

## Evaluación de la calidad de las historias clínicas

**J. Renau, I. Pérez-Salinas**

*Unidad de Documentación Clínica y Admisión. Hospital General de Castellón*

Correspondencia

Jorge Renau Tomás

C/ Rvdo. José M<sup>a</sup> Pinazo, 3 - 13-B

46020 Valencia

E-mail: jprenau@comcas.es

La calidad de la historia clínica, piedra angular de todo el sistema de información hospitalario<sup>1</sup>, es un tema esencial y el papel de los Archivos de Historias Clínicas y Servicios de Documentación Clínica, al respecto, se materializa en tres grandes áreas:

- El establecimiento de manuales de procedimiento para la cumplimentación de los documentos clínicos y la organización de la historia clínica en forma de guías de uso.
- La vigilancia del diseño adecuado de la estructura de la historia clínica y de los documentos clínicos. Normalización y diseño de formatos.
- La realización de revisiones de historias para determinar su calidad y proponer medidas de mejora.

En este artículo abordaremos los estudios sobre la historia clínica que se llevan a cabo de forma habitual para conocer su calidad y que se basan en la revisión de los documentos de la misma. Los planteamientos que a continuación se exponen se circunscriben al ámbito de la historia clínica en su formato habitual, no informatizada, en centros hospitalarios. Se excluyen de este trabajo los estudios sobre disponibilidad o utilización de la historia clínica.

### Necesidad de controlar la calidad de las historias clínicas

La historia clínica es un documento esencial para la asistencia, con implicaciones legales y que además desempeña otras funciones: docencia, investigación, evaluación de calidad y gestión de recursos<sup>2</sup>. Para ello la historia clínica ha de reunir una serie de características en cuanto a: contenido informativo, ordenación lógica, normalización documental y legibilidad, que se hallan recogidas en diversas recomendaciones, normas y legislación al respecto<sup>3-6</sup>.

A modo de síntesis, se puede afirmar que la historia clínica debe contener suficiente información para identificar al paciente, justificar el diagnóstico y tratamiento, y documentar los resultados de la asistencia<sup>7</sup>.

Sin embargo, la historia clínica lejos de ser un producto individual, es fruto de un equipo por lo que, habitualmente, en la confección de la misma intervienen diferentes y diversos profesionales (médicos, enfermería, fisioterapeutas, farmacéuticos, y otros). Por otra parte, la cumplimentación de esta documentación constituye una actividad derivada de la atención al paciente, la cual en ocasiones se presta en circunstancias poco favorables. Todo ello da lugar a que la documentación presente en la historia clínica no sea la adecuada o no se halle tan completa como sería deseable.

Para garantizar que la historia clínica sea un medio de comunicación de la información acerca de la atención prestada al paciente, que sirva de evidencia de la evolución de los pacientes, de sus enfermedades y tratamiento, para fines legales, financiación de la asistencia, docencia, gestión de la calidad y por fin, proporcione datos clínicos para actividades administrativas, de investigación y docencia, se debe controlar la calidad de la historia clínica.

### Enfoques en la evaluación de las historias clínicas

La evaluación de la calidad de las historias clínicas, en la práctica, se plantea desde dos enfoques diferentes que a su vez implican planteamientos y resultados distintos.

1. Un primer tipo de evaluación cuyo objetivo es lograr historias completas o de "calidad". En este contexto, calidad, no es más que el grado en que la historia cumple una serie de requisitos establecidos previamente. Para ello, se revisan las historias y las deficiencias detectadas en las mismas se corrigen en un plazo de tiempo determinado y pactado previamente con el autor de la historia (servicio clínico)<sup>7</sup>. Este planteamiento, resulta habitual en EE.UU. y su realización se halla favorecida dentro de lo que se denominan *risk management programs*.

A su vez dentro de este enfoque podemos distinguir dos tipos de análisis o revisión de la historia clínica: la revisión cuantitativa y la cualitativa.

