

Programa de garantía de calidad de las historias clínicas

J. Basterretxea Oiarzábal^a, M. Irusta Argoitia^b, I. Lazkano Galdós^a
y E. Gametxogoikotxea Ribera^a

^aMédico de Familia. ^bDiplomado Universitario de Enfermería. Centro de Salud de Markina. Bizkaia.

OBJETIVO: Realizar una evaluación de la calidad de las historias clínicas de nuestro centro de salud.

MÉTODO: Se cuantifican todas las historias existentes y se estudia una muestra aleatoria (muestreo estratificado sistemático) de 200 historias clínicas de medicina general y pediatría de un equipo de atención primaria (EAP) en un medio rural y se compara con unos estándares prefijados por nosotros como ideales (el 90% de pacientes deben estar historiados y el 75% de las historias deben cumplir determinados criterios de calidad). El EAP, a la vista de los resultados, propone unas medidas correctoras de la calidad que se aplican durante un año. Tras este año, se vuelven a cuantificar las historias y se estudia otra muestra aleatoria semejante.

RESULTADOS: En 1997, el número total de historias abiertas era de 3.873, lo que supone que un 70,76% de los pacientes adscritos estaban historiados. El 58,50% de las historias de la muestra aleatoria cumplía criterios de calidad. Tras aplicar durante un año las medidas correctoras, se observa que cumplen los criterios de calidad el 65% (una mejora global del 6,5%). El número total de historias abiertas es de 4.327, es decir, el 85,31% (un incremento del 14,75%).

CONCLUSIONES: A la vista del incremento en todos los parámetros tras aplicar las medidas correctoras, parece que éstas son adecuadas. La mejora de la calidad es evidente, aunque desigual en los distintos cupos, debido probablemente a las circunstancias de cada cupo y al empeño en aplicar las medidas.

Palabras clave:

Atención primaria. Historias clínicas. Garantía de calidad.

PROGRAMME OF QUALITY GUARANTEE IN CLINICAL RECORDS

OBJECTIVE: To evaluate the quality of clinical records in our health center.

METHODS: All existing clinical records were quantified and a random sample was studied (systematic stratified sampling) of 200 clinical records of general medicine and pediatrics of a primary care team (PCT) in a rural setting. The quality was compared with standards already predetermined by the authors as ideal (90% of patients should have a clinical history taken and 75% of records should meet determined quality criteria). Given the results, the PCT proposed some corrective measures which were in force for one year. Clinical records were quantified again and a similar random sample was studied.

RESULTS: In 1997, the total of open clinical records was 3873, which corresponded to 70.76% of all adscribed patients. A percentage of 58.50 met the quality criteria. After applying the corrective measures for one year, 65% of clinical records met the quality criteria (an overall improvement of 6.5%). The total number of open records was 4327, that is, 85.31% (14.75% increment).

CONCLUSION: The corrective measures were appropriate on the basis of the increment in all parameters after applying the corrective measures. The improvement in quality is evident although unevenly distributed in the different quotas, probably due to specific circumstances in each quota and to the determination in applying other measures.

Key words:

Primary care. Clinical records. Quality guarantee.

INTRODUCCIÓN

Es conocida la vigencia de los estudios de calidad en cualquier nivel de nuestros sistemas sanitarios, tanto que el control de la calidad es uno de los puntos básicos del contrato-programa de la Comarca Interior del SVS-Osa-

kidetza¹. Sin embargo, los médicos de atención primaria en general no son conscientes de la baja calidad de sus historias², por lo que hemos decidido llevar a cabo un programa de garantía de calidad de las historias clínicas en nuestro centro de salud (CS), muy básico pero que es un inicio para un equipo de atención primaria (EAP) recién formado.

El trabajo que presentamos consiste en un programa completo de garantía de calidad y consta, por tanto, de dos partes: el ciclo evaluativo y la posterior monitorización.

Correspondencia: Dra. J. Basterretxea Oiarzábal.
Centro de Salud de Markina.
Karmen Kalea, 19. 48270 Bizkaia.

Las fases a seguir son las siguientes: una vez identificado el problema, se proponen los criterios de evaluación, se miden, se definen y aplican las medidas correctoras en un plazo de tiempo determinado y se vuelven a medir los mismos parámetros del principio en condiciones semejantes. Para llevarlo a cabo se designa primero un responsable del programa, y se crea después un comité de garantía de calidad lo más operativo posible, que estará encargado de monitorizar la calidad posteriormente.

El objetivo de este trabajo es realizar un programa completo de garantía de calidad de las historias clínicas de nuestro CS. Un control de calidad que permita proponer los cambios adecuados para conseguir un impecable proceso y así mejorar la calidad asistencial³.

