente diseñados para el efecto, se llenan de acuerdo con el contenido de las fichas técnicas de pre, intra y postoperatorio que figuran en los anexos de esta norma, debiendo consignar nombre, sello y firma de quien los elabore.

12.11. Documentos de Anestesiología.- Están referidos a nota preanestésica, protocolo anestésico y nota de recuperación postanestésica.

12

12.11.1. Nota Preanestésica.- Es el documento de valoración que el médico anestesiólogo de planta realiza en el paciente, antes de la administración anestésica. Su contenido comprende:

- a) Datos de identificación del paciente (nombre y apellidos, número de historia clínica, fecha de nacimiento, otros).
- b) Identificación de la unidad o servicio.
- c) Enfermedad actual, diagnostico prequirúrgico, tratamiento actual que recibe el paciente.
- d) Tipo de intervención quirúrgica a ser realizada.
- e) Antecedentes familiares y antecedentes personales no patológicos y patológicos (alergias medicamentosas y postransfusionales, otros).
- f) Examen físico.
- g) Exámenes complementarios.
- h) Diagnostico pre-anestésico.
- i) Contraindicaciones anestésicas y motivo.
- j) Ordenes preoperatorias del anestesiólogo.
- k) Medicación preanestésica.
- l) Fecha y hora.
- m) Nombre, firma, sello del médico anestesiólogo que realiza el informe.

12.11.2. Protocolo del Procedimiento de Anestesia.- Obedece a un formulario expresamente diseñado en original y copia que el médico anestesiólogo llena en el transcurso de la administración anestésica para la realización de un procedimiento invasivo o intervención quirúrgica. Contiene:

- a) Datos personales y de identificación del enfermo.
- b) Resumen de la valoración preoperatoria.
- c) Tipo de anestesia realizada (general, regional, raquianestesia, descripción de la técnica utilizada, otros).
- d) Intubación, control respiratorio, perfusión iv, monitorización, ventilación mecánica.
- e) Grafica secuencial donde se indiquen: medicación administrada, dosis, vía, frecuencia de administración, hora de administración, variaciones de constantes, aportes y pérdidas de líquidos.
- f) Tipo de intervención quirúrgica.
- g) Grafica minutada de constantes vitales durante la intervención.
- h) Hora de comienzo y finalización de la anestesia.
- i) Incidencias, si las hubiere, durante la intervención y analítica intraoperatoria.
- j) Estado clínico del paciente durante y al final de la intervención.
- k) Nombre, firma y sello del anestesista.
- l) Nombre del cirujano.
- m) Fecha de la intervención
- n) Nombre, firma y sello del responsable de la administración anestésica

12.11.3. Nota de Recuperación Anestésica.- Se mantendrá este informe para todos los pacientes que ingresan a la Sala de Recuperación. La parte médica incluye un control detallado de todos los líquidos administrados y eliminados, así como una gráfica de la temperatura, pulso, respiración y presión arterial, a más de una evaluación del estado del paciente al ingresar y egresar de la sala. Tanto el médico y la enfermera que reciben al paciente, como aquellos que lo dan de alta, firman y sellan la nota cuyo contenido es el siguiente:

- a) Datos del paciente (nombre y apellido, N° HC, fecha de nacimiento y N° de cama).
- b) Nombre de servicio y médico responsable.
- c) Intervención realizada y diagnóstico postoperatorio.
- d) Tipo de anestesia y respuesta del enfermo.
- e) Tipo de intervención (cirugía mayor y mediana).
- f) Grafica de signos o constantes vitales.
- g) Prescripciones de rutina.
- h) Lugar de envío del enfermo.
- i) Estado y condiciones del paciente al egreso de la sala de recuperación.
- j) Hora de salida.

13

12.12. Notas de Indicaciones Médicas.- Son aquellas notas agrupadas en una misma sección del EC, que contienen las indicaciones o prescripciones médicas, con descripción del medicamento en nombre genérico, dosis, concentración, frecuencia, vía de administración y cuidados de la misma. Son responsables de su elaboración u omisión, el médico tratante, o por delegación los profesionales médicos de planta o médicos residentes que lo colaboran para el manejo del paciente.

12.13. Documentos de Enfermería.- Están conformados por las notas de evolución de enfermería y el registro de tratamientos.

12.13.1. Notas de evolución de enfermería.- Son las notas que escribe enfermería con relación al estado del paciente, su evolución y las constataciones que haga respecto a las interurrencias o complicaciones que pudiesen presentarse. La frecuencia de estas notas dependerá de las condiciones del paciente y las indicaciones del médico, siendo imprescindible su registro en cada cambio de turno de enfermería. Con-

signan además, la admisión y egreso del paciente, tomando en cuenta fecha y hora, condición de ingreso o egreso y la persona o personas que lo acompañaron. Estas notas deben estar cuidadosamente elaboradas y llevar firma y sello de la enfermera responsable de su elaboración.

12.13.2. Notas de Registro de Tratamientos de enfermería.- Las escribe la enfermera en cumplimiento a las prescripciones u ordenes médicas, y en estricta observación de lo contemplado en el inciso 12.12 de Notas de Indicaciones Médicas.

Las notas de registro de tratamiento de enfermería, revisten especial importancia, porque constituyen la constancia del cumplimiento de las prescripciones, tal cual fueron escritas y firmadas por el médico.

12.14. Epicrisis.- Constituye el resumen de todo el contenido del EC, y debe ser llenada en formularios expresamente diseñados bajo el siguiente ordenamiento:

- 14
- a) Datos generales. Ídem que en la Historia Clínica.
 - b) Fecha de ingreso y de alta hospitalaria.
 - c) Diagnóstico de ingreso.
 - d) Breve resumen del examen clínico.
 - e) Breve resumen de la evolución en caso de complicaciones o grandes modificaciones.
 - f) Lo positivo de exámenes auxiliares (ordenados por fechas).
 - g) Drogas usadas para el tratamiento médico.
 - h) Intervención o intervenciones quirúrgicas realizadas.
 - i) Diagnósticos post-operatorios.
 - j) Resultados de anatomía patológica.
 - k) Resumen de los hallazgos laboratoriales o de exámenes de gabinete
 - l) Diagnóstico final.
 - m) Estado del paciente al ser dado de alta e indicaciones que debe cumplir.
 - n) Plan de manejo y tratamiento
 - o) Atención de factores de riesgo (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones)
 - p) Resultado de autopsia si se hubiera realizado en caso de fallecimiento.
 - q) Breve comentario final.
 - r) Firma y sello del médico tratante

La epicrisis es un documento de suma utilidad, no solo por razones estadísticas sino para fines de estudio e investigación, porque permite un análisis rápido de un caso en particular o de un crecido número de casos, siempre y cuando se conserven archivos de copias de epicrisis ordenadas por patologías, en los respectivos servicios donde son atendidas. Asimismo, tiene carácter de informe resumido, motivo por el cual el médico tratante debe entregar una copia al paciente en el momento del alta, con énfasis en las indicaciones y/o recomendaciones que creyera convenientes y que el paciente deba cumplir.

