

## HISTORIA CLÍNICA:

# Documento Médico Legal

---

*Dr. Mario Renán Irías\**

---

Por siempre hemos sabido de la importancia de la historia clínica como un documento médico, nos enseñaron durante nuestros estudios que en ella se deben plasmar todo lo referente al enfermo, sus síntomas, signos, sospechas diagnósticas, tratamiento, evolución, etc., etc. Por la importancia de este documento en las investigaciones por *malpraxis* se dice que actualmente ha pasado a ser también un documento legal, podemos afirmar sin temor a equivocarnos que la HISTORIA CLINICA es el DOCUMENTO MEDICO LEGAL MAS IMPORTANTE en estos momentos. Ha pasado de ser una documentación que servía exclusivamente para valorar criterios médico-asistenciales, a un documento con criterios médico-legales que se utiliza para informar no sólo al médico, sino a la justicia de lo acontecido a lo largo del tiempo en la evolución de un proceso patológico. Por desgracia es también uno de los documentos más descuidados en la práctica médica por considerarlo un simple registro, no se lleva de manera ordenada o se escribe en él de modo ilegible, porque en general nunca se considera la posibilidad de alguna complicación.

Según se han ido planteando problemas de conducta médico-enfermo, por ambas partes ha ido imponiéndose la necesidad de tener pruebas objetivas para que en aquellos casos que tenga que valorarse una determinada conducta, la valoración se pueda realizar en forma impersonal.

Esta documentación objetiva es la HISTORIA CLINICA, que se convierten más necesaria en la medida en que el enfermo está ingresado en un centro hospitalario y que en el diagnóstico-tratamiento del paciente participan más de una persona. A través de la historia clínica es como se podrá valorar si era necesario haber llamado a determina-

do médico, o enfermera, que actuaron en un momento dado, o quizás no se llamó al personal adecuado. Los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos deberá conservarlos por un período mínimo de 5 años contados a partir de la fecha del último acto médico.

La información contenida en el expediente 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 autoridad competente.

La historia clínica debe incluir:

**a) Hoja de ingreso** en la que se indicarán todas las generales del paciente incluyendo su dirección así como la del familiar responsable. Es importante anotar la hora de ingreso, legalmente es importante el nombre y número del médico que ha ordenado su ingreso pues solamente así se sabrá quien asistió por primera vez al paciente en el caso que el juez lo requiera, cuando existe dificultad en identificarlo puede ocasionar al juez la sensación de que existe desorganización y negligencia, sólo por esta circunstancia, independientemente de que sea o no responsable de *malpraxis* al médico responsable se le puede abrir un expediente por obstaculizar la buena marcha de la justicia, lo mismo puede pensar el juez si no hay hora o fecha en el expediente.

**b) Historia Clínica propiamente dicha que incluye la anamnesis y el examen físico.**

Es quizás una de las partes torales donde el médico debe obtener del paciente toda la información posible, así también la obligación del paciente de no ocultar nada, ya que todo lo consignado en ella será de validez en caso de una

investigación. También deben anotarse **todas aquellas exploraciones** que se hayan practicado y sus resultado, el momento en que fueron solicitadas y realizadas. Cuando la demanda judicial está motivada por la evolución negativa del enfermo por haber transcurrido mucho tiempo entre su llegada y el diagnóstico y tratamiento practicados, es importante que cada médico tengan asumida su propia responsabilidad.

El olvido de esta conducta sólo favorece el personal de salud que no practica su actividad dentro de los criterios de la *normopraxis* y al contrario perjudica a los que actúan correctamente. Cada cual, independientemente de la actitud de los demás, debe actuar correctamente consignando por escrito todos los datos expuestos, el juez no considera excusa al momento de investigar, decir que nadie lo hacía correctamente, al contrario cuando alguien empieza a escribir, obliga un poco a los demás a hacerlo. En el caso de pacientes politraumatizados que son valorados por varios médicos, e incluso llevados al quirófano, es importante determinar con alguna exactitud las horas y el tipo de tratamiento para poder deducir responsabilidades. Es importante al anotar evitar las contradicciones entre la información. La fiscalía puede solicitar el proceso de investigación a varios médicos por negligencia en casos de emergencia, es frecuente que la gente quiera demandar a pesar de haberse llevado a cabo todo correctamente.

