

**Ponente: Ing. Laura Ramón Gutiérrez**

# **BUENAS PRÁCTICAS DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA**



# Agenda

**01 Marco Normativo, Objetivo**

**02 Principios de las BPD**

**03 Errores comunes**

**04 ¿Qué debo registrar?**

**05 Reglas de Oro en las BPD**

**06 Casos Prácticos**

**07 Implicaciones Legales**

# Introducción

La correcta documentación en el expediente clínico no es solo un requisito administrativo:  
es un **acto clínico, legal y de seguridad del paciente.**

## Marco Normativo

01

Alineado a la **Secretaría de Salud, COFEPRIS** y la **NOM-004-SSA3-2012..**

02

## Objetivo

Fortalecer las competencias del personal en el **registro adecuado, oportuno y completo** del expediente clínico, alineado a lo establecido por la **Secretaría de Salud** y la **COFEPRIS**, conforme a la **NOM-004-SSA3-2012..**

03

## Alcance

Todos los formatos y documentos de registro de datos de la atención al paciente desde su ingreso hasta su egreso, para todo el personal de enfermería, médico y de recepción y los que puedan tener contacto en su atención.

# Principios de las Buenas Prácticas de Documentación

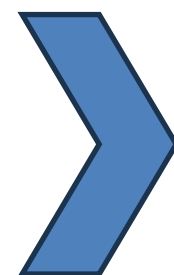
1. Lo que no está escrito, no se hizo
2. Garantizar el registro de datos precisos y completos
3. Mantener marcas de tiempo y firmas de usuario para la autenticación de documentos
4. Mejore la legibilidad
5. Mejorar la comunicación con el paciente y el intercambio de información
6. Evite depender de las notas de visitas anteriores para la documentación actual



# Principios de las Buenas Prácticas de Documentación

## Principios **ALCOA**

(también conocidos como principios de integridad de datos y principios de buenas prácticas de documentación)



**A** - Atribuible

**L** - Legible

**C** - Contemporáneo

**O** - Original

**A** - Exacto



# Principios de las Buenas Prácticas de Documentación



## A - Atribuible

**Qué es:** Atribuible significa que se sabe de dónde proceden los datos (quién los ha registrado).

**Cómo aplicar el principio:**

Cada documento debe tener un autor. Debe ser fácil rastrear la información hasta su fuente, aunque lo ideal es que el autor o la persona que registró los datos sea inmediatamente identificable o se nombre en el documento. Cada documento debe llevar la firma de su autor. Se trata de verificar que la persona identificada como autor en el documento es realmente la que registró los datos.

No debe haber contraseñas ni inicios de sesión compartidos en el sistema de datos. Esto es para facilitar el seguimiento de la entrada de datos.

Del mismo modo, no se debe permitir que nadie firme por otra persona. La persona que ha registrado los datos debe ser la que firme.

# Principios de las Buenas Prácticas de Documentación



**Qué es:** Legible significa que los datos son fácilmente legibles y comprensibles.

**Cómo aplicar el principio:**

Evite la documentación manuscrita. En la medida de lo posible, los datos deben registrarse en un documento electrónico o mediante el uso de un sistema informático. La información nunca debe ser vaga o ambigua. Explique la información compleja siempre que sea posible. Indique siempre el contexto, la naturaleza y la finalidad de los datos.

La información debe fluir de forma lógica y estar organizada de manera que sea fácil dar sentido a los datos o procesarlos mentalmente.

# Principios de las Buenas Prácticas de Documentación



## C - Contemporáneo



**Qué es:** Contemporáneo significa que los datos son actuales (aplicables en el momento de su acceso) y se registran en tiempo real (no hay retraso entre la generación de datos y su registro).

### **Cómo aplicar este principio:**

Los documentos deben estar siempre actualizados (es decir, reflejar la última versión y contener los datos e información más recientes).

Los documentos deben tener las siguientes fechas:

Por documento Datos dentro de cada documento Fecha de creación Fecha de grabación Fecha de revisión Fecha de la corrección Efectivo por Fecha de revisión

Todas las fechas deben ser exactas. No hay fecha anterior (la fecha documentada es anterior a la fecha real) ni posterior (la fecha documentada es posterior a la fecha real).

