



La importancia del expediente clínico

Raúl Olaeta Elizalde*

Se ha dicho que los médicos somos, "por naturaleza", historiadores y biógrafos.

El médico, junto a la cama del enfermo, y con el espíritu inquieto por ayudar y aprender, diseña a través de la enfermedad, una serie de datos que reflejan la narración de una vida. Parecería así, que la historia clínica fuese una autobiografía del enfermo, dirigida por el médico.

En esta vocación de servicio que es la medicina, surge como una necesidad, para plasmar con la palabra escrita los hechos, el expediente clínico.

El expediente clínico, es el documento resultante de la entrevista médico-paciente, y la bitácora de cada individuo hospitalizado; el expediente guarda los datos clínicos ordenados, y es una especie de "inventario" contenido en una minuta, de cada caso clínico que llega al hospital, o de cada paciente al ingresar en un consultorio, y en él, se van acumulando las opiniones diagnósticas de quienes participan en su elaboración.

El valor que tiene cada expediente clínico es imponderable; suele contener datos confidenciales; es un documento médico-legal y es la base para la asistencia, docencia e investigación en medicina.

Por lo anterior, no puede ser sólo un papel más en la burocracia institucional, ni un mero trámite administrativo.

La importancia del expediente clínico es tal, que trasciende la relación médico-paciente, y exige de todos, quienes intervienen en su elaboración, integración, manejo y custodia, lo hagan siempre con esmero, veracidad y pleno sentido de responsabilidad.

Para el enfermo, el tener un expediente, significa confianza en la institución; denota además, que se le pone atención. El enfermo internado se da cuenta de que existe un espíritu rector de las acciones que se toman contra la enfermedad.

Para el médico tratante, es la base de datos que le proporciona elementos para su diagnóstico y tratamiento, es

su constancia del trabajo realizado, y contiene el material con el que va a delinear programas de estudio, de investigación o de tratamiento para el caso específico.

Para el médico en formación, con el expediente clínico, todo lo que realiza adquiere importancia, y es su instrumento de aprendizaje más valioso.

Las notas de evolución son testigos del apego o dedicación del médico de cabecera con su paciente, para mantenerse en inteligente vigilancia de los cambios inducidos por la enfermedad o por la acción terapéutica.

En las sesiones clínicas, verdaderos talleres de pedagogía propios de un hospital-escuela, el expediente es el eje fundamental que relaciona la teoría con la práctica.

Para la enfermera, el expediente clínico es el instrumento de comunicación con los médicos tratantes; a través de él da a conocer sus observaciones, resultado de su vigilancia continua; ello resulta habitualmente decisivo para el manejo terapéutico.

La investigación clínica es fundamental en la atención de la enfermedad; florece en donde el nivel de la atención es de excelencia. Ello requiere del expediente clínico como base de datos.

Por lo tanto, investigación y calidad de atención interactúan, pero ambas exigen una buena base de datos fincada en la calidad del expediente clínico.

Para conocer los datos de morbilidad y mortalidad en un hospital, y poder implementar un sistema de vigilancia epidemiológica, se requiere que la información sea veraz y producto de la investigación permanente fincada en los diagnósticos, procedimientos de estudio y terapéuticos, que se consignan en el expediente clínico.

Gran relevancia adquiere el expediente clínico para la informática médica, y por medio de los datos estadísticos, apoya la planeación estratégica.

Y viene el depositario del expediente, que es el archivo clínico, que lo guarda, conserva, clasifica, ordena y lo mantiene en circulación activa.

La elaboración adecuada de un buen expediente clínico, es demostrativa de los altos niveles de excelencia alcanzados en la práctica clínica por una institución y su personal de expertos.

* Coordinador del Comité de Auditoría del Expediente Clínico
Jefe de la División de los Servicios Paramédicos
Hospital Juárez de México

En 1994, se integró en nuestra institución el comité de auditoría del expediente clínico, para establecer un plan de trabajo con carácter normativo, para auxiliar y apoyar la estructuración, funcionalidad y presentación del expediente clínico en nuestro hospital, en las áreas de consulta externa, urgencias y hospitalización.

El comité está integrado por 15 miembros, todos ellos médicos del Hospital Juárez de México, y presidido por el Director General y el Director Médico.

