

ARTÍCULO ORIGINAL

Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General

Quality evaluation of the records of the dead patient's medical charts in the Emergency Department of a General Hospital

Edwin Pablo-Rocano¹

Fecha de recepción: 14 de marzo de 2008

Fecha de aceptación: 7 de abril de 2008

RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos dentro del Servicio de Emergencia de un hospital general. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se revisó 86 historias clínicas de los pacientes fallecidos en enero y febrero del presente año en el Servicio de Emergencia del Hospital Loayza de Lima. **RESULTADOS:** El 100% de las historias clínicas (HC) auditadas se encontró en un rango de calificación entre 48 y 64%. Datos de filiación incompletos (100%); registró incompleto de la Enfermedad Actual (100%); no énfasis en el motivo de consulta (70%); no se enfatizó el estado general o de conciencia (50%); en ninguna HC se registró la codificación CIE10; sólo el 15% del total de HC registró la epicrisis; sólo el 15% de las HC tuvo la apreciación del caso clínico, correspondiendo todas al área de medicina; en el 60% de las HC no se utilizaron los formatos adecuados para el registro de los diferentes procesos; en el 77% de las HC no se registró el nombre completo del paciente en cada formato de la HC; y, en más del 50% de HC no se registró los resultados de los exámenes radiológicos (tomografía y placas radiográficas) ni el comentario y/o apreciación de los mismos. **CONCLUSIÓN:** Las historias clínicas auditadas calificaron como regulares.

Palabras claves: historia clínica, auditoría, calidad Servicio de Emergencia.

SUMMARY

OBJECTIVE: To evaluate the quality of the records of the dead patient's medical charts in the Emergency Department (ED) of a general hospital. **MATERIAL AND METHODS:** It was audit 86 medical charts of the patients that died after entering to the ED in the Hospital Loayza of Lima during January and February this year. **RESULTS:** All the audited medical charts received an average qualification between 48 and 64%. Personal record was incomplete (100%); incomplete data of the current disease (100%); no emphasis in the consultation motive (70%); no emphasis in the general status or level of consciousness (50%); no registry of the international code of diseases (100%); done epicrisis (15%); global appreciation of the patient's condition (15%), mainly in the medicine ward; inadequate use of the chart's formats (60%); inadequate registry of the patient's name in each format page (77%); and, no registry of the ancillary test's results (more than 50%). **CONCLUSION:** The audited medical charts had a mid-term quality.

Key words: medical chart, audit, quality, Emergency Department.

INTRODUCCIÓN

El concepto de auditoría médica se puede entender mejor mediante dos definiciones: "El análisis crítico y sistemático de la calidad del cuidado médico incluyendo procedimientos usados

para diagnóstico y tratamiento y su influencia en la calidad de vida de los pacientes" (Barr N, Glennerster H y Le Grand J, en Working for patients: the right approach?, 1989); y, "La evaluación de la calidad del cuidado médico como se refleja en las historias clínicas" (Virgil N.Slee, 1967). En sí, la auditoría médica está íntimamente ligada a la calidad del cuidado médico.⁽¹⁾

Los códigos respecto a la práctica de la medicina datan de miles de años: El Código de Hammurabi, en 1750 a.C, aceptaba la pena del Talió: "Ojo por ojo y diente por diente" castigando severamente la negligencia. La colección Hipocrática del 460 a.C mencionaba: "no practicará la talla vesical quien no sepa hacerla". En 1910, Abraham Flexner describe en un reporte para la Fundación Carnegie haber observado "hospitales miserables, trampas mortales sin equipos suficientes para hacer un examen clínico ordinario". Esto dio lugar a que el Colegio Americano de cirujanos estableciera estándares mínimos para la profesión. En Gran Bretaña en 1967 el reporte Cogwheel sobre mortalidad materna y el servicio de consejería hospitalaria en 1969 (HAS: Hospital Advisory Service) fue el primer esfuerzo para implementar la auditoría en el documento titulado 'trabajando para los pacientes', el cual marcó un hito en el desarrollo de la auditoría médica.^(1,2)