**Todas las firmas deben estar fechadas y/o con sello de tiempo.**

# Principios de las Buenas Prácticas de Documentación



**Qué es:** Original significa que los datos, una vez grabados, no pueden ser editados, alterados o borrados.

**Cómo aplicar el principio:**

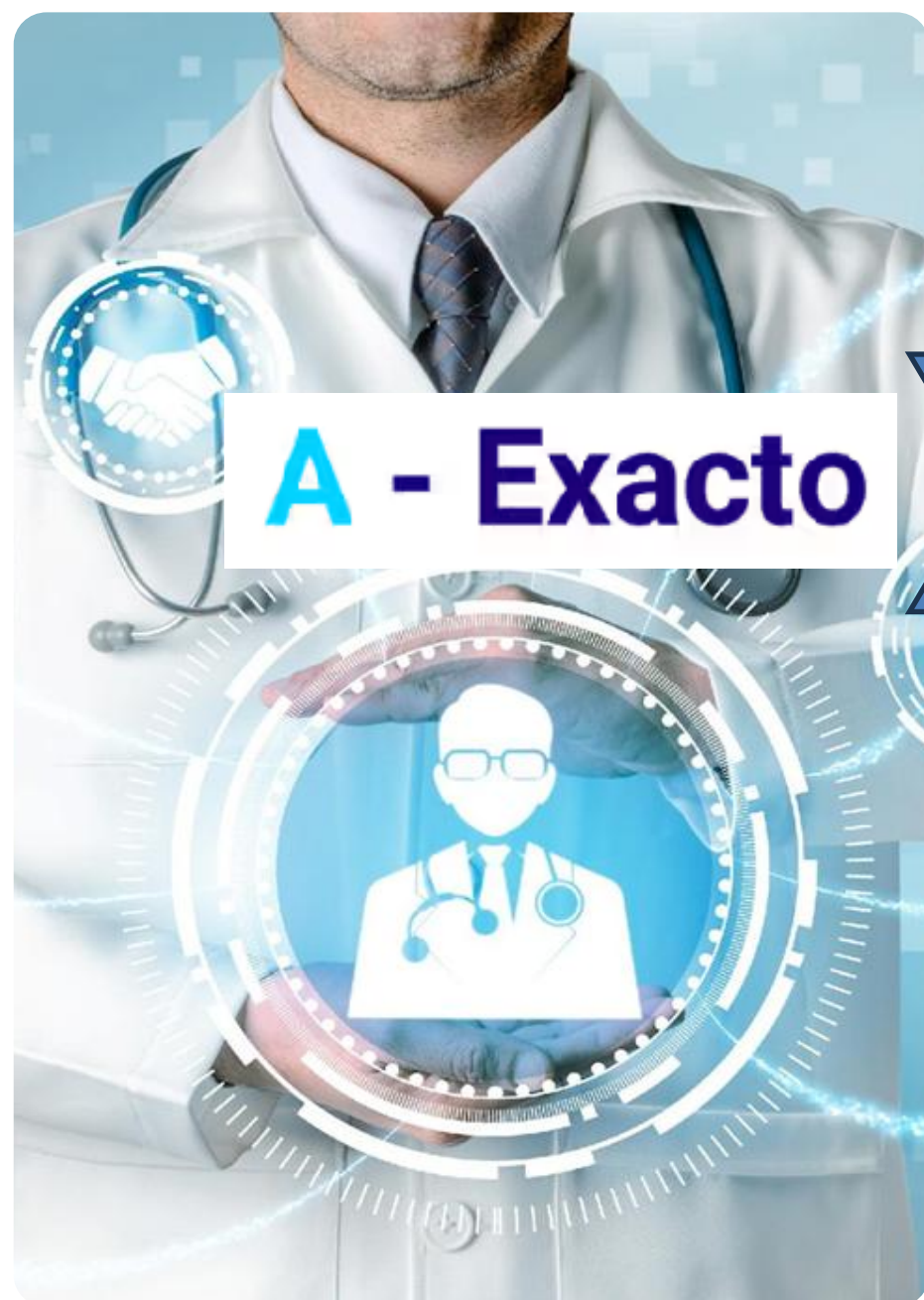
Aunque los datos no pueden editarse, los errores en los datos pueden corregirse, siempre que la persona que los haya registrado sea la que corrija el error. Las correcciones sólo pueden realizarse cuando se ha informado a todas las partes interesadas del documento y el responsable de la garantía de calidad (QA) ha dado el visto bueno a la corrección.

Cuando corrija un error, no lo bloquee ni lo borre. Si el documento está escrito a mano, tacha el error para que siga siendo legible. Si los datos se registraron electrónicamente, añada un comentario indicando el error en los datos y su forma corregida.