### **c) Hoja de Evolución**

En esta hoja se anota la evolución diaria del paciente, hay que ir expresando en forma cronológica la evolución del proceso, sin omisiones y sin interrupciones prolongadas del relato de dicha evolución, es necesario ir anotando el resultado de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

### **c) Hoja de Tratamiento**

Es importante cuando se pueda que el paciente sepa que medicamento está tomando, pues es relativamente frecuente que en las demandas el licenciado de la parte acusadora indique que por la administración de un producto poco conocido o de una terapia poco adecuada su cliente ha sufrido daños que dan derecho a indemnización. Es frecuente que el paciente cambie medicación cuando no se cura con la rapidez que él espera, cuando se recetan fármacos cuyo margen de seguridad entre la dosis terapéutica y la perjudicial o letal es muy pequeña, hay que explicarlo y de ser posible por escrito, con detalle, y el

médico debe asegurarse que el paciente haya comprendido las explicaciones brindadas.

La situación se convierte más delicada cuando dichos medicamentos están poco experimentados por necesidades sociales, como sucede con los que se utilizan en el tratamiento del SIDA o son poco conocidos los efectos secundarios. Así sucedió con los antagonistas H2 que produjeron disminución de la libido en algunas personas que la habían tomado durante algún tiempo. La forma de evitar las demandas judiciales es explicar la situación de manera clara y extensa. Hay que luchar contra las automedicaciones o dar recetas sin ver pacientes. Es frecuente que el paciente comente con sus amistades el tratamiento y prescribirlos ellos sin tener los conocimientos sobre medicina, sin conocer los efectos secundarios, para que después si existe una complicación quieran tomársela contra el médico que la recetó. Cuánto mayor sea la probabilidad de que el fármaco tenga efectos secundarios, mayores son las explicaciones que debe dar el médico, sobre todo en aquellos tratamientos en que los efectos curativos o paliativos van acompañados indefectiblemente de efectos iatrogénicos como los citostáticos. Todos sabemos que la acción de estos fármacos es paliativa, alargando la vida, pero en ocasiones con una disminución de la calidad de la misma. Se tiene que plantear al enfermo de forma serena pero enérgica y clara las posibilidades terapéuticas del medicamento y sus consecuencias secundarias para que decida si quiere o no que se le administre.

### **d) Hoja de enfermería**

Muchos no le toman importancia, pero una nota de enfermería puede salvar o terminar de hundir al personal involucrado en una demanda, por el hecho de ser la persona que normalmente más tiempo pasa con el paciente y plasma en su nota observaciones importantes.

### **e) Hoja de Consentimiento cuando sea precisa**

Algunos consideran que no es importante por escrito, ya que se considera que en la relación médico-paciente se da de facto, ya que si el enfermo recurre al médico para que lo cure y que el médico tenga la misión de curarlo, no obstante acá vale el dicho: "Si no está escrito, es como que no exista". Cuando se quiera un tratamiento especial o cuando la personalidad peculiar del enfermo o algún familiar lo requiera, es aconsejable mejor plasmar por escrito el acuerdo mutuo alcanzado, sobre todo cuando

entre los componentes de la familia o entre ellos y el enfermo no haya un acuerdo total. Cuando uno de ellos manifiesta su inconformidad no sólo es aconsejable, sino necesario, que se firme la hoja de consentimiento. Es recomendable que sea firmada por la persona responsable, ya que tiene valor evidencial para probar que se le explicó al paciente y a sus familiares. El inconveniente con estas fórmulas, es que generalmente no especifican el tratamiento y los riesgos particulares, por eso el médico debe asegurarse de que lo que está anotado haya sido explicado ampliamente al paciente. En los casos de emergencia un médico puede tratar sin consentimiento a una persona que esté inconsciente o incapacitado para dar su consentimiento o cuando el peligro de no tratarlo es inminente. Todo esto debe dejarlo bien especificado en el expediente, y en la mínima oportunidad que tenga se le debe explicar a sus familiares o responsables. Enumeraré algunos eventos mínimos que requieren consentimiento:

