



Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de Rosario

GMD Facultad Cs. Médicas
Biblioteca

TFEM 2852

TRABAJO FINAL PARA ACCEDER AL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA LEGAL

Evaluación Medico-Legal de Historias Clínicas de Pacientes

Quirúrgicos

Alumno: Jerónimo Aybar Maino

Tutor: Prof. Dr Leonardo Waron

Cohorte 2022/2023

INDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCION.....	4
MARCO TEORICO.....	5
- RESPONSABILIDAD PROFESIONAL	6
- RESPONSABILIDAD CIVIL.....	7
. REQUISITOS INDISPENSABLES EN RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA.....	8
. EL HECHO ILICITO.....	8
. RELACION DE CAUSALIDAD ENTRE EL HECHO Y EL DAÑO.....	9
- RESPONSABILIDAD PENAL.....	9
HISTORIA CLINICA.....	10
- LA HISTORIA CLINICA EN LA PRACTICA MEDICA.....	12
- INFORMACION QUE DEBE POSEER LA HISTORIA CLINICA.....	14
- PRESUPUESTOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN LA HC.....	15
OBJETIVOS.....	17
- METODOLOGIA.....	18
RESULTADOS.....	19
DISCUSION.....	27
CONCLUSION.....	28
BIBLIOGRAFIA.....	30
VARIABLES – ANEXOS.....	31

RESUMEN

Uno de los principales problemas a la hora de defender juicios por responsabilidad profesional derivados de daños luego de una cirugía o tratamiento, radica en la muy pobre documentación en las Historias Clínicas (HC) del paciente como más aun de los motivos que determinaron la indicación quirúrgica y su evolución.

En este trabajo se tomó a la HC como instrumento y se confeccionó una lista de variables con el objetivo de auditar desde la perspectiva médico legal historias clínicas quirúrgicas en un periodo del año 2022. Se analizaron los datos expresados en las mismas, las patologías quirúrgicas mencionadas y que características describen a fin de determinar si con los datos obtenidos es posible avalar de forma médico- legal el acto quirúrgico realizado frente a algún reclamo por responsabilidad profesional.

Este es un tema esencial ya que la HC confeccionada de manera correcta aporta datos muy valiosos y aumentan las posibilidades que ante un hecho el profesional pueda demostrar su accionar médico.

Se estudiaron 92 HC, los resultados fueron alentadores, debiendo desarrollar y implementar algunas mejoras en la confección de las mismas con la finalidad de satisfacer las necesidades médico-legales, promover la mejor salud a la comunidad y mejorar la calidad de la documentar médica, elemento esencial a la hora de evaluar la praxis médica.

Del total de las variables estudiadas podemos afirmar que los resultados fueron positivos en un 80% de cumplimentación. Al tratarse de historias clínicas quirúrgicas se hizo hincapié en el protocolo quirúrgico y en el consentimiento informado. El protocolo quirúrgico estaba en el 88% cumplimentado de forma correcta detallando el procedimiento y en el 80% estaba firmado por el cirujano interviniente y el ayudante siendo valores muy positivos y representativos. En lo que hace al consentimiento informado estaban los datos personales y de la cirugía en forma completa en el 74% de los casos, evidenciándose de forma correcta las firmas del paciente y del familiar en la mayoría de las HC.

INTRODUCCION

La Historia clínica (HC) es un documento esencial para la asistencia, posee implicaciones legales y además desempeña otras funciones como: docencia, investigación, evaluación de calidad y gestión de recursos. Para ello la HC debe reunir una serie de características en cuanto a: contenido informativo, ordenación lógica, normalización documental y legibilidad, que se hallan recogidas en diversas recomendaciones, normas y legislación al respecto.

Se puede afirmar que la HC debe contener la suficiente información para: identificar al paciente, justificar el diagnóstico y tratamiento, y documentar los resultados de la asistencia.

Lejos de ser un producto individual, es fruto de un equipo por lo que, habitualmente, en la confección de la misma intervienen diferentes y diversos profesionales (médicos, enfermería, fisioterapeutas, farmacéuticos, y otros).

La cumplimentación de esta documentación constituye una actividad derivada de la atención al paciente, la cual en ocasiones se presta en circunstancias poco favorables.

Todo ello da lugar a que la documentación presente en la historia clínica no sea la adecuada o no se halle tan completa como sería deseable.

Cuando se analiza la documental en detalle, en muchas HC no está detallados los datos del paciente, sus antecedentes, el examen físico, las manifestaciones clínicas ni los estudios diagnósticos, que interpretamos que fueron las razones para realizar la cirugía (motivo claro de la indicación quirúrgica y estudios complementarios diagnósticos que justifiquen y ameriten la intervención).

Se debe tener en cuenta que el eje central de las pericias en casos de responsabilidad médica es la HC del establecimiento asistencial, que es la que suele ser secuestrada y a la que se la da mayor valor probatorio.

Mas aun en reiteradas oportunidades esta prueba documental trascendente se pierde en fichas de consultorio las cuales no siempre son presentadas en el juicio, e informes de estudios en poder del paciente.

MARCO TEORICO

La Historia Clínica (HC) es un documento donde debe constar la sucesión de actos practicados y llevados a cabo durante la atención médica.

Entre los deberes y derechos del médico en esta relación de base contractual y aunque de los enumerados puedan desprenderse otros se hallan:

- Deberes: El de advertir al enfermo sobre su estado, obtener el consentimiento del paciente, tomar los recaudos necesarios para la exclusión de riesgos, poner cuidado en la determinación del diagnóstico, prestación de un tratamiento adecuado o apropiado (esto no significa que nunca pueda fracasar: no olvidemos la disquisición entre obligaciones de medios y obligaciones de resultado).

