

DOCUMENTOS MÉDICOS Y EL USO DE LAS COMPUTADORAS

Claudio Antonio Hernández Guerrero

Según algunos autores, las historias clínicas fueron talladas en madera, platos grabados, tiestos, planchas de arcilla de Nínive y Babilonia, geroglíficos en papiros encontrados en tumbas y templos de Egipto, o escritos en rollos de pergamino en Roma. Ellos sirvieron para los antiguos y llenaron el mismo propósito que las historias clínicas de hoy. Murales policromados han sido hallados en las cavernas o cuencas de la Edad de Piedra. Siluetas que describen trepanación y amputación de dedos han sido hallados en las cavernas paleolíticas de España. Esto data de 25.000 años antes de Jesucristo.

Aunque estos escritos médicos primitivos no pueden ser clasificados como historias clínicas verdaderas, constituyen una evidencia muda de que los autores guardaban alguna forma de informe de sus pacientes. (*Curso de Registros Médicos. San José, U.C.R. Editorial EUCR, pág. 27*).

Considerando los adelantos tecnológicos con que cuenta el ser humano hoy día, nos parece trivial el cuestionarnos la existencia de los "documentos médicos", su utilidad, propósitos, etc., pero lo cierto del caso es que aún hoy día no existe una definición desarrollada por la doctrina (ver *Seminario de Graduación para optar por el título de Licenciadas en Derecho, U.C.R., Facultad de Derecho, "LOS DOCUMENTOS MÉDICOS EN LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA: análisis medicolegal", Ceidy Cyrman, Carolina Leitón y Silvia Villalobos, Título I, Tomo I*).

Cuando descubrimos esta realidad, cabe entonces preguntarnos, cuál debe ser la definición de documento médico y cuales son los elementos que necesariamente deben estar presentes en él, para luego hacer un análisis de ellos. Gran cantidad de textos hace referencia a la importancia que reviste el documento médico, a cuáles son las implicaciones de su mala redacción y custodia, la necesidad imperiosa de contar con un sistema de registros médicos, etc. Sin embargo, pareciera que los textos y por ende sus autores, presuponen que es un documento médico, para entrar de lleno a estudiar otros aspectos de éste.

Documento proviene del latín "documentum" que significa enseñar, hacer conocer, ejemplo, modelo,

lección. De acuerdo con el Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia, podemos definir como documento: ...diploma, carta, relación u otro escrito que ilustra acerca de algún hecho, principalmente de los históricos... Cualquiera otra cosa que sirve para ilustrar o comprobar algo. (*Ver Edición XIX, 1970, p.491*).

Es decir, que en términos generales podemos decir que: "... un documento es un escrito o representación de ideas, datos, números, etc., mediante letras o signos, que sirve para comunicar, probar o acreditar algo; es una manera de dejar constancia en forma permanente, de las manifestaciones del pensamiento humano o de los hechos de la naturaleza". (*Tesis. Cyrman y otras p.28*).

De este primer acercamiento hacia la concepción de lo que es un documento, se nota claramente la existencia de dos posiciones:

- a) La que ve al documento como un escrito, y
- b) La que ve el documento como representación de algo, independientemente de la forma en que se manifieste.

De aquí derivan dos de las principales teorías que se han desarrollado en torno al documento.

- a) Teoría del Documento considerado en sentido estricto.
- b) Teoría del documento considerado en sentido amplio.

La primera va a requerir una escritura representativa, materialmente tangible y susceptible de expresar pensamientos humanos. A esta concepción también se le conoce con el nombre de tradicional o clásica. Así tenemos que algunas características que debe reunir el escrito para ser considerado "documento" son:

- 1- Que se dé por escrito.
- 2- Que el primer requisito se cumpla sobre un objetivo material idóneo.
- 3- Que contenga una expresión del pensamiento o voluntad humana.
- 4- Que sea atribuible a un autor determinado.

Tenemos entonces, que el documento viene a dar fe de los hechos allí atestiguados, pero además es preciso que esté redactado o confeccionado con la finalidad de servir de prueba, pues, lo cierto es que

aqueí garantiza la verdad de un hecho contenido en él.

A este punto es fácilmente comprensible lo limitado del concepto, sin que todavía podamos resolver el problema de una definición.