12.15. Informe de Emergencias.- El médico de la Unidad de Emergencia llena el informe respectivo, cuando el paciente, después de su recepción y atención en emergencias, es referido a otro servicio del mismo establecimiento u otro. Su contenido es el mismo que ha sido señalado en el inciso 12.14 de Epicrisis, con especial énfasis en el pronóstico, medidas de resolución y/o estabilización y las condiciones del paciente al ser dado de alta o transferido de emergencias.

Artículo 13. CONTENIDO ADICIONAL

El EC también incorpora otros documentos adicionales que pueden o no existir, de acuerdo a circunstancias propias de cada caso. Dichos documentos son:

13.1. Nota de Referencia, resolución y contrarreferencia.- En casos de pacientes que proceden o se tengan que derivar a otros establecimientos. Las notas de derivación por referencia o contrarreferencia se elaboran en dos copias: una que queda como constancia en el EC y otra que se envía al establecimiento donde se refiere o contrarrefiere al paciente. Es sellada y firmada por el médico tratante y contiene lo siguiente:

- a) Datos generales del paciente
- b) Diagnostico de ingreso
- c) Diagnostico de egreso en el momento de la transferencia (referencia o contrarreferencia)
- d) Condiciones del paciente en el momento de la transferencia, y si su caso ha sido resuelto o está pendiente
- e) Copias de los informes de exámenes y procedimientos de diagnostico o tratamiento que hubiesen sido realizados
- f) Informe de trabajo social
- g) Resumen del tratamiento efectuado, señalando duración precisa de los fármacos utilizados
- h) Tratamiento con el que persiste el paciente en el momento de la transferencia
- i) Advertencias sobre factores de riesgo (enfermedades infecto contagiosas o transmisibles, alergias medicamentosas, diabetes, hipertensión arterial, tabaquismo, alcoholismo, otros)
- j) Comentario adicional
- k) Se adicionara la hoja de monitoreo durante el traslado que deberá ser entregada al establecimiento que recibe al paciente.

15

13.2. Protocolo de Autopsia.- En caso de haberse practicado por fallecimiento del paciente al interior del establecimiento. Su realización puede obedecer a múltiples causas cuya explicación escapa de los alcances de la presente norma.

13.3. Certificado de Defunción.- Es un documento obligatorio que extiende el médico de planta tratante del paciente, cuando éste fallece al interior del establecimiento. Obedece a un formulario expreso cuya copia queda en el EC y muy excepcionalmente podría ser extendido por otro médico distinto al tratante, siempre que le conste el fallecimiento del paciente o que lo hubiese atendido en sus últimos momentos. En caso de muerte sin asistencia médica, muerte domiciliaria, muerte sospechosa de delito y muerte por violencia, el certificado médico solamente puede ser extendido y firmado por médico forense, después de cumplir procedimientos especiales establecidos por ley.

13.4. Informes de auditoria médica.- en caso de haberse realizado auditoria, ya sea durante la internación del paciente o después de su alta. Necesariamente se consignará en el EC una copia de las respectivas actas o informes, debidamente firmados y en los formularios que se registran en el Manual de Auditoria.

13.5. Nota de egreso voluntario.- Documento mediante el cual el paciente, su familiar más cercano o tutor responsable, solicita el alta o egreso con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiese ocasionar. El original firmado por el solicitante quedará en el EC, junto a la epicrisis, cuya copia deberá ser entregada al paciente.

13.6. Autorización de salida temporal.- Se la extiende mediante nota firmada por el médico tratante cuando el paciente tiene necesidad de dejar por breve tiempo el establecimiento de salud durante el proceso de su internación y tratamiento. No constituye un alta y debe ser regulada por un procedimiento administrativo especial. Eventualmente, y en ausencia del médico tratante, puede ser firmada por otro médico perteneciente al equipo a cargo del paciente, o por el médico de turno.

13.7. Certificado Médico.- Es el informe médico emitido en un formulario expreso del Colegio Médico de Bolivia, solicitado por el paciente o por su representante legal, a cualquiera de los profesionales médicos que lo hubiese tratado, como efecto de su estado de salud-enfermedad actual o pasado.

13.8. Formularios o fichas de programas específicos.- Deben ser incorporados en el EC cuando el paciente hospitalizado es pasible de tratamiento o seguimiento por un programa específico, dígame tuberculosis, enf. de Chagas, detección temprana de cáncer de cervix uterino, control de ETS, o cualquier otro que se cumpla en grupos específicos, como ser niños menores de 5 años, lactancia materna, mujeres en edad fértil, adolescentes, etc.

13.9. Ficha de Trabajo Social.- Elaborada por la responsable de Trabajo Social encargada de realizar la entrevista al paciente, quién la firma y sella. Los datos que consigna son: Identificación del paciente, servicio en el que es atendido, descripción de la valoración social, sello de la categoría social, diagnóstico y fecha de la entrevista.

16

13.10. Recetas.- La receta o prescripción médica constituye el documento legal que avala la dispensación bajo prescripción facultativa. Su fin es terapéutico y la emite el médico tratante o interconsultado, en un formulario institucional expreso, que debe ser llenado en letra claramente legible, consignando los siguientes datos: a) Nombre completo del paciente, b) Nombre genérico del medicamento prescrito, c) vía y cuidados especiales para la administración, d) concentración y dosificación, e) frecuencia de administración en 24 hrs, f) duración del tratamiento, h) precauciones especiales para la administración del producto o productos prescritos, i) indicaciones especiales para el paciente, j) datos de identificación del prescriptor (nombre completo, firma, matrícula profesional).

CAPITULO IV

INDICACIONES PARA EL MANEJO ASISTENCIAL DEL EC

Artículo 14. ORDENAMIENTO Y PAGINACIÓN

Al ser el EC un conjunto de documentos distintos, es necesario ordenarlos en secciones fácilmente identificables y de rápida consulta.

En la medida de lo posible los documentos del EC serán de color diferente y estarán especialmente diseñados para sus respectivos propósitos, consignando en alguno de los ángulos de cada página o carilla, un pequeño recuadro para el registro correlativo del N° de página por sección.

14.1. Primera sección.- Incluye todos los documentos considerados básicos. Estos son: papeleta de internación, cuadro de registro de signos vitales, nota de ingreso o admisión, epicrisis, historia clínica propiamente dicha y formularios de consentimiento informado, colocados en orden cronológico.

14.2. Segunda sección.- Conformada por el conjunto de informes de los exámenes complementarios al diagnóstico (laboratoriales, imagenológicos, endoscópicos, anatómopatológicos, de valoración funcional, etc.) que deben ser ordenados por grupos de afinidad y de acuerdo a fechas, colocando los exámenes últimos o más actualizados en primer plano.

