



UDS

Mi Universidad

Nombre del Alumno: Liliana Guadalupe Espinosa Roblero

Nombre del tema: Reporte de Lectura

Parcial: 3

Nombre de la Materia: Submódulo I

Nombre del profesor: María José Hernández

Nombre de la Licenciatura : Técnico en enfermería

Cuatrimestre

INTRODUCCION

El expediente clínico es un documento técnico médico, que cumple diversos objetivos como protocolo de estudio en la investigación clínica de un solo caso; recopilar y almacenar datos en forma ordenada y sistemática sobre el paciente y su entorno. Contiene toda la información relevante sobre la atención médica que se ha brindado a un paciente.

El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata de conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías.

Se tomarán en cuenta los distintos ámbitos y facetas del proceso continuado de la atención médica, en los que el uso del expediente clínico resulta destacando algunos aspectos del estado de salud del paciente.

Esta norma, es de observancia obligatoria para el personal del área de salud y los establecimientos prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios.

Esta norma, establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, propiedad, titularidad, y confidencialidad del expediente clínico. Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera, cuando éste, no dependa de una institución.

Un aspecto fundamental en esta norma, es el reconocimiento de la titularidad del paciente sobre los datos que proporciona al personal del área de salud; de igual manera, se reconoce la intervención del área de la salud en las acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se registra y se incorpora en el expediente clínico a través de la formulación de notas médicas y otras de carácter diverso con motivo de la atención médica. Es importante señalar que para la correcta interpretación de esta norma se tomarán en cuenta invariablemente el de la libertad prescriptiva del personal médico a través de la cual, los profesionales y técnicos del área de la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios.

Con la expectativa de que su contenido se convierta en una firme aportación a los esfuerzos y procesos de integración funcional y desarrollo del Sistema Nacional de Salud.

DESARROLLO.

Referencias

3.1 Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

3.2 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar.

3.3 Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, para la prevención y control de tuberculosis en la atención primaria a la salud.

3.4 Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, para la práctica de anestesiología.

Generalidades.

Todo expediente clínico deberá tener los siguientes datos generales; tipo, nombre y domicilio del establecimiento y en su caso, nombre de la institución a la que pertenece; en su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario; nombre, sexo, edad y domicilio del paciente; y las demás que señalen las disposiciones sanitarias.

Los datos personales contenidos en el expediente clínico, que posibiliten la identificación del paciente, en términos de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, no deberán ser divulgados o dados a conocer.

Cuando se trate de la publicación o divulgación de datos personales contenidos en el expediente clínico para efectos de literatura médica, docencia, investigación o fotografías, que posibiliten la identificación del paciente, se requiere la autorización escrita del mismo, en cuyo caso, se adaptarán las medidas necesarias para que éste no pueda ser identificado. Datos proporcionados al personal de salud por el paciente o por terceros, mismos que, debido a que son datos personales son motivo de confidencialidad, en términos del secreto médico profesional y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables.

Los profesionales de la salud están obligados a proporcionar información verbal al paciente, a quien ejerza la patria potestad, la tutela, representante legal, familiares o autoridades competentes. Cuando se requiera un resumen clínico u otras constancias del expediente clínico, deberá ser solicitado por escrito. Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos las autoridades judiciales, órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas.

Las notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de esta norma, deberán apegarse a las disposiciones jurídicas que resulten

aplicables, relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, cuando sea el caso.

Las notas médicas y reportes a que se refiere esta norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso, número de cama o expediente. El expediente se integrará atendiendo a los servicios genéricos de consulta general, de especialidad, urgencias y hospitalización, debido observar, además de los requisitos mínimo señalados en esta norma, los establecidos de las Normas Oficiales Mexicanas, referidas en los numerales 3.2, 3.3, 3.5, 3.7, 3.8, 3.9, 3.11, 3.13, 3.14, 3.5 y 3.16, de esta norma, respectivamente. Cuando en un mismo establecimiento para la atención médica, se proporcionen varios servicios, deberá integrarse en un solo expediente clínico por cada paciente, en donde conste todo y cada uno de los documentos generados por el personal que intervengan en su atención.

El registro de la transfusión de unidades de sangre o de sus componentes, se llevará acabo de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.1 de esta norma.

Historia clínica deberá elaborarla el personal médico y otros profesionales del área de salud, de acuerdo con las necesidades específicas de información de cada uno de ellos en particular, deberá tener, en el orden señalado, los apartados.

Los profesionales de la salud están obligados a proporcionar información verbal al paciente, a quien ejerza la patria potestad, la tutela, representante legal, familiares o autoridades competentes. Cuando se requiera un resumen clínico u otras constancias del expediente clínico, deberá ser solicitado por escrito. Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos las autoridades judiciales, órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas.

Al interior de los establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud, se podrá evaluar la calidad del expediente clínico, a través de organismos colegiados internos o externos. Para tal efecto, podrán utilizar el Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad, incorporado en esta norma como Apéndice A (Informativo). Las personas físicas, morales, representantes legales o la persona facultada para ello, en los establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria de los sectores público, social y privado, en su caso, podrán solicitar la evaluación de la conformidad respecto de esta norma, ante los organismos acreditados y aprobados para dicho propósito.

CONCLUSIÓN

Los puntos clave para el cumplimiento de la norma oficial mexicana 004 son: Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera.

Todo expediente clínico debe contener los datos del establecimiento: Tipo, nombre, domicilio, nombre de la institución a la que pertenece, razón y denominación social del propietario o concesionario.

También deberá contener los datos del paciente: Nombre, sexo, edad y domicilio, además de cualquier otro que señalen las disposiciones sanitarias. Guardar durante 5 años la historia clínica del paciente contados a partir de la fecha del último acto médico.

Cualquier nota en el expediente debe ser expresada en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras, ni tachaduras y conservarse en buen estado.

La historia clínica debe realizarse por personal médico y otros profesionales del área de la salud. La historia clínica debe incluir exploración física: Habitus exterior, signos vitales, peso y talla, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria.

La historia clínica debe incluir resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros. También diagnósticos o problemas clínicos, pronóstico, indicación terapéutica y notas de evolución. Esta norma, establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.

Esta norma, es de observancia obligatoria para el personal del área de la salud y los establecimientos prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios. Para la correcta interpretación y aplicación de esta norma, es necesario consultar las siguientes Normas Oficiales Mexicanas o las que las sustituyan:

Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.