La segunda, (documento en sentido amplio) vendría a tutelar conductas de la vida moderna que hoy día son usuales como la implantación de una fotografía en el documento de identificación, licencia de conducir, película, cinta magnetofónica, etc. Es decir, se llega a considerar como documento cualquier objeto inanimado destinado a probar un hecho, de manera que se amplía considerablemente la concepción tradicional de documento (contraposición de uno a cuatro de la teoría tradicional).

Los autores que han adoptado esta teoría, pretenden adaptar el concepto de documento a las circunstancias actuales, dado el alto desarrollo tecnológico en todos los campos, y en particular en cuanto a la comunicación.

El adjetivo "médico" será el que establezca la naturaleza del documento.

La mayoría de los diccionarios de ciencias médicas, definen la palabra médico como aquello "perteneiente a la medicina o al tratamiento de las enfermedades"; a la vez, se entiende medicina como la "ciencia de tratar enfermedades"; "ciencia que tiene por objeto la conservación y el restablecimiento de la salud"; etc.

Deriva entonces de la necesidad que las personas tenemos, como consecuencia del tratamiento, prevención o control de las enfermedades, que el profesional en ciencias médicas extienda en determinados momentos, diversos tipos de documentos, que precisamente se llamarán médicos, no sólo en razón de su procedencia, sino también en razón de su contenido.

Esta situación conduce al hecho de considerar un documento como médico cuando la persona que lo emite esté legitimada para ello, es decir, sea un sujeto autorizado para el ejercicio de las ciencias médicas.

Además, su contenido deberá ser expedido como consecuencia de una atención médica o relacionado con ella (reportes radiológicos, bacteriológicos, hematológicos, electrocardiogramas, "tacs", ultrasonidos, etc.) y deberá llenarse de acuerdo con los parámetros médicos previamente establecidos.

Con los lineamientos que hemos trazado, sería casi imposible ubicar al "documento médico" dentro del concepto en sentido estricto, para poder cobijar toda

la serie "documentos" que se emiten por parte de los profesionales en ciencias médicas, dados los avances tecnológicos alcanzados hasta la fecha.

Me inclino por afirmar que: "es documento médico todo objeto mueble, que permite establecer la actuación del profesional en ciencias médicas, legalmente autorizado para ello, como consecuencia directa o indirecta de la práctica de esa actividad", (contraponer el caso de escritos académicos, privados, etc.). Por ello, debemos siempre tener presente que ante la eventualidad de que se presenten casos medicolegales con alguna frecuencia, depende de la exactitud, claridad, precisión, redacción y circunstancias propias del hecho médico que deban acreditarse en el documento, que la actuación de los Tribunales y la aplicación de la ley por parte de aquellos, cumpla con el valor justicia a cabalidad.

El profesional en ciencias médicas debe procurar esta "ideal" con responsabilidad y no con temor, pues es también cierto que los "documentos médicos" han de ser inteligibles para otras personas (jueces, médicos, legistas, peritos, etc.) que le podrían cuestionar. Más adelante de esta exposición volveremos en detalle sobre este particular.

Cabe ahora preguntarnos, ¿cuáles personas están legitimadas para la emisión de documentos médicos?. Común a todas la ciencias médicas, deberá requerirse la autorización legal correspondiente y el estar habilitado para el ejercicio de la misma.

- a) Médico.
- b) Odontólogo.
- c) Microbiólogo.
- d) Médico Veterinario.
- e) Enfermera.
- f) Auxiliar de Enfermería.
- g) Asistente Dental.

TIPOS DE DOCUMENTOS MÉDICOS.

- a) Semiología.
- b) Expediente Clínico.
- c) Dictamen Médico.
- d) Certificado Médico.
- e) Ficha Odontológica.
- f) Reportes Radiológicos.
- g) Reportes microbiológicos.
- h) Notas de Enfermería.
- i) Notas de Auxiliar de Enfermería.
- j) Informe de la Trabajadora Social, etc.