14.3. Tercera sección.- Corresponde a las notas de evolución e interconsultas, informes, certificados médicos y resultados de juntas médicas, igualmente ordenadas de acuerdo a fechas, colocando en primer plano aquellas que hubiesen sido realizadas últimamente.

14.4. Cuarta sección.- Contiene los protocolos de procedimientos invasivos que hubieran sido efectuados, como ser protocolos quirúrgicos, anestesiológicos y otros, junto a documentos referidos a copias de informes médicos requeridos por el paciente

- por el propio médico tratante, así como aquellos que correspondan a la referencia (transferencia) de otros establecimientos.

14.5. Quinta sección.- Que incluye las hojas de indicaciones médicas y tratamiento, ordenadas cronológicamente, colocando las más actualizadas en primer plano.

14.6. Sexta sección.- Propia de enfermería, con las notas de reporte que pudiesen corresponder, junto a las notas de registro de medicamentos y tratamientos cumplidos, que por su importancia deben estar agrupadas en un mismo conjunto y no mezclarse con las notas de reporte.

14.7. Séptima sección.- Agrupa la epicrisis, los documentos administrativos de egreso y otros eventuales como ser protocolo de autopsia, copia del certificado de defunción, etc.).

17

Artículo 15. CLARIDAD Y PULCRITUD

El manejo del EC debe ser cuidadoso, con anotaciones en letra completamente legible y de fácil comprensión. La letra ilegible, tachaduras, correcciones o añadidos sobrepuestos o aledaños a la propia escritura, son inaceptables dado el carácter documental médico-legal que tiene el EC. Si fuese necesario hacer alguna modificación

- aclaración, debe ser hecha en nota o indicación aparte, debidamente refrendada con el nombre, firma y sello de quien la realice, a más de consignar fecha y hora en el lugar que corresponda.

Artículo 16. PRECISION EN LA DESCRIPCIÓN

Tanto la historia clínica, como las notas de evolución y demás documentos del EC que requieran descripción, deben ser escritos en forma concisa y precisa, evitando reiteraciones y relatos prolongados, sin que por ello se deje de decir lo que sea pertinente.

Artículo 17. APOYO GRAFICO

Cuando corresponda y sea necesario, las descripciones escritas deben ir acompañadas de gráficos explicativos, como es el caso de lesiones que requieren identificación precisa, la descripción de un procedimiento quirúrgico, o las explicaciones graficas del Consentimiento Informado.

Artículo 18. IDENTIFICACIÓN

Toda persona que realice cualquier anotación o gráfica en el EC, sea por relato de evolución, prescripción o cualquier otro motivo, tiene el deber de identificarse mediante firma, nombre completo y condición laboral, ya sea en forma claramente escrita o mediante sello.

Artículo 19. REGISTROS

El encabezamiento de todas las hojas y formularios que conforman la documentación del EC debe estar impreso con líneas o casillas que permitan anotar el nombre completo del paciente, servicio donde se encuentra internado, N° de cama y N° (co-digo) del EC. Asimismo, la constancia de los hechos solo se puede dar cuando han sido oportuna y debidamente registrados, por tanto: todo lo que significa evolución, prescripción de tratamientos, interconsultas, recepción de exámenes, informes, protocolos, notas de enfermería, notas de referencia, epicrisis, documentos administrativos, u otros acontecimientos relacionados con el paciente, debe estar debidamente registrado con fecha y hora en el lugar que corresponda, a más de la identificación de la persona autorizada que realiza el registro, es decir, funcionarios de planta u otros profesionales que hubiesen sido expresamente requeridos por el médico tratante para interconsulta, valoración o realización de un procedimiento específico en el paciente, y médicos residentes del establecimiento que estuviesen coadyuvando al médico tratante en la atención de dicho paciente, como ha sido mencionado anteriormente.

Artículo 20. PRESCRIPCIONES

18 Las prescripciones o indicaciones deben ser precisas y seguir un ordenamiento lógico, anotando primero las medidas de orden general (dieta, control de signos vitales, posición del paciente, ejercicios respiratorios, colocación de sondas, enemas, medidas de rehabilitación, etc), seguidas del uso de soluciones y medicamentos para la respectiva terapéutica, también ordenados de acuerdo a su importancia con relación al cuadro.

Prevía verificación con enfermería de la fecha de vigencia de los fármacos a ser administrados, la prescripción de dichos fármacos debe señalar necesariamente: nombre genérico del producto, forma de presentación, dosis, vía de administración, forma de administración o recaudos especiales para la misma, frecuencia y periodicidad en el tiempo y medidas de prevención ante aquellos fármacos que pudieran provocar reacciones alérgicas u otras formas de intolerancia o complicación, que estuviesen conocidas y advertidas por la literatura científica internacional.

Es deber de enfermería velar por el estricto cumplimiento de este artículo, para a su vez dar cumplimiento a las indicaciones y administración de medicamentos; caso contrario deberá hacer el reclamo oportuno, requiriendo las aclaraciones o modificaciones que sean necesarias.

Artículo 21. ASIGNACIÓN DE RESPONSABLES Y CONFIDENCIALIDAD

A la significación documental médico-legal que tiene el EC, se agrega su carácter confidencial dentro de los alcances éticos y de respeto a los derechos de los pacientes. Por tal razón su manejo es restringido al grupo de personas que tienen la responsabilidad directa del paciente y que deben estar claramente especificados. Es decir: el médico tratante y colaboradores más inmediatos encargados de seguir evoluciones y prescripcio-

nes, a más de la enfermera que tiene la misión de cumplirlas. Se evitará entonces que el EC quede suelto u olvidado, preservándolo permanentemente en un gavetero metálico especial para el efecto, con un sistema de seguridad cuya llave únicamente la tendrán las enfermeras jefes de cada turno para el respectivo servicio, ya las que se acudirá las veces que el expediente sea requerido, como sucede cuando se deban anotar evoluciones y prescripciones, o en los momentos de interconsultas y visitas médicas de sala.

Artículo 22. EXPEDIENTE CLINICO PARA DOCENCIA

Los respectivos responsables de docencia deberán elaborar modelos o prototipos especiales de expediente clínico por patologías, habituando al estudiante a su correcto manejo, sin afectación o perjuicio de las labores asistenciales del establecimiento, de la presente norma, ni el derecho a la privacidad, reposo y confidencialidad que tienen los pacientes.

CAPITULO V

DE LOS REQUERIMIENTOS Y ACCESO AL EXPEDIENTE CLINICO

Artículo 23. ACCESO DEL PACIENTE A SU EC

Ni ética ni jurídicamente es admisible impedir que el paciente tenga acceso a su EC las veces que lo requiera, ya sea por solicitud directa o por intermedio de su tutor jurídicamente responsable si se encuentra internado, o a través de solicitud notariada dirigida al director del establecimiento si no lo está. En tales casos, el director accederá a la solicitud, disponiendo la entrega — según posibilidades de la institución — ya sea de una copia magnética o de una copia fotostática del EC del paciente, debidamente firmada y sellada en cada uno de sus folios, cotejados con los originales en presencia del paciente o su representante legal. Todo este procedimiento constará en el levantamiento de un acta de entrega, que será firmada por el paciente o su representante legal y por el director del establecimiento, en copias para ambas partes.