- Derechos: obtener la colaboración del paciente una vez que este ha prestado su consentimiento para someterse a una terapia determinada, y cobrar la prestación.

Por lo tanto, es correlativo el deber de informar del médico al derecho del paciente de ser informado de su estado, y los asientos sobre ese estado se efectúan en gran medida en la HC, ya que de lo contrario todo lo atinente al estado y evolución del consultante, quedaría exclusivamente bajo la esfera de conocimiento del profesional que lo atendiese.

Con el riesgo de que infinitos detalles y su conocimiento quedan supeditados al grado de retención del médico de los mismos, de los cuales varios se perderían si se transmitieran oralmente. Es garantía para el paciente y muestra de la diligencia del profesional, la existencia efectiva de un soporte físico que registre cronológicamente la evolución o involución del primero.

Es decir, existe por parte del médico el deber de crear un instrumento en el cual se representa esa información ya que ante eventualidades debe estar todo registrado. En caso de no ser inequívoco que el médico prestó adecuadamente sus servicios, un juez tomará conocimiento de la relación y se lo pondrá al tanto de ella a través de la HC que por eso debe estar claramente redactada e integrada por contenidos que permitan calificar su confección de adecuada.

El mismo instrumento se va haciendo una herramienta más poderosa a medida que va evolucionando la relación jurídica del contrato de servicios médicos. La utilidad de la HC, en caso de incumplimiento del contrato o cumplimiento defectuoso del mismo, es la de hacer compulsar ese deber de informar del médico en una situación frente a la justicia donde las partes se encontrarán puestas por efecto de la ley en una situación de igualdad (condición de igualdad a la que son llevadas las partes de una relación desigual por el mero hecho de las diferencias entre paciente y médico dadas por la formación de este último).

Se encuentra que muchas veces, por desconocimiento, el médico no toma los recaudos necesarios para que todos los datos relativos a la evolución del paciente estén registrados. Lo cual suele derivar en serias responsabilidades frente a la justicia que valora esto negativamente.

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

La Responsabilidad profesional médica según Gisbert Calabuig es: “la obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios, e incluso involuntarios dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión”.

Según este autor, para que exista responsabilidad médica se deben dar 4 condiciones: obligación preexistente (del médico para con el paciente), falta médica, perjuicio ocasionado (daño) y relación de causalidad.

Por otra parte, Patito, define que pueden existir 4 tipos de faltas médicas:

- La **impericia** (falta de conocimiento), cuando el médico ignora o no está capacitado para realizar la terapia indicada.
- La **negligencia** (hacer de menos), el médico, sabiendo lo que debe hacer, deja de hacerlo, o hace lo contrario. La determinación de una relación de causa-efecto, entre la falta (acción u omisión) cometida por el médico y el daño o perjuicio ocasionado, constituye una de las tareas de mayor complejidad técnica en el proceso para la imputación de responsabilidad médica.

- La **imprudencia** (hacer de más), el médico se excede en sus actos, interviniendo precipitadamente sin medir las consecuencias del acto. Consiste en una conducta positiva, al realizar un hecho que había que abstenerse de hacer por la posibilidad de producir un daño o peligro, o bien que se ejecuta un hecho de modo inadecuado que resulta peligroso para terceros. Al tratar a un enfermo, por tanto, existe un incumplimiento del deber de atención y cuidado.

Estos tres tipos de falta se clasifican por igual bajo el concepto de mala praxis médica y, por tanto, están sujetas a responsabilidad médica profesional.

- La **inobservancia** de los deberes y reglamentos de un cargo (no cumplir con normas y protocolos). El médico no cumple las medidas que se le imponen con carácter obligatorio en los mismos; ya que, en el ejercicio de la profesión el facultativo tiene obligación del cumplimiento de los preceptos contenidos, tanto en los reglamentos de carácter general como específicos, por lo que puede derivarse de su inobservancia, una responsabilidad no solo en el orden laboral o administrativo, sino penal.

RESPONSABILIDAD CIVIL:

La responsabilidad civil está orientada en la necesidad de encontrar las soluciones adecuadas en el ámbito legal. Lo que significa la sujeción de quien vulnera un deber de conducta impuesto en interés de otro sujeto, y la obligación de reparar el daño producido. También se la define como la obligación de satisfacer por la pérdida o daño que se hubiese causado a otro.

En general, tiene una función resarcitoria a través de una pena o de un monto de dinero, ya que a través de ella se logra ubicar a la persona que resulte afectada, en las mismas condiciones en que se encontraba antes de ocurrir el daño.

En los casos de responsabilidad civil del médico es frecuente recurrir a peritos al momento de evaluar la culpa, por cuanto es necesario verificar si la conducta del

profesional de salud se adecua o no al estándar aceptable, de acuerdo con la normativa aplicable y la *lex artis* de la intervención en concreto.

REQUISITOS INDISPENSABLES EN RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA

DAÑO: El requisito indispensable de la responsabilidad civil es el daño, considerado como el menoscabo sufrido en el cuerpo, en la esfera personal o en la patrimonial. Respecto al cuerpo, es cualquier alteración en la figura de la persona o pérdida de un miembro del cuerpo, de una víscera o de una función, que lleve a la disminución temporal o permanente de la integridad física. El mayor daño acaecido a una persona es la pérdida de la vida.

