

Validez de la historia clínica y sistemas de información en los estudios de actividad asistencial en atención primaria

V. Pedrera-Carbonell^a, V. Gil-Guillén^{a,b}, D. Orozco-Beltrán^a, I. Prieto Erades^a, G. Schwarz-Chavarria^a y M.I. Moya-García^a

Objetivo. Validar el grado de registro del proceso clínico asistencial en la historia clínica (HC) y la actividad asistencial en la hoja de actividad (HA). Construir una guía de recomendaciones sobre la validez de estos documentos para el registro de la actividad.

Tipo estudio. Observacional, transversal, multicéntrico.

Emplazamiento. Cuatro consultas médicas de 12 centros de salud de la Comunidad Valenciana.

Participantes. Un total de 2.051 visitas, 284 historias y 407 hojas de actividad.

Mediciones y resultados principales. Se validó la información registrada por los médicos en la HC y HA, por observadores externos que recogen directamente en consulta toda la actividad asistencial de la jornada. Se analiza: *a)* en la HC, cumplimentación del SOAP; *b)* en la HA, media por profesional y día de pacientes citados, sin cita, domicilios y duración de las consultas; *c)* información de los documentos validados con respecto a la organización de las consultas; *d)* análisis de la actividad asistencial según su previsibilidad y contenido clínico, y *e)* guías de práctica clínica con indicadores de validez, utilidad clínica e índice de fiabilidad (kappa).

Conclusiones. Los documentos validados no reflejan adecuadamente la realidad de la demanda sanitaria. Se detecta un sesgo de infrarregistro y problemas de validez que pueden limitar su utilización como fuente de información para la planificación y gestión sanitaria.

Palabras clave: Sistema de registro. Atención primaria. Demanda asistencial. Actividad asistencial. Historia clínica. Sesgo.

VALIDITY OF CLINICAL RECORDS AND INFORMATION SYSTEMS IN THE STUDIES OF HEALTH-CARE DELIVERY IN PRIMARY CARE

Objectives. To examine how well the clinical process was recorded in the clinical history (CH), and care delivery on the activity sheet (AS). To assemble a series of recommendations on the validity of these documents for recording health care delivery.

Design. Multi-centred, observational, and cross-sectional study.

Setting. Four medical clinics at 12 health centres in the Community of Valencia, Spain.

Participants. There were 2051 attendances, with 284 CH and 407 AS involved.

Main measurements and results. The information recorded by doctors in the CH and on the AS was validated by external observers who collected directly at the consultation the working day's entire care activity. The following was analysed: 1) in the CH, filling out of the "SOAP" form (basic info.); 2) on the AS, mean per professional per day of scheduled and on-demand patients, home visits and length of consultations; 3) information in the documents validated on the organisation of consultations; 4) analysis of care delivery according to how predictable it is and its clinical content; 5) clinical practice guidelines with validity and clinical usefulness indicators and reliability index (kappa).

Conclusions. The documents validated do not properly reflect the reality of health care demand. There was an under-recording bias and validity problems that may limit their usefulness as sources of information for health care planning and management.

Key words. Recording system. Primary care. Health-care demand. Care delivery. Clinical history. Bias.

^aUnidad de Investigación y Docencia del Área 17 (Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana). Las Acacias. Elda. Alicante. España.

^bCátedra de Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad Miguel Hernández. Alicante. España.

Correspondencia:
Víctor Pedrera Carbonell.
Av. Costa Blanca, 66; Bw-23
03540 Alicante. España.
Correspondencia:
pedrera_vic@gva.es

Fuente de financiación.
Este proyecto no está sujeto a fuente de financiación alguna. No presenta conflicto de intereses.

Otra información relevante: se presenta en la siguiente comunicación un aspecto del estudio SyNPC, que ha sido objeto hasta el momento de 3 tesis doctorales y del que se han publicado algunos aspectos puntuales en 3 artículos de la revista ATENCIÓN PRIMARIA.

Manuscrito recibido el 21 de julio de 2004.
Manuscrito aceptado para su publicación el 21 de marzo de 2005.

Introducción

En España, al igual que en otros países de Europa, existe una regulación legal que obliga a la cumplimentación y utilización correcta de la historia clínica¹ y la auditoría de historia clínica es una metodología muy frecuentemente utilizada para conocer la actividad asistencial². Sin embargo, se observa una utilización no sistemática de la historia en la consulta que, en algunos lugares, no alcanza ni siquiera al 50% de las consultas³⁻⁷. Ante estos resultados se suele argumentar que la actividad se realiza pero no se registra. En otro estudio, sólo un 18% de historias clínicas cumplía criterios de registro mínimo de datos de interés sanitario⁸. Ello traduce la posible existencia de un sesgo de infrarregistro del proceso clínico que no ha sido cuantificado y que limitaría mucho los resultados que se obtengan del análisis de este documento. Por otro lado, los sistemas de registro de la actividad asistencial, se crearon desde la administración como una herramienta básica de gestión para medir de una forma simple y sistemática algunos aspectos de la actividad asistencial (presión asistencial, tipos de consulta).

