

Elementos de Calidad en el Informe Asistencial de Urgencias

J. Guix Oliver.

Unidad de Estadística y Epidemiología.
Hospital St. Jaume. Calella. (Barcelona)

Resumen

A partir de dos controles de calidad del informe de asistencia de urgencias, efectuados en dos periodos distintos, en el servicio de urgencias de un hospital comarcal, se establecen cuales deberían ser las funciones principales del informe asistencial de urgencia, y cuales sus elementos fundamentales, analizando las variaciones entre los dos audits, y las diferencias en el nivel de cumplimiento según especialidad, nivel de médico, y horario de la demanda asistencial.

Introducción

El informe asistencial de urgencias es un documento con frecuencia escasamente valorado, descuidado en cuanto a la calidad de la información que contiene, y considerado como «poco importante» o de «mero trámite».

En el presente artículo exponemos una experiencia de control de calidad de los informes asistenciales del servicio de urgencias de un hospital comarcal en dos periodos distintos, para, a partir de aquí, señalar cuales son, en nuestra opinión, las funciones y los elementos fundamentales que han de contemplarse en un informe de urgencias.

Material y métodos

Durante una semana del mes de enero de 1988 se efectuó un estudio de una muestra de los informes asistenciales generados por el Servicio de Urgencias, mediante técnica aleatoria-sistemática, sin aviso previo al personal asistencial, recogiendo un total de 316 informes, que representaron el 63,64% del total de pacientes atendidos durante aquella semana (496), constatando la existencia de un conjunto de 16 parámetros objetivos, y una valoración subjetiva del conjunto del informe, efectuada por el revisor. Estos elementos se mencionan en la Tabla I.

Correspondencia: J. Guix. Hospital de Sant Jaume. C/. Sant Jaume, 142. 08370 Calella (Barcelona).

	1988	1989	Significación
Causa consulta	92,24	90,74	n.s.
Antecedentes	36,21	40,97	n.s.
Alergias	1,72	11,00	sig.
H. ^a actual	71,55	84,88	sig.
Expl. física	82,76	88,39	n.s.
P. complemen.	87,17	11,11	n.s.
O. diagnóstica	99,60	2,59	sig.
Tr. administrado	83,26	22,22	n.s.
TR. a seguir	82,93	93,52	sig.
Destino	71,75	73,78	n.s.
Plazo	40,52	38,46	n.s.
Legible	97,41	99,60	sig.
Informe acep.	76,72	90,78	sig.
Orden TTO.	61,54	89,38	sig.
Firma médico	45,15	59,82	sig.
Firma enfermera	76,92	71,82	n.s.

Tabla I. Control de calidad informes de urgencia.

Posteriormente se dio publicidad interna al resultado de la valoración, discutiéndose a diversos niveles, pero sin imponer ningún tipo de medida concreta a realizar.

Quince meses después, en abril de 1989, y durante un mes, sin aviso previo al personal asistencial, y mediante técnica de selección aleatoria-sistemática, se recogió una segunda muestra de 498 informes, representando el 17,03% del total de las 2.924 urgencias atendidas por nuestro Servicio en aquel mes. A esta segunda muestra se le aplicó el mismo cuestionario que a la anterior, y la valoración subjetiva fue efectuada por la misma persona. La única variación fue, en la explotación de los resultados, la segregación de la segunda muestra según especialidades, tipo de médico responsable de la asistencia (adjunto, familia o residente), y periodo horario de la demanda, distribuyendo la jornada en cuatro grandes grupos: de 8'30

hasta 15 horas, de 15 a 21, de 21 a 24 horas, y de 0 hasta 8'30 horas de la mañana siguiente.

Para valorar las posibles diferencias entre las muestras de 1988 y 1989 se aplicaron los tests de comparación de dos proporciones con datos independientes (Z). Para valorar las diferencias, en la muestra de 1989, entre tipos de médicos, especialidades o periodos horarios, se utilizó el test de Chi cuadrado.

Resultados

Los resultados comparativos entre las muestras de 1988 y 1989 se recogen en la Tabla I, pudiéndose observar diferencias significativas en los apartados referidos a la mención de la existencia conocida o no de las alergias medicamentosas, referencia explícita a la historia actual de episodio, establecimiento de una orientación diagnóstica clara, exploración física correcta, mención del tratamiento a seguir por el paciente fuera del servicio de urgencias, a que figurase escrita la orden de tratamiento en aquellos casos en que se administró algún tipo de tratamiento farmacológico en el mismo servicio de urgencias, así como a que las constantes clínicas estuviesen correctamente registradas documentalmente, todos con un nivel altamente significativo ($p < 0,0001$).

También significativas estadísticamente resultaron las diferencias referidas a mención de antecedentes patológicos ($p < 0,03$), informe legible ($p < 0,01$), así como la presencia de la firma del médico responsabilizándose de la indicación del tratamiento farmacológico concreto a administrar en el mismo servicio de urgencia. La valoración subjetiva global de «informe aceptable» también presentó diferencias altamente significativas ($p < 0,0001$). Esta valoración subjetiva de corrección se basó en la existencia, como mínimo, de los siguientes parámetros, en el informe de urgencias: Causa de la consulta o historia actual, orientación diagnóstica e informe legible.