ASPECTOS NORMATIVOS DE LOS DOCUMENTOS MÉDICOS.

a) Ley General de Salud. No. 5395 de 30 de octubre de 1973, reformada por leyes No. 5789 de 1 setiembre de 1975, No. 6430 de 15 de mayo de 1980, No. 6726 de 10 de marzo de 1982 y derogatoria parcial por ley No. 7093 de 22 de abril de 1988.

Del estudio del articulado de la Ley General de Salud, encontramos prácticamente una única norma en la que se hace referencia a los documentos médicos.

Es el artículo 74 que a la letra dice:

"Los directores y administradores de los establecimientos de atención médica deberán velar por el correcto y acucioso funcionamiento del sistema de ingresos y egresos de pacientes y por el correspondiente archivo de expedientes clínicos, debiendo entregar al Ministerio, en la oportunidad y dentro del plazo que determinen en el reglamento o la autoridad de salud competente, las informaciones estadísticas requeridas".

b) Reglamento General de Hospitales Nacionales.

En su artículo 18, inciso 2), aparte c), se indica que el director de un hospital es el funcionario con máxima autoridad en el establecimiento, correspondiéndole especialmente:

"Velar por la correcta elaboración, manejo y archivo de las historias clínicas y porque no se vulnere su secreto".

El artículo 31, inciso j) establece para los Jefes de Servicio:

"Velar por la corrección de los documentos clínicos de su Servicio y por el acatamiento de las disposiciones reglamentarias internas".

El artículo 33 dispone: "Corresponderá especialmente a los Jefes de Clínica:

a) Pasar visita en compañía de los Asistentes del Servicio, con el objeto de revisar la historia clínica de cada caso, en sus aspectos de diagnóstico, evolución y terapéutica.

b) Revisar y rectificar el resumen médico de pacientes una vez dados de alta o después de haber fallecido".

El artículo 34 dispone:

"Corresponderá especialmente a los médicos asistentes:

c) Revisar la historia clínica y exploración física del paciente con el objeto de determinar su corrección antes de considerarse como definitiva.

d) Discutir con sus subalternos, como práctica de orientación y enseñanza, sobre las discrepancias de criterio y las deficiencias de la información de la historia clínica.

e) Revisar las anotaciones de evolución clínica y re-

comendar la terapéutica y los estudios de laboratorio y gabinete que se deban practicar.

f) Hacer el resumen de estancia, evolución clínica, diagnóstico y terapéutica empleados en los pacientes dados de alta o que hayan fallecido".

El artículo 36 dispone:

"Corresponderá especialmente a los Médicos Residentes:

c) Discutir con sus superiores jerárquicos, especialmente con el Médico Asistente, como práctica de orientación y enseñanza, sobre las discrepancias de criterio y las deficiencias de información de la historia clínica.

d) Revisar y completar las historias clínicas y completar los exámenes de laboratorio y gabinete rutinarios y/o de emergencia que se deban practicar; asimismo; indicar y/o completar la terapéutica necesaria en aquellos casos hospitalizados recientemente y no vistos aún por el Médico Asistente.

e) Hacer las anotaciones de evolución clínica y las prescripciones recomendadas por el Médico Asistente".

El artículo 37 dispone:

"Corresponderá especialmente a los Médicos Internos:

b) Pasar visita diaria a pacientes con el Médico Asistente y el Residente, como práctica de orientación y enseñanza sobre las discrepancias de criterio y las deficiencias de información de la historia clínica.

c) Hacer las historias clínicas de los pacientes que se les asignen dentro de las 24 horas siguientes a su ingreso.

d) Hacer las anotaciones de evolución clínica y las prescripciones necesarias, en los casos que atiendan con carácter de urgencia, en ausencia del residente"

El artículo 46 dispone:

" Los Médicos del Hospital deberán reunirse, de acuerdo con las posibilidades del establecimiento, obligatoriamente y en forma periódica en sesiones destinadas a :

c) Reuniones de análisis técnico-administrativo, para el estudio de los rendimientos asistenciales, revisión de historias clínicas y aplicación de los Reglamentos y normas existentes".

El artículo 55 dispone:

"La atención de consulta externa deberá iniciarse en la oficina encargada del registro de pacientes en Estadística y Documentos Médicos con el procedimiento administrativo para identificar al enfermo, captar los datos que se requieran e iniciar la historia clínica si consulta por primera vez o buscar la de ocasiones anteriores, si es subsecuente".