En la Comunidad Valenciana, dos son las fuentes de información básica que se utilizan para planificar y gestionar las consultas de atención primaria: por una parte se realizan auditorías de historias clínicas para conocer el proceso clínico de la actividad asistencial y, por otra, se utiliza la hoja de actividad asistencial (hoja de registro de la actividad que realiza el facultativo en la consulta), que sirve como documento para el cálculo de indicadores para la gestión de la atención primaria y constituyen el SIGAP (Sistema de Información para la Gestión en Atención Primaria)⁹. La información suministrada por este sistema, que se fundamenta en el registro que hacen los propios facultativos de su actividad, tampoco ha sido validada.

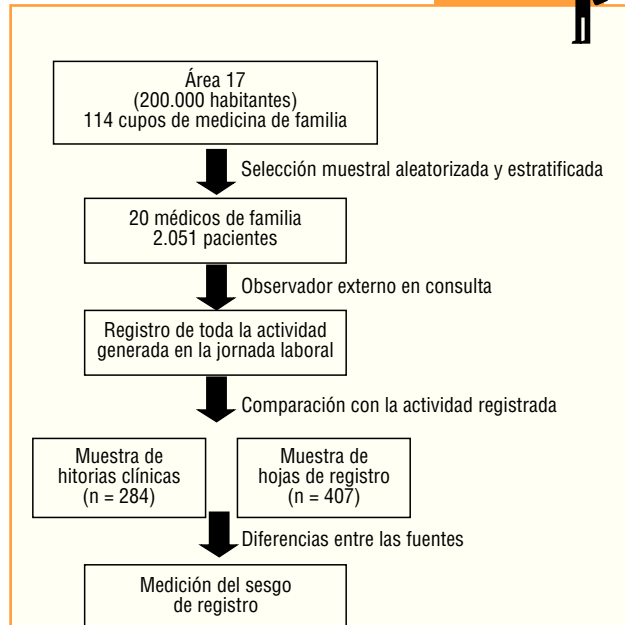
A través de este estudio, pretendemos validar el grado de registro existente tanto en la historia clínica como en la hoja de actividad asistencial y construir una guía de recomendaciones sobre la validez de estos registros para los diferentes tipos de consultas al médico de familia.

Pacientes y método

Para responder a los objetivos, se diseñó un estudio observacional, transversal y multicéntrico en los 12 centros de salud pertenecientes al Área 17 de la Comunidad Valenciana. El estudio se basó en utilizar un método de certeza para poder validar tanto la historia clínica como la hoja de actividad asistencial, y para ello, se evalúan 3 fuentes de información:

– Observador externo en consulta médica como fuente de información con datos primarios (el estudio SyN-PC¹⁰) que habían

Material y métodos Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio transversal, multicéntrico, para conocer los tipos, motivos e interrupciones en las consultas de los médicos de familia de un área de salud de la Comunidad Valenciana.

sido formados en la recogida de datos en la Unidad de Investigación y Docencia del Área 17.

– Auditorías de historias clínicas, para evaluar el grado de registro del proceso clínico.

– Hoja de actividad asistencial del SIGAP, para evaluar aspectos de la actividad asistencial (presión asistencial, tipos de consulta).

Para el cálculo del tamaño muestral y la selección de las visitas se realizaron los siguientes pasos:

– Cálculo de un tamaño muestral representativo del proceso clínico aceptando la situación más desfavorable ($p = q = 0,25$) con un nivel de confianza del 99% y una precisión o error del 1%, con lo que se precisó una N de 2.029 visitas, tamaño muestral que en nuestro estudio se superó, ya que se reclutó un total de 2.051 visitas. Se recogió toda la actividad asistencial del médico de atención primaria siguiendo los epígrafes del SOAP, así como el tipo de consulta, derivaciones, peticiones analíticas y de radiografías. La selección de las consultas médicas fue por muestreo probabilístico estratificado por centro de salud y aleatorio por clave médica. Se recogió durante 40 días de consulta toda la actividad asistencial acontecida en las consultas seleccionadas.