Generalmente el daño está vinculado con el perjuicio que produce la lesión en cuanto a la ganancia lícita que deja de obtenerse, o los gastos que se ocasionan por el acto u omisión que provoca el causante del daño y que este debe de indemnizar: desde salarios dejados de percibir hasta los gastos médicos por las lesiones sufridas.

HECHO ILÍCITO

El segundo elemento es el hecho ilícito que puede estar identificado por la culpa o negligencia que se contrapone con la diligencia exigible.

Se señala que el que realiza un acto médico debe actuar de conformidad con la *lex artis ad hoc*: con la diligencia debida. Tiene que tomar en cuenta las circunstancias de tiempo y de lugar, el riesgo que corre el paciente, los medios de que se dispone y la posibilidad de contar o no con la preparación o los conocimientos suficientes y con la ayuda adecuada. No obstante, puede estar vinculado con el tipo de responsabilidad objetiva, donde el hecho es riesgoso, pero no necesariamente ilícito.

RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE EL HECHO Y EL DAÑO

En la relación causal el elemento del acto ilícito (contractual o extracontractual) vincula el daño inmediatamente con el hecho. El problema es determinar en cada caso cuál de todos los acontecimientos es la causa inmediata del hecho ilícito.

Los daños y perjuicios deben ser consecuencia directa e inmediata del hecho origen de la responsabilidad: debe existir un nexo lógico de causa-efecto, que constituya la base de la responsabilidad que se reclame y solamente así, ese daño puede ser imputado al sujeto que lo produce. El daño puede ser patrimonial o moral, aunque ambas clases pueden concurrir al producirse por un mismo evento.

RESPONSABILIDAD PENAL

En el caso de la responsabilidad penal, la sanción impuesta al médico es ejemplar, no compensatoria, aun cuando una no contraviene la imposición de la otra y ambas pueden coexistir en un mismo caso. Es decir, recae sobre la persona del infractor, mediante sanciones privativas de libertad o restrictivas de su libertad, además de la pena de reparación del daño.

Cabe señalar que los casos de responsabilidad profesional del médico frecuentemente colocan al juez frente a un conjunto de conocimientos científicos especializados, por lo que éste suele recurrir a expertos (peritos) para abordar la problemática, a su vez, las partes pueden presentar opiniones expertas para que sean valoradas como prueba favorable a sus pretensiones.

La opinión experta permitirá determinar si existe una relación causal entre la acción del profesional y el daño. Se resalta que ésta no siempre es evidente y suele traer dificultades probatorias para el paciente que demanda, por cuanto las situaciones de causalidad incierta son frecuentes. La falta de prueba del nexo causal puede ser presentado como el argumento para la no imputación de responsabilidad del médico.

Por lo tanto, el problema jurídico es o se centra en la calidad de la prueba pericial. Generalmente se ubica en la fase de admisibilidad de los procesos de responsabilidad del médico, a través del análisis de su pertinencia, necesidad y fiabilidad por parte del juez.

MARCO NORMATIVO

Se debe hacer mención a las leyes vigentes en nuestro país:

- Ley 26529 (Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud)
- Ley 17132 (Arte de curar, Ejercicio de la Medicina), Artículo 84, 89, 90,91 del código penal, Artículo 512, 902, 1109,1113.

HISTORIA CLINICA

La Historia Clínica (HC) puede definirse desde diferentes perspectivas: desde el punto de vista gramatical, desde el aspecto jurídico, concepto médico-asistencial, o bien entendiéndose desde el área de la medicina legal.

Tiene como finalidad primordial recoger datos del estado de salud del paciente con el objeto de facilitar la asistencia sanitaria. El motivo que conduce al médico a iniciar la elaboración de la HC y a continuarla a lo largo del tiempo, es el requerimiento de una prestación de servicios sanitarios por parte del paciente.

Puede considerarse que es el instrumento básico del buen ejercicio sanitario, porque sin ella es imposible que el médico pueda tener con el paso del tiempo una visión completa y global del paciente para prestar asistencia. No obstante, aunque el objetivo primordial de dicho documento es el asistencial, no pueden ni deben obviarse otros aspectos extra asistenciales de la historia clínica:

a. Docencia e investigación: pueden realizarse estudios e investigaciones sobre determinadas patologías, publicaciones científicas.

b. Evaluación de la calidad asistencial: es considerada por las normas deontológicas y por las normas legales como un derecho del paciente derivado del derecho a una asistencia médica de calidad. Puesto que se trata de un fiel reflejo de la relación médico-paciente, así como un registro de la actuación médico-sanitaria prestada al paciente, su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada.

c. Administrativa: es elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias.

d. Médico-legal:

- Se trata de un documento
- Puede considerarse como un acta de cuidados asistenciales.
- Existe obligación legal de efectuarla
- Elemento de prueba en los casos de responsabilidad médica profesional: tiene un extraordinario valor jurídico en los casos de responsabilidad médica profesional, al convertirse por orden judicial en la prueba material principal de todos los procesos de responsabilidad profesional médica, constituyendo un documento médico legal fundamental y de primer orden. En tales circunstancias la HC, es el elemento que permite la evaluación de la calidad asistencial tanto para la valoración de la conducta del médico como para verificar si cumplió con el deber de informar, de realizar la misma de forma adecuada y eficaz para su finalidad asistencial, puesto que el incumplimiento de tales deberes también constituye causa de responsabilidad profesional.
- Testimonio documental de ratificación/veracidad de declaraciones sobre actos clínicos y conducta profesional.
- Instrumento de dictamen pericial: elemento clave en la elaboración de informes médico legales sobre responsabilidad médica profesional. El objeto de estudio de todo informe pericial sobre responsabilidad médica profesional es la HC, a través de la cual se valoran los siguientes aspectos: enumeración de todos los documentos que la

integran, reconstrucción del caso, análisis individualizado de los actos médicos realizados en el paciente, personas que intervinieron durante el proceso asistencial, etc.

