

Cumplimentación de la historia clínica. Concordancia entre dos sistemas de registro en un servicio de urgencias extrahospitalario

E. I. García Criado*, M. Torres Trillo**, M. Perea Molera*, M. Barbado Gómez***, J. E. Murillo Céspedes*, M. C. Sánchez Fernández*

* MÉDICO DEL SERVICIO ESPECIAL DE URGENCIAS (SEU) DEL AMBULATORIO DE LA AVDA. DE AMÉRICA. ** DUE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA. *** DUE DEL SERVICIO ESPECIAL DE URGENCIAS DEL AMBULATORIO DE LA AVDA. DE AMÉRICA. CÓRDOBA.

RESUMEN

Objetivos: La Historia Clínica (HC) es una herramienta esencial para el trabajo médico y útil para el proceso y evaluación de control de calidad asistencial. Hemos estudiado el grado de cumplimentación y la concordancia entre los sistemas de registro de nuestro Servicio de Urgencias Extrahospitalario (HC y libro de registro). **Método:** Estudio retrospectivo descriptivo y comparativo. Muestra de 320 HC, escogidas de modo aleatorio de un total de 36.174 pacientes atendidos durante 1998. Criterio de inclusión: estar anotados en el libro de registro general de consulta para ser cotejados con las HC realizadas. Variables a estudio: Datos de Identificación: administrativos, clínicos y de identificación del facultativo. Variables dicotómicas (sí/no) y análisis estadístico de Epi-Info V 6-04, con proporciones, chi cuadrado, F de Snedecor, Índice de Kappa. **Resultados:** De los 320 registros seleccionados, 296 (92,5%) tenían HC y 24 (7,5%) no. La concordancia entre datos anotados en «libro de registro» y HC coincidieron en un 98,7%. El 0,61% de la muestra correspondió a días festivos y el resto laborales. El registro de Identificación Personal (IDP) fue incompleto en un 97,8% a expensas de la dirección, el teléfono y DNI del paciente (89,6%: $p < 0,01$). Las odontalgias eran las patologías que menos HC generaban ($F = 18,004$; $p < 0,001$). **Conclusiones:** La realización de la HC a los pacientes anotados en el libro general de registro muestra un porcentaje aceptable. El bajo número de registro de IDP fue a expensas de la dirección, teléfono y DNI, situación que se podría resolver con la informatización de dichos registros. Las constantes vitales, anamnesis y pruebas complementarias y su transcripción son de baja cumplimentación, lo que resta calidad a la HC, justificable por ser patologías más banales las observadas en estos centros. No se cumplimenta adecuadamente la identificación del médico.

Palabras Clave: *Sistemas de Registro. Historia Clínica. Cumplimentación. Urgencias.*

Correspondencia: Emilio Ildelfonso García Criado. Avda. del Aeropuerto, 35, 4.º, 3.º 14004 Córdoba.

ABSTRACT

Filling out the clinical history. Agreement between two registry systems in a community emergency service

Objectives: The Clinical History (HC) it is an essential tool for the medical and useful work for the process and evaluation of control of assistance quality. We have studied the fulfillment degree and the agreement among the systems of registration of our Service of Urgencias Extrahospitalario (HC and registration book). **Method:** I study retrospective descriptive and comparative. It shows of 320 HC, chosen in aleatory way of a total of 36,174 patients assisted during 1998. Sample size with level of trust of 95%, precision 0.5 ($p = q = 0.5$). Inclusion Approach: to be written down in the book of general registration of consultation to be compared with the carried out HC. Variables to study: Data of Identification: administrative clinical and of the doctor's identification. Variable dicotomics (yes/no) and statistical analysis of Epi-Info V 6-04, with proportions, square chi, F of Snedecor, Index of Kappa. **Results:** Of the 320 selected registrations 296 (92.5%) they had HC and 24 (7.5%) not. The agreement among data scored in registration book and HC coincided in 98.7%. 0.61% of the sample corresponded to festival days and the labor rest. The registration of Personal Identification (IDP) it was incomplete in a 97.8% to expense of the address and the telephone and the patient's DNI (89.6%: $p < 0.01$). The odontalgias were the pathologies that less HC generated ($F = 18,004$; $p < 0.001$). **Conclusions:** The realization of the HC to the patients scored in the general book of registration shows an acceptable percentage. The first floor number of registration of IDP went to expense of the address, telephone and DNI, situation that cold be solved with the informatization of this registrations. The vital constants, anamnesis and complementary tests and their transcription are of low fulfillment, it subtracts it quality to the HC, justifiable to be more banal pathology those observed in these centers. It is not executed the doctor's identification appropriately.