La comparación, a nivel de la muestra de 1989, de la corrección del informe asistencial según especialidades señala niveles de diferenciación significativa entre la pediatría, que presenta unos niveles superiores al promedio en cuanto a corrección del informe ($p < 0,02$), y las de cirugía y traumatología, con niveles inferiores al promedio ($p < 0,0001$).

La comparación, también a nivel de segunda muestra, referida a posibles diferencias según periodos horarios (Tabla II) dio una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$) al comparar el periodo de 8'30 hasta las 15'00 respecto al resto, pero no al comparar los demás intervalos entre sí, destacando que el periodo de 8'30 a 15 horas está habitualmente cubierto por un equipo de staff de urgencias, que siempre es el mismo en este turno, a diferencia del resto de los grupos horarios, cubiertos en turnos rotatorios por el resto de médicos del Centro.

Respecto a la calidad de los informes dependiendo del tipo de médico que efectúa la asistencia, los resultados pueden observarse en la Tabla III.

hora de atención	calidad informe
De 8,30 a 15,00	95,19% aceptables
De 15,01 a 21,00	85,79% aceptables
De 21,01 a 24,00	87,76% aceptables
De 00,01 a 8,29	97,73% aceptables
Diferencia significativa entre 1er. grupo y resto	

Tabla II. Control de calidad informes de urgencia.

tipo de médico	calidad informe
Médico adjunto	88,27% aceptables (n= 341)
Médico residente	98,95% aceptables (n= 95)
Médico de familia	93,55% aceptables (n= 62)
Adjunto/residentes-familia $p < 0,01$ sig.	

Tabla III. Control de calidad informes de urgencia.

Discusión

En la mayor parte de centros, y como consecuencia del actual «boom» de la demanda de urgencias hospitalarias, se abre historia clínica convencional a una fracción del conjunto de las asistencias, generalmente aquellas que requieren ingreso o un posterior control hospitalario, ya que en una gran mayoría de casos, la demanda no requerirá posteriores contactos hospitalarios, y se correría el riesgo de sobrecargar los archivos con documentación pasiva, por lo cual un alto porcentaje de las urgencias tan sólo conservan, desde un punto de vista documental, el informe asistencial de urgencias.

Así pues, de hecho, el informe asistencial de urgencias toma las funciones de la historia clínica, al mantener los objetivos de dejar constancia escrita del proceso asistencial, de servir de nexo con los demás médicos, ya del sistema de atención primaria, ya del mismo hospital, servir de información para el paciente de aquello que se le ha hecho y el por qué, de fuente de datos estadísticos, herramienta de control de calidad, auxiliar de docencia, e instrumento de defensa legal para el médico, el hospital, o el propio paciente.

Por tanto, creemos que es del máximo interés el que los informes asistenciales del servicio de urgencia, dado que de una u otra forma, cumplen las funciones fundamentales de la historia clínica, se cumplan también unos mínimos requerimientos de calidad que faciliten sus funciones antes mencionadas, y los conviertan en un documento realmente útil.

Con la finalidad de conseguir estos objetivos es necesaria la aplicación de técnicas de control de calidad asistencial, concretamente las referidas al control de cali-

dad «del proceso»¹, basadas en la tesis de que «si los métodos son de calidad, la asistencia prestada por el hospital será de calidad»². Desde esta visión, y con la premisa del cumplimiento cercano al 100% (standart), del criterio de que «toda urgencia debe tener su correspondiente informe asistencial», a lo cual, por otra parte, se está legalmente obligado³, hemos establecido unos criterios mínimos de apartados a cumplimentar forzosamente unos, e idóneamente otros, para considerar como «correcto», desde un punto de vista estructural del documento, a los informes asistenciales de urgencias hospitalarios.

Hemos valorado que era preciso que el informe asistencial de urgencia identificase al paciente y al médico responsable de la asistencia, establezca las bases para la formulación de un diagnóstico desde un punto de vista del motivo de la visita y/o de la historia actual, además, que aporte los resultados propiamente dichos, como para constatar el hecho de que se han practicado y el paciente ha sido debidamente estudiado, lo cual puede llegar a tener trascendencia judicial, si éste fuese el caso, reforzando el diagnóstico. Creemos que este diagnóstico debe estar claramente formulado, sin utilizar siglas, y, a partir de aquí, reseñar el tratamiento indicado y/o administrado, justificándolo a partir del diagnóstico establecido, para acabar indicando cual debe ser el seguimiento posterior del paciente, donde, por quién y en cuánto tiempo. Lógicamente, este informe debe ser legible, y para nosotros, desde un punto de vista de control de calidad del proceso asistencial, en algún lugar del documento acreditativo de la asistencia urgente, y aunque esta parte del informe no sea entregada al paciente, pero sí quede archivada en el centro, es precisa la responsabilización escrita y con la firma del médico correspondiente, de cualquier tratamiento farmacológico a administrar en el propio servicio de urgencias, y la constatación por parte de la enfermera, con su firma, de que el medicamento ha sido administrado, así como la referencia escrita de las constantes vitales, siempre que esté indicado, autorizaciones debidamente cumplimentadas para exploraciones relativamente complejas o determinadas intervenciones (pielografías, punciones, etc).