El incumplimiento o la no realización de la HC, puede tener las siguientes repercusiones:

- Mal praxis clínico-asistencial, por incumplimiento de la normativa legal.
- Defecto de gestión de los servicios clínicos.
- Riesgo de potencial responsabilidad por perjuicios al paciente, a la institución, a la administración.
- Riesgo médico legal objetivo, por carencia del elemento de prueba fundamental en reclamaciones por mal praxis médica.

LA HISTORIA CLINICA EN LA PRACTICA MEDICA

La historia clínica (HC) , como se ha expresado anteriormente, es un documento en el cual se asientan cronológicamente (en forma simultánea o inmediatamente posterior a la obtención de información, o al arribo de conclusiones por parte del médico acerca del paciente), todos y cada uno de los pormenores derivados de la relación entre el profesional y su consultante, incluidos entre esos datos pormenorizados, tanto las contingencias y manifestaciones positivas de la enfermedad del paciente como aquellos que revelen estabilidad y normalidad en su estado de salud. Permite la observación retrospectiva del curso de esa relación y sus efectos.

Por ende, no será la HC la que se extinga, sino que se extingue la relación médica paciente, pero queda subsistente este documento que fue accesorio de la relación y queda como antecedente del contrato y del tratamiento y sus modalidades. Se realiza de forma escrita (siempre manuscrita salvo que se certifique la realizada a computadora) y en soporte papel, pero se observa actualmente una tendencia a confeccionarla en soporte informático.

Características de la Historia Clínica:

1.- Confidencialidad: El secreto médico es uno de los deberes principales del ejercicio médico cuyo origen se remonta a los tiempos más remotos de la historia y que hoy

mantiene toda su vigencia. La obligación de secretos es uno de los temas del derecho sanitario que más preocupa dada la creciente dificultad de su mantenimiento, el secreto no es absoluto, en la práctica médica pueden surgir situaciones de conflicto entre el deber de secreto y el principio de beneficencia del médico, fuerte protección legal del derecho a la intimidad.

El secreto médico, la confidencialidad e intimidad y la historia clínica, son tres cuestiones que se implican recíprocamente y se relacionan. La historia clínica es el soporte documental biográfico de la asistencia sanitaria administrada a un paciente, por lo que es el documento más privado que existe en una persona.

2.- Seguridad: Debe constar la identificación del paciente, así como de los facultativos y personal sanitario que intervienen a lo largo del proceso asistencial.

3.- Disponibilidad: Aunque debe preservarse la confidencialidad y la intimidad de los datos en ella reflejada, debe ser así mismo un documento disponible, facilitándose en los casos legalmente contemplados, su acceso y disponibilidad.

4.- Única: Debe ser única para cada paciente por la importancia de cara a los beneficios que ocasiona al paciente la labor asistencial y la gestión y economía sanitaria.

5.- Legible: Mal ordenada y difícilmente inteligible perjudica a todos, a los médicos, porque dificulta su labor asistencial y a los pacientes por los errores que pueden derivarse de una inadecuada interpretación de los datos contenidos en la historia clínica.

6.- Veracidad: Debe caracterizarse por ser un documento veraz, constituyendo un derecho del usuario.

7.- Exacta - Rigor técnico de los registros: Los datos en ella contenida deben ser realizados con criterios objetivos y científicos, debiendo ser respetuosa y sin afirmaciones hirientes para el propio enfermo, otros profesional o bien hacia la institución.

8.- Frecuencia de registros: Realizarse de forma simultánea y llenarla con cada consulta prestada al paciente.

9.- Completa Debe contener datos suficientes y sintéticos sobre la patología del paciente, debiéndose reflejar en ella todas las fases médico legales que comprenden

todo acto clínico-asistencial. Así mismo, debe contener todos los documentos integrantes de la historia clínica, desde los datos administrativos, documento de consentimiento, informe de asistencia, protocolos especiales, etc.

10.- Unilateral: Es un documento emanado de parte de un profesional.

11.- Acumulativa: Allí se concentran todos y cada uno de los acontecimientos y cambios relativos a la salud del paciente y su evolución.

12.- Identificación del profesional: Todo facultativo o personal sanitario que intervenga en la asistencia del paciente, debe constar su identificación, con nombre y apellidos de forma legible y matrícula.

El paciente es el titular de la historia clínica y que a su simple requerimiento debe suministrársele copia de la misma, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial deberá entregarse dentro de las (48) horas de solicitada, salvo caso de emergencia.

INFORMACION QUE DEBE POSEER LA HISTORIA CLINICA

La integración del paciente en el proceso mismo de la atención sanitaria, su valoración como persona titular indiscutible del derecho a decidir sobre todo lo que afecta a su salud, trajo, entre otras consecuencias, el reconocimiento de un derecho de información que, a modo de arrastre, exigía la constancia documentada de todos los datos e incidencias relevantes para el adecuado seguimiento del problema de salud.

Gracias al acceso a su historia clínica, el paciente podrá conocer su evolución más allá de lo que el médico le manifieste. Además, si decide cambiar de profesional, se garantizará la continuidad de la atención mediante la aportación al nuevo médico de una información detallada de la labor desempeñada por el primero y de los elementos que deberá tener en cuenta al valorar el problema de salud al que se enfrenta.