- 1) Ingreso hospitalario
- 2) Procedimiento de Cirugía Mayor
- 3) Procedimientos que ameriten anestesia general o local
- 4) Esterilizaciones a hombres y mujeres
- 5) Transplantes
- 6) Investigaciones clínicas en seres humanos
- 7) Autopsia
- 8) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo
- 9) Cualquier procedimiento que requiera mutilación

Una adecuada información al paciente, los familiares y entre el equipo de trabajo pueden evitar reclamaciones.

#### **f) La hoja de gráfica**

No hay que dejarla por fuera. Tiene su importancia llevar registrado la gráfica de la temperatura, presión, producción de drenajes, diuresis, balance hídrico.

El médico actualmente debe comprender que la Historia Clínica es un documento que le ayuda al paciente y al hospital de ahí la importancia de llevar la historia al día, y de cuidar al máximo su calidad y contenido, que no es un simple papel burocrático. Lo que no está escrito en la historia clínica o en las hojas de evolución es en realidad como si no se hubiese hecho, es muy importante reflejar perfectamente todo lo que se hace, tanto lo positivo como lo negativo, los diagnósticos diferenciales y los razonamientos de por qué se ha tomado una determinada decisión.

Si la Historia clínica es un documento legal, cualquier borrón, alteración, ilegibilidad, abreviación o signo extraño puede volverse contra el médico; hay que aprender nuevamente a hacerlas bien dentro de la legalidad, si la Historia Clínica llega a un juzgado no se debe olvidar que es un documento público y abierto.

Es necesario recalcar que todas estas observaciones son válidas para la práctica privada también, ya que muchos no anotan nada y si la historia está bien ordenada reflejará que el paciente esté bien tratado. En ocasiones los problemas legales vienen porque la historia no está completa. O se han perdido hojas de la misma, por no haber espacio suficiente para archivar o porque no hay personal. Es conveniente que exista un comité que pueda decidir cuándo y qué documento se puede destruir.

Es importante que el tratamiento establecido en la Historia Clínica sea confidencial frente a terceras personas, ya que en muchas ocasiones son éstas terceras personas las que inducen al paciente a establecer la demanda. Por ejemplo, si un paciente tiene SIDA, el médico tiene el deber de informar a la pareja como medida de prevención, pero no a terceras personas a sabiendas del riesgo que esto constituye.

Para terminar, es importante mencionar que el paciente tiene la obligación de dar información veraz, adecuada, sus enfermedades, alergias, sin ocultar datos importantes. Un paciente puede evolucionar mal por culpa del médico y sin embargo puede no haber reclamaciones de *malpraxis*; otras veces sin ninguna responsabilidad de la mala evolución del proceso, habiendo actuado de forma científicamente correcta, el médico puede tener una demanda judicial. La diferencia viene dada por las relaciones humanas intervinientes. Hay que dialogar con los enfermos y familiares y darles toda clase de explicaciones incluso antes que ellos las pidan. La familia tendrá entonces la evidencia de que en todo momento el paciente ha sido tratado con cariño.

Hay que tener en cuenta que la medicina es un compendio de conocimientos científicos y trato humano. Muchas veces es tan importante el componente humanístico como el científico, porque los profanos en medicina saben poco de la misma, pero sí en cambio, saben valorar en su justa medida si ha habido calidad en el comportamiento humano.

**g) Por último y no menos importante está la Hoja de epicrisis y/o alta voluntaria.**

El alta voluntaria es un documento médico legal de suma importancia, aunque poco utilizado. Es necesario cuando el paciente, en un momento determinado incluso un familiar, desea romper la relación médico-enfermo por no estar de acuerdo con el diagnóstico o con el tratamiento, o simplemente con la conducta del médico, del personal del hospital. El documento se debe redactar claramente y especificando cuales son las causas que han roto esta relación y debe ser firmado por el paciente o persona responsable, y si se puede testigos.