19

Artículo 24. REQUERIMIENTO DEL EC POR CAUSAS LEGALES, AUDITORIA MEDICA EXTERNA O PERITAJE

En tales casos el requerimiento es del EC original, motivo por el cual se cumplirán los siguientes procedimientos:

24.1. Requerimiento por causa legal.- El director del establecimiento dará curso al requerimiento, siempre y cuando provenga de autoridad Judicial o Fiscal competente, con levantamiento de un Acta de Entrega—Recepción, que será firmada tanto por la parte solicitante como por el director, y con el único recaudo de sacar una copia magnética o fotostática del EC para el establecimiento, hasta que el original sea devuelto mediante llenado de un Acta de Devolución. Tanto el Acta de Entrega-Recepción como el Acta de Devolución, se llenarán en formularios especiales cuyos modelos corresponden a los anexos 2 y 3 que se encuentran en el Manual de Auditoria en Salud y Norma Técnica.

24.2. Requerimiento por Auditoria Médica Externa.- El director del establecimiento dará curso al requerimiento, de acuerdo a los recaudos contemplados en los artículos 54 y 55 del Manual de Auditoria en Salud y Norma Técnica para su Realización.

24.3. Requerimiento por Peritaje.- Se cumplirá el mismo procedimiento al establecido en requerimiento por causas legales.

CAPITULO VI

DE LA EMISIÓN DE CERTIFICADOS O INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL EC

Artículo 25. RECAUDOS A CUMPLIR

Un buen manejo del EC, requiere cumplir recaudos que permitan la emisión de información o certificación, de manera oportuna, ética, transparente y veraz. Estos recaudos son:

- 25.1.** Todo informe o certificación de lo contenido en el EC, requiere para su emisión, de solicitud escrita dirigida al director del establecimiento.
- 25.2.** La certificación o informe extendido por quien hubiese estado a cargo de la atención del paciente, nunca certificará sobre lo no observado o no registrado en el EC, y cuando deba hacerse alusión a percepciones o apreciaciones del paciente, así como opiniones propias de quien extiende la certificación, es necesario mencionar expresamente tales circunstancias.
- 25.3.** Las descripciones de la certificación o informes deben ser precisas, prudentes y libres de comentarios personales subjetivos, salvo el caso de deducciones clínicas cuando se establecen diagnósticos o tratamientos.
- 25.4.** El uso de terminología técnica debe ser evitado y si esto no fuese posible se aclarará su significado para hacerla comprensible en lenguaje común.
- 25.5.** Los informes o certificados médicos no deben incluir valoraciones deontológicas, jurídicas o críticas, resultando completamente reprochable el uso de expresiones o inducciones que pudiesen culpabilizar o perjudicar el prestigio de terceros.
- 25.6.** En el EC debe quedar contenida una copia de todo informe o certificado que se emite.
- 25.7.** Se debe tener presente que todo informe o certificado emitido puede ser usado de diversas maneras, surtiendo efectos distintos para los que presuntamente fue solicitado. Por ello resulta inadmisibles la emisión de informes o certificados médicos de complacencia.
- 25.8.** Las solicitudes de informe o certificación de lo contenido en el EC, deberán quedar en la Unidad de Archivo y Estadísticas como constancia.

Artículo 26. DE LA INFORMACIÓN O CERTIFICACIÓN SOLICITADA POR LOS PACIENTES

- 26.1.** Las solicitudes de información clínica por parte del paciente o sus familiares o representantes legales debidamente autorizados, deberán cursarse por escrito a la dirección del establecimiento, adjuntando fotocopia de la cédula de identidad del solicitante.
- 26.2.** En caso de tratarse de un usuario que actúe por delegación, el establecimiento se reserva el derecho de comprobar la veracidad de la solicitud con los medios que estime oportunos.

- 26.3. De ser necesario, se adjuntará a los informes o certificados, copias de la iconografía, de las pruebas complementarias y de los informes técnicos de procedimientos que pudiesen haberse practicado.
- 26.4. En caso de que el EC no disponga de tales informes, serán solicitados por la Unidad de Documentación y Archivo al Servicio correspondiente, que deberá emitirlos en un plazo máximo de 7 días hábiles.
- 26.5. Cualquier otro tipo de documentación solicitada, precisará la autorización y/o supervisión del facultativo que atendió al paciente.
- 26.6. Excepto lo consignado en el Artículo 24, en ningún caso, se entregarán documentos originales, que deberán permanecer en poder del hospital.
- 26.7. En ningún caso se entregará información alguna sin el V°B° del director de la institución, quien la pasará a la Unidad de Archivo y Estadística para su entrega al interesado.
- 26.8. El interesado, previa constatación de su identidad, firmará la recepción en la copia del informe o certificado que recibe, el que como constancia será incorporado en el EC, ya sea si permanece internado o si fue dado de alta.

Artículo 27. DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA POR TERCEROS

De forma genérica, la información que solicitan terceros sobre el proceso asistencial, es de dos tipos:

- 1. Sobre la ubicación de un paciente en el hospital.
- 2. Sobre el proceso asistencial, ya sea durante su realización o después del alta.

21

27.1. Información sobre la ubicación del paciente.- Este tipo de información es compartida entre los Servicios de Información y Admisión. Siempre y cuando se trate de datos meramente administrativos y salvo que exista constancia del deseo del paciente para permanecer en el anonimato, no parece que exista inconveniente en facilitar estos datos a terceros.

27.2. Información sobre el proceso asistencial.-

- 27.2.1.** Durante el proceso asistencial, cualquier solicitud de información clínica, se canalizará a través del médico que atiende al paciente, el que decidirá qué información puede darse y a quien.
- 27.2.2.** La información solicitada, precisa imprescindiblemente y en forma previa, la autorización escrita del paciente o su representante legal.
- 27.2.3.** Para evitar desvíos no deseados de datos, todos los listados de información sobre pacientes ingresados, eliminarán el diagnóstico
- 27.2.4.** En cualquier caso, se debe tomar en cuenta el deber del secreto profesional del personal que atiende al paciente.