- La revisión cuantitativa, en la que se revisa la presencia de los diferentes documentos que integran la his-

toria, la cumplimentación de los mismos, así como, otros aspectos tales como su ordenación. Se trata, por tanto, de una evaluación objetiva que es realizada por personal formado en Documentación Médica.

- La revisión cualitativa, es una evaluación con una mayor carga de subjetividad y en la que se analiza el contenido informativo de la historia. Corresponde su realización a los facultativos de los servicios clínicos.

2. Un segundo planteamiento consiste en la realización de una revisión (que puede ser cuantitativa o cualitativa) de las historias y de cuyos resultados se informa a los autores (servicios clínicos) para que conozcan los posibles déficits y se adopten las medidas de corrección, si procede, en la futura elaboración de las historias<sup>8</sup>. Es decir, no se completan las historias en las que se han detectado las deficiencias. Este tipo de planteamiento es el que, habitualmente, se realiza en nuestro entorno por el servicio de Documentación Clínica o por la Comisión de Historias Clínicas del centro.

Los estudios acerca de la calidad de la historia clínica se pueden clasificar en función de las siguientes características:

#### **Momento de la revisión**

##### *Evaluación retrospectiva*

En los hospitales la revisión se ha realizado tradicionalmente de forma retrospectiva tras finalizar la asistencia. Se realiza en el archivo de historias clínicas o en el seno de la comisión de historias clínicas y tiene la ventaja de que se revisa la historia completa, aunque se produce una demora en corregir o completar la documentación.

##### *Evaluación concurrente*

La revisión se realiza mientras el paciente está siendo atendido. Se realiza en la unidad de enfermería. Se ha comprobado que mejora el porcentaje de historias completas lo que facilita el uso de la información de las historias, si bien el coste es mayor, pues su implantación puede requerir personal adicional así como un espacio extra en el control de enfermería.

En hospitales o centros de larga estancia, las evaluaciones se realizan durante el período de residencia de los pacientes, de forma quincenal, mensual o trimestral.

#### **Ámbito o cobertura del análisis**

##### *Revisión únicamente de determinados documentos*

A determinados documentos de la historia clínica se le otorga una mayor importancia bien por constituir en sí mismos un resumen del resto, informe de alta, o por la trascendencia de los datos que en los mismos se registran, informe de la intervención, informe histopatológico.

##### *Revisión por muestreos seleccionados*

Se realiza la revisión de una muestra del total de las historias.

##### *Revisión de todos los documentos de la historia clínica*

#### **Periodicidad**

##### *Estudios puntuales*

En determinadas situaciones o cuando no es posible la realización de una evaluación sistemática, se realizan estudios de calidad, siendo procesos de evaluación con objetivos muy definidos y limitados en el tiempo<sup>9</sup>.

##### *Monitorización*

La monitorización es un caso especial en donde la revisión de historias se transforma en vigilancia sistemática y continuada de determinados parámetros establecidos a priori. Por tanto, consiste en una revisión permanente de determinados indicadores para los que se establecen niveles óptimos y donde se vigila permanentemente su cumplimiento<sup>10</sup>.

#### **Objetivos de la revisión**

Como hemos indicado anteriormente, el objetivo de la revisión puede ser el establecimiento de un procedimiento que, de forma rutinaria, permita que se detecten y se corrijan los déficits en las historias revisadas.

Otro objetivo puede consistir en la evaluación de la calidad de la documentación de las historias para detectar los déficits y proponer medidas correctoras para futuras situaciones. A este tipo de estudio pertenecen la mayoría de las revisiones de historias clínicas realizadas en nuestro país con denominaciones tales como: valoración de la calidad de la historia clínica<sup>11,12</sup> o estudios de calidad formal de la historia clínica<sup>8,13</sup>. En las Tablas 1 y 2 se propone un protocolo para el estudio de los aspectos formales de las historias clínicas.

#### **Diferencias entre evaluación de la calidad de las historias clínicas y audit médico**

No se debe confundir, por tratarse de cuestiones distintas, la evaluación de la calidad de la historia clínica con la evaluación de la calidad de la asistencia.