En relación a la epicrisis, cuando el paciente ya es dado de alta, o alta voluntaria, debe hacerse un informe resumido, claro y completo de todo se le hizo al paciente durante su hospitalización. Debe contener el nombre de los médicos que trataron al paciente. Es frecuente que no se le dé la importancia debida, pensando en que al no poner los nombres claros y haber una demanda no saldrá involucrado. Esto es un error, los letrados cuando reciben la demanda e investigan lo dirigen contra todos los involucrados o contra la dirección del hospital. Por ejemplo: "El apoderado legal de un paciente solicita al juez que por el presunto delito de imprudencia contra su apoderado se cite a todas las personas que por acción u omisión puedan estar involucrados".

Hay que mencionar en la epicrisis todas las exploraciones que se hicieron detalladas ya que en ocasiones sirven para que el juez o el forense en base a este documento determinen si hubo o no una negligencia. Es necesario ser diligente en dar la información correcta, tal como la soliciten porque de otra manera el juez puede citar a todos los involucrados. Esto provoca alarma entre los interesados, situación que se puede evitar desde el primer momento si la documentación está completa.

La mayoría de las veces que llega una documentación incompleta e inexacta es porque en realidad ha existido una malpraxis. Los jueces han clasificado a los médicos en dos grupos uno son aquellos que entregan un informe completo y otros que les cuesta hacerlo y contestan con evasivas, y de modo inexacto o incompleto. Los primeros casi nunca tienen problemas judiciales, los segundo casi siempre. No se debe temer contestar con la verdad ante la solicitud de la historia clínica o de un informe médico.

Cada año, las demandas van aumentando en otros países y nosotros ya empezamos y lo mejor como todos sabemos es la prevención y una de las maneras sencillas y fáciles es hacer una adecuada historia clínica.

Los que laboran en el área quirúrgica es importante además de lo anterior, tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- a) La nota preoperatorio: debe ser elaborada por el médico que va a intervenir al paciente, debe incluir el diagnóstico, la fecha de la cirugía, el plan diagnóstico, el riesgo según la valoración del internista y las órdenes especiales preoperatorias. Se puede incluir el pronóstico y la valoración del anesthesiologo.
- b) La nota postoperatoria: deberá ser elaborada por el cirujano que intervino al paciente y debe contener como mínimo lo siguiente:
  - 1) Diagnóstico preoperatorio
  - 2) Operación planeada
  - 3) Operación realizada
  - 4) Diagnóstico postoperatorio
  - 5) Descripción de la técnica Quirúrgica
  - 6) Conteo del material
  - 7) Incidentes y accidentes
  - 8) Cuantificación del sangrado
  - 9) Ayudantes, instrumentistas, circulantes, anestesistas
  - 10) Estado Postquirúrgico inmediato
  - 11) Ordenes Postoperatorias
  - 12) Pronóstico
  - 13) Si se envió piezas a patología y laboratorio
  - 14) Hora, fecha, nombre completo del médico que realizó la cirugía

#### REFERENCIAS

- 1.- **Alberto Teke y Col. Demandas Judiciales contra médicos en Chile. Medicina Legal, Teke 1998.**
- 2.- **Malpraxis. Aspectos Legales en la relación Médico-enfermo. J.Jornet, Editorial Ancara S.A**
- 3.- **Malpraxis III. Causas Dr. J.Jornet, EditoriaT Ancara S.A**
- 4.- **Consejos para mejorar y salvaguardar su práctica profesional. Nursing 29-31 Dic 1997.**
- 5) **Pérez Castro E. Como evitar ser demandado. Arch Urol 1990;43:593-594.**
- 6) **II Encuentro sobre Responsabilidad Civil y Penal de los Médicos. Madrid Abril 1990. Art. Internet.**
- 7.- **Responsabilidad Profesional de los Médicos Arturo Ricardo Yungano, Editorial Universidad Buenos Aires, 1 edición 1992.**
- 8) **Seminario de Malpraxis, Eduardo Vargas Alvarado. Universidad de Costa Rica, 1994.**