– Para el análisis de las historias clínicas se calculó el tamaño muestral asumiendo la variabilidad más desfavorable ($p = q = 0,25$), un nivel de confianza del 95%, una precisión al 5% con corrección para poblaciones finitas al haberse utilizado 760 his-

torias clínicas en el estudio SyN-PC¹⁰ y asumiendo unas pérdidas del 10%, con lo se obtuvo $n = 284$ historias. Para la obtención de las historias se realizó un muestreo estratificado por centro de salud.

– Cálculo de un tamaño muestral representativo de las hojas de actividad asistencial asumiendo la variabilidad más desfavorable ($p = 0,25$), un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% con corrección para poblaciones finitas en función de la hoja de actividad asistencial que fueron complementadas en la fase anterior ($n = 2.051$) y asumiendo unas pérdidas del 20% con lo que el tamaño necesario fue de 407 hojas de actividad asistencial que se seleccionaron por muestreo aleatorio estratificado por centro de salud entre las visitas incluidas en la fase anterior.

La labor de campo fue realizada durante 2 días consecutivos de la segunda quincena de enero de 2002. Se seleccionó este mes por coincidir con la finalización de las vacaciones de navidad de los facultativos con el fin de no tener excesivo número de sustitutos en las consultas y no interferir en los rotatorios de los médicos de familia. Para ello colaboraron 20 médicos residentes de familia de primero y segundo años durante dos días consecutivos.

La evaluación de las historias clínicas y la hoja de actividad asistencial las realizaron cuatro médicos formados en la Unidad de Epidemiología Clínica de la Universidad Miguel Hernández y la Unidad de Investigación y Docencia del Área 17. Éstos fueron los encargados de consensuar el protocolo del estudio. Las variables recogidas fueron los epígrafes SOAP. Para elaborar una historia clínica de atención primaria, todos los autores coinciden en recomendar que las informaciones registradas deben ser claras y estar bien organizadas. Para ello recurrimos al formato SOAP⁵ que supone indicar la siguiente información en la hoja de evolución del paciente: S: datos subjetivos; O: datos objetivos; A: análisis o (diagnóstico) y P: plan de actuación.

Los datos que se recogen de forma sistemática en la hoja de actividad asistencial (SIGAP)² son: nombre del profesional, hora de inicio y fin de la consulta, pacientes citados, pacientes citados que no acuden, pacientes vistos sin cita, consultas administrativas, protocolizadas, primera y segunda consultas, programas de salud, derivaciones a especializada y peticiones de analítica y radiología. Cada profesional maneja este documento en su consulta diaria y lo completa generalmente al final de ésta, y es la base para completar los datos del SIGAP². Estos datos, que se originan en cada una de las consultas de atención primaria, se cuantifican en cada centro de salud, para calcular los datos del centro y se envían a los servicios centrales de la Conselleria de Sanitat en donde se obtienen los datos globales de toda la Comunidad Valenciana.

Los indicadores utilizados para conocer el grado de registro con respecto al SOAP en la historia clínica son fruto de comparar esta información con la obtenida con la evaluación de las consultas con datos primarios (los recogidos directamente por un observador en la consulta, tal y como se detalla en otras publicaciones de este proyecto¹⁰). Para conocer la validez de los epígrafes de la hoja de actividad asistencial y su cumplimentación en la historia clínica se utilizaron tablas de 2×2 en las que se han calculado los indicadores de validez (sensibilidad y especificidad), utilidad clínica (cociente de probabilidad positivo y negativo (cp+, cp-) y fiabilidad (índice kappa). La interpretación de la utilidad clínica se realiza en función de la escuela de medicina basada en la evidencia⁷ en donde se categoriza: nivel A o máxima evidencia, cambios concluyentes para confirmar (cp+) o para descartar (cp-); nivel B, cambios moderados; nivel C o cambios pequeños; nivel D, cambios insignificantes, y nivel E, cambios contradicto-

rios¹¹. Estos indicadores son los utilizados habitualmente en estudios de validez (generalmente para pruebas diagnósticas), y es poco frecuente verlos empleados para la validación de documentos de registro como en este estudio. En la Unidad de Epidemiología Clínica de la Universidad Miguel Hernández, desde hace 2 años, se ha iniciado una línea de investigación en gestión sanitaria que tiene como objetivo validar los documentos de registro y construir árboles de decisiones clínicas en función de los resultados de esos indicadores para conocer tanto la validez como la utilidad clínica de estos documentos.

La fiabilidad o consistencia se interpreta en función de los valores del índice kappa según la clasificación de Landis y Koch¹². Toda esta información junto con la probabilidad preprueba (prevalencia del dato estudiado obtenida con el método de certeza) y los porcentajes de falsos positivos (complementario de la especificidad) y negativos (complementario de la sensibilidad) se presenta en formato de guías de práctica clínica¹³ tanto para la hoja de actividad asistencial como para la historia clínica.