Otros detalles importantes que debe contener:

a) La fecha de inicio de su confección;

- b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar;
- c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad;
- d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes;
- e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere;
- f) Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas.

Es por todo ello que confeccionando una historia clínica de la manera anteriormente mencionada se cumple con la legislación, la calidad de atención médico-paciente y fundamentalmente ante conflictos medico legales se dispone de la documental medica que describe y menciona el accionar médico.

En síntesis: La historia clínica reflejará el "desarrollo de la vida" de dicho contrato desde su constitución, hasta su terminación, por el cumplimiento normal de las prestaciones en la relación médico paciente. En este caso no será necesario acudir a este más que para una guía a la que tanto uno como otro podrán recurrir para decidir en conjunto el curso que el tratamiento debe tomar. Ante el cumplimiento anormal, se acudirá a la historia clínica para poder acceder a ese reflejo y elucidar en que motivos se ha generado dicha anormalidad.

PRESUPUESTOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN LA HC

Se define como acción, antijuridicidad: toda vez que la historia clínica como prueba documental refleje las secuencias del tratamiento médico, y por ende como ha actuado el facultativo con respecto al paciente. Siendo la acción uno de los presupuestos de la responsabilidad civil, que a través de este elemento de prueba, quedará plasmado el curso de esa acción a lo largo del tiempo (o por lo menos será un fuerte indicio de que

la relación jurídica promedió y existió en un lugar y tiempo determinados, evaluándose luego su grado de antijuridicidad).

El Factor de atribución: este elemento probatorio, junto con otras constancias de la causa, facilitará la labor al momento de sindicar a los sujetos responsables que han intervenido en la actividad médico asistencial, a los fines de demostrar que existe un factor de atribución efectivo. Esto si se atiende al requisito de que en la historia clínica debe figurar o indicarse, quienes han sido los profesionales actuantes en la terapéutica y a lo largo de todo el tratamiento, por lo cual cada facultativo que intervenga debe poder ser identificado a través de este documento.

La relación de causalidad: La historia clínica refleja las secuencias cronológicas del tratamiento y permite seguir el recorrido realizado por el paciente ante las indicaciones del médico, y determinar si estas han funcionado como causa entre la acción y el resultado dañoso producido. Un interrogante se plantea frente al supuesto de la omisión de anotaciones que funcionen como demostración de la relación de causalidad. Se debe adelantar que una posición se adhiere al criterio de que tales omisiones solo funcionarían como presunciones de culpa del médico, y no indicarían por sí mismas cual ha sido la relación causal, sino que funcionarían como presunciones de culpa.

El Daño: aquí también se tiene un antecedente fundamental a los efectos de la prueba del daño, sobre todo cuando al paciente se le prescribe un tratamiento que era innecesario (por ejemplo ante la existencia de tratamientos menos complicados que también hubieran posibilitado su curación y que de no efectuarse tratamientos de alta complejidad se hubiera arribado igualmente a resultados satisfactorios) todo esto al quedar inscripto en el historial del paciente, dado que este no puede enmendarse ni tacharse permite determinar el grado de incidencia de las prescripciones médicas en los daños sufridos.

OBJETIVO

- Evaluar el contenido de la historia clínica quirúrgica de especialidades de: cirugía general, traumatología y ginecología desde la perspectiva médico legal.

METODOLOGÍA

Se desarrolló un estudio retrospectivo de historias clínicas de pacientes que cursaron atención médica por motivo quirúrgico en un Hospital durante un periodo del año 2022.

Criterios de inclusión

- Pacientes de ambos sexos mayores de 14 años, sin límite superior de edad.
- Pacientes internados en Sala General de Cirugía General, Traumatología y Ginecología por causa quirúrgica.

Criterios de exclusión

- Pacientes de ambos sexos menores de 14 años
- Pacientes internados en otros servicios médicos.
- Pacientes con patologías clínicas

RESULTADOS:

Del total de 190 Historias Clínicas (HC), 92 (48,4 %) cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

Se analizaron las siguientes variables.

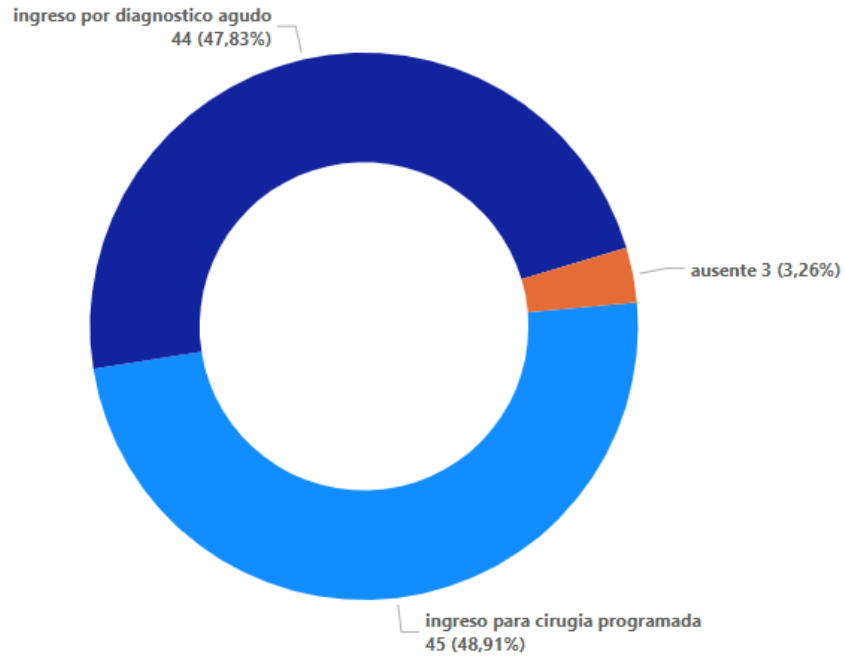
La primera variable fue **DATOS DEL PACIENTE**. En 73 HC presentaron los datos del paciente en forma COMPLETA (nombre y apellido, dni, etc) en las hojas. En 6 HC (6.52%) estaban INCOMPLETAS solo tenía el nombre y no figuraba el apellido, y en 13 HC (14,1%) los datos estaban AUSENTES o ilegibles.