MATERIAL Y MÉTODOS

El trabajo se ha realizado en el CS de Markina, un pueblo de Bizkaia con una población fundamentalmente rural, de 5.000 habitantes. El EAP, que consta de tres médicos generales, tres ATS, una pediatra, un ginecólogo, una matrona, una telefonista y una auxiliar administrativa, es de reciente creación (1995).

Para realizar el programa de calidad se siguen las indicaciones de Otero et al⁴. Se identifica el problema a partir de la opinión formal de la directora del centro y con el acuerdo de todos los integrantes del equipo: necesidad de evaluar la cantidad y la calidad de las historias clínicas que se utilizan en el centro como base de la actividad asistencial.

Se han utilizado como criterios de evaluación de calidad los propuestos por Ruiz Téllez⁵, subdirector de Atención Primaria y Comunitaria de Osakidetza, en enero de 1996 (tabla 1) y consideramos como estándares de calidad que éstos deben cumplirse en el 75% de las historias existentes. También debería cumplirse que el 90% de las personas asignadas a nuestro centro de salud contara con una historia clínica abierta.

La unidad de estudio es la historia clínica individual. El día 28 de febrero de 1997 se contaron todas las historias existentes en el centro. Se calcularon los porcentajes respecto de los pacientes asignados a cada médico según información obtenida de la dirección de comarca, de los registros de la Tarjeta Individual Sanitaria. Ese mismo día se evaluó la calidad de una muestra de las historias según los criterios pro-

puestos por Ruiz Téllez. La evaluación la realizó siempre una sola persona, a ciegas para evitar sesgos, aplicando los criterios estrictamente. La muestra se seleccionó al azar (muestreo estratificado sistemático) y se obtuvieron 50 historias de cada uno de los cuatro cupos médicos existentes, es decir, 200 historias procedentes de tres consultas de medicina general y una de pediatría, que denominamos cupos 1, 2, 3 y 4.

A la vista de los primeros resultados de calidad de las historias, inferiores a lo que suponíamos, decidimos analizar también las historias de los pacientes que acudieron a consulta (demanda y programada) ese mismo día, 28 de febrero de 1997. Esta segunda muestra (2a) no sería aleatoria, pero suponíamos (sin ninguna comprobación ni base científica) que el porcentaje de pacientes crónicos y frecuentadores sería mayor que en la muestra aleatoria. Para saber si los criterios de calidad se cumplían más en estos pacientes, con más posibilidades de tener historiales más completos que en la muestra aleatoria, se buscaron diferencias entre los resultados de las dos muestras con la prueba de la χ^2 .

Una vez analizadas estas muestras, el comité de calidad del centro propuso unas medidas correctoras (tabla 2) que fueron consensuadas por todo el equipo. Estas medidas debían aplicarse durante un año todos los usuarios de las historias clínicas. Transcurrido este período, el 19 de febrero de 1998 se volvieron a contar todas las historias existentes y se obtuvo una nueva muestra aleatoria de 200 historias de la misma manera que el año anterior (sistemático estratificado). La misma persona volvió a revisarlas con idénticos métodos y criterios. También se analizaron las historias de los pacientes que acudieron ese día a consulta, es decir, se obtuvo una segunda muestra no aleatoria, pero supuestamente compuesta en una mayor proporción por pacientes asiduos (muestra 2b).

Posteriormente se compararon y discutieron los resultados obtenidos y se valoró la idoneidad de las medidas correctoras.

Tabla 1. Criterios de calidad de las historias clínicas

- Deben cumplirse al menos tres de las siguientes condiciones:
1. Hoja de antecedentes (personales, familiares, laborales, etc.) cumplimentada
 2. Hoja de evolución actualizada
 3. Técnica del Plan subjetivo objetivo de aproximación diagnóstica (SOAP) sistemáticamente utilizada (o una hoja aparte donde se establezcan objetivos)
 4. Establecer criterios de monitorización, es decir, hojas de protocolo: TA, DM, etc.
 5. Hoja de resumen de exploraciones complementarias
 6. Pediatría: hojas de percentiles cumplimentadas
 7. Existencia de resúmenes de evolución

Tomada de Ruiz Téllez⁵.