- 27.2.5.** Solicitudes de información después del alta, se harán mediante solicitud escrita, dirigida a la Dirección, la que previa consulta con los órganos de Asesoría Jurídica, determinará la pertinencia o no de facilitar la información solicitada, centralizando la gestión en la Unidad de Archivo y Estadística.
- 27.2.6.** Se suministrará exclusivamente aquella información específicamente solicitada. Si se precisara otro tipo de información distinta, se requerirá la autorización expresa del Servicio que atendió al paciente y/o de la dirección.
- 27.2.7.** La otorgación de información en casos de administración de justicia, precisa que exista con carácter previo un requerimiento judicial, en documento escrito.
- 27.2.8.** En caso de menores, incapacitados o fallecidos, otorgar la información requiere la autorización del familiar más directo o el representante legal.
- 27.2.9.** En docencia e investigación, la consulta de la información se realizará exclusivamente en las dependencias del archivo. Para las reproducciones de documentación e iconografía por motivo de investigación, se requerirá: a) solicitar la correspondiente autorización por escrito, b) garantizar en todos los casos el anonimato y la imposibilidad de establecer la identidad del paciente, salvo que éste lo autorice expresamente.

CAPITULO VII

ARCHIVO Y MANEJO ADMINISTRATIVO DEL EC

Artículo 28. CIERRE Y ENTREGA OPORTUNA

Siendo el EC la fuente principal que nutre el Sistema de Información en Salud, su registro estadístico debe ser oportuno, resultando inaceptable su retención y cierre tardío por más de 48 horas en los servicios de hospitalización. Para evitar esto último, es obligación del médico tratante del paciente ordenar su tiempo y cumplir las labores administrativas que le competen, haciendo el cierre del EC de manera inmediata al alta del paciente para que el personal de secretaría respectivo cumpla su correspondiente envío a Estadísticas, dentro del plazo máximo de las 48 horas señaladas.

Artículo 29. TIEMPO DE PERMANENCIA DEL EC EN LAS DISTINTAS AREAS

Mientras dure el episodio de asistencia en consulta u hospitalización, el EC permanecerá en los distintos servicios y será responsabilidad de los mismos su custodia. Una vez concluida dicha asistencia, el EC será reintegrado a la Unidad de Archivo y Estadísticas en los siguientes plazos:

- a) EC procedentes de Urgencias en 24 horas.
- b) EC procedentes de altas de hospitalización en 48 horas.
- c) EC procedentes de consultorio Externo en 24 horas.

Para cualquier otra eventualidad que pudiese presentarse, el plazo de devolución nunca superará las 72 horas.

Artículo 30. ARCHIVO DEL EC

Respetando las particularidades técnicas de archivo de cada establecimiento, los EC los custodiará la Unidad de Archivo y Estadísticas, en un único archivo central con dos grandes divisiones: Activo y pasivo.

Se define archivo pasivo al que contiene los EC de las defunciones, y archivo activo el que contiene los EC en secciones que corresponden a los servicios de hospitalización, colocados en orden alfabético según el primer apellido del paciente y manteniendo el mismo código o N° que se asignó al EC del paciente, en la primera consulta o internación realizada en el establecimiento.

Cuando el paciente es dado de alta y el EC llega a la Unidad o Servicio de Archivo y Estadísticas, será colocado en la sección de archivo activo que corresponda al último servicio de hospitalización de donde fue dado de alta.

Artículo 31. CONSERVACION DEL EC

El contenedor para la conservación y archivo del EC, ya sea durante la internación del paciente o para su mantenimiento indefinido en la Unidad de Archivo y Estadísticas, debe ser de material impermeable, opaco, impenetrable a rayos solares, con cierre hermético que evite la caída o pérdida de documentos, con un recuadro exterior que permita consignar los datos más importantes para fines de ordenamiento y clasificación, y de un tamaño lo suficientemente grande como para contener toda la documentación, incluidas placas radiográficas o tomográficas de formato mayor.

23

Artículo 32. ARCHIVO ESPECIAL

Algunos EC que requieren mayor custodia, se archivarán en sección especial, en los siguientes casos:

- a) EC solicitados por tribunales de justicia
- b) EC sujetos a Auditoria Médica Externa
- c) EC sujetos a Peritaje
- d) EC sujetos a procesos administrativos
- e) EC que a juicio del médico tratante, y con autorización del director del establecimiento, requieran esta medida

Artículo 33. EXPEDIENTE CLINICO RETENIDO

Si pasados los plazos establecidos en el artículo 29, no hay constancia de la devolución del EC de un paciente que de acuerdo a registros hubiese sido hospitalizado o atendido en consulta externa, será considerado como EC retenido.

Artículo 34. EXPEDIENTE CLINICO EXTRAVIADO

Es aquel EC que no aparece en el Archivo Central, pese a la constancia de su entrada y colocación en la división y sección correspondiente, según los propios registros del Archivo. Pasado un mes, si el EC no apareciera pese a las investigaciones que

fuesen realizadas, se notificará el extravío a la dirección del establecimiento, con una copia que quedará como constancia en una carpeta específica de la documentación administrativa del Archivo.

Artículo 35. CONTROL DEL REGISTRO ESTADÍSTICO DEL EC

La Unidad de Archivo y Estadísticas del establecimiento cotejará diariamente el listado de los pacientes egresados con los EC recibidos para su correspondiente archivo, lo cual le permitirá identificar aquellos EC que estuviesen retenidos en los servicios de consulta externa y hospitalización. En caso de identificar retención del EC, elevará el reclamo inmediato al jefe de unidad o de consulta externa u hospitalización donde se este dando la retención, quien en un plazo máximo de 24 horas hábiles hará efectivo el envío del EC retenido. Si pese a esta medida el EC no fuese devuelto, es obligación de la Unidad de Archivo y Estadísticas notificar esta situación a la Dirección, la que a más de lograr la entrega del EC retenido e identificar responsables por este hecho, deberá adoptar las medidas correctivas que el caso aconseje.

CAPITULO VIII

AUTORIZACIONES ESPECIALES Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD (EXONERACIÓN)

Artículo 36. AUTORIZACIÓN PARA AUTOPSIA

En casos de fallecimiento sin diagnóstico preciso, esta autorización es dada por el familiar inmediato o el representante legal del paciente fallecido, previa explicación justificatoria y requerimiento del médico tratante, siempre que sea aceptado dicho

24 requerimiento.

Si bien la Ley determina la necesidad de autopsia médico legal en casos de fallecimiento por accidente, homicidio o ausencia de atención médica; razones éticas obligan a la máxima autoridad institucional, rendir las explicaciones necesarias al familiar inmediato o representante legal de la persona fallecida.

Artículo 37. SALIDAS EVENTUALES DE PACIENTES

Cuando un paciente internado desea salir del hospital sin alta médica, firmará una nota expresa exonerando a la institución y a quienes están a cargo de su atención, por cualquier situación de cambio o complicación de su estado de salud enfermedad que pudiese presentarse posteriormente a dicha salida.

Artículo 38. RETIRO DE MENORES

Para evitar problemas médico-legales por salida de menores acompañados por personas que no sean los padres o responsables legales, es el médico tratante el que debe autorizar la salida, previa presentación de un poder expreso otorgado por los padres o apoderados legales del menor y una nota firmada por los solicitantes. Copias de tales documentos quedarán como constancia en el EC.

