



Antonio Jesús Delgado
Márquez.

Evaluación de la Calidad de la historia clínica en un Servicio de Medicina Interna

Delgado-Márquez AJ, Polo-Polo MJ, Villa-Caballero JC,
Andreu-Román MM, Fernández-Espinilla V, Hernán-García C
Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública.
Hospital Clínico Universitario. Valladolid.
Dirección para correspondencia: panship@gmail.com

Resumen

Objetivos: Conocer el grado de cumplimentación de la historia clínica de un Servicio de Medicina Interna para evaluar áreas de mejora.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal, con análisis del porcentaje de cumplimentación de veinte variables en 147 ingresos en ese servicio durante seis meses.

Resultados: Los antecedentes familiares solo estaban presentes en el 11,8%. La recogida de datos sobre hábitos tóxicos (tabaco) figuraba en un 47,6% y la de diabetes mellitus en un 56,5%.

El 75% de las historias incluía las hojas de indicaciones terapéuticas cumplimentadas diariamente.

Las hojas de evolución de enfermería y médicas figuraban cumplimentadas diariamente en el 96,6 y el 27,6% de los episodios, respectivamente.

El consentimiento informado, estaba presente en el 65%. La documentación revisada era legible sin dificultad en el 52,3%.

Conclusiones: La valoración global resulta positiva, pero existen oportunidades de mejora en el registro de algunos componentes de la historia clínica.

Palabras clave: Historia clínica; Calidad asistencial; Medicina Interna.

Quality assessment of the clinical record in an Internal Medicine Department

Abstract

Objective: To find out the degree of completion of the clinical records of an Internal Medicine Service to assess areas for improvement.

Material and methods: A descriptive, transversal study, that checked up the percentage of completion of twenty selected variables on 147 admissions of that service over six months.

Results: Family history was only present in 11.8%. Data collection on toxic habits (tobacco) figured in 47.6% and the existence of diabetes mellitus in 56.5%. Seventy-five percent of the medical records included treatment forms filled in daily. Clinician and nurse progress notes were daily recorded in 27.6% and 96.6%, respectively.

The informed consent form figured in 65% of the records. All documents reviewed were clear and readable in 52% of the cases.

Conclusions: The overall assessment is positive, but there are opportunities for improvement in the registration of some components of the medical record.

Key words: Medical history; Quality healthcare; Internal Medicine.

Introducción

La historia clínica es un documento esencial para la asistencia, con implicaciones legales y que además desempeña otras funciones: docencia, investigación (principal fuente de información de estudios retrospectivos), evaluación de la calidad y gestión de recursos¹. Para ello, la historia clínica ha de reunir una serie de características en cuanto a contenido informativo, ordenación lógica, normalización documental y legibilidad, recogidas en diversas normas y recomendaciones^{2,3}.

En los últimos años se ha generalizado la utilización de la historia clínica como un instrumento indispensable y objetivo en distintos estudios para evaluar la calidad asistencial, analizando la cumplimentación de los datos fundamentales^{4,5} en servicios tan dispares como Urgencias^{6,7}, Cardiología⁸ o Medicina Interna⁹, y en Atención Primaria¹⁰. De este modo se pueden identificar aspectos críticos que limitan la calidad, para instaurar medidas de mejora y prevenir dificultades o complicaciones.

El objetivo de este trabajo es evaluar la calidad de la historia clínica en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV), durante el primer semestre de 2010.

Métodos

Se desarrolló un estudio descriptivo sobre la calidad y el grado de cumplimentación en la recogida de los datos de la historia clínica del Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Se estudiaron 147 historias clínicas seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple, de entre el total de 2177 ingresos del Servicio de Medicina Interna durante el periodo del 1 de enero al 30 de junio de 2010. El nivel de confianza elegido para la estimación del tamaño muestral fue del 95%, con una precisión del 5%.

En las historias clínicas de Medicina Interna se consideraron a estudio las

variables reflejadas en la tabla 1, elegidas en base a los estándares marcados por la legislación vigente, es especial por la Ley 41/2002².

Los revisores de las historias clínicas fueron médicos internos residentes del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del HCUV, por lo que pueden considerarse evaluadores externos respecto al servicio estudiado.

Los resultados de las variables estudiadas se expresan en frecuencias absolutas y porcentajes.