En una primera etapa, desde su creación, se elaboró una hoja para evaluación del expediente clínico, para poder calificar todos los documentos que lo integran.

Luego se inició el uso de esa hoja de evaluación, para revisar expedientes del archivo clínico, escogidos al azar.

Enseguida, se efectuaron auditorías en diferentes servicios tanto en el área de internamiento, como en la con-

sulta externa; los resultados se dieron a conocer a los jefes de servicio respectivos, y se informó a la Dirección General y a la Dirección Médica de los resultados.

Se estableció comunicación con los servicios de archivo clínico, admisión, estadística y trabajo social, para conocer la ruta crítica que sigue un expediente, para poder agilizar el camino, y emitió opiniones y propuso formatos para facilitar el manejo del propio expediente.

El comité estuvo representado en las reuniones de trabajo de la Subsecretaría de Regularización y Fomento Sanitario de la Secretaría de Salud, para la conformación de la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico publicada en el Diario Oficial de la Federación en septiembre de 1999.

Se decidió, por invitación de la Directiva de nuestra Sociedad de Médicos del hospital, publicar la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico, para conocimiento de todos sus miembros.

SECRETARÍA DE SALUD

Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLINICO.

JOSE IGNACIO CAMPILLO GARCIA, Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 39 fracciones VI, VII y XXI de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal 30 fracciones I, II, III, VII, IX, XV, XVI, XVII, XXII, 13 apartado A, fracciones I y IX, 27 fracciones II, III, V, 32, 33, 45, 47 último párrafo, 48 y 51 de la Ley General de Salud; 1º., 2º. fracción II inciso c), 38 fracción II, 40, fracciones III, XI y XIII, 41, 44, 46 y 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 10 y 32 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 23 fracciones II y III del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

CONSIDERANDO

Que con fecha 7 de diciembre de 1998, en cumplimiento del acuerdo del Comité y de lo previsto en el artículo 47, fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el proyecto de la presente Norma Oficial Mexicana, a efecto de que dentro de los siguientes sesenta días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentarán sus comentarios a la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud.

Que las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité fueron publicadas previamente a la expedición de esta norma en el Diario Oficial de la Federación, en los términos del artículo 47, fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, se expide la siguiente: Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.



Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 14 de septiembre de 1999.

0. Introducción

El Programa de Reforma del Sector Salud plasma la mejoría de la calidad de la atención en la prestación de los servicios de salud, como uno de los principales objetivos que en materia de salud se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Alcanzar tal objetivo implica fortalecer y complementar los servicios y sus componentes.

Destaca por su importancia, el presente ordenamiento dirigido a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Esta Norma representa el instrumento para la regulación del expediente clínico y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación administrativo y estadístico.

Es importante señalar que para la correcta interpretación de la presente Norma Oficial Mexicana se tomarán en cuenta, invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica especialmente el de la libertad prescriptiva a favor del personal médico a través de la cual los profesionales técnicos y auxiliares de las disciplinas para 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.

1. Objetivo

Esta Norma Oficial Mexicana establece los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorio en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico.

2. Campo de aplicación

La presente Norma Oficial Mexicana es de observancia general en el territorio nacional y sus disposiciones son obligatorias para los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios, en los términos previstos en la misma.

3. Referencias

Para la correcta aplicación de la presente Norma es necesario consultar las siguientes:

3.1. NOM 003 SSA2 1993. Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

3.2. NOM-005-SSA2-1993. De los servicios de Planificación Familiar.

3.3. NOM-006-SSA2-1993. Para la prevención y control de la Tuberculosis en la Atención Primaria a Salud.

3.4. NOM-007-SSA2-1993. Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido.

3.5. NOM-008-SSA2-1993. Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente.

3.6. NOM-013-SSA2-1994. Para la prevención y control de Enfermedades Bucales.

3.7. NOM-014-SSA2-1994. Para la prevención, tratamiento y control de Cáncer del Útero y de la Matriz en la Atención Primaria.

3.8. NOM-015-SSA2-1994. Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria.

3.9. NOM-017-SSA2-1994. Para la Vigilancia Epidemiológica.

3.10. NOM-024-SSA2-1994. Para la prevención y control de las Infecciones Respiratorias Agudas.

3.11. NOM-025-SSA2-1994. Para la prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Inter hospitalaria Médico-Psiquiátrica.

