

ORIGINALES**ANALISIS Y EVOLUCION DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLINICAS EN UN CENTRO DE SALUD****F. Buitrago Ramírez, J. Guillén Regodón, J. M. Mencía Bartolomé, B. Agudo Codejón, M. García Menchero, L. J. Molina Martínez.**

Centro de Salud "La Paz". Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Badajoz.

RESUMEN

Presentamos los resultados de tres revisiones de cumplimentación de historias clínicas, que anual y sistemáticamente venimos realizando en el centro de salud.

Se consensuaron 8 criterios en el audit de 1986, 11 en 1988 y 10 en 1989.

Destacamos que sólo 3 de los criterios evaluados (carpeta familiar, anamnesis y antecedentes personales) descendieron en el grado de cumplimentación, con disminución del 15 %, 8,5 % y 0,6%, respectivamente, entre la primera y la última revisión. Los restantes criterios aumentaron, seis de ellos con diferencias estadísticamente significativas: carpeta individual (37 % de registros en 1989), resumen de patología (56,4 %), antecedentes familiares (38,4 %), tensión arterial (69,16 %), vaciado de analítica (66,9 %) e índice de Quetelec (26,6 %).

Concluimos la utilidad y necesidad del audit médico en los Equipos de Atención Primaria, como una de las vías de garantizar la calidad de la información manejada.

Palabras clave: Audit médico, historia clínica, atención primaria, control de calidad.

ABSTRACT**Analysis and Evolution of the Quality of the Clinical Histories in a Health Centre**

We present the results of three reviews of the degree of fulfilment of the clinical histories that annually and systematically have been carried out in the health centre.

In the 1986 audit, 8 criteria were agreed upon, 11 in 1988 and 10 in 1989.

It is to be highlighted that only three of the criteria assessed (family folder, anamnesis and personal background) decreased the degree of fulfilment, with reductions of 15%, 8.5% and 0.6% respectively, between the first and the latest review. The remaining criteria increased, six of them with statistically significant differences: individual folder (37% of 1989 registrations), pathology summary (56.4%), family background (38.4%), blood pressure (69.16%), analysis (66.9%), and Quetelec index (26.6%).

We conclude the usefulness and need for the medical audit in Primary Care teams as one of the ways of guaranteeing the quality of the information handled.

Key Words: Medical audit, clinical history, health care, quality control.

INTRODUCCION

El fin principal de un sistema asistencial de calidad es conseguir la atención sanitaria más efectiva en el mejoramiento del estado de salud y la satisfacción de la población, con los recursos que la sociedad y los individuos han decidido gastar en ello¹.

La metodología de control de calidad está concebida para mejorar la calidad asistencial, definida ésta como la clase de atención que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber considerado los diferentes factores que acompañan al proceso de atención en todas sus partes².

La evaluación del propio trabajo y de la calidad del mismo se convierte así en un objetivo básico de toda actuación sanitaria y es sin duda una de las funciones

prioritarias de los Equipos de Atención Primaria (EAP) que ha de ser implantada desde el inicio de su funcionamiento³, si bien es necesario resaltar su dificultad por las características especiales de la Atención Primaria: el curso del diagnóstico y tratamiento está principalmente bajo el control del paciente, además de las deficiencias estructurales que viene soportando este nivel asistencial (masificación, falta de registros, aislamiento de profesionales, ...).

La auditoría médica, entendida como el análisis del grado de cumplimiento en la práctica de una conducta protocolizada previamente, con el establecimiento de las medidas correctoras pertinentes y su posterior reevaluación, es un elemento de gran importancia para mantener una calidad suficiente en la información utilizada^{4,5}.

En el presente estudio se presentan los resultados de las auditorías médicas, realizadas anualmente en el Centro, a fin de analizar cuantitativamente el grado de cumplimentación de las distintas partes de las historias clínicas, tras la introducción periódica de esta metodología.

MATERIAL Y METODOS

El Centro de salud "La Paz" (Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria) está ubicado en la zona de mayor crecimiento urbanístico de la ciudad, teniendo un total de seis médicos de familia y dos pediatras como personal de plantilla médica y un número variable de Residentes de tercer año de la citada especialidad.