El programa estadístico utilizado para el tratamiento de los datos ha sido SPSS versión 19.

Resultados

Durante el periodo de estudio se evaluaron 147 ingresos del Servicio de Medicina Interna, que se correspondieron con un total de 1546 días de estancia.

En cuanto a la calidad de la documentación clínica utilizada, los datos clínico-estadísticos y la fecha de ingreso estaban presentes en el 100% de los casos.

Los antecedentes familiares solo estaban presentes en el 11,8% de los episodios de ingreso revisados. Sin embargo los antecedentes personales de interés si se recogían en el 99,4% de los mismos (figura 1).

Se constata la recogida de datos sobre alergias en un 99,3% de los ingresos, de hipertensión en un 81,6%, de hábitos tóxicos (tabaco) en un 47,6% y de diabetes mellitus en un 56,5%.

El motivo de ingreso y el diagnóstico se consignan explícitamente en el 98,3%.

El 75% de las historias incluían las hojas de indicaciones terapéuticas cumplimentadas todos los días.

Las hojas de enfermería figuraban cumplimentadas diariamente en el 96,6% de los episodios, frente a la cumplimentación de las hojas de evolución de los médicos, que están presentes todos los días del ingreso, en el 27,6% de los casos.

El informe de alta estaba presente en el 94,6% de los ingresos, y aparecía completo en el 87,7%.

Cuando el ingreso requería consentimiento informado estaba presente en el 65% de los mismos, y correctamente cumplimentado en el 85,7%.

El 52,3% de la documentación revisada es legible sin dificultad y el 47,7% es legible con alguna dificultad.

Discusión

Conviene destacar que en los estudios de calidad de la historia clínica, al revisar sus distintos componentes, se trata de objetivar cómo se documenta la asistencia clínica y no la calidad del proceso asistencial⁴.

De nuestros resultados, cabe destacar la elevada cumplimentación de variables registradas de forma informatizada, como los datos de identificación del paciente y la fecha de ingreso. La incorporación de la informática a la gestión de los servicios clínicos se está constantemente perfeccionando y facilita los sistemas de registro y actualización de forma automática. Los antecedentes familiares se recogen en nuestro estudio solo en un 11%, frente a los antecedentes personales y alergias que son mayoritariamente registrados. Posibles explicaciones para la omisión de

Tabla 1. Variables de la historia clínica consideradas para el estudio

Variables para el control de calidad de la documentación clínica		
Identificación paciente	Presencia (1) o ausencia (0) de datos clínicoestadísticos	Catagórica nominal dicotómica
N.º Seguridad Social	Presencia (1) o ausencia (0) de n.º de SS o TIS	Catagórica nominal dicotómica
Fecha de ingreso	Presencia (1) o ausencia (0) de fecha de ingreso	Catagórica nominal dicotómica
Antecedentes familiares	Presencia (1) o ausencia (0) de antecedentes familiares	Catagórica nominal dicotómica
Antecedentes personales	Presencia (1) o ausencia (0) de antecedentes personales de interés	Catagórica nominal dicotómica
Alergias	Presencia (1) o ausencia (0) De alergias	Catagórica nominal dicotómica
Hábitos tóxicos	Presencia (1) o ausencia (0) de constancia de hábitos tóxicos: tabaco	Catagórica nominal dicotómica
Diabetes mellitus	Presencia (1) o ausencia (0) de constancia de diabetes mellitus	Catagórica nominal dicotómica
Hipertensión arterial	Presencia (1) o ausencia (0) de constancia de hipertensión arterial	Catagórica nominal dicotómica
Motivo de ingreso	Presencia (1) o ausencia (0) de motivo de ingreso	Catagórica nominal dicotómica
Diagnóstico	Presencia (1) o ausencia (0) de diagnóstico	Catagórica nominal dicotómica
Órdenes terapéuticas	Presencia (1) o ausencia (0) de órdenes terapéuticas (cumplimentadas diariamente)	Catagórica nominal dicotómica
Hoja de enfermería	Presencia (1) o ausencia (0) de hoja de enfermería (cumplimentada diariamente)	Catagórica nominal dicotómica
Hoja de evolución	Presencia (1) o ausencia (0) de hoja de evolución (cumplimentada diariamente)	Catagórica nominal dicotómica
Informe de alta	Presencia (1) o ausencia (0) de informe de alta	Catagórica nominal dicotómica
Informe de alta completo	Informe de alta completo (1) o incompleto (0)	Catagórica nominal dicotómica
Consentimiento informado	Presencia (1) o ausencia (0) de consentimiento informado	Catagórica nominal dicotómica
Requiere consentimiento informado	Requiere (1) o no requiere (0) consentimiento informado	Catagórica nominal dicotómica
Consentimiento informado completo	Consentimiento informado completo (1) o incompleto (0)	Catagórica nominal dicotómica
Legibilidad	Legibilidad de la documentación (0 = totalmente ilegible, 1 = legible con dificultad, 2 = legible sin dificultad)	Catagórica ordinal en tres categorías