1. Médico Intensivista. Servicio de Emergencia, Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

En el Perú se documenta la auditoría del 5% de historias clínicas entre 1968 y 1971 sobre casos denunciados en el Hospital General Base de Abancay, labor que destacó la falta de material estándar para escribir la historia clínica, el funcionamiento inadecuado de los comités de historias clínicas y de auditoría médica. En 1987 se tuvo la primera referencia de propuesta de inicio de auditoría médica en el Hospital Almenara a cargo de Carol Lewis con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, así como con asesorías a los hospitales María Auxiliadora y San Bartolomé. En 1991, Piscocya estableció las bases del Servicio de Auditoría Médica en el hospital Almenara.⁽¹⁻³⁾

La auditoría médica cobra especial relevancia, cuando se enfrenta a una cultura con escasa autocrítica a pesar de las precisiones que hace la Ley General de Salud 26842. El eje de la auditoría médica es una historia clínica adecuadamente confeccionada. La historia clínica es el documento en el que se registra la totalidad del acto médico realizado, siendo imprescindible para elaborar el diagnóstico y elegir una terapéutica, para lo cual se necesita mantener un orden estándar. La historia clínica como documento y, por constituir un medio de prueba judicial, debe reunir requisitos básicos tales como uso de letra clara y legible, los registros deben ser completos, oportunos y pertinentes, la información debe ser clara, concisa y ordenada para permitir un análisis eficiente. Resulta importante resaltar que lo que no está escrito se supone como no realizado.^(1,4-6)

Los objetivos fundamentales de la auditoría de historias clínicas son dos: conocer la calidad del registro, verificando si se han registrado todos los antecedentes preestablecidos y que estén legibles y de acuerdo a los estándares de calidad; y, conocer la calidad de la atención médica, según las normas y estándares preestablecidos denominados criterios de auditoría, los cuales son llamados referentes (leyes, normas técnicas, documentos institucionales etc.) a los cuales se compara la evidencia (registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información pertinente) de la auditoría.^(5,7-9)

La evaluación de la calidad de atención de los pacientes en los servicios hospitalarios implica evaluar los registros y basado en éstos la atención médica propiamente dicha. El Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza atiende a una población que se incrementa con el tiempo, esto conlleva a que pueda mermarse la calidad de atención y trascender esto en problemas médico-legales tanto para la institución como para el personal asistencial. Este trabajo es una evaluación inicial del correcto llenado de las historias clínicas y propone a que en un futuro próximo se amplíe a evaluaciones de la calidad de atención en las diferentes especialidades médicas.

Este trabajo se realizó con el objetivo de evaluar la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos dentro del Servicio de Emergencia; y, de esta manera, identificar inconformidades en la atención de los pacien-

tes que fallecieron, obtener estadísticas iniciales de la calidad de los registros y de impulsar a realizar auditorías más amplias que incluyan la calidad de la atención en pacientes fallecidos o no de los servicios de medicina y cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS

El autor realizó la auditoría del día 10 al 14 de marzo del presente año en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima.

La evaluación que se hizo fue de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes atendidos y que fallecieron en el Servicio de Emergencia durante enero y febrero del 2008. Se revisó 86 historias clínicas correspondientes a los pacientes fallecidos en el período mencionado.

Los criterios empleados para realizar la auditoría fueron aquellos contemplados en los siguientes documentos:

- Norma técnica de la historia clínica, Título VI, artículo 2°; Título VI.2.2 (Elaboración y Registro).
- Norma técnica de auditoría de la calidad de atención en salud: artículo 6.5.2 (Auditoría de la calidad de los registros asistenciales).
- Ley General de Salud. Ley N° 26842, artículo 29°.
- Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú, artículo 73°.
- Manual de Organización y Funciones del Servicio de Emergencia del Hospital Arzobispo Loayza, página 29.

La ficha de auditoría y la ficha del instructivo se muestra en los Anexos 1 y 2.