En 1986 atendía a una población de unos 17.000 habitantes y a unos 21.000 en 1989, sin que haya habido aumento de plantilla médica ni de enfermería. Un 8,3 por 100 de la población asignada es mayor de 65 años y el 27,8 por 100 son menores de 14 años.

La historia clínica es utilizada por los médicos y DUE del equipo y está compues-

ta por tres elementos fundamentales:

— Carpeta familiar, en la que se incluyen los datos de identificación y domicilio de la unidad familiar así como características de la vivienda, año de nacimiento de cada miembro de la unidad, estado civil, estructura familiar.

— Carpetilla individual. Recoge en el anverso datos del miembro en cuestión: profesión, estudios, hábitos tóxicos (tabaco, alcohol) y ejercicio físico y en el reverso el resumen de problemas de salud detectados y su evolución temporal.

— Hoja de evolución clínica, donde se recogen los antecedentes personales y familiares, así como la información de las consultas en epígrafes de subjetivo (información suministrada por el paciente), objetivo (datos exploratorios y pruebas complementarias, copiadas en las hojas de analítica), evaluación (impresión diagnóstica) y plan de actuación terapéutico y/o diagnóstico.

Las auditorías fueron realizadas por pediatras y médicos residentes sin responsabilidad directa asistencial sobre la población adulta (mayores de 14 años), cuya historia se analizó. La recogida de datos se hizo en el mes de enero para entrar a tomar parte de la memoria anual del Centro.

En las tres auditorías las historias clínicas se seleccionaron de manera aleatoria tras la fijación del tamaño de la muestra (146, 158 y 454 en 1986, 1988 y 1989, respectivamente).

Para la predeterminación del tamaño de la muestra a analizar en cada auditoría se realizó un estudio piloto, calculándose el tamaño muestral para un error estándar de 2 por 100 y nivel de significación del 5 por 100 ($p < 0,05$) en aquellos criterios con menor grado de cumplimentación en el mencionado ensayo piloto.

El EAP consensuó 8 criterios de información en la auditoría de 1986, que deberían estar registrados en las historias clínicas. En las auditorías de 1988 y 1989

el número de criterios analizados se elevó a 10, al añadirse 3 más y retirarse uno (anamnesis) por falta de consenso. En la Tabla 1 resumimos dichos criterios y sus pautas de valoración, considerándose correcta su cumplimentación cuando todos los subcriterios que contienen estaban realizados.

TABLA 1
CRITERIOS UTILIZADOS EN LAS
AUDITORÍAS

PARAMETRO	CRITERIO DE EVALUACION
<i>Carpeta Familiar</i>	Datos de filiación de la unidad familiar, domicilio, fechas de nacimiento, características de la vivienda.
<i>Carpetilla individual</i>	Datos de filiación, profesión, hábitos (tabaco, alcohol), ejercicio físico.
<i>Resumen de patologías</i>	Constancia de las mismas en el reverso de la carpetilla, caso de existencia de patología.
<i>Antecedentes familiares</i>	Constancia de su investigación en familiares directos (padres y hermanos).
<i>Antecedentes personales</i>	Registro de los mismos.
<i>Anamnesis</i>	Registro por órganos y aparatos.
<i>Exploración física</i>	Constancia de inspección, exploración general cardiorrespiratoria y abdominal, como mínimo.
<i>Tensión arterial</i>	Constancia de existencia de alguna toma o de tomas anuales en caso de más de una consulta al año.
<i>Vaciado de analítica</i>	Presencia y cumplimentación de la hoja de vaciado en caso de existir peticiones y recepción de analítica.
<i>Peso y talla</i>	Presencia de al menos una determinación.
<i>Índice de Quetelec</i>	Constancia del mismo.

Se aceptó como estándar adecuado el 90 por 100 de cumplimentación de los criterios.

Como medidas correctoras los resultados anuales de las auditorías son presentados globalmente en las reuniones de formación continuada del equipo, dándose también información confidencial a cada médico-DUE del análisis particular de sus historias respecto a la globalidad del Centro.

La comparación de los grados de cumplimentación se hizo a través de test de homogeneidad de proporciones.

RESULTADOS

Los resultados globales están referidos al conjunto de los seis médicos de familia del equipo y se presentan en la Tabla 2.

