



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
DR. IRMA SÁNCHEZ PRIETO
MAYDELIN GALVEZ ARGUETA
MEDICINA FORENSE
INVESTIGACIÓN
3 PARCIAL
5 SEMESTRE
LIC. MEDICINA HUMANA**

EXPEDIENTE CLINICO NOM-004-SSA3 2012

El expediente clínico es un conjunto de información confidencial de un paciente, que requiere orden y claridad en los registros y notas que lo conforman. La NOM-004 lo define como al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magnetoópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

8 DE LAS NOTAS MÉDICAS EN HOSPITALIZACIÓN

8.1 De ingreso. Deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo los datos siguientes:

8.1.1 Signos vitales;

8.1.2 Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso;

8.1.3 Resultados de estudios, de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;

8.1.4 Tratamiento y pronóstico.

8.2 Historia clínica.

8.3 Nota de evolución. Deberá elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día

8.4 Nota de referencia/traslado.

8.5 Nota Preoperatoria. Deberá elaborarla el cirujano que va a intervenir al paciente, incluyendo a los cirujanos dentistas.

8.5.1 Fecha de la cirugía.

8.5.2 Diagnóstico.

8.5.3 Plan quirúrgico.

8.5.4 Tipo de intervención quirúrgica.

8.5.5 Riesgo quirúrgico.

8.5.6 Cuidados y plan terapéutico preoperatorios.

8.5.7 Pronóstico.

8.6 Un integrante del equipo quirúrgico podrá elaborar un reporte de la lista de verificación de la cirugía, en su caso, podrá utilizar la lista Organización Mundial de la Salud en esta materia para dicho propósito.

8.7 Nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico. Se elaborará de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana. Que intervino al paciente, al término de la cirugía, constituye un resumen de la operación practicada y deberá contener como mínimo:

8.8.1 Diagnóstico preoperatorio

8.8.2 Operación planeada

8.8.3 Operación realizada

8.8.4 Diagnóstico postoperatorio

8.8.5 Descripción de la técnica quirúrgica

8.8.6 Hallazgos transoperatorios

8.8.7 Reporte del conteo de gases, compresas y de instrumental quirúrgico

8.8.8 Incidentes y accidentes

8.8.9 Cuantificación de sangrado, si lo hubo y en su caso transfusiones

8.8.10 Estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios

8.8.11 Ayudantes, instrumentistas, anesthesiólogo y circulante

8.8.12 Estado postquirúrgico inmediato; 8.8.13 Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato

8.8.14 Pronóstico

8.8.15 Envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico

8.8.16 Otros hallazgos de importancia para el paciente, relacionados con el que hacer médico

8.8.17 Nombre completo y firma del responsable de la cirugía.

8.9 Nota de egreso. Deberá elaborarla el médico y deberá contener como mínimo:

8.9.1 Fecha de ingreso/egreso

8.9.2 Motivo del egreso

8.9.3 Diagnósticos finales

8.9.4 Resumen de la evolución y el estado actual

8.9.5 Manejo durante la estancia hospitalaria

8.9.6 Problemas clínicos pendientes

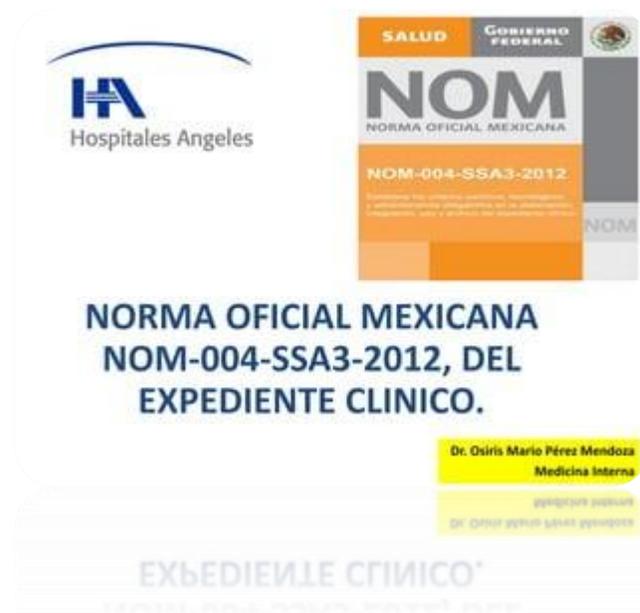
8.9.7 Plan de manejo y tratamiento

8.9.8 Recomendaciones para vigilancia ambulatoria

8.9.9 Atención de factores de riesgo (incluido abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas)

8.9.10 Pronóstico

8.9.11 En caso de defunción, señalar las causas de la muerte acorde a la información contenida en el certificado de defunción y en su caso, si se solicitó y se llevó a cabo, estudio de necropsia hospitalaria.



VIOLENCIA OBSTÉTRICA:

Se le considera como un tipo de violencia institucional, producto del patriarcado y expresada en relaciones de poder que legitiman y naturalizan una serie de procedimientos, entre los que se da:

a) Una apropiación del cuerpo de la mujer y de los procesos fisiológicos presentes durante el embarazo, el trabajo de parto, el periodo expulsivo del mismo, el alumbramiento de la placenta y la atención de la o el recién nacido y del puerperio en la mujer.

b) Un trato deshumanizador, un abuso de la medicalización y una patologización de los procesos naturales, trayendo consigo la pérdida de autonomía y de la capacidad de decisión de parte de las mujeres durante su embarazo, parto y puerperio, lo cual mengua sus derechos humanos.

La violencia obstétrica es reconocida a nivel oficial por primera vez en el mundo, en México se encuentra incorporada a partir del 2008 en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz, y en 2009 en la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas. La violencia obstétrica ha sido naturalizada entre el personal médico y obstétrico, así como en la sociedad en su conjunto, incluidas las mismas mujeres que la padecen.

Acciones que pueden atentar contra la integridad de la mujer, que no tienen aportes positivos e inclusive pueden ser negativos:

- La indicación “rutinaria” y no siempre indispensable, de acciones que pueden afectar la integridad de las madres
- Las restricciones al empoderamiento de las madres
- La limitación del trabajo de parto
- Maltratos y humillaciones
- Procedimientos obstétricos realizados sin necesidad, para facilitar el aprendizaje de estudiantes, internas/os y residente.
- Diseño de presupuestos y espacios de atención materna.
- Maltrato cultural y social en salud reproductiva.



BIBLIOGRAFÍA:

Figuroa JG. Fecundidad, anticoncepción y derechos reproductivos. En: García B, coord. Mujer, Género y Población en México. México: El Colegio de México: Sociedad Mexicana de Demografía; 1999: 61-101.