Por último, para comparar la información que se pueda obtener para la gestión de las consultas en todos los documentos del estudio se analiza en función de la metodología de Casajuana¹⁴ que realiza mediante una tabla de 2×2 la comparación entre la naturaleza de la consulta que puede ser previsible o imprevisible y las necesidades que pueden ser asistenciales o administrativas. Los cuatro tipos básicos que se analizan en esta tabla son:

1. Situación A o necesidades de asistencia previsible. Se correspondería fundamentalmente con la recogida de pruebas complementarias por parte del paciente y las consultas de revisión, tanto de crónicos como de patología aguda junto con las actividades preventivas.
2. Situación B o necesidades administrativas previsible. Se correspondería fundamentalmente con las recetas de crónicos o de especialistas, partes de incapacidad transitoria, volantes de ambulancias, informes programados y certificados.
3. Situación C o necesidad asistencial no previsible. Esta demanda no es gestionable ya que se corresponde principalmente con afección aguda, afección crónica reagudizada, o algún documento importante imprevisible como el alta hospitalaria.
4. Situación D o necesidad administrativa no previsible. Incluye aspectos como solicitud de informes, volantes para analítica, volantes para especialistas, recetas de altas hospitalarias y otros certificados.

Para el procesamiento informático, se elaboró una base de datos en Microsoft Access 2000 donde se incluyeron todos los registros de la hoja de recogida de datos de la actividad asistencial, los datos de los resúmenes de jornada, todas las hojas de trabajo de los médicos y los registros de la revisión de historias clínicas. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 10,0. Comenzamos en primer lugar, con un análisis descriptivo de todas las variables; posteriormente, se realizaron tablas de contingencia cruzando todas las variables. Con arreglo al tipo de variable, se aplicarán las pruebas estadísticas necesarios, y se calculan los intervalos de confianza (IC) del 95% de las variables más importantes. Se fijó la significación estadística en $p < 0,05$.

En el análisis inferencial se comparan 2 documentos del mismo paciente, el reflejado en las hojas de recogida de datos del estudio y el reflejado en la historia clínica del paciente.

También se comparan 2 documentos de actividad asistencial del mismo médico y del mismo día de consulta, para cuantificar el sesgo de medición. Para la validación de los documentos enfren-

TABLA 1
Cuantificación del sesgo de infrarregistro en la historia clínica según los epígrafes del SOAP (Subjetivo, Objetivo, Actitud diagnóstica, Plan)

Epígrafe SOAP	n	Porcentaje de infrarregistro	Intervalo de confianza del 95%
Subjetivo (S)	17	6,8	9,9-3,7
Objetivo (O)	131	52,4	58,6-46,2
Actitud (A)	208	83,2	87,8-78,6
Plan (P)	109	43,6	49,7-37,5
Total	250		

tamos los resultados del estudio con los aportados por los médicos para el SIGAP en tablas de 2 x 2.

La búsqueda bibliográfica¹⁵ se realizó en la Universidad Miguel Hernández. Las bases de datos consultadas son EMBASE y MEDLINE. La estrategia de búsqueda se efectúa mediante la identificación de los descriptores: «actividad asistencial», «atención primaria», «práctica clínica», «presión asistencial», «tiempo asistencial», «historia clínica», «calidad asistencial», «gestión clínica», «sistema de registro», «epidemiología clínica», «validez», «fiabilidad», «utilidad clínica», «sensibilidad», «especificidad»¹⁶.

Resultados

Se observa un infrarregistro del proceso clínico en la historia clínica. La cuantificación de este sesgo según el SOAP junto con el cálculo de los IC del 95% se observan en la tabla 1. El análisis del sesgo de infrarregistro cuando se

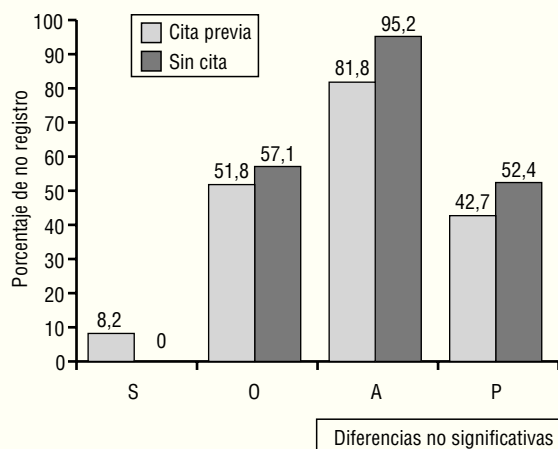


FIGURA 1
Sesgo de infrarregistro al comparar consultas con cita previa y sin cita
S: subjetivo; O: objetivo; A: actitud diagnóstica; P: plan terapéutico.