Como puede observarse, la comparación de los dos primeros años (1986 y 1988) revela que en 3 de los 8 criterios se registraron mejoras estadísticamente significativas. Así el grado de cumplimentación de la carpeta familiar pasó del 82,2 por 100 al 91,13 por 100 ($p < 0,05$) y el copiado de analítica y resumen de patología aumentaron del 13 al 34,2 por 100 y 45,54 por 100, respectivamente ($p < 0,001$).

No presentaron significación estadística los aumentos registrados en la cumplimentación de la carpeta individual, antecedentes personales, exploración física y toma de tensión arterial, y hubo un descenso significativo en la recogida de la anamnesis por aparatos, que bajo del 20,5 por 100 al 12,02 por 100 ($p < 0,05$).

En el año 1989 se observó (Tabla 2) significación estadística en los aumentos de cumplimentación registrados de la carpeta individual (37 por 100 frente al 7,6 por 100 en 1988, $p < 0,001$), en el resumen de patologías (56,38 por 100

TABLA 2
GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS EN LAS AUDITORIAS

CRITERIOS	AÑO 1986		AÑO 1988		AÑO 1989	
	PORCENTAJE	ERROR ST.	PORCENTAJE	ERROR ST.	PORCENTAJE	ERROR ST.
<i>Carpeta familiar</i>	82,2	3,17	91,13*	2,27	67,2**	1,8
<i>Carpeta individual</i>	5,47	1,9	7,59 NS	2,1	37,0***	2,4
<i>Resumen patología</i>	13,0	2,8	45,54***	3,45	56,38*	2,3
<i>Antec. familiares</i>	no recogidos		25,31	2,98	38,76**	2,28
<i>Antec. personales</i>	77,4	3,48	81,64 NS	3,12	76,87 NS	1,97
<i>Anamnesis</i>	20,54	3,3	12,02*	2,43	no recogido	
<i>Explor. física</i>	52,73	4,13	56,96 NS	3,93	64,09 NS	2,25
<i>Tensión arterial</i>	32,19	3,86	33,54 NS	3,76	69,16***	2,17
<i>Vaciado analítica</i>	13,01	2,8	34,17***	3,74	66,9***	2,73
<i>Peso y talla</i>	no recogido		51,89	3,97	56,82 NS	2,32
<i>Índice de Quetelec</i>	no recogido		12,02	2,42	26,65***	2,07

Pruebas de significación estadística: NS = No significativo; * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$.

frente al 45,54 por 100, $p < 0,05$), antecedentes familiares (38,7 por 100 frente al 25,3 por 100, $p < 0,05$), toma de tensión arterial (69,16 por 100 frente al 33,54 por 100, $p < 0,001$), vaciado de analítica (66,9 por 100 frente al 34,17 por 100, $p < 0,001$) y registro del índice de Quetelec (26,65 por 100 frente al 12,02 por 100, $p < 0,001$).

No se observaron diferencias con significación estadística en el registro de los antecedentes personales, del peso y talla y en la exploración física, si bien este último criterio sí que presentó diferencias significativas ($p < 0,01$) con respecto a 1986 (64,09 por 100 frente al 52,73 por 100).

El registro de la carpeta familiar sufrió un descenso del 91,13 por 100 en 1988 al 67,2 por 100 en 1989 ($p < 0,01$).

La representación gráfica de los criterios que disminuyen y aumentan en su grado de cumplimentación se muestra en las figuras 1 y 2, respectivamente.

DISCUSION

Antes de reflexionar sobre los resultados de nuestro estudio es conveniente recordar que los sanitarios no son, fre-

