

LA HISTORIA CLÍNICA DE URGENCIAS. UN PARÁMETRO DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA

B. De Miguel Manzano, M. Santiago Guervós, B. Candía*,
A. Blanco Hernández, D. Muñoz Alvarez, M.^a T. Martín Jiménez,
J. Jiménez Sierra, T. González Jiménez, C. Rodríguez Muñoz

Servicio de Urgencias. *Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles. Avila.

Resumen

Objetivo: Analizar y evaluar el grado de cumplimiento de parámetros básicos en los informes de alta del Servicio de Urgencias de nuestro hospital.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo a través del análisis de 120 informes de alta, obtenidos por muestreo aleatorio, con afijación proporcional por meses, de un total de 12.608 informes de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, durante el período comprendido entre el uno de enero y el 30 de junio de 1993.

Se analizan nueve variables: fecha de atención, identificación del paciente, motivo de consulta, pruebas complementarias comentadas, diagnóstico, tratamiento, pautas de revisión, identificación del facultativo y legibilidad, a partir de las cuales se establece el indicador «informe de alta correctamente cumplimentado».

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS/PC + 4.0.

Resultados: Un 72,1% (IC 95%: 63,5-80,7) tenían un «Informe de alta correctamente cumplimentado». En un 98,1% (IC 99%: 91,4-99,9) de los informes constaba el motivo de consulta y en un 100% la identificación del paciente y la fecha de alta. El diagnóstico aparecía consignado en el 98,1% (IC 99%: 91,4-99,9) y el tratamiento en un 91,3% (IC

95%: 88,5-98,1). El criterio de legibilidad se observó en un 93,3% y la identificación del facultativo sólo en un 80,8%.

Conclusiones: 1. Debe establecerse un estándar mínimo del 80% para «el informe correctamente cumplimentado»; 2. Proponemos realizar una auditoría semestral o anual de las historias clínicas de los Servicios de Urgencias, con una mayor implicación de los facultativos en la cumplimentación correcta de la historia clínica; 3. La legibilidad de los informes de alta es un parámetro de calidad primordial. La excesiva carga de trabajo nunca debe considerarse una excusa.

Palabras clave: Historia clínica. Calidad. Urgencias.

Abstract

Objective: The main target is to analyze and to evaluate the performance degree of basic parameter in the references of the certificate of discharge in Emergency Service from our hospital.

Equipment and methods: We make a retrospective investigation across the analysis of 120 references of certificates of discharge, which have been obtained by aleatory sampling with a proportional fixation for months. The whole number of patients who were seeing because of an urgent matter in Emergency Service of the Hospital Nuestra Señora de Sonsoles is 12.608, during the period of time from the 1st of January to the 30th of June of 1993.

We analyze nine variables: the serving's date, the patient's identity, the examination's reason, some comple-

Correspondencia: Dr. Benito de Miguel Manzano.
Servicio de Urgencias. Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles.
Ctra. de Madrid, Km. 109. Avila 05004.

mentary test with comments, the diagnosis, the treatment, some plans of review, the doctor's identity and the legibility. After these variables we write this indicator: "Certificate of discharge's sampling perfectly filling".

The statical research was made with the statical medium SPSS/PC + 4.0.

Effects: 72,1% of them (IC 95%: 63,5-80,7) has an "Certificate of discharge's sampling perfectly filling". 98,1% (ICd 99%: 91,4-99,9) of the references stated the examination's reason and 100% of the references stated the patient's identity and the date of discharge's certificate. The diagnosis was registered in 98,1% of them (IC 99%: 91,4-99,9). 91,3% (IC 95%: 88,5-98,1) have the treatment. The legibility approach was observed in 93,3% of them and the doctor's identity only appeared in 80,8% of them.

Conclusions: 1. It is essential to establish a minimum standard by 80% to "the referency perfectly filling". 2. We propose to make a biannual or annual audit from the clinical cases of the Emergency Service with more involvement for doctors to fill perfectly the clinical case. 3. The legibility of discharge's researches is a basic quality parameter. The possible overwork never had to be considered as an excuse for not writing it in the researches.

Key words: Hostory clinic. Quality. Emergency.

Introducción

La valoración de la calidad asistencial constituye un complejo proceso que, además de su interés, requiere una valoración de la estructura del centro donde se realiza la asistencia, el «proceso» de la atención al enfermo y los resultados obtenidos^{1,2}.