Key Words: *Systems of Register. Clinical History. Cumplimentation. Urgencies.*

Fecha de recepción: 12-1-2000
Fecha de aceptación: 10-5-2000



INTRODUCCIÓN

La Historia Clínica (HC) es una herramienta esencial para el trabajo médico y útil para el proceso y evaluación de control de calidad asistencial, por lo que está sometida a constantes novedades científicas y administrativas, debiéndose adecuar a los nuevos tiempos y tecnologías que se avecinan en la sanidad¹.

Aunque sabemos que el acto médico se basa en establecer una relación médico-paciente adecuada, hoy en día la HC se ha convertido en una necesidad para el buen funcionamiento del sistema sanitario, no sólo desde el punto de vista asistencial y como medio de comunicación completa entre profesionales², sino como instrumento básico en el proceso de evaluación (control de calidad de dicha asistencia) y desde el punto de vista jurídico-ético, como documento de confidencialidad y de intimidad^{3,4}.

No obstante, su nivel de cumplimentación en las urgencias extrahospitalarias, a diferencia de las hospitalarias, es aún bajo en nuestro país y a pesar de la importancia de los datos que la HC incluye no existe, por ahora, una ley que establezca con claridad principios fundamentales en esta materia¹. De igual modo, nos podemos encontrar con diversos tipos de registro en un mismo centro, lo que enlentece la labor asistencial y conlleva a la pérdida de información del acto médico en sí y de su posterior valoración clínica, jurídica-ética, informática, etc.

Para valorar cómo afecta este problema en nuestro centro asistencial hemos estudiado el grado de cumplimentación y la concordancia entre los dos sistemas de registro (HC y «libro de registro» general de consulta) de nuestro Servicio de Urgencias Extrahospitalario.

MÉTODOS

Hemos realizado un estudio retrospectivo descriptivo y comparativo. Para ello seleccionamos una muestra de 320 HC, escogidas de modo aleatorio de un total de 36.174 pacientes atendidos durante 1998. Tamaño de muestra con nivel de confianza del 95%, precisión 0,5 para la situación más desfavorable ($p = q = 0,5$).

El criterio de inclusión fue estar anotados en el «libro de registro» general de consulta, de modo legible y completando los siguientes ítems: Día de la asistencia; Hora de asistencia; N.º de orden de paciente atendido en el día de la asistencia; Nombre y apellidos del paciente; Juicio Clínico; Nombre y apellidos del facultativo que lo atendió; Procedencia del paciente; Destino del paciente; a fin de poder cotejar-

los con las HC realizadas cuyo modelo se muestra en la Figura 1.

Las variables a estudio fueron: *Datos de Identificación*: A) Personal (IDP): Nombre y apellidos, edad, dirección, teléfono, DNI. B) Administrativa (IDA): Fecha, hora, n.º filiación, remitido por; Letra Legible (LL); Constantes Vitales (CV); Antecedentes personales (AP); Anamnesis (AN). Incluye motivo de consulta; Exploración física (ExF); Pruebas complementarias y su transcripción (PC); Impresión clínica de Urgencias (JC); Tratamiento (TT°); Destino del paciente (D); *Identificación del Facultativo*: A) Firma (F), con nombre y apellidos legibles. B) Número de colegiado (N.ºC).

En el caso de los datos de identificación personal (IDP e IDA), se consideraron completos (cp) cuando se registraban el 100% de los ítems e incompletos (icp), el resto.