4. Definiciones

Para los efectos de este ordenamiento se entenderá por:

4.1. Atención médica, al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

4.2. Cartas de consentimiento bajo información, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos o rehabilitatorios. Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.

4.3. Establecimiento para la atención médica, a todo aquél, fijo o móvil; público, social o privado, que preste servicios de atención médica ya sea ambulatoria o

para internamiento, cualquiera que sea su denominación; incluidos los consultorios.

4.4. Expediente clínico, al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

4.5. Hospitalización, al servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

4.6. Interconsulta, procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al paciente, a solicitud del médico tratante.

4.7. Paciente, al beneficiario directo de la atención médica.

4.8. Referencia-contrarreferencia, al procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

4.9. Resumen clínico, al documento elaborado por un médico, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete.

4.10. Urgencia, a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función y requiera atención inmediata.

4.11. Usuario, a toda aquella persona, paciente o no, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

5. Generalidades

5.1. Los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la presente Norma: los establecimientos, serán solidariamente responsables, respecto del cumplimiento de esta obligación por cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuera contratado dicho personal.

5.2. Todo expediente clínico, deberá tener los siguientes datos generales:

5.2.1. Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y, en su caso, nombre de la institución a la que pertenece:

5.2.2. En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario:

5.2.3. Nombre, sexo, edad y domicilio del usuario; y

5.2.4. Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.

5.3. Los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos, sin embargo, y en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes, deberán conservarlos por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

5.4. El médico, así como otros profesionales o personal técnico y auxiliar que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir los lineamientos de la presente Norma, en forma ética y profesional.

5.5. Los prestadores de servicios otorgarán la información verbal y el resumen clínico deberá ser solicitado por escrito, especificándose con claridad el motivo de la solicitud, por el paciente, familiar, tutor, representante jurídico o autoridad competente.

Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos: autoridad judicial, órganos de procuración de justicia y autoridades sanitarias.

5.6. En todos los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente, o a CONAMED, para arbitraje médico.

5.7. Las notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de la presente Norma, deberán apegarse a los procedimientos que dispongan las Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, cuando sea el caso.

5.8. Las notas médicas y reportes a que se refiere la presente Norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad y sexo y, en su caso, número de cama o expediente.

5.9. Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien la elabora.

5.10. Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.



5.11. El empleo de medios magnéticos, electromagnéticos, de telecomunicación será exclusivamente con carácter auxiliar para el expediente clínico.

5.12. Las instituciones podrán establecer formatos para el expediente clínico, tomando como mínimo los requisitos establecidos en la presente Norma.

5.13. El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios prestados de: consulta externa (general y especializada), urgencias y hospitalización.

5.14. La integración del expediente odontológico se ajustará a lo previsto en el numeral 8.3.4 de NOM-013-SSA2-1994. Para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales, además de lo establecido en la presente Norma.

Para el caso de los expedientes de psicología clínica, tanto la historia clínica como las notas de evolución se ajustarán a la naturaleza de los servicios prestados, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, en razón de lo cual sólo atenderán a las reglas generales previstas en la presente Norma.

5.15. El registro de la transfusión de Unidades de sangre o de sus componentes, se hará de conformidad con lo señalado en la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993. Para la disposición de sangre humana sus componentes con fines terapéuticos.

5.16. Aparte de los documentos regulados en la presente norma como obligatorios, se podrá contar además con: cubierta o carpeta, sistema de identificación de la condición del riesgo de tabaquismo activo pasivo, hoja frontal, de revisión, trabajo social, dietología, ficha laboral y los que se consideren necesarios.

5.17. En los casos en que medie un contrato suscrito por las partes para la prestación de servicios atención médica, deberá existir, invariablemente, una copia de dicho contrato en el expediente.

6. Del expediente en consulta externa

Deberá contar con:

6.1. Historia Clínica

Deberá elaborarla el médico y constará de: interrogatorio, exploración física, diagnósticos, tratamiento en el orden siguiente:

6.1.1. Interrogatorio. Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, antecedentes heredo-familiares, personales patológicos (incluido ex-fumador, ex-alcohólico, y ex -adicto), y no patológicos, padecimiento actual (incluido tabaquismo, alcoholis-

mo y otras adicciones) e interrogatorio por aparatos y sistemas;

6.1.2. Exploración física. Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (pulso, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), así como datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales.