FIGURA 1
REPRESENTACION GRAFICA DE LOS CRITERIOS QUE DISMINUYEN EN SU GRADO DE CUMPLIMENTACION

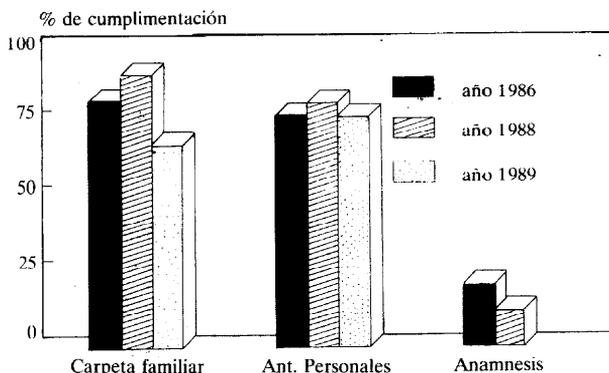
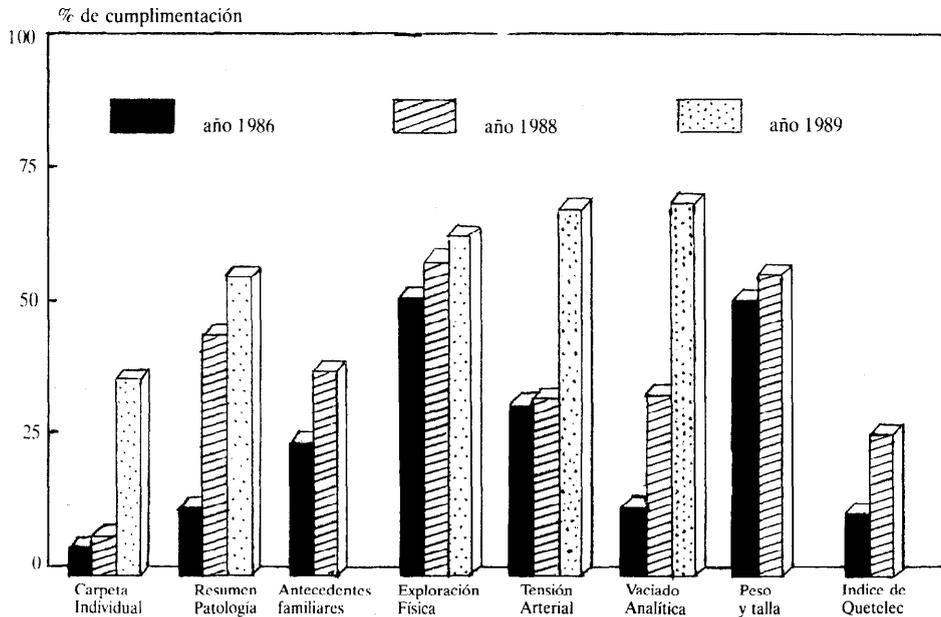


FIGURA 2

REPRESENTACION GRAFICA DE LOS CRITERIOS QUE AUMENTAN EN SU GRADO DE CUMPLIMENTACION



cuentemente, conscientes de la calidad de la documentación clínica que generan, al no estar habituados a la metodología del control de calidad y quizás convencidos de sus altos estándares éticos y profesionales⁶. De hecho, es nuestro caso, los datos previos y los aportados por la auditoría de 1986 fueron recibidos con extrañeza y escepticismo por algunos miembros cuando se les presentaron los globales del Centro y, confidencialmente, los suyos particulares.

Nuestro trabajo, al igual que otros publicados⁴, no se limita a una evaluación estática y aislada de las historias clínicas, lo que le restaría interés, sino que aporta las reevaluaciones tras el análisis de las deficiencias y el establecimiento de medidas correctoras, obviando así algunas limitaciones de los recogidos en la literatura⁷.

El grado de cumplimiento de los criterios evaluados, si bien no son totalmente superponibles, están en la línea de lo

referido por otros autores^{4,8}, aunque algún criterio como la toma de la tensión arterial en nuestro estudio debería constar con periodicidad anual y no sólo en alguna ocasión⁴.

El descenso del grado de cumplimentación de la carpeta familiar puede deberse, al menos en parte, al hecho de que cuando existe un deterioro por el uso de la carpeta primitiva (nuestras carpetas son de cartulina poco resistente) la "nueva" carpeta es cumplimentada por el personal administrativo, que en ocasiones no vacía todos los datos de la carpeta original, pues entiende que registros como las fechas de nacimiento de los miembros de la unidad familiar ya cumplieron su función al permitir, la primera vez que se anotan, la creación de las fichas edad-sexo de la población atendida en el Centro.

Al seguir comparando a lo largo de años prácticamente los mismos criterios, con un aumento progresivo en su cum-

plimentación en las auditorías presentadas, destacamos la utilidad de este tipo de análisis.