Las variables fueron categorizadas como dicotómicas (sí/no). Todas las HC fueron leídas por dos observadores, aplicándoseles a sus observaciones el Test de Concordancia o Índice de Kappa para valorar al menos el 60% de lectura total del texto.

Los datos fueron almacenados en la base de datos Access de Microsoft Word y el análisis estadístico se efectuó mediante el programa Epi-Info V 6-04, comprobando la posible relación entre las variables cualitativas mediante el test de chi cuadrado o la prueba exacta de Fischer. Para determinar la magnitud de la correlación calculamos el coeficiente de regresión de Spearman. De igual modo, se realizó un test de F de Snedecor para comprobar la igualdad de las varianzas (ANOVA) y la t de Student para muestras independientes. El resto de las variables se expresó como proporciones.

RESULTADOS

De los 320 registros seleccionados, 296 (92,5%) tenían HC y 24 (7,5%) no.

La concordancia entre los datos anotados en el «libro de registro» y los obtenidos de la HC coincidieron en un 98,7%, siendo los referentes a horario de asistencia y destino del paciente los que presentaron mayor variabilidad ($F = 5,25$; $p < 0,042$).

En la Tabla 1 podemos contemplar los valores obtenidos de las variables estudiadas del total de las HC de nuestra muestra. Dichos valores vienen expresados en %.

El cálculo de concordancia entre observadores o Índice de Kappa de nuestro estudio arrojó un porcentaje del 55%.

El 0,61% de las HC de la muestra correspondió a días festivos y el resto laborales.

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO "REINA SOFÍA" SERVICIO DE URGENCIAS Atén. Emergencia 24h de atención</p>	Nombre: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Edad: _____ Apellidos: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____ C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ H.C.: _____ Nº Afiliación: _____ DNI: _____	Contador IDP 01/11/01 02/11/01 03/11/01 04/11/01 05/11/01 06/11/01 07/11/01 08/11/01 09/11/01 10/11/01	
	Clasificado por: _____ Motivo de Consulta: _____ L1: _____ T1: _____ P1: _____ P1: _____ M1: _____ M1: _____ C1: _____ C1: _____	ANAMNESIS, EXPLORACIÓN FÍSICA, PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	
IMPRESIÓN CLÍNICA DE URGENCIAS: _____		TRATAMIENTO: _____	
DESTINO DEL PACIENTE: Alta de Urgencias: P1: _____ Hora: _____ Punto de destino: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		FIRMA DEL FACULTATIVO: D1: _____ Colegiado Nº: _____	
Ejemplar para el Enfermo			15

Figura 1. Modelo de HC utilizado.

Al relacionar días festivos con cumplimentación de HC y anotación en el «libro de registro» observamos que dichos días festivos el número de pacientes atendidos era mayor. También era mayor el número de anotaciones en el libro de registro que el de HC cumplimentadas ($p = 0,01$).

El registro de IDP fue incompleto en un 97,8% a expensas de la dirección, el teléfono y DNI del paciente (89,6%; $p < 0,01$).

Al correlacionar la cumplimentación de la HC con la anotación en el «libro de registro» y el motivo de consulta (AN), observamos que las odontalgias (JC) eran las patologías que menos HC generaban ($F = 18.004$; $p < 0,001$). De igual modo, al relacionar la hora de asistencia (ítem dentro de la IDA) y la cumplimentación de las variables IDP, AP y PC, observamos que en el rango horario que va desde la 2 a las 6 horas

no se rellenan estos datos del paciente, si bien la diferencia no fue significativa ($F = 3,21$; $p < 0,62$).

DISCUSIÓN

Los datos obtenidos en el presente estudio muestran un alto porcentaje de cumplimentación de la HC respecto a la inscripción de estos pacientes en el «libro de registro» de nuestro servicio, siendo significativo el no realizarse HC con los días festivos en los que a su vez existía mayor demanda de asistencia al centro. No obstante, en los apartados IDP, CV, AN, PC y F, el nivel de cumplimentación es muy bajo.