Las revisiones cuantitativa y cualitativa son análisis de la documentación de las historias clínicas diseñados para ayudar al personal sanitario a mejorar su documentación. La revisión cuantitativa y cualitativa da como resultado una mayor cumplimentación o exhaustividad de las historias clínicas y contribuye a una mejora práctica en el uso de la historia clínica<sup>7</sup>.

Las evaluaciones o revisiones de calidad de la asistencia, por otra parte, son realizadas por grupos de clínicos para asegurar que la atención prestada sea de calidad. Utilizan las historias clínicas como documentación de la atención prestada, pero su objetivo básico se centra en la atención realizada, no en la forma en cómo ésta se documentó.

Por tanto, en los estudios de calidad de la historia, al revisar la documentación clínica lo que estamos evaluando es cómo se documenta la asistencia y no la calidad de ésta. Aunque con frecuencia se afirma que la presencia de historias clínicas completas y realizadas de forma adecuada se suele asociar con una mayor calidad del proceso asistencial, no conocemos ningún estudio que haya establecido la relación entre el grado de cumplimentación de las historias y la calidad de la asisten-

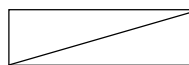
**Tabla 1. Estudios aspectos formales historias clínicas**

HISTORIA Nº ..... MÉDICO: ..... SERVICIO: .....  
 HISTORIA Nº ..... MÉDICO: ..... SERVICIO: .....  
 HISTORIA Nº ..... MÉDICO: ..... SERVICIO: .....

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| 1. Ordenación general de la HC                         |  |  |  |
| 2. Identificación del paciente en los documentos       |  |  |  |
| 3. Identificación del médico en los documentos         |  |  |  |
| 4. Hoja anamnesis con enfermedad actual y antecedentes |  |  |  |
| 5. Exploración física básica                           |  |  |  |
| 6. Comentarios y evaluación diaria médica              |  |  |  |
| 7. Órdenes de tratamiento médicas                      |  |  |  |
| 8. Hojas de observación de enfermería                  |  |  |  |
| 9. Hojas de constantes de enfermería                   |  |  |  |
| 10. Informes de radiodiagnóstico                       |  |  |  |
| 11. Protocolo preoperatorio                            |  |  |  |
| 12. Hoja de anestesia                                  |  |  |  |
| 13. Informe de cirujano sobre intervención practicada  |  |  |  |
| 14. Informe de Anatomía Patológica sobre muestras      |  |  |  |
| 15. Existencia de Informe de Alta (Si/No = 3/0)        |  |  |  |
| 16. Grado de cumplimentación del Informe de Alta       |  |  |  |

Valoración de cada ítem: Puntuación de 0 a 3  
 Bien: 3  
 Regular: 2  
 Mal: 1  
 No cumplimentado: 0  
 No aplicable: Na

Suma de valores



Número de historias

Observaciones:

cia recibida por el paciente. Otra cuestión diferente es que si la asistencia no se documenta difícilmente puede ser evaluada.

**Diseño del estudio**

En general, los estudios sobre calidad de las historias clínicas suelen plantearse mediante diseño transversal y revisión retrospectiva. No obstante, el tipo de diseño puede variar en función de cada caso

De todas maneras, en este tipo de estudios creemos que, en principio, su realización de forma habitual y, sobre todo, la

comunicación de sus resultados y conclusiones a los usuarios de las historias supone ya de por sí, al margen de la mayor o menor rigurosidad metodológica, una labor indispensable, gracias a la cual se acaba implicando y concienciando a todos los usuarios de la historia clínica de la importancia de este tema.

Las evaluaciones concurrentes utilizan métodos de muestreos no probabilísticos mientras que, las evaluaciones retrospectivas emplean métodos probabilísticos<sup>14</sup>.