Dentro del «proceso», la historia clínica (HC) constituye un documento esencial y, aunque en si misma no supone una garantía de calidad en la atención prestada, puede inferirse una relación estrecha entre ésta y la calidad de la historia clínica³⁻⁵. La medida de los niveles de cumplimentación de las historias clínicas, como instrumento de control de calidad del proceso asistencial, constituye un elemento objetivo, cada vez más empleado en los servicios clínicos hospitalarios^{6,7} y en Atención Primaria^{8,9}. En los Servicios de Urgencias (SU), la HC o informe de alta, muy a menudo infravalorado, constituye además un documento fundamental a través del cual el paciente y su médico de cabecera o especialista de área, recibe una información médica de lo acontecido entre el enfermo y dicho Servicio. La masificación existente en los SU favorece, a veces, la emisión de Informes o HC breves, en las que pueden

omitirse datos esenciales para el paciente, su médico de cabecera u otros profesionales médicos.

Objetivos

La importancia de este documento para el análisis, como transmisor de información e indicador de calidad de la asistencia prestada, nos llevó a realizar el presente estudio con los siguientes objetivos: 1. Analizar retrospectivamente y evaluar el grado de cumplimentación de parámetros básicos en los informes de alta (HC) del SU de nuestro hospital. 2. Fijar un estándar de calidad e introducir los cambios necesarios para su mejoría y futuro control.

Material y métodos

Selección de la muestra: Se recogió, retrospectivamente, un listado de todos los pacientes que visitaron el Servicio de Urgencias del Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles de Avila, desde el día uno de enero al treinta de junio de 1993 (12.608). Se realizó un muestreo aleatorio, con asignación proporcional por meses, obteniéndose 20 historias clínicas por mes, lo que supone un total de 120 historias clínicas.

Variables: Se procedió al estudio de cada informe clínico de alta recogiendo nueve parámetros (consignación de la fecha de atención, identificación del paciente, motivo de consulta, pruebas complementarias, diagnóstico, tratamiento, pautas de revisión, identificación del facultativo y legibilidad) de cuya cumplimentación se obtendría el indicador «informe de alta correctamente cumplimentado». Cada variable sólo admitía dos valores: presente o ausente.

Estadística: Se realizó un estudio del porcentaje e intervalo de confianza de «Consultas con informe de alta correctamente cumplimentado», especificando el grado de cumplimentación de cada una de las variables. Para ello se empleó el paquete estadístico SPSS/PC+4.0.

Resultados

De las 120 historias clínicas analizadas un 72,1% (IC 95%: 63,5-80,7) tenían un «informe de alta correctamente cumplimentado» (Fig. 1). De las diferentes variables analizadas se observó que la fecha de alta y la identificación del paciente constaba en el 100% (IC 99%: 93,1-100) (Fig. 2). El motivo de consulta aparecía en el 98,1% (IC 99%: 91,4-99,9) (Fig. 3). Las pruebas complementarias se observaron en el 92,3% (IC 99%: 87,2-97,4) y el diagnóstico, en un 98,1% (IC 99%: 91,4-99,9). El tratamiento figuraba en un 91,3 (IC 95%: 88,5-98,1) si bien, en un 1,9% no se precisaba (Fig. 3). Las pautas de revisión se incluye-

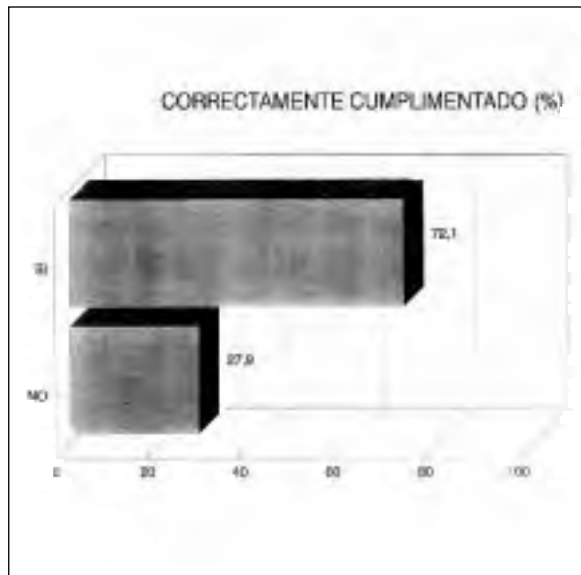


Figura 1. Informe de alta en urgencias. Correctamente cumplimentado (%).