RESULTADOS

- El 100% de historias clínicas (HC) auditadas tuvo una calificación entre 48 y 64% (de acuerdo al formato de calificación para auditoría de registro), lo que las califica como regulares.
- Los datos de filiación estuvieron incompletos en el 100% de las HC auditadas.
- El 100% de HC registró en forma incompleta los ítems de Enfermedad Actual y 70% no enfatizó el motivo de consulta.
- Sólo se consignó los antecedentes patológicos a pesar de que en el formato existe un ítem para llenar otros antecedentes.
- En el 90% de HC se consignó de forma completa las funciones vitales, en el 50% de HC no se enfatizó el estado general o de conciencia y en el 13% de HC no había un examen físico dirigido.
- No hubo una sola HC en la que se registró la codificación CIE10.
- Sólo el 15% de las HC tuvo la apreciación del caso clínico, correspondiendo todas al área de medicina.

Anexo 1. Ficha de auditoría de la calidad de los registros en el servicio de emergencia en pacientes fallecidos

Servicio auditado:	Auditoría N°:		
Miembros del Comité Auditor:	Asunto:		
Fecha:			
Datos de la auditoría			
Fecha de atención:	Médico tratante		
Diagnóstico			
A. Identificación de pacientes			Puntaje
- Número de historia clínica	Si/NA	1	No 0
- Fecha de apertura de la Historia Clínica	Si/NA	1	No 0
- Nombres y apellidos completos	Si/NA	1	No 0
- Sexo	Si/NA	1	No 0
- Fecha de nacimiento	Si/NA	1	No 0
- Lugar de nacimiento	Si/NA	1	No 0
- Grado de instrucción	Si/NA	1	No 0
- Ocupación	Si/NA	1	No 0
- Religión	Si/NA	1	No 0
- Raza	Si/NA	1	No 0
- Estado civil	Si/NA	1	No 0
- Número de DNI	Si/NA	1	No 0
- Domicilio actual	Si/NA	1	No 0
- Lugar de procedencia	Si/NA	1	No 0
B. Enfermedad actual			
- Motivo de la consulta	Si/NA	1	No 0
- Tiempo de la enfermedad	Si/NA	1	No 0
- Síntomas principales	Si/NA	1	No 0
- Relato Cronológico	Si/NA	1	No 0
- Funciones biológicas	Si/NA	1	No 0
C. Antecedentes			
- Fisiológicos	Si/NA	1	No 0
- Inmunológicos	Si/NA	1	No 0
- Patológicos	Si/NA	1	No 0
- Familiares	Si/NA	1	No 0
- Epidemiológicos	Si/NA	1	No 0
- Ocupacionales	Si/NA	1	No 0
D. Exploración física			
- Frecuencia cardíaca	Si/NA	1	No 0
- Frecuencia respiratoria	Si/NA	1	No 0
- Presión arterial	Si/NA	1	No 0
- Frecuencia de pulso	Si/NA	1	No 0
- Peso	Si/NA	1	No 0
- Talla	Si/NA	1	No 0
- Estado general	Si/NA	1	No 0
- Estado de conciencia	Si/NA	1	No 0
- Datos de examen físico dirigido	Si/NA	1	No 0

- En el 5% de HC no hubo identificación del médico tratante.
- Sólo el 15% del total de HC registró la epicrisis.
- En el 13% de HC no se registró la hora de atención.
- En el 60% de las HC no se utilizó los formatos adecuados para el registro de los diferentes procesos.
- En el 77% de las HC no se registró el nombre completo del paciente en cada formato de la HC.
- En más del 50% de HC no se registró los resultados de los exámenes radiológicos (tomografía y placas radiográficas) ni el comentario y/o apreciación de los mismos.

Anexo 2. Instructivo de auditoría de la calidad de los registros del servicio de emergencia en pacientes fallecidos