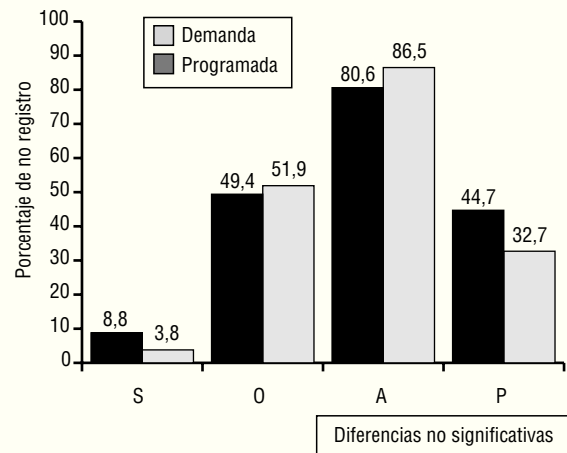


FIGURA 2
Sesgo de infrarregistro al comparar consultas a demanda y programadas.
S: subjetivo; O: objetivo; A: actitud diagnóstica; P: plan terapéutico.

compara entre cita previa y pacientes que acudieron sin cita se presenta en la figura 1. En este caso, el análisis estadístico no obtuvo diferencias significativas en ninguno de los epígrafes del SOAP. Cuando se analiza este sesgo según acuda el paciente de forma programada o a demanda, tal como se aprecia en la figura 2, el análisis estadístico tampoco obtuvo diferencias significativas en ninguno de los epígrafes del SOAP.

Cuando se analizan los pacientes que acuden a las consultas y su duración frente a los datos registrados por el médico en la hoja de actividad, los resultados que se obtienen son:

- En el estudio con datos primarios el número medio de pacientes citados por profesional y día y sus límites de confianza (LC) al 95% fue de $39,2 \pm 7,6$ (LC, 39,6 – 38,8), y en la hoja de actividad el médico cumplimentó una media de $48,4 \pm 10$ (LC, 48,8 – 47,9), ($p < 0,05$).
- En el estudio con datos primarios, la media por profesional y día de pacientes que no acuden a consulta fue de $3,7 \pm 3,2$ (LC, 4,2 – 3,2), y en la hoja de actividad fue de $3,8 \pm 3,2$ (LC, 4,3 – 3,3), ($p > 0,05$).
- La media por profesional y día de pacientes sin cita que acuden a consulta fue de $8,9 \pm 5,5$ (LC, 9,5 – 8,3) y en la hoja de actividad $8,4 \pm 6$ (LC, 9 – 7,7), ($p > 0,05$).
- La media por profesional y día de avisos domiciliarios según el estudio con fuentes primarias (SyNPC) fue de $0,8 \pm 1$ (LC, 1,2 – 0,5) y en la hoja de actividad $0,15 \pm 0,6$ (LC, 0,6 – 0,3), ($p > 0,05$).
- La duración de las consultas en minutos, en el estudio SyNPC fue de $291,6 \pm 39,9$ (LC, 292,3 – 290,9) y en la

TABLA 2 Distribución del porcentaje de infraregistro por tipo de consulta según la clasificación de Casajuana¹⁴ en cada tipo de registro (n = 3.008 motivos de consulta)

		Asistencial previsible	Asistencial imprevisible	Administrativa previsible	Administrativa imprevisible
Hoja de trabajo	n	49	235	116	8
	%	12,03	57,65	28,39	1,92
	IC	8,87-15,19	52,86-62,44	24,01-32,77	0,59-3,25
Historia clínica	n	79	18	115	10
	%	35,58	8,11	51,8	4,5
	IC	29,28-41,88	4,52-11,7	45,23-58,37	1,77-7,23
Encuestas SyN-PC	n	620	889	1189	310
	%	20,61	29,55	39,53	10,31
	IC	19,16-22,06	27,92-31,18	37,78-41,28	9,22-11,4

IC: intervalo de confianza del 95%.

hoja de actividad de $267,9 \pm 58,6$ (LC, $269 \approx 266,8$), ($p < 0,05$).

En la tabla 2 se observa la distribución de la actividad asistencial en cada tipo de registro según la metodología de Casajuana¹⁴, junto con el cálculo del LC. A excepción de las consultas administrativas imprevisibles, donde no hay

diferencias significativas entre la hoja de actividad y la historia clínica, en todos los análisis de las consultas en los 3 tipos de registro se obtuvieron diferencias significativas al 95%.