los antecedentes familiares son la dificultad del paciente para recodarlos, tratar de eludir la anotación de datos imprecisos o que con frecuencia no

se preguntan a la hora de realizar la anamnesis. Asimismo, debería mejorar el registro de tabaquismo y de presencia o ausencia de diabetes me-

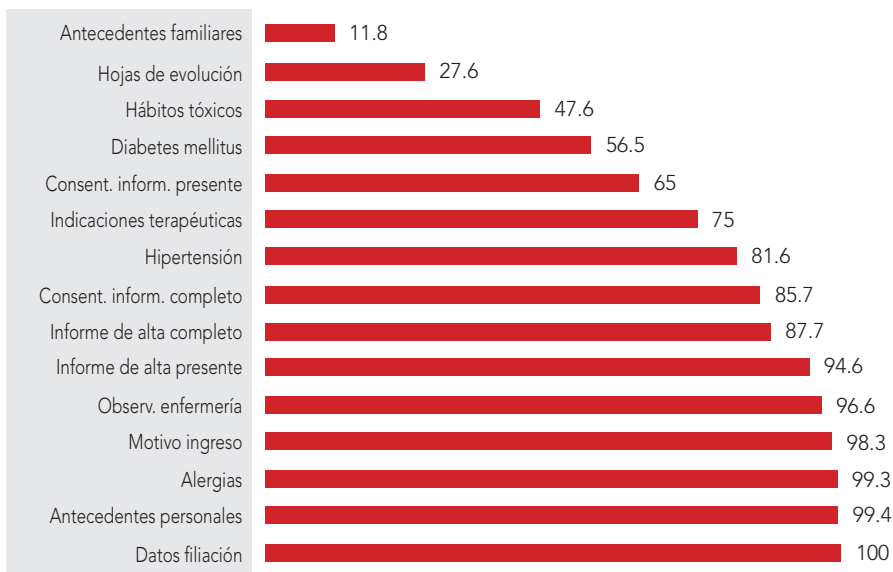


Figura 1. Grado de cumplimentación de variables. Porcentajes

litis, anotados en un 47,6 y un 56,6%, respectivamente.

Podemos destacar que las hojas tanto de indicaciones terapéuticas como de observaciones de enfermería aparecen completas en la mayoría de las historias. Ambas se han sometido a un proceso de informatización lo que ha facilitado su cumplimentación. Sin embargo, las hojas de evolución médica presentan niveles de cumplimentación bajos (27,6%), probablemente debido a la ausencia de cambios en la situación clínica del paciente o por estar pendiente de resultados de pruebas diagnósticas. Hay que precisar que en la valoración de hojas de evolución y de indicaciones terapéuticas no se han tenido en cuenta fines de semana ni días festivos.

Con respecto al informe de alta, está presente en casi la totalidad de los ingresos y la calidad del mismo es más alta que en otros estudios reali-

zados en servicios de medicina interna^{11,12}.

El consentimiento informado es la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, después de recibir la información adecuada, para proceder a cualquier actuación que afecta a su salud, aunque suele ser verbal en determinadas circunstancias se requiere escrito, siempre fechado y firmado tanto por el paciente o representante legal como por el facultativo. En nuestro caso, solo estaba presente en el 65% de los ingresos en los que era necesario, y correctamente cumplimentados en el 85,7%.

Por otro lado, la proporción de historias legibles sin dificultad se aleja del estándar propuesto por Ibáñez Avila¹³ de un 82,5%. En nuestro estudio solo la mitad de las historias clínicas podían leerse sin dificultad.