Cada corrección debe estar firmada y fechada por quien la haya realizado (que debe ser también la persona que registró los datos que contienen el error).

El acceso a los datos debe estar limitado a las personas autorizadas.

# Principios de las Buenas Prácticas de Documentación



## A - Exacto

**Qué es:** Precisión significa que se puede confiar en que los datos son verdaderos, válidos y correctos.

**Cómo aplicar el principio:**

Debe haber una razón documentada para cada error corregido. Debe especificar el error exacto, la razón por la que tuvo que ser corregido y por qué la corrección realizada es adecuada.

Todos los datos deben ser revisados, comprobados o validados por otra persona que no sea la que los haya registrado y que tenga los conocimientos y habilidades adecuados para hacerlo.

Cada revisión, comprobación o validación de datos debe ser firmada y fechada por el revisor.

Cualquier problema con la validez o la veracidad de los datos debe investigarse más a fondo.

# Principios de las Buenas Prácticas de Documentación

1. La nota clínica es un acto clínico, legal y ético.
2. Debe ser: legible, clara, completa, cronológica, oportuna y veraz.
3. Debe permitir la continuidad de la atención entre turnos y servicios.

## Ejemplos:

1. Hora real vs. hora estimada.
2. Uso de abreviaturas no autorizadas.
3. Registros hechos al final del turno (error grave).



# Errores más comunes que generan observaciones en auditorías

01

Notas sin hora.

Notas sin firma y cédula

02

Tachaduras y corrector.

Espacios en blanco

03

Consentimientos incompletos.

Hojas sin nombre del paciente.

Recepción que no registra hora de ingreso

**COFEPRIS no sanciona por lo que haces... sanciona por lo que no documentas.**



# Errores más comunes que generan observaciones en auditorías

## Ejemplos:

**Omisión de cambios relevantes:** "Paciente tranquilo durante el turno, descansando."  
(Cuando en realidad el paciente presentaba desorientación o disnea).

**Falta de registro de comunicación:** "Se reporta a médico de guardia." (No especifica a qué médico se llamó, a qué hora, qué síntomas se reportaron ni cuál fue la indicación recibida).

**Notas ambiguas:** "Se aplica medicamento indicado sin novedad." (No especifica qué medicamento, dosis, vía o sitio de aplicación).

**Contradicciones:** "Paciente con dolor intenso (EVA 9/10), se administra analgésico. 10 minutos después: paciente refiere no tener dolor." (Fisiológicamente improbable, sugiere que la nota se hizo sin evaluar al paciente).

**Registro tardío y poco ético:** "El personal de enfermería añade múltiples notas al final del turno, incluso al día siguiente, para intentar 'arreglar' el expediente tras una complicación".

**Ejemplo de caso de [CONAMED]:** "Paciente en delirium e inquietud con desorientación temporoespacial, cooperadora, hemodinámicamente estable." (La nota es contradictoria: un paciente con delirium no suele ser cooperador, y no se detalla cómo se manejó la inquietud).

# Errores más comunes que generan observaciones en auditorías

## Ejemplos:

**Nota "Copia y Pega" (Clonación):** La nota de evolución del día 3 es idéntica a la del día 2, incluyendo signos vitales y hallazgos físicos, lo que indica que no se examinó al paciente.

**Falta de diagnóstico diferencial:** "Paciente con dolor abdominal. Indometacina 50mg IV cada 8 hrs." (No se justifica el diagnóstico, no se exploraron causas y se prescribe un medicamento sin antecedentes).

**Omisión de consentimiento informado:** "Se realiza procedimiento invasivo" sin especificar que se explicaron riesgos y beneficios, o sin la firma del paciente.

**Nota ilegible o sin firma:** "Notas con abreviaturas no estandarizadas, letra ilegible y sin nombre o cédula del médico que la realiza".