En las tablas 3 y 4 se describen los indicadores de validez, utilidad clínica y fiabilidad de la actividad asistencial con respecto a la hoja de actividad y a la historia clínica.

TABLA 3 Guía de práctica clínica para el registro de la actividad asistencial en la hoja de actividad

Consulta validada	Probabilidad preprueba %	Nivel de evidencia CP+ (confirmar) ¹³	Nivel de evidencia CP- (descartar) ¹³	Falsos positivos %	Falsos negativos %	Fiabilidad (kappa) ¹²
Administrativa	34	A	C	5	38	Moderada
Programada	21	A	D	3	68	Sustancial
Primera	41	D	C	27	24	Moderada
Segunda	0,5	B	A	10	0	Casi perfecta
Programa de salud	2	A	A	1	0	Casi perfecta
Derivación a especializada	7	A	C	2	41	Casi perfecta
Petición de laboratorio	6	A	C	1	44	Casi perfecta
Petición de radiología	1	A	B	1	20	Casi perfecta

A: se confirma o se descarta de forma concluyente; B: se confirma o se descarta de forma moderada; C: se confirma o se descarta con cambios pequeños; D: se confirma o se descarta de forma insignificante.

TABLA 4 Guía de práctica clínica para el registro de la actividad asistencial en la historia clínica

Consulta validada	Probabilidad preprueba %	Nivel de evidencia CP+ (confirmar) ¹³	Nivel de evidencia CP- (descartar) ¹³	Falsos positivos %	Falsos negativos %	Fiabilidad (kappa) ¹²
Administrativa	61	C	C	16	35	Moderada
Programada	40	C	C	14	31	Moderada
Primera	45	C	C	17	23	Moderada
Derivación a especializada	8	A	C	1	36	Casi perfecta
Petición de laboratorio	6	A	C	3	29	Casi perfecta
Petición de radiología	2	A	C	1	29	Casi perfecta

A: se confirma o se descarta de forma concluyente; B: se confirma o se descarta de forma moderada; C: se confirma o se descarta con cambios pequeños; D: se confirma o se descarta de forma insignificante.

Discusión

Hay pocos estudios que valoren la actividad asistencial mediante observación directa en consulta con un observador externo, única forma de poder evaluar el grado de registro de la actividad probablemente debido a la dificultad que este método conlleva. Pensamos que aportamos una metodología diferente para conocer la validez y fiabilidad de las fuentes de información que se están utilizando actualmente en nuestro país, no sólo para conocer la organización de las consultas, sino para su planificación y gestión, por lo que consideramos que esta investigación puede ser muy relevante para la práctica clínica. En la revista ATENCIÓN PRIMARIA, ya han sido publicados tanto el proyecto de investigación como aspectos parciales de este estudio^{10,17,18}.

Como posibles limitaciones de este estudio indicaríamos la falta de criterios homogéneos en los observadores externos; este problema se intentó evitar realizando un estudio piloto previo. El sesgo de sentirse observado (efecto Hawthorne) sería otra posible limitación, de difícil solución, aunque por el estudio tenemos la sensación de que dura apenas la primera hora de actividad y en cualquier caso, los datos obtenidos serían mejores que los reales, lo que avala más aún las conclusiones obtenidas en el estudio. Del análisis de los resultados obtenidos podemos hacer las siguientes consideraciones:

- Se detecta un sesgo muy importante de registro (que oscila entre un 43,6% del plan terapéutico y un 83,2% en la actitud diagnóstica) en los apartados O, A y P del SO-AP de la historia clínica, que se mantiene independientemente de que los pacientes acudan con o sin cita previa o bien por iniciativa propia o programados por el médico. No hubo sesgo importante en el registro de los motivos de consulta (S) al no llegar el infrarregistro al 7%.
- Los médicos, cuando completan su hoja de actividad asistencial, sobrestiman de forma significativa el número medio de pacientes citados y subestiman la duración de sus consultas. Esta información está generando un sesgo importante en la Comunidad Valenciana cuando se fundamentan en los datos del SIGAP, y es posible que ocurra igual con el resto de los servicios de salud que registren su actividad basándose en la misma metodología.
- Llama la atención cuando comparamos los tres tipos de registro mediante la metodología de J. Casajuana^{14,19,20} la obtención de diferencias significativas entre la encuesta con datos primarios y lo que cumplimentan los médicos tanto en la hoja de actividad como en la historia clínica en los 4 tipos de consulta. En la historia clínica, se sobrestiman las consulta asistencial y administrativa previsible y se subestiman la asistencial y administrativa imprevisible. En la hoja de actividad, se sobrestima de forma muy significativa

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- Hay poca información del grado de registro del proceso clínico y la actividad asistencial en general en las historias clínicas y en las hojas de recogida de actividad.
- Existe información con fuentes primarias en problemas de salud concretos pero no enfocada a la planificación.