Si las circunstancias para la solicitud fueran perentorias y no estuviese presente el médico tratante, la autorización para el retiro del menor podrá darla el director del establecimiento o el profesional de planta que se encuentre de turno.

Artículo 39. EXONERACION DE RESPONSABILIDAD POR ABORTO

El servicio o unidad que admite una paciente en aparente estado de aborto, deberá hacer constar esta situación en una nota específica a ser firmada por la paciente, o en caso de impedimento por el familiar más cercano o representante legal, antes de la ejecución de cualquier examen o tratamiento.

CAPITULO IX DISPOSICIONES FINALES

Artículo 40. VIGENCIA

La presente norma entrará en vigencia, inmediatamente después de su publicación junto a la Resolución que para el efecto emita el Ministerio de Salud y Deportes.

Artículo 41. REVISIÓN Y ENMIENDAS

Al ser esta norma un documento dinámico y perfectible, su validación debe darse mediante su aplicación práctica y operativa en todo el Sistema Nacional de Salud, siendo posibles las enmiendas que en consenso se considere necesarias, en un plazo de tres años después de la Resolución Ministerial que la ponga en práctica.

Artículo 42. INOBSERVANCIA DE LA NORMA DEL EC

Toda vez que el Ministerio de Salud y Deportes pone en vigencia esta norma con el correspondiente respaldo jurídico, su incumplimiento es pasible de sanciones.

25

ANEXO 1 FICHA TÉCNICA DEL PREOPERATORIO PARA CIRUGÍA MAYOR Y MEDIANA

El preoperatorio es el periodo que media entre el establecimiento del diagnóstico quirúrgico y la intervención quirúrgica propiamente dicha. Por razones didácticas se lo divide en **preoperatorio mediato** y **preoperatorio inmediato**, dependiendo del tiempo más o menos próximo a la intervención, en el cual se adoptan medidas previas de preparación del paciente, en previsión de complicaciones y para la obtención de un mejor resultado de la intervención a ser ejecutada.

En los casos de urgencia el preoperatorio mediato se abrevia o no existe, a diferencia de los casos de intervenciones quirúrgicas programadas que permiten completar estudios diagnósticos o adoptar otras medidas previas a la operación que no siempre son posibles en las urgencias, como es el caso del **consentimiento informado**, u otros de preparación más adecuada y completa del paciente.

Preoperatorio mediato.- Periodo en el cual el paciente no se encuentra internado y que debe ser aprovechado al máximo para evitar estadías prolongadas e innecesarias de internación, siendo lo ideal que el ingreso o admisión sea a pocas horas de realizarse la intervención quirúrgica, estando el paciente en las mejores condiciones preoperatorias y con todos los exámenes que le hubieren sido requeridos en este periodo.

Las medidas que se deben adoptar en el preoperatorio mediato, son las siguientes:

- 1) Solicitud de exámenes complementarios al diagnóstico clínico (interconsultas, informes, estudios de biopsias preoperatorias, y otros que fueren necesarios para la precisión diagnóstica).
- 2) Solicitud de exámenes laboratoriales de rutina: Hemograma, exámenes básicos de coagulación de la sangre, grupo sanguíneo y factor Rh (dependiendo de los casos), examen de orina, glicemia, creatinina.
- 3) Exámenes específicos de valoración sistémica funcional y dinámica
 - pacientes ancianos o seniles
 - pacientes con sospecha clínica de trastornos funcionales de índole diversa
 - pacientes con patología crónica previa
 - pacientes con antecedentes de hábitos crónicos que pudiesen ser dañinos para la salud, (consumo de drogas, alcoholismo, tabaquismo, patologías relacionadas con determinadas actividades laborales, etc.)

4) Valoración cardiocirculatoria preoperatoria

Si bien está en el grupo de exámenes específicos de valoración sistémica funcional y dinámica, por su importancia merece ser citada de manera particular. Debe realizarse en todos los pacientes, salvo en jóvenes clínicamente normales sin antecedentes de trastornos cardiológicos ni procedencia de zonas con patologías propias y frecuentes que pudieran afectar los sistemas cardiopulmonar y respiratorio.

26

5) Preparación psicológica

Es un componente importante que debe ser cumplido en el preoperatorio por parte del equipo humano a cargo del paciente y muy particularmente por el cirujano principal que efectuará la intervención quirúrgica y que para fines prácticos es identificado como el médico principal o de "cabecera" en el caso de las enfermedades quirúrgicas.

6) Consentimiento informado

Está íntimamente ligado con el anterior punto porque tiene que ver con la relación médico paciente. Debe ser **solicitado y obtenido siempre** para cualquier intervención quirúrgica que se realice. Su aplicación obedece a guías y formularios diseñados para el efecto.

7) Ofrecer informaciones adicionales que requiriese el paciente (cálculo de costos, conformación del team quirúrgico que realizará su intervención, tiempo estimado de intervención, tiempo estimado de convalecencia, tipo de asistencia que le será administrada, receta de materiales especiales y otras que pudiesen ser requeridas).

8) Plan de cirugía

Como parte del preoperatorio y en los casos particularmente delicados o difíciles, está la planificación de la cirugía y la adopción de previsiones para

evitar posibles complicaciones, definiendo técnicas, materiales especiales que podrían requerirse, etc.).

Preoperatorio inmediato.- Periodo en el cual el paciente está internado para su respectiva preparación preoperatoria, que de acuerdo a indicaciones precisas de médicos tratantes y respetando las múltiples variantes que podrían haber según los grados de urgencia y tipo de cirugía que se realice, debe velar por el cumplimiento de las siguientes medidas:

- 1) Canalización de una buena vía venosa y mantenimiento de su permeabilidad mediante perfusión de líquidos, tanto más si el paciente estuviera deshidratado
 - se tratara de una urgencia quirúrgica.
- 2) Adopción de medidas antishock si así lo requiere el caso.
- 3) Valoración preanestésica que deberá ser debidamente registrada en el Expediente Clínico, señalando entre otros aspectos inherentes a la especialidad, el tipo y procedimiento de anestesia que se administrará al paciente y el consentimiento informado.
- 4) Sedación, especialmente en pacientes particularmente ansiosos.
- 5) Preparación de zona operatoria con procedimientos de aseo, tricotomía si fuere necesaria y antisepsia, con la debida delicadeza para no provocar molestias
 - irritaciones mucosas como suele suceder con el alcohol yodado al contacto de los genitales externos de la mujer, recomendándose realizarlos en sala de internación del paciente y no en quirófano por los naturales peligros de contaminación que esto conlleva, salvo el caso de pacientes que para estos propósitos deban ser anestesiados por el intenso dolor que les cause cualquier tipo de manipulación sobre la zona enferma.
- 6) Enemas evacuantes u otros procedimientos de limpieza intestinal de acuerdo al caso.
- 7) Colocación de sondas o catéteres si fueren necesarios y de acuerdo con la zona u órganos que serán comprometidos durante la intervención. Considerando que la colocación de sondas no está exenta de peligros y complicaciones, a más de causar fuerte incomodidad al paciente, se recomienda un uso razonable de las mismas, pudiendo incluso evitarlos en un gran número de procedimientos estándar de cirugía mediana o mayor donde han sido usados más por un hábito o costumbre que por una verdadera necesidad.
- 8) Tratamientos preoperatorios preventivos de complicación o infecciones de acuerdo con el caso, especialmente cuando se trate de cirugías potencialmente contaminadas o contaminadas.