La técnica de muestreo deberá diseñarse de forma que asegure que la muestra de historias incluida represente adecuadamente a la totalidad de las historias o población a estu-

Tabla 2. Normas para la valoración de la historia clínica

1. Ordenación general de la HC:  
Según el esquema designado por la Comisión de historias y vigente
2. Identificación del paciente:  
Si consta el nombre y apellidos y número de historia en todos los documentos.
3. Identificación del médico:  
Si consta el nombre y apellidos en todos los documentos.
4. Hoja anamnesis:  
Si existe dicha hoja cumplimentada y si al final se escribe con diagnóstico o diagnósticos diferenciales.
5. Exploración física básica:  
Si existe una exploración física.
6. Comentarios y evolución diaria médica:  
Si todos los días hay comentarios médicos, reflejo de un pase de visita.
7. Órdenes de tratamiento médico:  
Si existen diariamente.
8. Hojas de observación de enfermería:  
Si existen diariamente con anotaciones de la atención.
9. Hojas de constantes de enfermería:  
Si existen diariamente con la toma de datos clínicos.
10. Informes de radiodiagnóstico:  
Si existen o solo hay radiografías.
11. Protocolo preoperatorio:  
Si existe E.C.G., radiografía de tórax y analítica preoperatoria.
12. Hoja de anestesia:  
Si está cumplimentada o no.
13. Informe del cirujano:  
Si está cumplimentado o no sobre intervención practicada.
14. Informes de Anatomía Patológica sobre muestras:  
Si existen o no, siempre que se hayan remitido dichas muestras.
15. Existencia de Informe de Alta:  
Hay: 3 puntos  
No hay: 0 puntos
16. Grado de cumplimentación del Alta:  
Debe constar:
  - Si está identificado el paciente y el médico responsable
  - Antecedentes
  - Anamnesis de enfermedad actual
  - Exploración clínica y complementarias
  - Tratamiento y evolución
  - Estado al alta
  - Diagnóstico principal
  - Procedimientos realizados
  - Consejos y medicación

Los puntos 11, 12 y 13 sólo se valorarán si ha habido intervención quirúrgica, y el punto 14 sólo si se ha remitido muestra a Anatomía Patológica.

dio. En otras palabras, que la muestra sea representativa de la población. Para ello, se utilizan las técnicas de muestreo probabilístico. De ellas las que se suelen aplicar en la revisión de historias son las siguientes:

### **Muestreo aleatorio simple**

El primer paso es preparar una lista completa de las unidades de muestreo (historias). A continuación, se calcula el tamaño de la muestra necesario y se seleccionan las unidades necesarias mediante un sistema como el de la tabla de números aleatorios o de un proceso informatizado.

### **Muestreo sistemático**

Se selecciona la muestra según un proceso periódico eligiendo uno cada  $k$  individuos, en nuestro caso historias ( $K =$  constante de muestreo). La constante se calcula dividiendo el tamaño de la población por el de la muestra necesaria. A esta constante se le denomina fracción de muestreo.

### **Muestreo estratificado**

La población se divide en subgrupos (estratos) según ciertas características, posteriormente se extrae una muestra al azar de cada uno de los estratos. Así se logra que la distribución de los sujetos de la muestra, según las variables por las que se estratifica, sea similar a la de la población.

### **Tamaño de la muestra**

Con respecto al tamaño de la muestra algunos autores han sugerido que es suficiente la revisión de lo que denominan micromuestras (30 o 40 historias)<sup>15</sup> mientras que, otros autores desaconsejan el empleo de las mismas<sup>16</sup>. Estas divergencias vienen en parte motivadas por los problemas de orden metodológico y económico que supone la revisión de las historias clínicas. En todo caso, conviene recordar que la representatividad de la muestra no se halla garantizada por el aumento del tamaño sino por el método de muestreo<sup>17</sup>.

En líneas generales se puede afirmar que en la revisiones realizadas en estudios puntuales se debe calcular el tamaño de la muestra, tal como se comenta a continuación; mientras que, en la monitorización, dado su objetivo y procedimiento (revisión permanente) el tamaño de la muestra es menos relevante<sup>16</sup>.