6.1.3. Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros...

6.1.4. Terapéutica empleada y resultados obtenidos.

6.1.5. Diagnósticos o problemas clínicos;

6.2. Notas de evolución.

Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá lo siguiente:

6.2.1. Evolución y actualización del cuadro clínico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones.

6.2.2. Signos vitales...

6.2.3. Resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;

6.2.4. Diagnósticos; y

6.2.5. Tratamiento e indicaciones médicas, en el caso de medicamentos, señalando como mínimo: dosis, vía y periodicidad.

En el caso de control de embarazadas, niños sanos, diabéticos, hipertensos, entre otros, las notas deberán integrarse conforme a lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas respectivas.

6.3. Nota de Interconsulta.

La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico.

La elabora el médico consultado, y deberá contar con:

6.3.1. Criterios diagnósticos...

6.3.2. Plan de estudios...

6.3.3. Sugerencias diagnósticas y tratamiento; y

6.3.4. Demás que marca el numeral 7.1.

6.4. Nota de referencia/traslado.

De requerirse, deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen con que se envía al paciente; constará de:

6.4.1. Establecimiento que envía.

6.4.2. Establecimiento receptor.

6.4.3. Resumen clínico, que incluirá como mínimo:

I. Motivo de envío.

II. Impresión diagnóstica (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones).

III. Terapéutica empleada, si la hubo.

7. De las Notas Médicas en Urgencias

7.1. Inicial.

Deberá elaborarla el médico y deberá contener lo siguiente:

- 7.1.1. Fecha y hora en que se otorga el servicio...
- 7.1.2. Signos vitales...
- 7.1.3. Motivo de la consulta...
- 7.1.4. Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso...
- 7.1.5. Diagnóstico o problemas clínicos...
- 7.1.6. Resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento...
- 7.1.7. Tratamiento; y
- 7.1.8. Pronóstico.

7.2. Nota de evolución.

Deberá elaborarla el médico cada vez que proporcione atención al paciente y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2 de la presente Norma.

- 7.2.1. En los casos en que el paciente requiera interconsulta por médico especialista deberá quedar por escrito tanto la solicitud, la cual realizará el médico solicitante, como la nota de interconsulta que deberá realizar el médico especialista.

7.3. De referencia/traslado.

Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.3. de la presente Norma.

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 en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento...
- 8.1.4. Tratamiento; y
- 8.1.5. Pronóstico.

8.2. Historia clínica.

Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.1. de la presente Norma.

8.3. Nota de evolución.

Deberá elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2. de la presente Norma.

8.4. Nota de referencia/traslado.

Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.3. de la presente Norma.

8.5. Nota Pre-operatoria.

Deberá elaborarla el cirujano que va a intervenir al paciente incluyendo a los cirujanos dentistas (excepto el numeral 8.5.7 para estos últimos), y deberá contener como mínimo:

- 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 (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones);
- 8.5.6. Cuidados y plan terapéutico pre-operatorios; y
- 8.5.7. Pronóstico.

8.6. Nota Pre-anestésica, vigilancia y registro anestésico.

Se realizará bajo los lineamientos de la Normatividad Oficial Mexicana en materia de anestesiología y demás aplicables.

8.7. Nota Post-operatoria.

Deberá elaborarla el cirujano que intervino al paciente, al término de la cirugía, constituye un resumen de la operación practicada, y deberá contener como mínimo:

- 8.7.1. Diagnóstico pre-operatorio;
- 8.7.2. Operación planeada;
- 8.7.3. Operación realizada;
- 8.7.4. Diagnóstico post-operatorio;
- 8.7.5. Descripción de la técnica quirúrgica;
- 8.7.6. Hallazgos transoperatorios;
- 8.7.7. Reporte de gases y compresas;
- 8.7.8. Incidentes y accidentes;
- 8.7.9. Cuantificación de sangrado, si lo hubo;
- 8.7.10. Estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios;
- 8.7.11. Ayudantes, instrumentistas, anestesiólogos y circulante;
- 8.7.12. Estado post-quirúrgico inmediato;
- 8.7.13. Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato;
- 8.7.14. Pronóstico;
- 8.7.15. Envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico;
- 8.7.16. Otros hallazgos de importancia para el paciente relacionados con el quehacer médico; y
- 8.7.17. Nombre completo y firma del responsable de la cirugía.