Qué aporta este estudio

- La cuantificación del sesgo de infrarregistro en las historias clínicas utilizando fuentes primarias.
- La validación de fuentes primarias de un documento de registro de la actividad asistencial.
- La metodología utilizada en este estudio aporta información de utilidad para la gestión en atención primaria.
- La información aportada por este tipo de estudios puede mejorar la práctica clínica de los médicos.

tiva la consulta asistencial imprevisible y se subestiman la asistencial previsible, la administrativa previsible y administrativa imprevisible. Otro dato que habría que resaltar son las diferencias obtenidas en la consulta asistencial previsible e imprevisible y administrativa previsible cuando se comparan hoja de actividad y la historia clínica. Ello nos indica los problemas de validez y fiabilidad de estos documentos que se usan para valorar en los centros de salud la planificación de las consultas.

– Cuando se audita la historia clínica frente a los datos primarios, en todos los epígrafes, la especificidad es más alta que la sensibilidad y habitualmente sirve más para confirmar la actividad realizada que para descartarla, aunque la fiabilidad oscila entre moderada y casi perfecta. Estas mismas consideraciones también se observan en la guía de práctica clínica para el registro de actividad asistencial en la hoja de actividad. Un estudio similar que valida sólo la presión asistencial obtiene una buena validez al comparar los datos de la hoja de actividad respecto de los registrados en forma paralela por profesionales del centro pero, no queda claro la metodología empleada además que no analiza los indicadores clásicos de validez²¹.

De este análisis, podemos concluir que tanto la historia clínica como la hoja de actividad tienen que utilizarse con prudencia cuando se utilizan como fuente de datos básicas para conocer el proceso clínico, ya que como se demuestra en este estudio, se ha cuantificado un sesgo de medición importante, que puede invalidar los indicadores que actualmente se están utilizando en auditorías de historias clínicas como en los informes del SI-GAP, y son llamativos los resultados obtenidos en la relación entre la naturaleza de la consulta con las necesidades de asistencia según la metodología de Casajuana¹⁴ y el hecho de encontrar que solamente un epígrafe en la hoja de actividad (programas de salud) pueda confirmar o descartar de forma concluyente la información cumplimentada, y en otro (petición de radiología), se puede confirmar la petición de forma concluyente y descartar de forma moderada, nos está indicando los problemas de validez y utilidad clínica que presenta la información registrada en estos documentos.

El siguiente paso después de un estudio descriptivo es la propuesta de medidas de intervención sobre la base del conocimiento obtenido por el estudio que permitan mejorar la situación. De los pocos estudios de intervención encontrados, destacamos el de López-Picazo Ferrer et al²² que mediante un proceso de evaluación y mejora consigue aumentar la proporción de registro en la historia clínica en cuatro criterios concretos (antecedentes familiares, personales, alergias y lista de problemas), pero no incluye datos específicos del proceso clínico ni datos de la actividad asistencial. El estudio de Lorenzoni et al²³ muestra cómo una intervención educativa y de monitorización continua mejora la calidad del registro del proceso clínico en la historia.

En la Comunidad Valenciana, antes de conocer los resultados de este trabajo, se intuía la existencia de un posible sesgo en las fuentes de información que se estaban utilizando, para la organización y planificación de la actividad asistencial. Fruto de ello, y aprovechando los avances tecnológicos en informática, se va a poner en funcionamiento el programa ABUCASIS II^{24,25}, que tiene como objeto informatizar todas las consultas extrahospitalarias del sistema sanitario público valenciano, y que sin duda alguna proporcionará datos de actividad asistencial mucho más fiables, que permitirán una gestión y planificación más realista y eficiente.

Agradecimientos

A los médicos residentes de medicina familiar y comunitaria de primer y segundo año de la promoción de 2001-2003, por su inestimable colaboración en la realización del trabajo de campo y la Conselleria de Sanitat por permitir el acceso a sus fuentes de datos.