Dispone el artículo 56:

"Toda la información médica que se obtenga en la atención del paciente deberá quedar registrada en la historia clínica".

Dispone el artículo 65:

"El médico o el equipo de turno tendrán las siguientes obligaciones y atribuciones:

b) Dejar constancia escrita de todas sus actuaciones en los registros correspondientes (historias clínicas, protocolos quirúrgicos, registros obstétricos, registros de urgencias, etc.).

Dispone el artículo 76:

"Corresponderá especialmente al responsable de la Sala de Operaciones:

i) Exigir que todo enfermo vaya a la operación acompañado de la historia clínica completa;

m) Velar porque se lleve la anotación estadística de la labor realizada en las salas de operaciones;

n) Velar porque se dé cuenta diariamente al Departamento o Servicio de Estadística y Documentos Médicos de las intervenciones efectuadas en las salas de operaciones".

Ordena el artículo 86:

"En la historia clínica de cada paciente atendido en el Servicio de Odontología, se dejará constancia en un diagrama de las condiciones bucodentarias y de las intervenciones dentales efectuadas o por efectuar".

Ordena el artículo 88:

"Serán aplicables a los odontólogos las disposiciones relativas al Cuerpo Médico en lo referente a calidad y obligaciones".

Ordena el artículo 187:

"Para cumplir con las obligaciones señaladas en el artículo 185, el Jefe del Departamento o Servicio de Estadística y Documentos Médicos, además de las obligaciones que establece el artículo 115 de este Reglamento deberá:

b) Procurar que se abra una historia clínica, que será de formato standard y única para cada enfermo y que registrará todas las atenciones de consulta externa y de hospitalizaciones en cualquier servicio del establecimiento;

c) Velar porque se mantenga un archivo centralizado de historias clínicas, ordenado numéricamente;

d) Velar por la existencia y cumplimiento de normas para la entrega y devolución de las historias clínicas, de manera que se garantice su entrega a persona autorizada, el conocimiento de su destino, su devolución dentro de un plazo razonable y su reubicación oportuna y adecuada en el archivo;..."

Dice el artículo 189:

"Las historias clínicas deberán considerarse documentos de carácter privado y confidencial, de utilidad para el enfermo, el establecimiento, la investigación, la docencia y la justicia, por lo que no se podrá autorizar su uso para otros fines, guardando en todos los casos el secreto profesional"

Dice el artículo 190:

"Ninguna historia clínica podrá ser entregada al paciente, sino que será llevada por el personal del establecimiento a la consulta del médico o al servicio donde se necesite".

Dice el artículo 323:

"Como base para mantener la supervigilancia técnica, todo establecimiento de atención médica deberá mantener un expediente clínico de cada paciente que contendrá la información mínima siguiente:

1.- Datos sociológicos: ...

2.- Datos médicos:

2.1.- Causa del internamiento.

2.2.- Anamnesis.

2.3.- Examen físico.

2.4.- Notas de evolución y órdenes del médico.

2.5.- Otros informes (laboratorio, radiología, interconsultas, operación, anestesia, hoja de recién nacido, etc.).

2.6.- Diagnósticos de ingreso y egreso; condición de salida y epicrisis.

3.- Datos de enfermería: ...

4.- Otra información: ...

c) Código de Moral Médica.

Dice en su artículo 9.

"Todo documento médico debe estar estrictamente apegado a la verdad. Los certificados médicos sólo podrán extenderse con base en exámenes clínicos, de laboratorio o en otros estudios médicos efectuados al paciente por haber sido testigos de la enfermedad".

El artículo 32 dice:

"En el consultorio médico privado, los expedientes médicos pertenecen al profesional. Empero, a solicitud del paciente, el médico está en la obligación de extender una epicrisis".

d).Código Procesal Civil.

Dispone en su artículo 368:

"Distintas clases de documentos.- Son documentos los escritos, los impresos, los planos, los dibujos, los cuadros, las fotografías, las fotocopias, las radiografías, las cintas cinematográficas, los discos, las grabaciones magnetofónicas y, en general, todo objeto mueble que tenga carácter representativo o declarativo".