**Subestimación de síntomas:** "Paciente refiere dolor torácico, se considera ansiedad. Alta." (Ignorar síntomas graves sin realizar estudios pertinentes)

# Ejemplos:

13:35 h. **Correcto**  
 15:35 h. **Correcto**  
 07:50 h. **Correcto**

1:35 h. **Incorrecto.**  
 3:35 pm **Incorrecto.**  
 7:50 am **Incorrecto.**

2 dígitos (Números) del Día -, 3 letras del mes la Primer letra Mayúscula -, 4 dígitos (Números) del Año. Ejemplo: 12-Oct-2022

11:30 **Incorrecto**    11:35 **Correcto**    11:38 **Incorrecto**

LRG 12-MAY-2026  
 Psicóloga  
 psiquiatra

Materia prima y Material de Empaque			
Fecha:	Proveedor:		
Producto:	Lote:	Cantidad:	No conformidad:
Producto:	Lote:	Cantidad:	No conformidad:
Producto:	Lote:	Cantidad:	No conformidad:
Disposición del material:		Devolución al proveedor <input type="checkbox"/>	Aceptar sin reparación por concesión <input type="checkbox"/>

Producto en Proceso y Producto Terminado			
Fecha: 08/02/2024			Cliente: DULCERIA LA ESTRELLA S.A. DE C.V.
Área: CARAMELO		Turno: N/A	
Producto: 2053 BENY PALEDEDO 8 G 24 BLS X 40 PZAS	Lote: 28123	Cantidad: 50 CAJAS	No conformidad: PRODUCTO NO SE EMBARCO POR PARTE DE LA FLETERA
Producto:	Lote:	Cantidad:	No conformidad:
Producto:	Lote:	Cantidad:	No conformidad:
Disposición del material:		Aceptar sin reparación por concesión <input type="checkbox"/>	Retrabajar <input type="checkbox"/>
		Reclasificación <input type="checkbox"/>	Reproceso <input type="checkbox"/>
		Recuperación <input type="checkbox"/>	Desperdicio <input type="checkbox"/>



Registrar información verídica

Utilizar bolígrafo color azul o negro

No usar lápiz o corrector

ENTREGA DE REPORTE DE PRODUCCIÓN	
FECHA DE ENTREGA	ENTREGA
08/02/2024	08/02/2024
08/02/2024	08/02/2024
08/02/2024	08/02/2024
08/02/2024	08/02/2024
08/02/2024	08/02/2024

**MANUAL DE CALIDAD**

Identificación de revisión del documento

Control de las copias distribuidas

Histórico de revisiones y de cambios del documento

Cuadros para evidenciar revisión y aprobación de documentos

COPIA CONTROLADA    Nº COPIA: \_\_\_\_\_

COPIA NO CONTROLADA

TABLA DE REVISIONES		
REVISIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN
0	31/01/2011	Revisión inicial

APROBADO Y REVISADO: R. E.    APROBADO: DIRECCIÓN

FECHA: 31/01/2011    FECHA: 31/01/2011

FIRMA:    FIRMA:

# ¿Qué debería registrar cada área?

## **Enfermería**

- Signos vitales con hora.
- Administración de medicamentos (los 5 correctos).
- Procedimientos realizados.
- Respuesta del paciente.
- Incidentes y eventos adversos.

## **Médicos**

- Nota de ingreso.
- Nota de evolución.
- Indicaciones médicas claras.
- Consentimientos informados.
- Nota de egreso.
- Consentimientos

## **Recepción**

- Hora real de llegada.
- Identificación correcta del paciente.
- Integración completa del expediente.
- Firma de avisos de privacidad, contrato, reglamento.

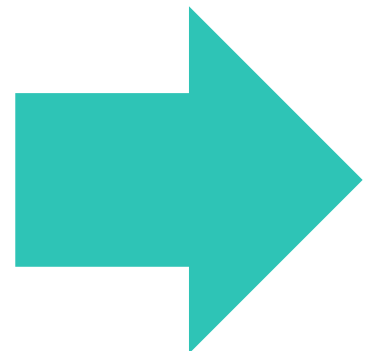
# Reglas de oro del expediente clínico

## Reglas prácticas:

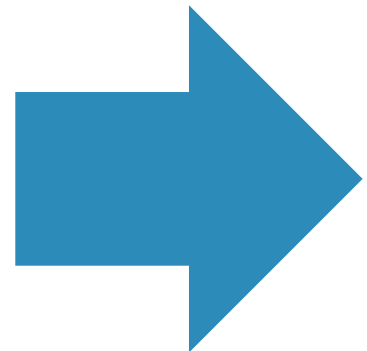
- No usar corrector.
- No dejar espacios en blanco.
- Un renglón equivocado = una línea y firma.
- Todo con fecha, hora, nombre, firma y cédula.
- Letra legible.
- Orden cronológico

¿El expediente lo puede leer y entender un juez?.