Tabla 2. Medidas correctoras de la calidad de las historias

1. Poner al día los archivos de historias cada vez que lleguen los listados de altas y bajas. Deben pedirse a las responsables de pediatría en su caso, adecuarlas a las características de los adultos y resumir los datos importantes. Se solicitarán las historias a los centros de salud de donde procedan los nuevos pacientes
2. Sacar las historias de los fallecidos en cuanto se tenga conocimiento de ello
3. En el caso del cupo 1, que ofrece peores resultados, se deberá centrar el trabajo en los pacientes crónicos. En los demás casos el trabajo debe ser general
4. Adecuado uso de las hojas de evolución:
 - No escribir listas de síntomas que no aporten nada nuevo
 - No repetir una y otra vez los medicamentos de uso crónico. Es suficiente escribirlos claramente en algún lugar y ponerlos al día cuando se produzcan cambios
 - Resumir las evoluciones cuando se acumulen tres hojas como máximo
 - Utilizar listas de problemas
 - Utilizar la técnica SOAP habitualmente; sobre todo los "planes" ayudan a trabajar con objetivos y facilitan el trabajo en equipo
 - Es conveniente utilizar las hojas de protocolos (evitan la acumulación de hojas, la repetición de exploraciones y permiten situarse rápidamente en casos de urgencia o de médicos no habituales)

RESULTADOS

En el primer año se cuantificaron 3.876 historias en total (de 5.437 pacientes adscritos). El porcentaje (70,76%) resultó menor que el 90% propuesto como estándar de calidad. Cumplían criterios de calidad 117 de las 200 historias de la muestra aleatoria (58,50%) (tabla 3).

En el análisis de la muestra 2a (no aleatoria), se observa que los porcentajes de calidad son semejantes a los de la muestra aleatoria. Se realizó la prueba de la χ^2 , que no resultó significativa para un índice de confianza del 99% ni del 95%, es decir, no había diferencia significativa entre la calidad de las historias de la muestra obtenida al azar y la de las de un día de demanda.

En 1998 (tabla 4), el número total de historias era de 4.568 (5.355 pacientes adscritos) y la calidad se cumplía en 130 de las 200 historias de la muestra aleatoria (65%). Las historias de pacientes que acudieron el día 19 de febrero de 1998 ofrece unos valores diferentes a los de la muestra aleatoria. Si calculamos la χ^2 en este caso, obtenemos que, con un índice de confianza del 95%, sí existe diferencia entre las dos muestras. Es decir, son mejores las historias de los pacientes que supuestamente son más frecuentadores.

DISCUSIÓN

El porcentaje de pacientes historiados y el de historias con calidad no llegan a lo prefijado ni antes ni después de la aplicación de las medidas correctoras, aunque mejoran los resultados globales. Las razones pueden ser que los estándares se fijaran muy altos (nos inclinamos a creer que sí), que las medidas correctoras no se aplicaran a conciencia o que las medidas propuestas no fueron realmente correctoras.

Analizando el resultado por cupos, observamos que pediatría (número 4) tiene unos índices de historias abiertas

superiores al 100%. La explicación está en el hábito de abrir historia a pacientes que no constan en los registros enviados por la dirección (desplazados, transeúntes, recién nacidos y nuevos pacientes) y el hecho de que no se retiran las historias de los que pasan al cupo de adultos (mayores de 14 años).

Los índices de cumplimiento de criterios de calidad también son muy elevados en pediatría. Esto podría explicarse por el hábito de trabajar en equipo médico-ATS, la adecuación del sistema de trabajo, los años que lleva en marcha este departamento con el mismo personal y programa (desde 1989) y la motivación personal. Estas circunstancias no se repiten en el resto de los cupos.

Eliminado el cupo de pediatría, que se mueve en cifras superiores al 100%, el porcentaje de personas historiadas respecto al año anterior aumenta en un 9,26%. Con otro año más de esfuerzo mantenido, este índice superaría el 90% propuesto como estándar de calidad.

Los cupos 2 y 3 ofrecen resultados de calidad similares, indicando formas de trabajo semejantes (EAP). El cupo 2 mejora mucho con las medidas correctoras, posiblemente por formar parte del comité de garantía de calidad. El cupo 3 no mejora tanto, porque las circunstancias han motivado un constante cambio de médico titular; el cupo 1, todavía no integrado en el EAP, ofrece peores índices en general. Sin embargo, si analizamos las muestras no aleatorias, se observa que la mejoría de resultados es más evidente en los cupos 1 (ha cumplido, pues, una de las directrices del comité de calidad, que recomendaba mejorar primero las historias de los crónicos y frecuentadores) y 2 (insistimos en la motivación personal).

En todo caso, parece que las medidas propuestas son verdaderamente correctoras si se aplican, y la motivación personal parece también ser importante.

Al hacer el estudio hemos advertido que los casos en los que no se cumple ninguno de los criterios de calidad son habitualmente historias de pacientes que acuden a consulta esporádicamente, sobre todo jóvenes. Los criterios de calidad que menos se cumplen en general son los relativos a objetivos (parciales o generales) y planes de actuación.

El servicio de pediatría parece ser el modelo, si bien las condiciones le son más favorables (menos presión asistencial, menos movilidad del personal, etc.).