Si comparamos nuestros datos con los obtenidos por Vento Rehues y cols.⁵, vemos cómo no coinciden totalmente con la baja anotación de las constantes vitales (66,6% frente a un 95,4%), mientras que en el JC, TT.º, D y N.º C, sí que concuerdan con nuestros resultados, aunque con valores mayores de anotación para ellos respecto a TT.º y N.º C. No obstante, sus resultados distan de los nuestros respecto a la IDP que ellos engloban en sus denominadas variables administrativas

TABLA 1. Valores obtenidos para las variables estudiadas, expresados en %.

Registro	SÍ	NO
IDP	2,2 (cp)	97,8 (icp)
IDA	87,5 (cp)	12,5 (icp)
LL	80,2	19,8
CV	4,6	95,4
AP	52,4	47,6
AN	20,5	79,5
ExF	70,2	29,8
PC	34,6	65,4
JC	92,4	7,6
TTº	95,3	4,7
D	79,4	20,6
F	7,6	92,4
N.º C	93,1	6,9

IDP = Identificación Personal; IDA = Identificación Administrativa; LL = Letra Legible; CV = Constantes Vitales; AP = Antecedentes Personales; AN = Anamnesis (incluye motivo de consulta); ExF = Exploración Física; PC = Pruebas Complementarias y su Transcripción; JC = Impresión Clínica de Urgencias; TT.º = Tratamiento; D = Destino del Paciente; F = Firma con nombre y apellidos legibles del facultativo; N.º C = Número de Colegiado.



(VA). Esta diferencia puede ser debida a que su estudio se desarrolla en medio hospitalario y no extrahospitalario, pudiendo contar por ello con informatización de los datos de filiación y de la HC en sí, con todas las ventajas e inconvenientes que esto conlleva⁶. También coinciden con nosotros en que un alto porcentaje de HC son legibles, siendo nuestro índice de Kappa del 55% pudiéndolo definir como de buena concordancia entre observadores.

El bajo registro de IDP a expensas de dirección, teléfono y DNI al igual que otros ítems se podrían resolver con la informatización de los registros de los Servicios Extrahospitalarios de Urgencias (etiquetas adhesivas en IDP e IDA), pudiendo disponer, a tiempo real, de la situación del paciente en toda la red sanitaria asistencial. Dicha informatización nos serviría, entre otras cosas, para aplicar indicadores de calidad como los comunicados por Navarro Mora y cols.⁷, que simplificarían y homogenizarían los diagnósticos, permitiendo evaluar y planificar los servicios eficazmente y cuya utilización ha demostrado hasta disminuir la prescripción de antibióticos⁸.

Lejos de los progresos de la telemedicina de los EE.UU. con el desarrollo interactivo de consultas⁹, nos debemos plantear algún sistema que incremente la baja cumplimentación de los apartados CV, AN y PC de la historia clínica, toda vez que el no hacerlo está restando y en el futuro restará aún más calidad a dicha HC. Podemos y debemos poner la nueva tecnología al servicio de la sanidad no sólo en la Atención Primaria para el uso de prescripción y actualización de datos^{10,11} sino para disminuir los errores en la interpretación de los datos de la HC¹² y para una integración de los múltiples conocimientos que se pueden escapar al profesional de la Medicina, que se vería ayudado por esa nueva tecnología¹³.

Debemos contar con instrumentos validados para valorar

el proceso en la decisión clínica¹⁴, ya que la atención sanitaria urgente, lejos de disminuir su volumen, tiende a incrementarlo a cotas insospechadas tanto a nivel extrahospitalario como hospitalario¹⁵. Por ello podríamos validar registros de morbilidad atendida que disminuyan esos resultados encontrados en nuestro estudio respecto a la falta cumplimentación de datos importantes de la HC a horas de mayor cansancio (de 2 a 6 h.) y/o de mayor demanda asistencial. Datos que aunque hayan correspondido a una patología banal (odontalgia), podrían trasladarse a patología más relevante. Mejoraríamos con ello la calidad asistencial a las urgencias y crearíamos un sistema de registro sólido, completo y competente que de paso nos salvaguarde de los problemas médico-legales y éticos que en un futuro no muy lejano nos aguardan^{3,4}, habida cuenta de que el médico de los Servicios de Urgencias, por lo general, es un buen cumplimentador de registros sanitarios¹⁷.