Para calcular el tamaño de la muestra debe conocerse:

- La variabilidad del parámetro que se desea evaluar. Si no se conoce, se obtiene una aproximación a partir de la literatura, datos propios o estudio piloto.
- La precisión con que se desea obtener la estimación, esto es, la amplitud deseada del intervalo de confianza.
- El nivel de confianza deseado. Habitualmente se fija en el 95%, que corresponde a un valor  $\alpha = 0,05$ .
- De estos tres elementos, sólo uno debe ser conocido, ya que tanto la precisión como el nivel de confianza lo fijaremos nosotros.

La fórmula para el cálculo del número de historias necesarias es la siguiente:

- $N = [Z^2_{\alpha/2} \pi (1 - \pi)] / (i^2)$
- $N =$  Número de historias necesarias.
- $Z^2_{\alpha/2} =$  Valor de  $Z$  correspondiente al riesgo  $\alpha$  fijado ( El valor de  $Z_{\alpha/2}$  es 1,96 para un riesgo  $\alpha$  del 5%).

- $\pi$  = Valor de la proporción que se supone existe en la población del parámetro que deseamos evaluar.
- $i$  = Precisión con que se desea estimar el parámetro ( $2i$  es la amplitud del intervalo de confianza).

Si no se conoce el valor aproximado del parámetro puede adoptarse la postura de máxima indeterminación, que consiste en suponer que el porcentaje se sitúa alrededor del 50%.

Supongamos que deseamos conocer cuál es, en nuestro hospital, el porcentaje de informes de alta con déficits en la cumplimentación de alguno de sus ítems. Estudios de otros autores que hemos conocido revisando la literatura cifran este dato alrededor del 20% ( $p = 0.20$ ). Deseamos estimar el resultado con una precisión de  $\pm 3\%$  ( $i = 0.03$ ) y una confianza del 95% ( $\alpha = 0.05$ ,  $Z_{\alpha/2} = 1.96$ ). Aplicando la fórmula descrita se obtiene que el número de informes de alta que necesitaremos revisar es de 683.

Esta fórmula que hemos utilizado es la adecuada para lo que en muestreo se denomina población infinita, es decir, serviría para su aplicación a cualquier población de historias. Ahora bien, en la práctica el muestreo se realiza sobre una población finita que puede ser: el número de altas anuales de un hospital, o de un servicio, etc. En estos casos se utiliza la siguiente corrección:

- $n^* = n / 1 + (n/N)$
- $n^*$  = tamaño corregido de la muestra
- $n$  = tamaño de la muestra
- $N$  = tamaño de la población

En el ejemplo anterior el tamaño de la muestra que obteníamos era de  $n = 683$ ; si la revisión se quiere realizar en un hospital con un volumen de 15.000 altas anuales. Aplicamos la fórmula y obtenemos:

- $n^* = 683 / 1 + (683/15000) = 653$  informes.

El número obtenido en el cálculo anterior debe ser ampliado en función del porcentaje de ausencias que pueda esperarse, de forma que se asegure que se revisarán el número necesario de informes. Una forma de ajustarlo es utilizar la siguiente fórmula:

- $N_a = N \times (1/1-R)$

Donde  $N_a$  representa el número de informes ajustado,  $N$  el número de informes teórico y  $R$  la proporción esperada de ausencias. Si en el ejemplo anterior, se precisaba de un total de 653 informes ( $N = 653$ ), y se prevé que un 5% de los informes, por ejemplo, no se van a poder revisar por no hallarse disponibles las historias clínicas ( $R = 0.05$ ), el número de informes que deberían revisarse sería:

- $N_a = 653 \times (1/1-0.05) = 687$  informes.

La utilización de estas técnicas asegura que la estimación tenga la precisión deseada. Si las ausencias de los informes o historias no hallados para su revisión no se han producido aleatoriamente, los informes revisados no son representativos de la población y puede aparecer un sesgo de selección de la muestra que comprometa la validez interna del estudio.

El problema de la ausencia de historias de la muestra radica no tanto en su número o en el porcentaje que suponen respecto a la muestra, sino en los motivos de la misma. Si la ausencia de las historias está asociada o se halla relacionada,

de alguna forma, con el hecho que se pretende evaluar, el resultado obtenido no se corresponderá con el verdadero valor en el total de las historias.