COMENTARIOS RELATIVOS A LA NORMATIVA SOBRE DOCUMENTOS MÉDICOS.

Ahora, con el recorrido que hemos realizado brevemente por la historia, así como por la legislación vigente, podemos ya como supra se esbozó, afirmar con plena conciencia, el hecho paradójico que no exista en el sistema médicolegal costarricense, una definición de "documento médico" desde el punto de vista doctrinal, oficial, legal o práctico.

La normativa relacionada anteriormente, nos lleva prácticamente de la mano para establecer los formularios, sistemas de archivo, formas de realizarlos, etc. y por ello es que existe una organización institucional dedicada a ello.

Visto así en forma aislada, todo lo que traemos expuesto no nos genera aún problemática alguna que debemos enfrentar con relación a una persona o hecho determinado.

Es precisamente cuando se da relación o conocimiento con el mismo paciente, o con terceros, o hechos que adquieren interés público, o notoriedad, etc., que empieza a aparecer la problemática del profesional en ciencias médicas.

Veamos: En primer lugar, se va a cuestionar la actuación médica a nivel profesional, moral, etc., hasta que lleguemos a identificar un problema sancionable como consecuencia de la aplicación del Código de Moral Médica o si al mismo tiempo esa conducta se adecúa a las previsiones que establece la legislación penal, y entonces enfrentar un caso de malpraxis.

Obvia resulta entonces la importancia que van a tener todos los documentos médicos relativos al caso, en donde en un primer momento se va a dictaminar si hubo IATROGENIA, o por si el contrario es evidente la MALPRAXIS, o bien la existencia de un factor exógeno al quehacer médico, como pueden ser fallas de equipos o instrumental médico, en cuyo caso estaríamos en presencia de la denominada responsabilidad objetiva del ente suplidor de los servicios médicos.

Notamos claramente que la documentación perteneciente a un caso determinado de pronto adquiere una importancia vital: para la parte ofendida, para la administración de la justicia, para el acusado.

Aquí es entonces donde adquiere notoriedad la forma en que se han confeccionado los diferentes tipos de documentos médicos, y también claro está, los errores y omisiones que el mismo puede arrojar.

Baste con señalar que en un primer momento van a entrar en consideración factores en cuanto a la mate-

rialidad del expediente como los siguientes:

- a) La identificación.
- b) La fecha o "data".
- c) La "caligrafía".
- d) El estado material del expediente.

Es a partir de este primer análisis básico que va a realizar el perito médico-legista (o el perito que para un particular punto de análisis el administrador de justicia designe) que comienza a trabajarse en una labor científica de "análisis" o lo contrario a ésta, en cuyo caso bien podría llegarse a que el perito deba estar señalando "suposiciones", al encontrarse con vicios en cualquiera de los cuatro apartados que recién mencionamos.

Como aquí no tratamos en particular de solucionar casos o de realizar un ejercicio sobre la posible solución por parte de un Tribunal, deberemos objetivamente centrarnos en todos los requisitos que de alguna u otra forma se infieren como necesarios para que el documento médico sea tal, como lo hemos venido relacionando.

Así las cosas, correspondería finalmente cuestionarnos si dentro de una Institución del Estado, no dedicada a la prestación de servicios médicos, pero con personal médico especializado de planta, pueden utilizarse artefactos cuya tecnología trasciende la confección material del concepto que ya hemos elaborado de "DOCUMENTO MEDICO".

En mi criterio, y siempre bajo la óptica de cumplir con los requisitos legales y reglamentarios vigentes, debe existir el documento médico como tradicionalmente lo hemos entendido, es decir, como documento escrito.

Ello no impide sin embargo que puedan coexistir uno o varios sistemas paralelos, que permitan almacenar la información, siempre que con ello no se viole el secreto médico, ni se haga divulgación de hechos médicos a terceras personas, que no sean autorizadas para ello.

Es evidente que pensamos en el uso de la informática y las computadoras, aplicadas al campo de la documentación médica.

Los beneficios que de tal uso se obtendrían son de incalculable beneficio, porque resalta la facilidad con que se podría hacer trabajos de investigación sobre un gremio determinado de trabajadores, aplicar una medicina preventiva, contar con estadística "al día" del estado de salud de los trabajadores de una institución, empresa, etc.