Datos del paciente	Recuento de Pacientes
completo	73
ausente	13
incompleto	6
Total	92

La segunda variable analizada fue **MOTIVO DE CONSULTA** donde se dividió en dos grandes grupos, aquellos pacientes que INGRESARON POR DIAGNOSTICO AGUDO (47,8%) en su mayoría por dolor abdominal y los paciente que INGRESARON PARA UNA CIRUGIA PROGRAMADA (48,9%). Solo en 3 HC el Motivo de Consulta estaba AUSENTE.

Motivo de Consulta	Recuento de Pacientes
ingreso para cirugía programada	45
ingreso por diagnostico agudo	44
ausente	3
Total	92

MOTIVO DE CONSULTA



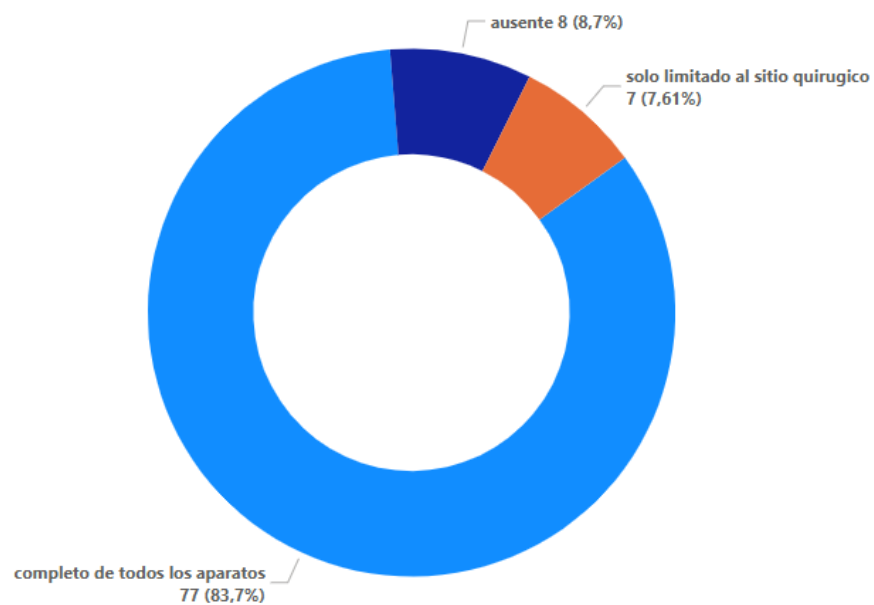
La tercera variable **ENFERMEDAD ACTUAL**. En el 80% estaba COMPLETA, descripta de manera cronologica y detallada . Solo en el 5% estaba INCOMPLETA y en el 14% estaban vacias.

Enfermedad Actual	Recuento de Pacientes
completo	74
ausente	13
incompleto	5
Total	92

La cuarta variable fue **EXAMEN FÍSICO**, donde en el 83% estaba COMPLETO describiendo todos los aparatos en detalle. Solo estaba limitado el examen físico al sitio quirúrgico en el 7,6%. No estaba descrito en el 8% de las HC.

Examen Físico	Recuento de Pacientes
completo de todos los aparatos	77
ausente	8
solo limitado al sitio quirurgico	7
Total	92

EXAMEN FÍSICO



La quinta variable **EVOLUCION**. Estaba Completa con evoluciones diarias en el 88%. Solo en el 3,2% de las HC habia dias que no habian sido evolucionados los pacientes o eran evoluciones incompletas con datos menores. En el 8,7% de las HC no habia hojas de evolucion.

Evolución	Recuento de Pacientes
completa con evoluciones diarias	81
ausente	8
incompleto o días sin evolucionar	3
Total	92

Otra variable analizada fueron los **ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS**. En casi la mitad de las HC (45,6%) los estudios los trajo el paciente al ingreso interpretando que concurría para cirugía programada y en el 47,8% fueron realizados al ingreso al nosocomio cuando fueron evaluados en guardia medica. En el 6,5% los estudios no se encontraron en la historia clinica.

Estudios Complementarios	Recuento de Pacientes
realizados al ingreso o por guardia	44
los trae el paciente al ingreso	42
no se encuentran en la historia clinica	6
Total	92

La variable **INDICACIONES**, en el 86% de las HC las indicaciones medicas estaban COMPLETAS y bien detalladas con farmacos, dosis, vias de administracion, etc.

En 5,4% estaban INCOMPLETAS o figuraban de un dia para el otro como “iguales indicaciones”. En el 7,6% de las HC no se encontraron hojas de indicaciones medicas.