Datos generales de la auditoría	
• Servicio auditado	Servicio seleccionado para la realización de auditoría
• Auditoría número	Número de registro de la auditoría médica
• Miembros de comité auditor	Nombres completos de los auditores
• Asunto	Tema sobre el cual se audita
• Fecha	Fecha en la que se realiza la auditoría
• Datos de la auditoría	
• Fecha de atención	Fecha en la que el paciente ha sido evaluado
• Médico tratante	Nombre completo del médico tratante
• Diagnóstico	Diagnóstico presuntivo o definitivo que figura en la historia clínica
A. Identificación de pacientes	Son datos que se deben registrar al momento de abrirse la historia
B. Enfermedad actual	Los datos deben ser consignados en su totalidad
C. Antecedentes	Se consignaran los datos necesarios para el daño a tratar
D. Exploración física	Se consignaran los datos relacionados a la exploración física dirigida
E. Diagnósticos	
- Presuntivo:	Consigna o no
- Definitivo	Consigna o no
- Uso de código CIE -IO	Uso de la codificación internacional de enfermedades
F. Plan de trabajo	Incluyen todos los exámenes auxiliares interconsultas, procedimientos u otros necesarios
G. Apreciación	Interpretación sucinta del caso, máximo en la primera o segunda atención
H. Tratamiento/recomendaciones	Los datos deben ser consignados en su totalidad
I. Notas de evolución, complicaciones, exámenes auxiliares e interconsultas	Deben ser llenados de acuerdo a su pertinencia
J. Identificación del médico tratante	Deben ser llenados en su totalidad
K. Atributos de la historia clínica	Se debe llenar en su totalidad
L. Calificación total	Sumatoria de todos los puntajes obtenidos

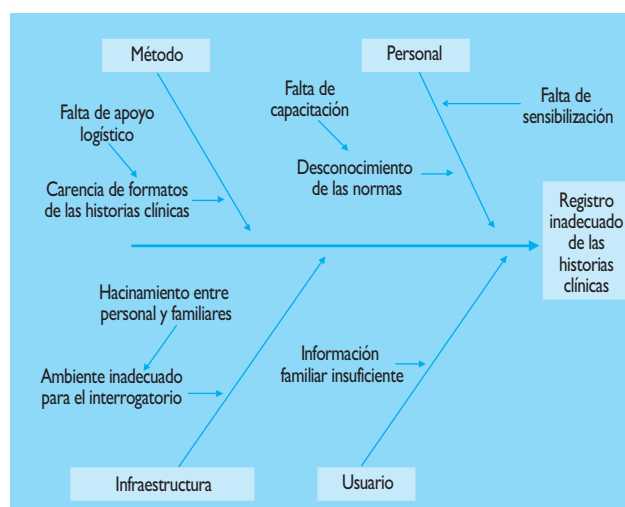


Figura 1. Evaluación de los procesos. Registro inadecuado de las historias clínicas (HC) en el Servicio de Emergencia. Diagrama de causa-efecto.

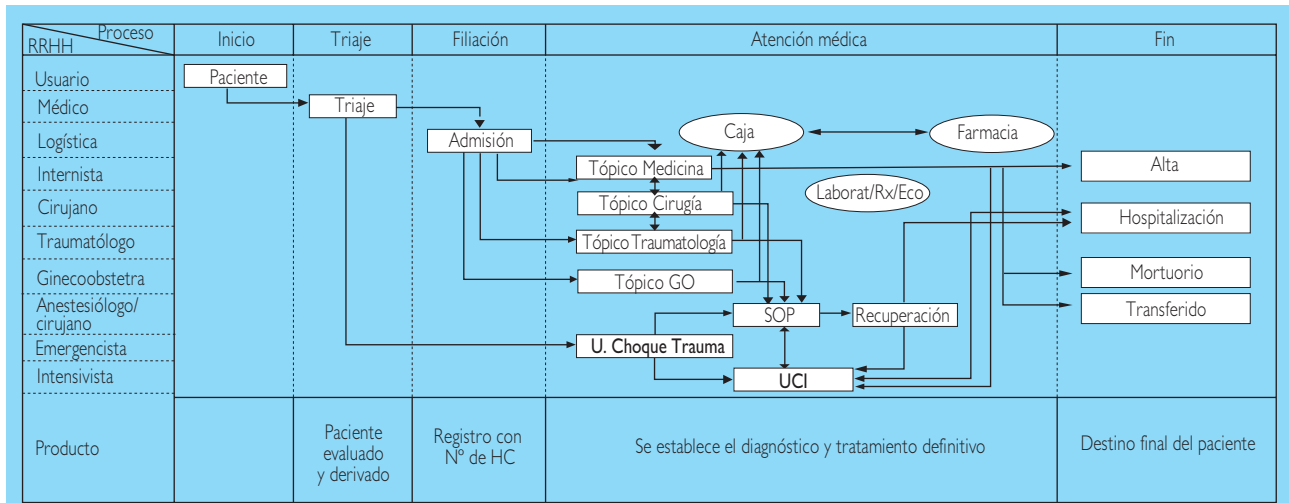


Figura 2. Mapa de procesos para la atención en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