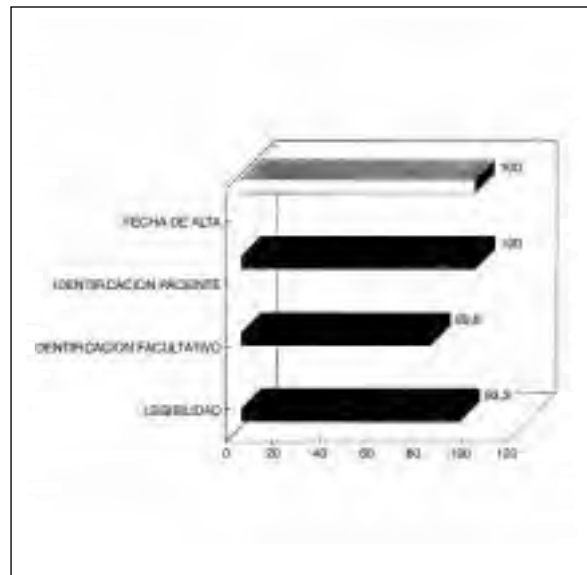


Figura 2. Grado de cumplimentación (%).

ron en el 88,5% de los informes de alta (IC 95%: 84,7-96,1), no siendo precisa en un 1,9%. Un 93,3% (IC 95%: 86,6-97,2) cumplían el criterio de legibilidad (Fig. 2). La identificación del facultativo se encontró en un 80,8%.

Discusión y conclusiones

La existencia de un registro informatizado de todos los pacientes que acceden al área de urgencias, explica el alto porcentaje alcanzado en la recogida de los datos de filiación/identificación del paciente (100%) (Fig. 2). Toda HC va encabezada por una pegatina que recoge nueve parámetros estadístico-administrativos (número de afiliación a la seguridad social, nombre y apellidos, edad, domicilio, teléfono, fecha de ingreso, hora de ingreso y número de orden de casos atendidos en el año). La incorporación de la informática a la gestión de los Servicios clínicos ha perfeccionado y facilitado enormemente los sistemas de registro, contribuyendo a mejorar el nivel de la asistencia prestada.

Se verificó la existencia de motivo de consulta en un 98,1% de los informes clínicos de alta revisados (Fig. 3). Nuestros resultados son similares a los comunicados por Guix y cols.⁷. Llama la atención que este parámetro no sea considerado en las auditorías de la HC manejadas en algunos estudios realizados en Atención Primaria^{9, 10}.

Las pruebas complementarias y el diagnóstico figuraban especificados respectivamente en el 92,3 y

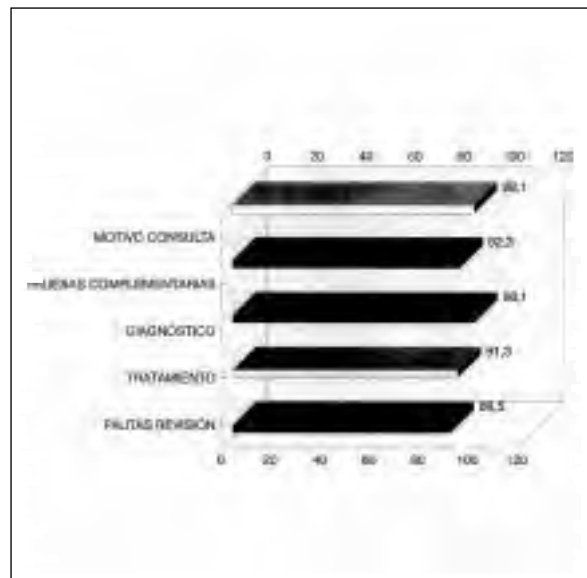


Figura 3. Grado de cumplimentación (%).

98,1% de las historias revisadas, siendo equiparables nuestros hallazgos a los de otros autores⁷. El tratamiento indicado (91,3%) y las pautas de revisión (88,5%) tras el alta médica son dos elementos esenciales en el Informe de asistencia del SU. Su cumplimentación en nuestro estudio es elevada, sin embargo requiere una mayor atención en lo sucesivo.