Y si bien se han formulado críticas a las auditorías clínicas y más concretamente a la documentación clínica, como que la calidad del registro de un proceso asistencial determinado no tiene que corresponderse forzosamente con una mejora de los resultados del mismo o que la historia clínica puede no reflejar de una forma fidedigna el proceso asistencial⁹, pensamos como otros autores^{2,10}, que probablemente es irreal intentar establecer una separación entre el proceso y el resultado de la asistencia, particularmente en atención primaria. En este punto, aceptando la cumplimentación de la historia clínica como fin, y asumiendo que la cantidad de información en la historia refleja la calidad de la asistencia prestada al paciente, es necesario intensificar la concienciación del personal sanitario de atención primaria respecto a la importancia de la historia clínica como instrumento básico para lograr una correcta atención de salud. En este sentido nuestro estudio confirma la rentabilidad de evaluar la cumplimentación de los sistemas de información propios de nuestro ámbito (historia clínica y carpetas familiares), realizada por profesionales del EAP y utilizando medidas correctoras tan simples y baratas como el feed-back a dichos profesionales. Medidas que se han mostrado útiles para incentivar el interés por la calidad de los registros^{11,12}, si bien son insuficientes para generar cambios de actitud entre los profesionales^{1,13}.

Por último matizar que si las cifras que mostramos en este estudio pueden dar pie a una valoración crítica por parte de observadores ajenos a la realidad de la atención primaria, conviene recordar⁴ el elevado número de población atendida por cada médico y DUE y el ritmo alto de apertura de historias en el inicio y

primeros años de funcionamiento del centro. Por otra parte, el hecho de que las historias que se abren de manera incompleta, a veces por otros médicos y/o residentes, permanecen incompletas a lo largo del tiempo, indica la alta responsabilidad que tiene el profesional que aborda por primera vez la historia de un paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Palmer RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989: Colección Garantía de Calidad, núm. 1, pág. 18.
2. Donabedian A. La calidad de la atención médica. México DF: La Prensa Médica Mexicana, 1984.
3. Suñol R. Reflexiones en torno a la implantación de programas de control de calidad en atención primaria. *Atenc Prim* 1987; 4: 225-226.
4. Borrel F, Esteban J, Dalfó A et al. Análisis de la calidad de la historia clínica en Atención Primaria. *Atenc Prim* 1985, 2: 11-15.
5. Abádenes JC, Otero A, Alvarez MJ et al. Auditoría de un protocolo de hipertensión arterial en Atención Primaria (tratamiento inicial y seguimiento). *Atenc Prim* 1987; 4: 26-33.
6. Vuori H. Introducir el control de calidad, un ejercicio de audacia. *Contr Calid Asist* 1987; 2: 1-4.
7. Marquet R, Guarga A. Evaluar la asistencia: el audit médico. *Atenc Prim* 1988; 5: 552-558.
8. García Culebras C, González Sánchez MC, Montero Núñez M, Pérez Crespo C, Olivares Escribano JJ. Evaluación del grado de cumplimentación y accesibilidad de los datos en la historia clínica de asistencia primaria. *Atenc Prim*, 1988; 5: 186-191.
9. Sanazaro PJ. Autoevaluación profesional y calidad de la asistencia médica. *Contr Calid Asist* 1987; 2: 99-104.

10. Otero A, Saturno PJ. Evaluación y control de calidad en atención primaria. En: Martín Zuro A, Cano Pérez JF. Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta. 2.^a ed. Barcelona: Ed. Doyma S.A., 1989: 243-255.
11. Buitrago F, Alcaine F, Bullón B, Vega E, Vegas T, Cabrade J et al. Evaluación de la calidad asistencial prestada a pacientes diabéticos en tres centros de salud. *Atenc Prim* 1990; 7: 487-491.
12. Buitrago F, Vegas T y Poblador MD. Reevaluación de la calidad de atención prestada a los pacientes diabéticos en un centro de salud. *Contr Calid Asist* 1990; 5: 49-53.
13. Suñol R, Delgado R. El audit médico: un método para la evaluación de la asistencia. *Contr Calid Asist* 1986; 1: 27-30.