ANEXO 2

FICHA TÉCNICA DEL INTRAOPERATORIO

El intraoperatorio es aquel periodo de permanencia del paciente en la sala de operaciones, y tiene directa relación con el acto quirúrgico definido como "el conjunto de disposiciones, tareas y recursos técnicos que realiza un grupo de personas con un propósito fundamental y práctico: la intervención quirúrgica".

Condiciones de la sala de operaciones y el ambiente quirúrgico:

Las tareas de las personas que constituyen el equipo quirúrgico, debe ser facilitada y favorecida por buenas condiciones de infraestructura y organización del ambiente donde se realice la intervención quirúrgica, y de quienes son responsables de su cuidado y mantenimiento. Dichas condiciones son:

Condiciones garantizadas de aseo, antisepsia y esterilización.

- Acceso fácil dentro del área.
Espacio suficiente.
Temperatura regulable.
- Disposición ordenada del mobiliario que sea estrictamente necesario para el servicio que presta la sala de operaciones (evitar material innecesario, muebles sin uso u otros estorbos al fácil desplazamiento del equipo quirúrgico).
Buen funcionamiento de las instalaciones eléctricas (toma de corriente, adaptadores y enchufes bien ajustados, cables con revestimiento intacto).
Buen funcionamiento de los aparatos eléctricos (monitores, electrobisturí, sistema de extracción ventilación de aire, equipos de cirugía videoendoscópica, equipo de reanimación cardiopulmonar, etc.) para la intervención quirúrgica, ya sea por toma de corriente eléctrica directa, o a través de baterías electrógenas.
Lámpara sialítica desplazable y articulada que permita buena iluminación del campo operatorio en distintos ángulos.
Mesa quirúrgica articulada en buen funcionamiento que permita colocar cómodamente al paciente en cualquier posición que sea necesaria para realizar las intervenciones con comodidad del equipo quirúrgico.
- Disponibilidad inmediata en buenas condiciones de funcionamiento y mantenimiento, del instrumental quirúrgico, material de sutura, avenamientos, soluciones, medicamentos, material de hemostasia, contenedores de muestras y cualquier otro elemento que pudiera ser necesario durante la intervención quirúrgica.
- Disponibilidad inmediata dentro del área restringida de quirófano, de equipo de rayos X y personal técnico para su manejo, para cubrir necesidades de toma de placas radiográficas durante las intervenciones quirúrgicas.
Disponibilidad inmediata de equipo y personal técnico para la realización de estudios histopatológicos de biopsias por congelación.
- Negatoscopio apropiado para la colocación simultánea de placas.

Funciones del equipo quirúrgico

Así como deben existir buenas condiciones de infraestructura y organización para satisfacer los requerimientos del intraoperatorio, es necesario que las personas del equipo quirúrgico*, ejerzan sus funciones

*El equipo quirúrgico esta integrado por los cirujanos que efectuarán la intervención, el o los anestesiólogos que asistirán la misma, instrumentadora (s), enfermera circulante, personal de apoyo.

específicas con responsabilidad y competencia cumpliendo los siguientes puntos:

1. Cumplimiento estricto de sus deberes de acuerdo al manual de funciones del establecimiento.
2. Actuación y trato cuidadoso, humanizado y respetuoso del paciente.
3. Actuación diligente y proactiva sin abandonar la sala de operaciones ni descuidar por un instante los deberes que le competen durante toda la intervención quirúrgica.
4. Trato cordial y respetuoso entre quienes integran el equipo quirúrgico.
5. Cumplimiento cuidadoso de las normas de bioseguridad y control, quedando estrictamente prohibido el ingreso al área restringida de quirófano, y mucho menos a la sala operatoria con ropa u objetos ajenos a dicha área restringida, o que hubieran estado en contacto con el ambiente externo contaminante. De igual manera, queda estrictamente prohibido el egresar del área restringida de quirófano con ropa de uso exclusivamente quirúrgico. El no cumplir con esta disposición dará lugar a responsabilidades técnico administrativas por poner en riesgo la bioseguridad del ambiente quirúrgico, y por tanto de todos los pacientes que en él se tratan o intervienen; siendo obligación compartida del director del establecimiento con la Jefatura de quirófanos y la Unidad o Departamento de Enfermería el velar porque ésta disposición se cumpla.

ANEXO 3

29

FICHA TÉCNICA DEL POSTOPERATORIO PARA CIRUGÍA MAYOR Y MEDIANA

El postoperatorio es el periodo que media entre la conclusión de la intervención quirúrgica y el alta hospitalaria del paciente, pudiendo extenderse además a un periodo de tiempo de duración variable para los tratamientos y controles postoperatorios por consultorio externo, hasta que el cirujano y/o médicos tratantes decidan el alta final o definitiva.

Por la definición antedicha y dependiendo del tiempo que dure el postoperatorio puede ser **inmediato, mediano y tardío**, con medidas muy diferentes a ser cumplidas en cada uno de estos periodos.

Postoperatorio inmediato.- Es el tiempo que media entre la finalización de la cirugía y el reingreso del paciente a la sala de servicio de donde procede, o en su caso a otro servicio acorde con las necesidades del postoperatorio como podría ser la Unidad de Cuidados Intensivos.

Generalmente se cumple entre el momento de traslado del paciente desde quirófano a la sala o Unidad de Recuperación, debiendo adoptarse las siguientes medidas:

- 1) Verificación por parte del médico que anestesió al paciente, grado de comprensión para obedecer órdenes menores, buena ventilación y signos vitales

estables. Caso contrario, y tratándose de anestesia general, el paciente se mantendrá intubado y con respiración asistida.