DISCUSIÓN

Los hallazgos de la auditoría mostraron la deficiencia que existe en el correcto llenado de las historias clínicas. Este trabajo, que evaluó la calidad de los registros en el Servicio de Emergencia de los pacientes fallecidos, no separó las historias por especialidades pero se observó que la mayoría de las historias correspondían a la atención en Medicina y fueron menos en Cirugía, Traumatología y Gineco-Obstetricia por lo que los resultados corresponden en un gran porcentaje, alrededor del 90%, a historias clínicas de atenciones del Servicio de Medicina.

El incorrecto llenado de las historias clínicas se puede evaluar desde diferentes puntos como se muestra en el diagrama causa-efecto, donde el personal, la falta de apoyo logístico, el ambiente inadecuado para el interrogatorio y, muchas veces, la información familiar insuficiente se convierten en factores importantes para obtener el resultado encontrado (Figura 1). Sin embargo, el calificativo encontrado está en el rango de 48-64%, que es calificado como regular (40-69%), lo cual se explica por la mayor cantidad de historias del Servicio de Medicina y, probablemente, el calificativo sea menor en los otros servicios.

En la Figura 2 se puede observar el mapa de procesos para la atención en el Servicio de Emergencia donde se muestra la atención de las cuatro especialidades básicas y las Unidades de Choque-Trauma y de Cuidados Intensivos.

Las mayores inconformidades encontradas en las historias clínicas fueron que sólo en el 30% se enfatizó el motivo de consulta; que sólo el 15% de las HC contó con una apreciación del caso clínico; y, el registro incompleto de funciones vitales. El inadecuado llenado de las historias clínicas podría tener relación negativa con la calidad de atención del paciente, pudiendo ser ésta motivo de una auditoría a futuro.

En conclusión, la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergen-

cia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza se encuentra en el calificativo de regulares, correspondiendo la mayoría de ellas al Servicio de Medicina.

En consecuencia, es recomendable que se tomen algunas acciones correctivas como la revisión de la estructura del formato de atención de emergencia tomando como parámetro la norma técnica y adecuarlo a la realidad del Servicio de Emergencia (Norma técnica de la historia clínica, Título VI.2.2.4: calidad de la historia clínica-análisis cuantitativo); implementar un sistema de capacitación permanente y sensibilización en el llenado correcto de las historias clínicas dado que existe personal rotante (internos y residentes); hacer de conocimiento del personal las implicancias legales y éticas del inadecuado llenado de las historias clínicas; otorgar al personal los respectivos formatos de las historias clínicas (hojas de evolución, terapéutica, ínterconsultas, etc.) para un llenado adecuado de ellos; y, realizar una nueva evaluación de la calidad de los registros seis meses después para ver el cambio producido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Piscoya J. El ciclo de la auditoría médica. En: Diplomado de Auditoría Médica. Universidad Ricardo Palma. Lima, 2007.
2. Osorio G, Sayes N, Fernández L. Auditoría médica: herramienta de gestión moderna subvalorada. *Rev Med Chile* 2002; 130: 226-229.
3. Norma Internacional ISO 19011:2002. Traducción certificada. Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión de la calidad y/o ambiental. Ginebra. 2002.
4. Piscoya J. Cómo hacer una auditoría médica. *Boletín Informativo del Colegio Médico del Perú* 1992; XXII (1).
5. Dirección General de Salud de las Personas. Norma técnica de la historia clínica de los establecimientos del sector salud. NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02. Ministerio de Salud. Lima. 2005.
6. Dirección General de Salud de las Personas. Norma técnica de auditoría de la calidad de atención en salud. NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01. Ministerio de Salud. Lima. 2005.
7. Manual de Organización y Funciones del Servicio de Emergencia. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, 2008.
8. Ley N° 26842. Ley General de Salud. *El Peruano*. Normas Legales. Julio 1997.
9. Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología. Lima, 2007.

Correspondencia a: Dr. Edwin Pablo Rocano, e-mail: epablor@hotmail.com