La comparación con otros estudios similares está limitada, puesto que algunos trabajos⁶ se centran en cuantificar

Tabla 3. Resultados del control de calidad realizado en 1997

Cupos	Historias existentes respecto a la población asignada al centro (%)	Cumplen criterios de calidad en la muestra aleatoria (%)	Cumplen criterios de calidad en la muestra no aleatoria (%)
1	62,15	28	28,57
2	71,07	50	65,91
3	64,24	60	73,33
4	107,02	96	100
Total	70,76	58,5	66,95

Tabla 4. Resultados del control de calidad realizado en 1998

Cupos	Historias existentes respecto a la población (%)	Cumplen criterios de calidad en la muestra aleatoria (%)	Cumplen criterios de calidad en la muestra no aleatoria (%)
1	70,99	24	36,73
2	80,66	68	75,86
3	73,59	68	70,96
4	118,4	100	100
Total	85,31	65	70,88

Tabla 5. Diferencias entre los valores obtenidos entre 1997 y 1998 (en porcentaje)

Cupos	Incremento en el número de pacientes historiados	Incremento en la calidad de la muestra aleatoria	Incremento en la calidad de las muestras no aleatorias
1	8,84	-4	8,16
2	9,59	18	9,95
3	9,35	8	-2,37
4	11,38	4	0
Total	14,75	6,50	3,93

los registros de las historias sin fijarse en la calidad de la cumplimentación. Otros investigadores⁷ analizan en especial los registros sobre factores de riesgo.

Las conclusiones de estos estudios⁶⁻⁸ coinciden siempre en que una buena historia facilita y mejora la asistencia, y que la evaluación de ésta resulta constructiva⁹, por lo que la monitorización de la calidad es necesaria. Sin embargo, hay quien matiza esta reflexión¹⁰ añadiendo que el control de calidad no es un espejo directo de la atención prestada, sino un dato indirecto de la misma. Coincidimos con los mencionados autores¹⁰ en que los aspectos de promoción y prevención de la salud, tan importantes y tan consumidores de recursos en atención primaria, quedan infrarregistrados en las historias y no quedan reflejados adecuadamente en las auditorías.

Con la realización de este trabajo se han conseguido varios objetivos: además de mejorar la calidad de algunas historias, crear una dinámica de trabajo en equipo, de autocrítica y de mejora del proceso. Los datos para ulteriores estudios se obtendrán de historias clínicas de calidad.

Agradecimiento

Agradecemos a Dña. M.^a Ángeles Oiarzábal sus valiosas orientaciones estadísticas y críticas constructivas, y a todos los componentes del centro de salud su ayuda en la recogida de datos y su apoyo constante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Criterios para evaluación del contrato de gestión clínica 1998. Comarca Interior. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Ciudad Amorevieta.
2. Borrell F, Esteban J, Dalfó A, Paricio T, Pla I, Fanio S et al. Análisis de la calidad de la historia clínica en atención primaria. *Aten Primaria* 1985; 2: 11-15.
3. Otero Pruiñe A, Saturno Hernández PJ, Marquet Palomer R. Mejora de la calidad en atención primaria. En: *atención primaria* (4.^a ed.). Barcelona: Harcourt Brace, 1998; 404.
4. Otero Pruiñe A, Saturno Hernández PJ, Marquet Palomer R. Mejora de la calidad en atención primaria. En: *atención primaria* (4.^a ed.). Barcelona: Harcourt Brace, 1998; 407.
5. Ruiz Téllez A. La demanda y la agenda de calidad. Vitoria: Osakidetza-SVS, 1996.
6. Aguado JA, Gaston JL, Bueno A, López R, Rodríguez-Contreras R, Gálvez R. Estudio de la calidad de los registros en un centro de atención primaria. *Gac Sanitaria* 1991; 26: 214-218.
7. Stange KC, Zyzansky SJ, Smith TF, Kelly R, Langa DM, Flocke SA et al. How valid are medical records and patient questionnaires for physician profiling and health services research? *Medical Care* 1998; 36: 851-867.
8. Liesenfeld B, Heekeren H, Schade G, Hepp KD. Quality of documentation in medical reports of diabetic patients. *Int Jour for Quality Health Care* 1996; 6: 537-542.
9. Buitrago F, Molina LJ, Blanco A, Guillen J, Dávila MJ. Audit médico de historias de población infantil atendida en atención primaria. *An Esp Pediatr* 1991; 35: 153.
10. Beake S, McCourt C, Page L, Vail A. The use of clinical audit in evaluating maternity services reform: a critical reflection. *Journal of Evaluation Clin Pract* 1997; 4: 75-83.