Creo que soy muy optimista en mis apreciaciones, pero lo cierto del caso es que hace algunos pocos

años, yo mismo pensaba que estaba muy lejos de mi profesión el uso de las computadoras, y por la dicha de su existencia, aprovechamos los beneficios que ellas nos proporcionan.

No es tampoco ajeno a ustedes que ya hay consultorios médicos privados en donde el profesional en medicina utiliza la computadora personal para llevar el archivo de anotaciones o datos que ha realizado de todos sus pacientes. Igualmente ocurre para la terapéutica que ha ordenado, así como aquellos aparatos que le ha indicado a su paciente adquirir, para corregir sus defectos (lentes, zapatos de tipo especial, prótesis del campo de la Medicina como de la Odontología, etc.).

Hasta donde tengo conocimiento, no hay noticias de

que ya exista en tribunales de justicia algún caso que se ubique en el campo médicolegal relacionado con el uso de computadoras por parte de profesionales en Ciencias Médicas.

Hacer una afirmación en determinado sentido, con relación al uso de computadoras por parte de los profesionales en ciencias médicas, y enfrentarlo con la concepción que podrían tener los juzgadores, deviene en una mera especulación.

Nuestra preocupación debe de orientarse a cumplir con los requisitos existentes sin perjuicio de que, como dije antes- puedan coexistir otros sistemas.

Termino esta exposición, dejando la puerta abierta para que otras disciplinas relacionadas con este planteamiento también ayuden a brindar luz en él.

INTOXICACIÓN SISTEMÁTICA POR MERCURIO ELEMENTAL DEPOSITADO EN EL ORGANISMO.

**Eduardo Vargas Alvarado.
José Alberto Ramírez C.**

**Michel Nisman S.
Raúl Bonilla M.**

Resumen.

Se presentan dos casos de intoxicación sistemática por mercurio elemental depositado en el organismo. En el primer caso, un hombre de 25 años se inyectó el metal en las venas de manos y pies, falleció un mes después con necrosis hepática y renal que se atribuyeron al efecto sistemático. En el segundo caso, un hombre de 30 años, sufrió la explosión de un compresor que le incrustó mercurio elemental en la piel de los antebrazos; dos meses después presentó manifestaciones neurológicas correspondientes a hidrargirismo crónico que desaparecieron tras la resección quirúrgica de las áreas de piel afectadas. En ambos casos los análisis toxicológicos fueron positivos por mercurio. Estos casos constituyen excepciones al concepto de que el mercurio elemental persistente en el organismo no tiene manifestaciones tóxicas sistemáticas de importancia.

Palabras Clave:

Mercurio elemental, Intoxicación sistemática, Inyección endovenosa, Incrustación en piel, Embolia por mercurio.

El mercurio existe en tres formas: mercurio elemental (Hg^0), mercurio inorgánico (Hg^+ , Hg^{2+}) y mercurio

orgánico ($CH_3 Hg^+$).

Es conocido el efecto tóxico sistemático de las formas inorgánica y orgánica. Ambas son absorbidas por vía digestiva, y de ellas en mayor proporción el mercurio orgánico. El metil mercurio es un excelente ejemplo. Lanzado a los ríos vecinos por las fábricas de papel que lo producen como desecho, contamina los peces. La ingestión de su carne explica la intoxicación por mercurio orgánico en seres humanos.

En cuanto al mercurio elemental, los efectos sistemáticos son aceptados por la inhalación de sus vapores. Un ejemplo clásico es la intoxicación ocupacional de los odontólogos (*Shapiro y cols, 1982*). Las gotas de mercurio que caen al suelo (especialmente el alfofibrado) durante la preparación de amalgamas para obturar cavidades en los dientes, pasan al estado gaseoso, y contamina el aire del consultorio.

En cambio, el mercurio elemental en su estado líquido natural, ya sea incrustado en la piel o inyectado en los vasos sanguíneos; suele considerarse de baja o nula toxicidad sistemática.

El objetivo del presente trabajo es presentar dos casos de intoxicación sistemática producidos por mercurio elemental, incrustado accidentalmente en la piel en el primer caso e inyectado voluntariamente