Veamos un ejemplo: Pretendemos evaluar cuál es el grado de cumplimentación del informe de alta en las historias clínicas de un determinado Servicio. Se calcula el número de historias clínicas que se requiere revisar. Se seleccionan las mismas, mediante muestreo probabilístico. Pero nos encontramos con que, en ciertos casos, no se dispone de la historia. Si de entre estas historias no disponibles, y por ello, no revisadas se da un elevado número de casos de éxitos como motivo de alta, deberemos ser prudentes pues podemos cometer un sesgo de selección, ya que, el éxitos suele asociarse con una peor cumplimentación de los informes<sup>18,19</sup>.

## Revisión cuantitativa

### Concepto

Es la revisión de la historia clínica para garantizar que está completa y reúne los estándares establecidos para ella (establecidos de forma institucional o normativa)<sup>2</sup>. La realización de este análisis es responsabilidad del servicio de documentación médica.

La revisión de las historias clínicas tiene lugar mediante un procedimiento por escrito desarrollado de forma consensuada entre el departamento de documentación médica y los servicios clínicos de acuerdo con las normas de la institución. Requiere estándares y normas de procedimiento previos. Por tanto, hay que establecer un protocolo de análisis de los distintos documentos de forma muy precisa.

### Objetivo

El propósito es la detección, de forma rutinaria, de omisiones evidentes en la cumplimentación de la historia, que se puedan corregir de forma fácil en el normal desarrollo de la actividad hospitalaria. Lo que se persigue es que las historias se hallen más completas.

### Resultados

La detección de deficiencias específicas, y la corrección (completar la historia) por parte del médico que prestó la asistencia en un breve plazo de tiempo pactado.

### Componentes de la revisión o análisis cuantitativo

El análisis cuantitativo comprende la revisión de los siguientes aspectos de la historia clínica:

1. Correcta identificación del paciente en todos los documentos.
2. Presencia de todos los documentos necesarios y grado de cumplimentación.
3. Autenticación: anotaciones fechadas y firmadas.
4. Normalización de documentos.
5. Ordenación de la historia.
6. Prácticas o uso de anotaciones correctas.

### **Revisión de la identificación**

Habitualmente, tanto si se realiza de forma concurrente o retrospectiva, la revisión cuantitativa se inicia con la comprobación de la correcta identificación del paciente (al menos nombre del paciente y número de historia) en cada una de las hojas de la historia clínica. Ante la ausencia de datos identificativos en alguna hoja, se revisa la misma al objeto de determinar si pertenece al paciente cuya historia está siendo revisada. El análisis concurrente permite la corrección con mayor facilidad de las ausencias o errores en la identificación de los documentos.

Presencia de todos los documentos necesarios y grado de cumplimentación de los mismos.

La historia clínica se halla integrada en parte por documentos de uso común, básicos y que deben ser habituales en cualquier historia del centro. Así, en el episodio del ingreso de un paciente en el hospital debe existir la hoja de anamnesis, la de examen físico, notas de evolución, informe de alta, etc. Por otra parte, la existencia de otros documentos dependerá del curso que haya seguido el paciente. Si al paciente se le realizaron pruebas diagnósticas, interconsultas o intervención quirúrgica, existirán documentos que informen de estas actividades. En todo caso se debe especificar qué documentos se revisan, y en qué momento.

Resulta habitual verificar:

- la existencia de informe de alta con la cumplimentación del diagnóstico principal, diagnósticos secundarios y procedimientos.
- La presencia y grado de cumplimentación de: anamnesis y exploración física, informes de interconsultas cuando aparezca una petición de interconsulta, informe histopatológico cuando el informe quirúrgico indique que el tejido fue extirpado, informes preanestésico, anestésico y postoperatorio.

Existen diversas propuestas sobre qué documentos revisar y de qué ítems debemos evaluar su cumplimentación<sup>8,20</sup>.

### **Autenticación: anotaciones fechadas y firmadas**

La revisión cuantitativa también debe comprobar que todas las anotaciones realizadas en la historia y los informes de la misma se hallen fechados y firmados. Así tras la realización del análisis cuantitativo se notificarán las ausencias al respecto.