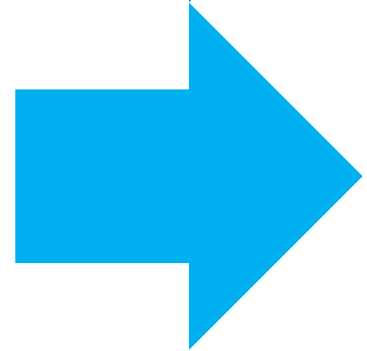
# Casos prácticos



Caso 1: Paciente con reacción adversa sin registro de medicamento.

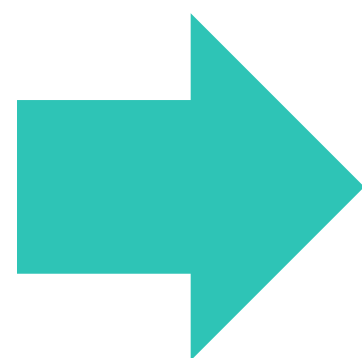


Caso 2: Demanda donde la nota dice “paciente estable” sin signos vitales.

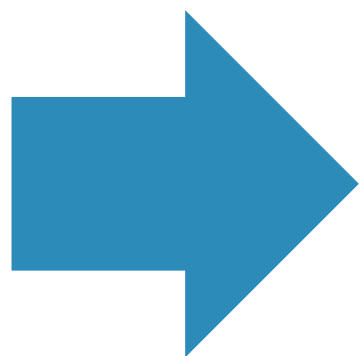


Caso 3: COFEPRIS observa expediente sin consentimiento firmado..

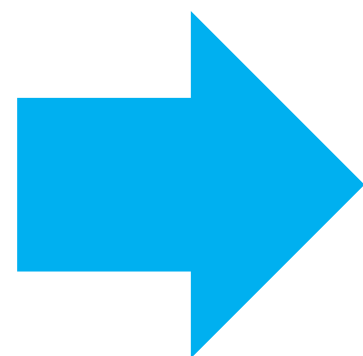
# Implicaciones legales por mala documentación



Riesgo de sanción sanitaria por COFEPRIS.



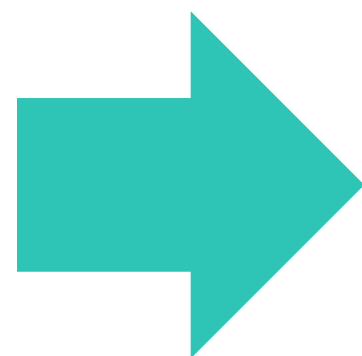
Problemas médico-legales o Demandas civiles.



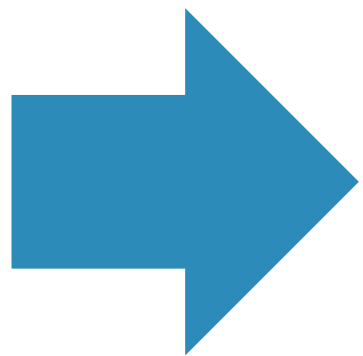
Responsabilidad profesional individual (no institucional).

La mejor defensa legal del personal de salud es un expediente bien documentado.

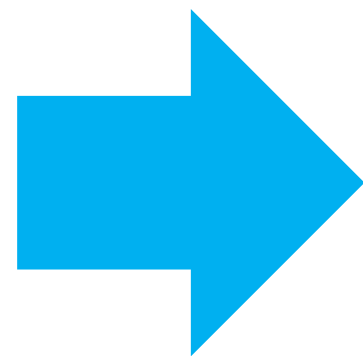
# Implicaciones legales por mala documentación



**Negligencia:** La falta de registro de cuidados se interpreta como que el cuidado no se brindó.



**Responsabilidad legal:** Las notas son la principal prueba en casos de juicios por mala praxis.



**Riesgo al paciente:** La mala comunicación escrita provoca errores en la medicación o diagnóstico

La mejor defensa legal del personal de salud es un expediente bien documentado.

# Conclusiones

**“Documentar bien no es escribir más... es escribir lo correcto, en el momento correcto y de la forma correcta y completa.”**

COORDINADOR:

TÍTULO

**¡GRACIAS POR LA  
ATENCIÓN!**



# QUIZ

<https://forms.office.com/r/h96y5Q1iqa?origin=lprLink>



Digitalizar el QR o  
usar el vínculo  
para unirse



<https://forms.office.com/r/h96y5Q1iqa>

 Copiar vínculo