Podemos concluir diciendo que:

- La realización de la HC a los pacientes anotados en el libro general de registro de nuestro servicio muestra un porcentaje aceptable.
- El bajo número de registro de IDP fue a expensas de la dirección, teléfono y DNI, situación que se podría resolver con la informatización de dichos registros (etiquetas adhesivas en IDP e IDA), como demuestran trabajos parecidos realizados en el ámbito hospitalario.
- Las CV, AN y PC son de baja cumplimentación, lo que resta calidad a la HC, si bien se podría justificar por el tipo de patología, a veces más banal, que se atiende en estos centros.
- Por último observamos que no se cumplimenta adecuadamente la identificación del médico (F), hecho a tener en cuenta debido a los problemas jurídicos y administrativos que dicha situación puede conllevar.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Payán MJ. La historia clínica y su adaptación a la realidad sanitaria. El Médico 1998;3:20-6.
- 2- Carricondo Guirao A, Atea Cabezas MA, Torres López A, Recuero Sagardoy M, Guillén Sánchez F, Ariza Wachler R. Evaluación del grado de cumplimentación de la historia de enfermería en emergencias sanitarias. Emergencias 1999;11:102-4.
- 3- Criado MT. Aspectos médicos-legales de la historia clínica. Med Clin (Barc) 1999;112:24-8.
- 4- Durán Escribano M. La intimidad del cuidado y el cuidado de la intimidad. Una reflexión desde la ética. Rev ROL Enf 1999;22:303-7.
- 5- Vento Rehues RM, Lucas Imbernon FJ, Molina Sánchez F, Díaz Torres C, Meseguer Ruiz V. Cumplimentación de la historia clínica de urgencias. Un indicador de calidad asistencial. Emergencias 1999;11 (supl):239-40.
- 6- Powsner SM, Wyatt JC, Wright P. Opportunities for and challenges of computerisations. Lancet 1998;352: 1617-22.
- 7- Navarro Mora A, Pérez Camacho JM, Molina Santiago F. Propuesta de definición de indicadores de calidad. Evaluación de las historias clínicas de un dispositivo de cuidados críticos y urgencias de atención primaria. VII Congreso de la SEMES Sección Andalucía Sevilla 1999. Libro de resúmenes de comunicaciones, p. 35.
- 8- Ornstein SM, Jenkins RG, McFarlane L, Glaser A, Snyder K, Gundrum T.

Electronic medical records as tools for quality improvement in ambulatory practice: theory and a case study. *Top Health Inform Manage* 1998;19:35-43.

9- Strode SW, Gustkc S, Allen A. Technical and clinical progress in telemedicine. *JAMA* 1999;281:1066-8.

10- Schiff GD, Rucker TD. Computerized prescribing. Building the electronic infrastructure for better medication usage. *JAMA* 1998;279:1024-9.

11- Alonso López FA. Transición de registros manuales a mecánicos: experiencia en informatización del País Vasco. *Cuadernos Gestión* 1998;4:86-93.

12- Wright P, Jansen C, Wyatt JC. How to limit clinical errors in interpretation of date. *Lancet* 1998;352:1539-43.

13- Lowe HJ. Multimedia electronic medical record systems. *Acad Med* 1999;74:146-52.

14- Galán JG. A method for evaluating health care providers' decision making: the Provider Decision Process Assessment Instrument. *Med Dec Making* 1999;19:38-41.

15- Mengual L. La atención sanitaria urgente. Factores relacionados con la utilización de los servicios de urgencias

hospitalarios. *Cuadernos Gestión* 1998;4:63-73.

16- Brit H, Angelis M, Harris E. The reliability and validity of doctor recorded morbidity data in active data collection systems. *Scand J Prim Health Care* 1998;16:50-5.

17- Martínez Membrilla S, Parra Rodríguez JC, Martínez Blanco J, Muñoz Velarde P, García Arroyo A, Vargas López E. El libro de registros de urgencias. VII Congreso de la SEMES Sección Andalucía Sevilla 1999. Libro de resúmenes de comunicaciones, p. 32.