### **Normalización documental**

Se comprueba el grado de normalización en los formatos de los documentos, en la titulación de los mismos, en el espacio dedicado a la identificación del paciente.

### **Ordenación de la historia**

Se comprueba el grado de ordenación de los documentos que integran la historia clínica, según el protocolo de ordenación adoptado o vigente en el centro.

### **Prácticas de buena documentación en las historias**

Bajo esta denominación nos referimos a una serie de aspectos de las anotaciones que se realizan en la historia clínica, tales, como la forma de corregir los errores cometidos en la

elaboración de la historia, la existencia de espacios en blanco entre los documentos de la historia que deben ser rayados completamente para evitar la interpolación posterior, especialmente en las notas de evolución y órdenes médicas. La corrección de los errores en la historia clínica es un aspecto particularmente importante de la documentación en los EE.UU. Las modificaciones o alteraciones de los datos en las historias en entornos como el norteamericano fácilmente dan lugar a demandas legales. Por ello, existen guías en las que se indica cómo se ha de proceder en estos casos. Así cuando es necesario corregir un error (esto sucede cuando el médico ha escrito en la historia clínica de un paciente equivocado), el facultativo o persona que escriba suele trazar una línea fina a través de las líneas o párrafo erróneo, la frase “anotación errónea” se añade una nota que explica el error (tal como “historia clínica de paciente equivocada”), fecha y su inicial, y posteriormente se inserta la anotación correcta en orden cronológico indicando a que anotación reemplaza ésta.

### **Revisión cualitativa**

#### **Concepto**

Es la revisión de la historia clínica para garantizar<sup>2</sup> que: 1. contiene suficiente información para justificar el diagnóstico, el tratamiento y el resultado de la asistencia; 2. todas las opiniones se hallan apoyadas en hallazgos; y 3. no existen discrepancias o errores. Por tanto, se revisa el contenido de la historia clínica para detectar inconsistencias y omisiones que pudieran significar que la historia clínica no es adecuada o se halla incompleta. La responsabilidad de este tipo de revisión recae en los facultativos y el comité de historias clínicas.

#### **Objetivo**

Esta revisión se realiza para hacer la historia clínica más completa, al igual que el cuantitativo, y además, proporciona información para las actividades de gestión de calidad y *risk management*. La práctica de este tipo de revisión favorece una mayor especificidad en la codificación de diagnósticos y procedimientos y la adecuada selección del diagnóstico principal<sup>7</sup>.

#### **Resultados**

Detección de deficiencias corregibles, de patrones de mala documentación (no corregibles) y de sucesos potencialmente evitables.

#### **Componentes del análisis cualitativo**

1. Completa y coherente anotación de diagnósticos.
2. Coherencia en las anotaciones de todos los que intervienen en el cuidado del paciente.
3. Descripción y justificación de la evolución.
4. Registro de todas las autorizaciones de consentimiento informado necesarias.
5. Prácticas de documentación: legibilidad, uso de abreviaturas, evitar observaciones o comentarios ajenos, inexplicables omisiones de tiempo.
6. Presencia de sucesos potencialmente evitables.

### **Completa y coherente anotación de diagnósticos**

Cuando ingresa el paciente en el hospital se produce un diagnóstico de ingreso que es la razón de la admisión. Tras la anamnesis y exploración física se documenta una impresión diagnóstica o diagnóstico provisional que habitualmente debe ser confirmado mediante estudios o pruebas complementarias. En muchas ocasiones, la impresión diagnóstica inicial no puede concretarse a un único diagnóstico provisional, sino que, puede tratarse de diferentes patologías con manifestaciones similares. Este hecho se refleja en la historia clínica como diagnóstico diferencial entre las distintas enfermedades o con expresiones del tipo: "a descartar", "sospecha de". En el caso de que se realice una intervención quirúrgica, se encontrará en la historia clínica el diagnóstico preoperatorio, que traduce la indicación de la cirugía y lo que se espera encontrar en el acto quirúrgico. En el informe de la intervención figurará el diagnóstico postoperatorio que describe los hallazgos clínicos producidos en la intervención. El informe quirúrgico deberá contener ambos diagnósticos: pre y postoperatorio. El diagnóstico anatomopatológico, cuando se haya realizado, completa el diagnóstico postoperatorio. Al finalizar el episodio, se documentan los diagnósticos y procedimientos en el informe de alta. En el que deben figurar el diagnóstico principal, diagnósticos secundarios ( complicaciones y comorbilidades relacionadas con el ingreso), procedimiento principal y otros procedimientos.