Como criterios mínimos, hemos considerado: la existencia de la identificación del paciente y la del médico responsable, la formulación mínima del motivo de la visita o historia actual y el establecimiento de una orientación diagnóstica clara, además de la legibilidad del documento. Somos más exigentes que otros autores⁴ en cuanto a los requerimientos mínimos de calidad, pero creemos que no es posible el rebajar el listón, dadas las funciones, arriba mencionadas, del informe asistencial de urgencia.

Creemos que los criterios por nosotros utilizados en el presente estudio, cumplen los requerimientos generales para ser aceptables y aceptados, es decir, son objetivos, verificables, globales, universales, específicos, pertinentes, fáciles de usar y sensibles⁵, y que no pueden ser considerados como excesivos.

Es preciso remarcar que, en esta fase inicial, por

nosotros formulada, del control de calidad de los informes asistenciales de urgencia, no trascendemos la fase «formal» del documento, pero creemos imprescindible el dejar sentado claramente cuáles son los criterios de calidad al respecto, para facilitar posteriores fases de control.

En el presente trabajo el control ha tomado la forma de audit^{6,7}, pero nuestra recomendación es el establecimiento de una línea de monitorización permanente, del mismo tipo al que se suele someter a las historias clínicas convencionales.

Creemos interesante el destacar, en nuestro estudio, una serie de hechos, de los cuales uno de los más importantes es la diferencia estadísticamente significativa referida a la corrección del informe asistencial de urgencia para el turno de 8'30 a 15 horas, coincidente, como hemos mencionado, con un equipo fijo, adscrito al servicio de urgencias, de lo cual se extrae que, evidentemente, la motivación del conjunto del personal asistencial es un factor fundamental para conseguir buenos niveles de calidad. Por otra parte, el hecho de que, también de forma significativa, los informes redactados por residentes y médicos de familia sean, en conjunto, más «correctos» que los de los adjuntos, a pesar de que, en teoría, todo haga pensar que el grado de formación científica de este personal y su eficacia tenga que ser superior, nos debe hacer reflexionar respecto a que, evidentemente, el control de calidad formal del documento es insuficiente para poder juzgar el nivel global de efectividad de un acto asistencial así como que el cumplimiento de los deberes considerados como «burocráticos» es más deficiente por parte del staff^{8,9}.

Por otra parte, la escasa presión que sobre el personal facultativo se efectuó a raíz del primer control (enero de 1988), y los resultados satisfactoriamente mejores obtenidos en el segundo control (abril 1989), pueden reflejar, además de una mayor participación en la actividad asistencial por parte de los médicos en formación o los médicos de familia, una predisposición superior a la que habitualmente se tiende a esperar^{9,10}, y que puede atribuirse al hecho del solo conocimiento de la existencia de un sistema de control, además de la reflexión en torno de los apartados que es preciso recoger sistemáticamente en todo informe asistencial de urgencia.

Los resultados comparativos por servicios reflejan, en nuestro criterio, algunos de los «tics» propios de cada una de las especialidades diversas, que se traducen en dar una mayor o menor importancia a determinados aspectos del informe asistencial, en relación al tipo de patología tratada.

Bibliografía

1. DONABEDIAN A. *Evaluating the Quality of Medical Care*. Milbank Memorial Fund Quarterly 1966; 44: 166-203.
2. CUESTA A, MORENO JA, GUTIERREZ R. *La calidad de la asistencia hospitalaria*. Barcelona. Doynna. 1986.
3. Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya. Orden de 25 de Abril de 1983. Depto. de Sanitat i Seguretat Social. DOGC. 325. 4. V. 1983.
4. GUILLEN SALAZAR S, VARÓ J, MARTÍNEZ A. *Resultados*

del control de los criterios mínimos de calidad en las historias clínicas de un servicio de urgencias. Comunicación al 5.º Simposio Internacional de Control de Calidad Asistencial. Control de Calidad Asistencial, 3, 1 (24). 1988.

5. VUORI H V. *El control de calidad en los servicios sanitarios.* Barcelona. Masson. 1988.

6. SUÑOL R, DELGADO R. *El audit médico: Un método para la evaluación de la asistencia.* Control de Calidad Asistencial, 1,1 (27-30). 1986.

7. HEALYS. *Health Care Quality Assurance Terminology.* HCQA, 1,1 (20-31). 1987.

8. SANAZARO P. *Autoevaluación profesional y calidad de la asistencia médica.* Control de Calidad Asistencial, 2, 4 (99-104). 1987.

9. VUORI H. *Introducir el control de calidad. Un ejercicio de audacia.* Control de Calidad Asistencial, 2, 1 (1-4). 1987.

10. ARLANDIS FJ, VILLALOBOS J, RIUS F, CISNEROS G, DOMÍNGUEZ M. *Estudio de la coordinación entre los servicios de cirugía y anatomía patológica.* Control de Calidad Asistencial, 4,2 (39-43). 1989.