Podemos concluir que la calidad de la historia clínica es buena, pero existen

oportunidades de mejora en la cumplimentación de antecedentes familiares, dejar constancia escrita de la presencia o ausencia de hábitos tóxicos (tabaco) y diabetes mellitus, incluir consentimientos informados cuando sean necesarios y cumplimentarlos correctamente, cumplimentar a diario las hojas de evolución y tratamiento por parte del personal médico y legibilidad de la historia clínica.

Una vez detectadas las áreas de mejora, se ha realizado una actividad formativa teórico-práctica dirigida al personal facultativo del Servicio de Medicina Interna, cuya eficacia se evaluará en un estudio posterior.

¿Qué se sabe acerca del tema?

La historia clínica como soporte documental de toda la información que se genera en el acto médico debe reunir una serie de características en cuanto a contenido informativo, ordenación lógica y legibilidad que se hallan recogidas en diversas recomendaciones, normas y legislación al respecto.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

En la actualidad hay pocos estudios que evalúen la calidad de la historia clínica. Conocer el grado de cumplimentación de la historia clínica en un servicio de medicina interna nos parece interesante, con la finalidad de instaurar medidas de mejora.

Contribuciones de autoría

Todos los autores han trabajado de forma coordinada en la elaboración del diseño del trabajo, su ejecución y el posterior análisis de los datos. La ver-

sión definitiva del artículo cuenta con la aprobación de todos los autores.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Agradecimientos

Los autores quieren expresar su agradecimiento al Servicio de Medicina Interna, al Servicio de Documentación Médica y a la Unidad de Apoyo a la Investigación, por la ayuda recibida.

Bibliografía

1. World Health Organization. Guidelines for Medical Record Practice. Report N°: WHO/HS/NAT.COM/80-370.1981.
2. 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 num 274, pp. 40126-40132.2002.
3. Servei Valencià de Salut. Guía de uso de la historia clínica de atención especializada. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum. Generalitat Valenciana, 1994.
4. Renal J, Pérez-Salinas I. Evaluación de la calidad de las historias clínicas. Papeles Médicos. 2001;10(1): 32-40.
5. Alonso-González M, García de San José S, Díaz-González L, García-Caballero J. Valoración de la calidad de las historias clínicas. Gestión Hospitalaria. 1996;4:44-9.

6. Carpintero-Escudero JM, Ochoa-Gómez FJ, Acitores-Augusto JM, Ferrús-Ciriza JA, Fernández-Corcuera JA. Grado de cumplimentación de la historia clínica de urgencias como indicadores de la calidad asistencial. *Emergencias*. 1997;9(1):26-30.
7. De Miguel-Manzano B, Santiago-Guervós M, Candía B, Blanco-Hernández A, Muñoz-Álvarez D, Martín-Jiménez MT, et al. La historia clínica de urgencias. Un parámetro de la calidad de la asistencia. *Emergencias*. 1997;9(1):31-4.
8. Reyes Domínguez A, Palma Amaro A, Montero Chaves G, Rojas García MF, Pérez Lozano MJ, Marín León I, et al. La historia clínica en la evaluación de la calidad asistencial de la cardiopatía isquémica: ¿es una fuente de información válida? *Rev Clin Esp*. 2001;201(10):563-7.
9. Wikman P, Safont P, Merino J, Martínez Baltanás A, Matarranz del Amo M, López Calleja E. Intervención para la mejora de la calidad de las historias clínicas en un Servicio de Medicina Interna. *Rev Clin Esp*. 2009;209(8):391-5.
10. 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. *Atención Primaria*. 2002;30(2):92-8.
11. Zambrana JL, Fuentes F, Martín MD, Díez F, Cruz G. Calidad de los informes de alta hospitalaria de los servicios de medicina interna de los hospitales públicos de Andalucía. *Rev Calidad Asistencial*. 2002;17(8):609-12.
12. Viana Alonso A, Rosa Herranz C, Portillo Pérez-Olivares H, Rodríguez Rodríguez A. Calidad de los informes de alta de los Servicios de Medicina Interna de Castilla-La Mancha (valoración de la estructura). *An Med Intern*. 1994;11(1):4-8.
13. Ibáñez Ávila R. Valoración de la calidad asistencial en pacientes ingresados en la sala de observación de urgencias. *Emergencias*. 1992;4(4):249-53.