8.8. Nota de egreso.

Deberá elaborarla el médico y deberá contener como mínimo:



- 8.8.1. Fecha de ingreso/egreso;
- 8.8.2. Motivo del egreso;
- 8.8.3. Diagnósticos finales;
- 8.8.4. Resumen de la evolución y el estado actual;
- 8.8.5. Manejo durante la estancia hospitalaria;
- 8.8.6. Problemas clínicos pendientes;
- 8.8.7. Plan de manejo y tratamiento;
- 8.8.8. Recomendaciones para vigilancia ambulatoria;
- 8.8.9. Atención de factores de riesgo (incluido tabaquismo alcoholismo y otras adicciones);
- 8.8.10. Pronóstico; y
- 8.8.11. En caso de defunción, las causas de la muerte acorde al certificado de defunción y si se solicitó y obtuvo estudio de necropsia hospitalaria.

9. De los reportes del personal profesional, técnico y auxiliar.

9.1. Hoja de enfermería.

Deberá elaborarse por el personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo:

- 9.1.1. Habitus exterior;
- 9.1.2. Gráfica de signos vitales;
- 9.1.3. Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía;
- 9.1.4. Procedimientos realizados; y
- 9.1.5. Observaciones.

9.2. De los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Deberá elaborarlo el personal que realizó el estudio y deberá contener como mínimo:

- 9.2.1. Fecha y hora del estudio;
- 9.2.2. Identificación del solicitante;
- 9.2.3. Estudio solicitado;
- 9.2.4. Problema clínico en estudio;
- 9.2.5. Resultados del estudio;
- 9.2.6. Incidente si los hubo;
- 9.2.7. Identificación del personal que realiza el estudio; y
- 9.2.8. Nombre completo y firma del personal que informa.

10. Otros documentos.

10.1. Además de los documentos mencionados pueden existir otros del ámbito ambulatorio y hospitalario, elaborados por personal médico, técnico y auxiliar o administrativo. Enseguida se refieren los que sobresalen por su frecuencia:

10.1.1. Cartas de Consentimiento bajo información.

10.1.1.1. Deberán contener como mínimo:

- 10.1.1.1.1. Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso;
- 10.1.1.1.2. Nombre, razón o denominación social del establecimiento;
- 10.1.1.1.3. Título del documento;
- 10.1.1.1.4. Lugar y fecha en que se emite;
- 10.1.1.1.5. Acto autorizado;
- 10.1.1.1.6. Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado;
- 10.1.1.1.7. Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva; y
- 10.1.1.1.8. Nombre completo y firma de los testigos.

10.1.1.2. Los eventos mínimos que requieren de carta de consentimiento bajo información serán:

- 10.1.1.2.1. Ingreso hospitalario;
- 10.1.1.2.2. Procedimientos de cirugía mayor;
- 10.1.1.2.3. Procedimientos que requieren anestesia general;
- 10.1.1.2.4. Salpingoclasia y vasectomía;
- 10.1.1.2.5. Trasplantes;
- 10.1.1.2.6. Investigación clínica en seres humanos;
- 10.1.1.2.7. De necropsia hospitalaria;
- 10.1.1.2.8. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo;
- 10.1.1.2.9. Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

10.1.1.3. El personal de salud podrá obtener cartas de consentimiento bajo información adicionales a las previstas en el inciso anterior cuando lo estime pertinente, sin que para ello sea obligatorio el empleo de formatos impresos.

10.1.1.4. En los casos de urgencia, se estará a lo previsto en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

10.1.2. Hoja de egreso voluntario.

10.1.2.1. Documento por medio del cual el paciente, familiar más cercano, tutor o representante jurídico solicita el egreso, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar.

