

El expediente clínico es un documento médico bien detallado, que cumple diversos objetivos como protocolo de investigación clínica para recopilar y almacenar datos del paciente de forma ordenada y sistemática. Este documento es fundamental en el ámbito de la atención médica.

El expediente clínico es una gran herramienta y de mucha importancia para la materialización del derecho de protección de la salud. Se trata de un conjunto de datos personales del paciente, que puede estar conformado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magnetoópticos, entre otras tecnologías.

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

Esta norma, establece criterios científicos, éticos, tecnológicos y de suma importancia administrativa en la elaboración, integración, uso, confidencialidad del expediente clínico, ya que todo expediente clínico es obligatorio en todo sector público y privado de la salud. Todos los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de los servicios de la salud que genere el expediente clínico.

Un aspecto de importancia en esta norma es el reconocimiento de la titularidad del paciente sobre los datos que proporciona al personal de salud. En ese sentido se han considerado aquellos datos que refieren a la identidad del paciente y los datos que proporciona la relación con su padecimiento, a todo eso se le considera como información confidencial. Lo anterior radica en lo ético del secreto profesional entre paciente y personal de salud

Al igual se le reconoce al personal de salud por las intervenciones en las acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se deben de registrar e incorporar al expediente clínico a través de notas médicas y otras de carácter diverso, pero con el motivo de la atención médica .

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.

Todo expediente clínico deberá contener estos datos: Nombre y domicilio del paciente, nombre de la institución donde se le brindan los servicios de salud, razón y denominación social del propietario o concesionario, sexo y edad del paciente.

Los datos personales que contiene el expediente clínico deben de ser muy claros para la facilitación de identificación del paciente, en el lado ético, los datos no se deberán de divulgar.

Además, el expediente clínico debe de contener un historial médico detallado del paciente, que incluya enfermedades previas y actuales, cirugías, hospitalizaciones, alergias conocidas y cualquier otra condición relevante para la atención médica. Todo esto puede ayudar al diagnóstico y tratamiento del paciente.

Un expediente clínico también debe de contener otros resultados de pruebas diagnósticas, como análisis del laboratorio, estudios imagenológicos y cualquier otro examen médico realizado al paciente. Estos resultados proporcionan información objetiva sobre el estado de salud del paciente y son fundamentales para el diagnóstico y tratamientos adecuados.

Asimismo, un expediente clínico debe de tener notas de enfermería, por ejemplo, el registro de signos vitales y cualquier otro tipo de información relevante durante la atención al paciente. Estos datos de enfermería complementan más el historial médico y proporcionan una imagen más completa sobre el estado de salud del paciente.

Los profesionales de la salud están obligados a proporcionar información verbal al paciente, en caso de ser menor de edad la información será proporcionada para su tutor legal, familiares o autoridades competentes. Cuando se requiera de un resumen u otras constancias sobre el expediente clínico, se deberá de solicitar por un escrito.

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 según los servicios genéricos de consulta general, de especialidad, urgencias y hospitalización, debido a 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.

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, referirá en el numeral 3.1 de esta norma. Historia clínica deberá elaborarla el personal médico y otros profesionales del área de salud, según las necesidades específicas de información de cada uno, deberá tener, en el orden señalado.

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 podrán solicitar la evaluación de la conformidad de esta norma, ante los organismos acreditados y aprobados para ello.

CONCLUSION

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: Habito 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.