- 2 Levantamiento cuidadoso del cuerpo del paciente y su traslado desde la mesa de operaciones hasta la camilla, considerando que el paciente se encuentra completamente indefenso y dependiente de las acciones de las personas que ejecutan dicho traslado, quienes deberán ser cuidadosas, evitar tracciones de la vía de venoclisis, catéteres, sondas u otros adminículos que hubieren sido colocados y conectados al paciente.
- 3) Traslado del paciente, desde quirófano hasta la sala de recuperaciones, con los mismos cuidados establecidos en el punto anterior.
- 4) Levantamiento y colocación cuidadosa del paciente de la camilla al lecho de la sala de recuperación, colocándolo en una posición confortable, con valla de seguridad para evitar caídas o desplazamientos y concordante con las indicaciones postoperatorias consignadas por el cirujano tratante en el Expediente Clínico, que deben ser meticulosamente cumplidas.
- 5) Evitar enfriamiento del paciente y de ser necesario usar fuentes de calor externo, adoptando medidas de prevención para evitar quemaduras accidentales, especialmente en las zonas corporales que pudieren estar insensibles.
- 6) Una vez indicada el alta del paciente de la Unidad de recuperación, su traslado deberá obedecer a los mismos cuidados antes señalados, en una posición que le permita respirar adecuadamente, evite tracción de sondas y catéteres y prevenga desplazamientos, golpes y caídas.
- 7) Colocación del paciente en su lecho de hospitalización, y registro de admisión por parte del personal de enfermería.

30

Postoperatorio mediato.- Es aquel periodo del postoperatorio que transcurre entre la admisión del paciente en un servicio o sala de internación, hasta el alta hospitalaria.

1. Cumplimiento estricto de las indicaciones, debidamente escritas y firmadas en el Expediente Clínico, por quienes sean responsables del tratamiento postoperatorio del paciente.
2. Control y registro de signos vitales u otros que se encuentren indicados.
3. Conexión y control cualicuantitativo de avenamientos.
4. Control de venoclisis.
5. Control postural del paciente de acuerdo con las indicaciones.
6. Cambios posturales, movilización pasiva, masoterapia y ejercicios respiratorios como medidas sistemáticas y coadyuvantes al tratamiento de enfermería, ejercidos por el servicio de fisioterapia y rehabilitación, en colaboración con médicos tratantes y médicos residentes a cargo del paciente.
7. Movilización activa y deambulacion temprana de acuerdo con la edad y condiciones del paciente.

8. Colocación de fajas abdominales y vendaje elástico de miembros inferiores, especialmente en pacientes ancianos, debilitados, aquellos que hubieran sido sometidos a intervenciones uroginecológicas o que deban permanecer largamente postrados.
9. Control periódico de la zona operatoria con cambio de apósitos y curaciones planas en casos estrictamente necesarios y a ser realizados por cirujano tratante o persona del equipo quirúrgico que cuente con su autorización.
10. Manejo de avenamientos a cargo de cirujano tratante.
11. Envío de muestras de humores y órganos o tejidos resecados a los respectivos servicios de laboratorio o Anatomía Patológica, con las respectivas medidas de preservación y en contenedores adecuados que consignen claramente los datos del paciente, a más del formulario pertinente de solicitud debidamente llenado.
12. Examen clínico sistemático y segmentario, realizado cotidianamente por los médicos a cargo del paciente, siendo el principal responsable el cirujano tratante con el fin de detectar tempranamente posibles complicaciones inherentes a la cirugía, o aquellas propias de los postoperatorios en general.
13. Control cotidiano y cuantas veces sea necesario de las condiciones de evolución del paciente, con el debido registro escrito y firmado en el Expediente Clínico, por parte de la persona que realizó el respectivo control.
14. Solicitud oportuna de valoraciones e interconsultas si las condiciones de evolución del paciente así lo requiriesen.
15. Medidas de confort y aseo cotidiano del paciente, de acuerdo a normas de enfermería y cuantas veces sea necesario.

31

Postoperatorio tardío.- Superado el postoperatorio mediato y producida el alta hospitalaria del paciente con indicaciones precisas de las medidas y tratamiento que debe seguir, viene el postoperatorio tardío que se extiende hasta que el cirujano tratante considere que el paciente no necesita más controles inherentes a la cirugía realizada o a la enfermedad que la motivo. De existir complicaciones o manifestaciones patológicas que requieran el apoyo de otras especialidades, es obligación del cirujano tratante orientar y encaminar al paciente para que continúe su atención con la participación de los profesionales respectivos.

En este postoperatorio es probable que se deban realizar curaciones finales y retirar puntos de la herida operatoria, así como manejar avenamientos remanentes hasta su retiro definitivo.

También pueden requerirse estudios laboratoriales, imagenológicos o endoscópicos de control cuyos resultados deben ser cabalmente informados al paciente o a la persona responsable más allegada al mismo.

A lo largo de todo el postoperatorio, el cirujano tratante debe ejercer control permanente sobre su paciente y el personal que lo atiende, sin descuidar el cumplimiento cabal de sus indicaciones y el tratamiento que prescriba.

REFERENCIAS

1. Padilla, T. y Cossio, P. "Semiología General" Librería "El Ateneo" Editorial. Sexta Edición. Buenos Aires-Argentina, 1952.
2. Valenzuela Gonzáles, J.C. "Modelo de Historia Clínica". Impresores POLIGRAF. Cochabamba-Bolivia, 1983.
3. Luna Orosco E., Javier. "Semiología Quirúrgica". Producciones HEPTA, Tercera Edición, La Paz-Bolivia, 1988.
4. Otero, Jaime. Glosario de Auditoria en Salud. Portal de Gerencia y Marketing, Octubre 2002.
5. Medicus Mundi. Programa de Fortalecimiento de la Gestión Hospitalaria, Modelo de Gestión de Hospitalización. 2003.
6. Camacho Ferrel, Carlos; Heredia Miranda, Nila "Manual Básico de Actividades Intrahospitalarias" Editor; Colegio Médico Departamental de La Paz, Impresión C°/OC editores. La Paz-Bolivia, 2003.
7. Malagón-Londoño; Galán Morera, Auditoria en Salud. Segunda Edición. Editorial Médica Panamericana 2003.
8. Ministerio de Salud y Deportes. Reglamento General de Hospitales. Segunda Edición. La Paz-Bolivia, 2005.
- 3 2 9. Carrasco, María Julia. Manual de Procedimientos para el Servicio de Estadística y Archivo Clínico, Instituto Nacional de Tórax 2006.
10. Ley N°3131 del Ejercicio Profesional Médico. La Paz-Bolivia, Agosto, 2005.
11. Decreto Supremo N° 28562 Reglamentario a la Ley N° 3131 La Paz-Bolivia, Diciembre 2005.
12. INASES. "Reglamento para la elaboración, manejo y archivo del expediente clínico en las entidades de Seguridad Social de corto plazo" Impresión Producciones Nor Chichas. La Paz-Bolivia, 2006.
13. Tena Tamayo, C.; Ramírez Ramírez, A. "Regulación Jurídica de los datos Clínicos en México (Acceso del paciente en su expediente clínico)". Revista CONA-MED, Vol. 11, N°6, abril-Junio 2006.
- 1 14. León Correa, Francisco Javier. "Fundamentos ético-jurídico de la objeción de conciencia de los profesionales de la salud". Rey., CONAMED. Vol. 12, N° 1, Enero a Marzo 2007.

Bolivia Digna, Soberana y Productiva
PARA VIVIR BIEN