10.1.2.2. Deberá ser elaborada por un médico a partir del egreso y cuando el estado del paciente lo amerite; deberá incluirse la responsiva médica del profesional que se encargará del tratamiento y constará de:

- 10.1.2.2.1. Nombre y dirección del establecimiento;
- 10.1.2.2.2. Fecha y hora del alta;
- 10.1.2.2.3. Nombre completo, edad, parentesco, en su caso, y firma de quien solicita el alta;
- 10.1.2.2.4. Resumen clínico que se emitirá con arreglo en lo previsto en el apartado 5.8. de la presente Norma;
- 10.1.2.2.5. Medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo;
- 10.1.2.2.6. En su caso, nombre completo y firma del médico que otorgue la responsiva;
- 10.1.2.2.7. Nombre completo y firma del médico que emite la hoja; y
- 10.1.2.2.8. Nombre completo y firma de los testigos.

10.1.3. Hoja de notificación al Ministerio Público.

En casos en que sea necesario dar aviso a los órganos de procuración de justicia, la hoja de notificación deberá contener:

- 10.1.3.1. Nombre, razón o denominación social del establecimiento notificador;
- 10.1.3.2. Fecha de elaboración;
- 10.1.3.3. Identificación del paciente;
- 10.1.3.4. Acto notificado;
- 10.1.3.5. Reporte de lesiones del paciente, en su caso;
- 10.1.3.6. Agencia del Ministerio Público a la que se notifica; y
- 10.1.3.7. Nombre completo y firma del médico que realiza la notificación.

10.1.4. Reporte de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica.

La realizará el médico conforme a los lineamientos que en su caso se expiden para la vigilancia epidemiológica.

10.1.5. Notas de defunción y de muerte fetal.

Las elaborará el personal médico, de conformidad a lo previsto en los artículos 317 y 318 de la Ley General de Salud, al artículo 91 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y al Decreto por el que se da a conocer la forma oficial de certificado de defunción y muerte fetal.

De los documentos correspondientes, deberá acompañarse, por lo menos, una copia en el expediente clínico.

10.2. Los documentos normados en el presente apartado deberán contener:

- 10.2.1. El nombre completo y firma de quien los elabora;
- 10.2.2. Un encabezado con fecha y hora.

11. Concordancia con normas internacionales y mexicanas.

Esta Norma Oficial Mexicana tiene concordancia parcialmente con lineamientos y recomendaciones internacionales, establecidas por la Organización Mundial de la Salud.

12. Bibliografía

- 12.1. Aguirre Gas Héctor. Calidad de la atención médica. Conferencia Interamericana de Seguridad Social México. 1997.
- 12.2. Cano Torres, Orlando. Consideraciones generales sobre el registro del diagnóstico médico. Bol Epidemiol. 9 (4): 129-30. Oct-Dic. 1984.
- 12.3. Dawdy-MR; Hunter-DW; Gilmore-RA. Correlation of patient entry rates and physician documentation errors in dictated and handwritter emergency treatment records. Am J. Emerg. Med, Mar 1997; 15(2): 115-7.
- 12.4. Estudio analítico del expediente clínico, Fac. de Medicina UNAM. 1997.
- 12.5. Evaluación médica, subdirección General Médica del IMSS. 1972.
- 12.6. Expediente clínico en la atención médica. Subdirección Gral. Médica, IMSS, México. 1973.
- 12.7. Guía para la prevención y control de la hipertensión arterial esencial en la Atención Primaria de la Salud.
- 12.8. Ley General de Salud. (D.O.F., 7 de febrero de 1984; Reforma 7 de mayo de 1997).
- 12.9. Manual de procedimientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes. D.G.R.S.S., 1995.
- 12.10. Anteproyecto de NOM para la práctica de la Anestesiología.
- 12.11. Norma Técnica número 52. Para la elaboración, integración y uso del expediente clínico: SSA. 1986.
- 12.12. Quintero Luis; Díaz, Isabel; Vethencourt, Alfredo; Vivas, Lilian. Las abreviaturas en la historia clínica. Salus Milleae. Ene. Dic. 1991; 16(1/2): 5-12.
- 12.13. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Secretaría de Salud. 1990.



12.14. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (D.O.F., 6 de agosto de 1997).

12.15. Tabak-N; Ben-Or-T. Juridico and medical nursing aspects of documentation, recording and reporting. Med. Lew. 1995; 14(3-4): 275-82.

13. Observancia de la Norma

La vigilancia de la aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias.

14. Vigencia

La presente norma entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 14 de septiembre de 1999.- El Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario. José Ignacio Campillo García.- Rúbrica.