La legibilidad de los informes clínicos es un requisito exigible para el 100% de los mismos. Debe considerarse como un parámetro imprescindible en la valoración de la cumplimentación correcta de los informes de alta y tener un peso específico importante, ya que el informe de alta constituye un documento que avala nuestro nivel profesional y sirve de transmisor de información útil para el paciente y otros profesionales sanitarios. Consideramos que nuestros resultados en este aspecto (un 93,3% de los informes cumplían el criterio de legibilidad), a pesar de ser aceptables y concordar con otros trabajos^{7, 11}, no son suficientes y se debe insistir en hacer un gran esfuerzo para alcanzar el 100%.

La identificación del facultativo alcanzó niveles aceptables (80,8%) si lo comparamos con otros estudios^{7, 11}. Creemos que es imprescindible que el facultativo que emite el informe lo rubrique con su firma legible y/o su número de colegiado, ratificando y responsabilizándose de lo escrito.

En conjunto, un 72,1% de los informes clínicos de alta cumplían el criterio «Informes correctamente cumplimentados». Si bien otros autores obtienen mejores resultados (76,7%), sólo consideran en la obtención de este criterio, el análisis de 3 parámetros de la HC de urgencias: motivo de consulta o historia actual, orientación diagnóstica e informe legible⁷.

La medida de los niveles de cumplimentación del informe clínico de urgencias además de ser un procedimiento fácil y efectivo, permite la evaluación sistematizada del «proceso» de la asistencia e imprime un ánimo dinamizador y participativo en el conjunto de los profesionales implicados.

Entre las conclusiones obtenidas tras la realización de este estudio queremos destacar que:

1. Se debe establecer un estándar mínimo del 80% para el «Informe correctamente cumplimentado», siendo deseable alcanzar el nivel óptimo del 100%.

2. Las auditorías de las historias clínicas de Urgencias deberían hacerse al menos con una periodicidad semestral o anual junto con las del resto de los servi-

cios clínicos hospitalarios, y propiciar a través de la Comisión de garantía de calidad, una mayor implicación de los facultativos en la cumplimentación correcta de las historias e informes clínicos.

3. Es importante insistir en la trascendencia que tiene la legibilidad de los informes emitidos. La carga de trabajo, muchas veces excesiva en los Servicios de Urgencias, no puede ser una excusa, y los médicos hemos de concienciarnos en este sentido.

Bibliografía

1. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988; 260: 1743-48.
2. Suñol R, Delgado R. La auditoría médica: un método para la evaluación de la asistencia. Control de calidad asistencial. 1986; 27-30.
3. Martín A, Cano JF. Manual de Atención Primaria. Barcelona. Doyma. 1989.
4. Díaz González RJ, Hidalgo Rodrigo I. Plan de gestión e integración de un Servicio de Psiquiatría en un área de salud. 1995. Madrid. Ed. Inresa.
5. San Martín H. Planificación del hospital III. Funcionamiento y rendimiento del hospital. Med. Postgrad (MIR) 1979; 1: 609-18.
6. Viana Alonso A, Portillo Pérez-Olivares H, Rodríguez Rodríguez A, Hernández Lanchas C, Rosa Herranz C, De la Morena Fernández J. Calidad de los informes de alta de Castilla-La Mancha en los Servicios de Medicina Interna (valoración de la información clínica). An Med Int (Madrid) 1993; 10 (6): 280-282.
7. Guix Oliver J. Elementos de calidad en el informe de asistencia de urgencias. Emergencias 1991; 3 (3): 194-197.
8. Ordoño JM, Díez A, Esquisabel R, Medrano MT, Ayesa G, Pereda L, Arroniz M. Introducción del control de calidad en un centro de salud: evaluación del registro de la historia del usuario y de los problemas detectados. Atención Primaria 1993; 12 (3): 156-159.
9. Soler Torro JM, Ros García A, Solanas Prats JV, Momparler C. Estudio de la calidad de los registros de atención continuada en un centro de Atención Primaria. Atención Primaria 1993; 12 (4): 241-242.
10. Corral Gómez FJ, Arrojo López I, Gallego Valdeiglesias A, Martínez Barredo JM, Meilán Pérez A, Miguez Gallego M, Machín Fernández AJ. Auditoría de las historias clínicas de un centro de salud. Atención Primaria 1993 12 (4): 220-222.
11. Gil V, Arenas MS, Quirce F, Simón-Talero M, Belda J, Merino J. Interés de las auditorías de las historias clínicas. Nuestra experiencia en cinco años. Atención Primaria 1993; 12 (4): 185-190.