Bibliografía

1. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE núm. 274, de 15-11-2002, p. 40126-40132).
2. Donabedian A. Los espacios de la Salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México: Fondo de Cultura Económica; 1988.
3. Moya García MI. Análisis de las Actividades Asistenciales y Preventivas en las consultas médicas de un Área de Salud de la Comunidad Valenciana [tesis doctoral]. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández Elche; 2003.
4. Pedrera Carbonell V. Características de la demanda sanitaria médica en Atención Primaria en un Área de Salud de la Comunidad Valenciana [tesis Doctoral]. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández Elche; 2002.
5. Lauteslager M, Brouwer HJ, Mohrs J, Bindels PJ, Grundmeijer HG. The patient as a source to improve the medical record. *Fam Pract.* 2002;19:167-71.
6. Spies TH, Mokkink HG, De Vries Robbe PF, Grol RP. Which data source in clinical performance assessment? A pilot study comparing self-recording with patient records and observation. *Int J Qual Health Care.* 2004;16:65-72.
7. Fernández Herraez E, Usera Clavero ML, Parra Hidalgo P, Saturno Hernández PJ, Saura Llamas J, Herranz Valera JJ. Fiabilidad de la codificación del diagnóstico registrado en las hojas de consulta del Sistema de Información Informatizado de Centros de Atención Primaria. *Aten Primaria.* 1996;18:447-50.
8. Sobreques Soriano J, Pinol Moreso JL. Historia clínica de atención primaria: calidad y factores asociados. *Aten Primaria.* 2001;28:535-42.
9. Sistema de Información para la Gestión en Atención Primaria. SIGAP: Manual de definiciones. Enero 2002. Conselleria de Sanitat. Subsecretaría para la Agencia Valenciana de la Salud. Servicio de Análisis de la Actividad Asistencial.
10. Pedrera V, Orozco D, Gil VF, Prieto I, Moya MI, Sanchis C. Características de la demanda sanitaria médica en Atención Primaria de un Área de Salud de la Comunidad Valenciana. *Estudio SyN-PC. Aten Primaria.* 2004;33:31-37.
11. Gil Guillen V. Estudios transversales en la práctica clínica. Investigación diagnóstica. Pruebas diagnósticas. En: Gómez de la Cámara A, editor. *Manual de Medicina Basada en la Evidencia.* Madrid: Jarpay editores S.A.; 1998.
12. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977;33:159-74.
13. Evidence-based medicine working group. Evidence-based Medicine. A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. *JAMA.* 1992;268:2420-5.
14. Casajuana J. Gestión de la consulta. En: Curso de Gestión del día a día en el Equipo de Atención Primaria. Módulo 1. La organización funcional del EAP. Madrid: SemFYC; 2002.
15. Jiménez R. Estudio bibliométrico de la investigación realizada por la medicina familiar en España [tesis doctoral]. San Juan: Universidad Miguel Hernández; 2003.
16. Estilos de Vancouver 2000. Requisitos uniformes de los manuscritos enviados a Revistas Biomédicas. Disponible en: http://www.fisterra.com/recursos_web/mbe/vancouver.asp
17. Orozco D, Gil VF, Pedrera V, Prieto I, Rivera MC, Martínez P. Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico. *Aten Primaria.* 2004;33:69-77.
18. Pedrera V, Gil V, Orozco D. Unidades de investigación y docencia de apoyo a la gestión en Aten Primaria. *Aten Primaria.* 2003;32:361-5.

19. Casajuana J. Los sistemas de información para mejorar la capacidad resolutive. *Quaderns CAPS*. 1998;27:57-60.
20. Casajuana J, Bellon JA. Gestión de la consulta en Atención Primaria. En: . *Atención Primaria: conceptos organización y práctica clínica*. 5.^a ed. Madrid: Elsevier; 2003;84-109.
21. Rodríguez Ortiz de Salazar B, Escortell Mayor E, Sánchez Casado J. Validez del indicador presión asistencial en un área de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 1997;19:84-8.
22. López-Picazo Ferrer JJ, Agulló Roca F, Villaescusa Pedemonte M, Cerezo Corbalán JM. Datos clínicos esenciales de la historia clínica de atención primaria: una experiencia de evaluación y mejora. *Aten Primaria*. 2002;30:92-8.
23. Lorenzoni L, Da Cas R, Aparó UL. The quality of abstracting medical information from the medical record: the impact of training programmes. *Int J Qual Health Care*. 1999;11:209-13.
24. Conselleria de Sanitat i Consum. Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2001-2004. Valencia: Generalitat Valenciana, 2001.
25. Pascual de la Torre M, Rivero Cuadrado A, Cozar Ruiz R. Sistemas de Información Sanitaria en Atención Primaria. En: Rivero Cuadrado A, Zamanillo Sarmiento C, Ruiz Ferran J, editores. *El proceso asistencial: su gestión a través de los sistemas de información asistenciales*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Fundación Sanitas; 2000. p. 76-92.