Indicaciones Médicas	Recuento de Pacientes
completo	80
ausente	7
incompletas o iguales indicaciones	5
Total	92

El **PROTOCOLO QUIRURGICO** se encontro en todas las HC. En la primera parte del mismo figuran los Datos personales del paciente (nombre y apellido, DNI y numero de HC). En casi el 90% de las HC estos datos estaban COMPLETOS. Solo en el 6% estaban INCOMPLETOS. En el 4% estos datos estaban ausentes.

Protocolo Quirúrgico. - Datos Personales y de la Intervención	Recuento de Pacientes
completos	82
incompletos	6
ausentes	4
Total	92

El **PROTOCOLO QUIRURGICO**: figuran los datos del procedimiento y la evaluación clínica. En el 88% de las HC el procedimiento estaba detallado en forma completa, cronológica y mencionando paso por paso. Solo en el 8% no estaba detallado y solo mencionaba procedimiento “según técnica”. En el 3% de las HC estaba ausente.

Protocolo Quirúrgico - Procedimiento	Recuento de Pacientes
detallado de forma completa	81
menciona solo "según técnica".	8
ausente	3
Total	92

En el **PROTOCOLO QUIRURGICO** al final del mismo se evidenciaron las firmas de los cirujanos y/o ayudantes que formaron parte del procedimiento. En el 80% de las HC estaban firmadas por ambos profesionales. En el 10% estaba firmado solo por el cirujano y no por el ayudante y en el 4% firmado solo por el ayudante-residente y no por el cirujano. En el 4% restante de las HC no figuraban las firmas de los profesionales.

Protocolo Quirúrgico - Firmas	Recuento de Pacientes
firmado por cirujano y ayudante	74
firmado por cirujano	10
firmado por ayudante	4
firmas ausentes	4
Total	92

El **CONSENTIMIENTO INFORMADO**, en la primera parte del figuran los siguientes datos del paciente (nombre-apellido, dni y edad), los nombres del cirujano y del equipo quirurgico, las posibles complicaciones que pueden originarse de la intervencion, etc.

En el 80% de las HC estos datos estaban COMPLETOS, en casi el 12% no estaban completos figurando en blanco la hoja sin completar. En el 7% de las HC estos datos estaban INCOMPLETOS faltando alguno de los datos arriba mencionados.

Cons. Informado - Datos Paciente - Tipo Cirugía - Cirujano	Recuento de Pacientes
completo	74
ausente	11
incompleto	7
Total	92

Otra variable del **CONSENTIMIENTO INFORMADO** es el tipo de consentimiento. En Hospital tiene dos tipos de consentimientos informados. Uno general que se utiliza en todo tipo de cirugias y especialidades donde se encontraron de este tipo en el 91% de las HC. En casi el 9% de las HC se utilizo un consentimiento especifico para cada cirugia como es el ejemplo de la ligadura de trompas donde el modelo de consentimiento esta detallado y relacionado con la intervencion.

Cons. Informado -Tipo de Consentimiento	Recuento de Pacientes
general para todo tipo de cirugia y especialidad	84
especifico para cada tipo de cirugia y especialidad	8
Total	92

El **CONSENTIMIENTO INFORMADO**, al final del mismo figuran las firmas y aclaraciones del paciente y del familiar acompañante/tutor. Donde en casi el 70% estaban las firmas del paciente y del acompañante. En el 12% estaba solo firmado por el paciente, en el 13% solo firmado por el familiar acompañante/tutor y en el 5% estaba incompleto.

Cons. Informado - Firmas	Recuento de Pacientes
firmado por el paciente y familiar	64
firmado solo por familiar	12
firmado por el paciente	11
incompleto	5
Total	92

DISCUSION

Destaco en este caso que el estudio de historias clínicas, al revisar sus distintos componentes, se trata de objetivar cómo se documenta la asistencia clínica y no la calidad del proceso asistencial.

Cabe señalar que en la actualidad existen pocos estudios que evalúen historia clínica desde la perspectiva médico legal y evaluando la responsabilidad profesional.

Es por ello que conocer el grado de cumplimentación de historias clínicas quirúrgicas resulta además de interesante, permite instaurar medidas de mejora para que la documental sea útil al médico tratante en un caso de litigio o para prevenir reclamos futuros y mejorar la calidad de la misma.

De los resultados hallados se destaca la elevada presencia y cumplimentación de las variables analizadas. Rondaron entre el 80 y 92 % la cumplimentación la totalidad de las variables: Datos del paciente, enfermedad actual, examen físico, evolución e indicaciones médicas.

Los estudios complementarios mostraron una situación equitativa, donde casi en la mitad de las HC fueron realizados al ingreso hospitalario por tratarse de patologías agudas no programadas que ingresaron por guardia médica y fueron resueltas de manera quirúrgica. Dentro de los estudios complementarios, los bioquímicos fueron los más presentes seguidos por los de imagen. No se observaron informes de los estudios radiológicos lo que nos da a pensar que el nosocomio tiene un sistema digital donde las mismas pueden ser observadas por los profesionales en la computadora, sin embargo, no quita que el informe del estudio este presente en la carpeta del paciente.

Al tratarse de historias clínicas quirúrgicas se hizo hincapié en el protocolo quirúrgico y en el consentimiento informado. El protocolo quirúrgico estaba en el 88% cumplimentado de forma correcta detallando el procedimiento y en el 80% estaba firmado por el cirujano interviniente y el ayudante siendo valores muy positivos y representativos. En lo que hace al consentimiento informado estaban los datos personales y de la cirugía en forma completa en el 74% de los casos, evidenciándose de forma correcta las firmas del paciente y del familiar en la mayoría de las HC.

No se hallaron las hojas de epicrisis. Al efectuar la consulta, las mismas se confeccionan luego del alta y se le entregan al paciente días posteriores a la misma, siendo un error la falta de las mismas en la HC.

El trabajo de Delgado-Márquez (2014) donde evalúa calidad de la HC en un servicio de medicina interna es interesante y la mayoría de las variables, salvo las quirúrgicas como son el consentimiento informado y protocolo quirúrgico, se asemejan al nuestro.

A partir de éstos resultados se puede concluir que la cumplimentación de las historias clínicas del nosocomio buena, pero desde la óptica de la medicina legal existen oportunidades de mejora para que el equipo profesional interviniente disponga de documental precisa, completa y útil al momento de un posible litigio.

CONCLUSION

Desde un enfoque asistencial la importancia de confeccionar una historia clínica completa, legible y detallada tiene un sinnúmero de beneficios, tanto para el paciente como para los profesionales intervinientes.

La HC reúne condiciones que la hacen codiciable en este sentido: su carácter descriptivo en las anotaciones, aglutinador de las distintas atenciones recibidas y pruebas realizadas, así como su rigor científico y la presunción de veracidad de cuanto allí se contiene.

Es el documento más adecuado para evidenciar una posible negligencia sanitaria, pero también constituye el mejor medio de defensa para que el médico pueda demostrar la inexactitud de las bases de la acusación contra él presentada, permitiendo, en su caso, desvirtuar los argumentos incriminatorios que se presenten en una denuncia o en una imputación contra el profesional.

Desde la medicina legal, las especialidades más demandadas son las quirúrgicas y puntualmente las descritas en este trabajo.

El médico legista ante instancias de litigio su trabajo se centra en aportar conocimientos médicos al ámbito legal para la administración de justicia. Tiene la función de evaluar objetivamente el daño causado al paciente, determinando la conducta médica y del

equipo a través de la HC. Posteriormente su informe pericial es fundamental para establecer la existencia o no de responsabilidad profesional y la magnitud del daño.

El Legista más allá de evaluar la HC de forma completa deberá puntualizar en los reclamos de causa quirúrgica dos documentos valiosos y críticos como son el consentimiento informado y el protocolo quirúrgico, que serán los que determinen con mayor claridad la evaluación de la calidad asistencial y la conducta médica.

Destacando que la HC es el documento más importante y la prueba capital que se puede aportar a un reclamo de responsabilidad profesional.

AGRADECIMIENTOS

El autor quiere expresar su agradecimiento al Cuerpo docente de la Carrera de Posgrado de Especialización en Medicina Legal, al Servicio de Estadística y a la Dirección del Hospital, por la ayuda recibida.

BIBLIOGRAFIA

Calabuig G. Manual de Medicina Legal y Toxicología. Capítulos: 8, 9, 11. 6ta edición. 2004.

Código Civil- Código Penal de la República Argentina.

Delgado-Márquez AJ. Evaluación de la Calidad de la historia clínica en un Servicio de Medicina Interna, Gest y Eval Cost Sanit 2014; 15 (1): 33-9.

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly. 1966; 44:166-203.

Fuertes Rocañín JC, Rodríguez Lainz JL, Fuertes Iglesias C. Apuntes de Derecho Sanitario y Ciencias Forenses (Guía para prevenir problemas legales en la profesión médica). Madrid: Arán Ediciones; 2014; pp. 75-77.

Guersi, C. Responsabilidad por prestación médico asistencial- Hammurabi. Capítulo IV. Buenos Aires, 1992,

Lorenzetti R, Responsabilidad Civil de los médicos, Rubinzal Culzoni, TII páginas 266-271

Matzumura Kasano y col. Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011. An Fac med. 2014; 75 (3):251-7.

Patito JA. Responsabilidad Medica. Capítulo 2, en Manual de Medicina Legal 2da Edición, 2012.

Rodríguez Jordán M. Capítulo II: Mala Práxis Médica. Buenos Aires: Editorial Universidad Argentina. 1998,

Rodriguez Lainz y col. La omisión de información en las historias clínicas en el ejercicio de la medicina privada como supuesto de responsabilidad por mala praxis médic. Cuad Med Forense 2017;23(3-4):100-111.

Villarreal Caballero. Análisis de la Responsabilidad Profesional Médica en Argentina entre 2013-2021.

Vittolo y col Responsabilidad profesional del médico auditor. Biblioteca virtual Noble. 2012; 1 (1): 2-3.

ANEXO

Variables:

- DATOS DEL PACIENTE
- MOTIVO DE CONSULTA
- ENFERMEDAD ACTUAL
- EXAMEN FISICO
- EVOLUCION
- ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS
- INDICACIONES
- PROTOCOLO QUIRURGICO
- CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOSPITAL SAMCO VILLA CONSTITUCION

Mediante la presente quien suscribe solicito autorización para realizar trabajo final de la Carrera de Posgrado de ESPECIALIZACION EN MEDICINA LEGAL de la Facultad de Ciencias Medicas (UNR) utilizando historias clínicas quirúrgicas de la institución comprendidas en el año 2022. Comprometiéndome a solo extraer datos aleatorios sin relevar identidad alguna de la documental.

Muchas gracias.-

Saludos cordiales.-

Aybar Maino, Jeronimo.-

Dni: 31068872



JERONIMO AYBAR MAINO
SERVICIO - MAR 2012
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO



Dr. ISAAC JULIO CESAR
Mat. Fed. N° 14732
Director
Hospital SAMCO - Const.



MULLER MAXIMILIANO
Jefe Coordinador
Departamento Estadística
Hospital SAMCO - Const.