De lo que se trata es de la detección de inconsistencias o incoherencias obvias en la documentación en lo que se refiere a los diagnósticos. Para ello se realiza una revisión de las diversas expresiones diagnósticas que se hallan descritos a lo largo de la historia clínica, que reflejan el grado de comprensión del estado del paciente en el momento en el que fueron registrados. En todo caso debe existir cierta coherencia entre los diversos diagnósticos que se van describiendo desde el ingreso hasta el alta.

### **Coherencia en la información registrada**

Otro aspecto en el que se realiza especial hincapié es en la coherencia de las anotaciones hechas en la historia por los distintos miembros del equipo asistencial participantes en la atención del paciente. Así, se revisa la historia para determinar si la documentación escrita por el personal sanitario muestra coherencia. Las áreas en la que, habitualmente, pueden existir inconsistencias son las notas de evolución del paciente escritas por diferentes miembros del equipo asistencial, las órdenes de tratamiento y el registro de la medicación suministrada. Un ejemplo de esta falta de consistencia o coherencia se daría si en la gráfica o en las observaciones de enfermería se indica que el paciente ha tenido un pico febril, mientras que, en las notas de evolución el médico indica que el paciente se halla apirético.

### **Descripción y justificación de la evolución**

Además de la coherencia, la historia clínica debe documentar los resultados de las pruebas diagnósticas, tratamiento, instrucciones dadas al paciente y la localización del paciente. Expresiones habituales del tipo: "El resultado de la prueba es normal", "el paciente sigue bien" o "se le dan instrucciones al paciente" son ejemplos de generalizaciones que no describen nada. La historia clínica debe mostrar los argumentos o razo-

nes que conducen a cada decisión, aunque la decisión sea no tomar ninguna medida. Esto es especialmente importante cuando se produce un cambio en los planes de tratamiento.

Se incluye en este apartado la revisión cronológica de las hojas de la historia clínica del paciente ingresado para determinar si se refleja la localización general del paciente en todo momento o si se producen lapsos de tiempo. Las notas de enfermería en las que se indica cuándo deja el paciente la unidad y cuándo retorna se pueden usar como referencia para la obtención de este tipo de datos.

### **Registro de todas las autorizaciones de consentimiento informado necesarias**

El médico debe dejar constancia en la historia de la información proporcionada al paciente para que éste de su consentimiento informado o su negativa al mismo.

### **Prácticas de documentación: legibilidad, uso de abreviaturas, evitar observaciones o comentarios ajenos, inexplicables omisiones de tiempo**

La evaluación de aspectos como la legibilidad y el uso de abreviaturas y acrónimos no normalizados en las historias clínicas entraña dificultad por la subjetividad del tema y la dificultad en la adopción de criterios con el que medir el grado de legibilidad<sup>21</sup>.

### **Presencia de sucesos potencialmente evitables**

Por último, la revisión cualitativa puede detectar lo que se denomina sucesos potencialmente evitables. Con este término se denomina a aquellos sucesos adversos que se producen a lo largo de la asistencia o como resultado de ella y que pueden derivar en reclamación o demanda judicial. Existen criterios para la identificación de estos sucesos dentro de los *risk management programs*.

### **Revisión legal**

Algún autor<sup>22</sup>, fundamentalmente norteamericano, habla de un tercer tipo de revisión de la historia clínica, al que denomina revisión legal. Ésta consiste en realidad en hacer hincapié en la revisión de aquellos aspectos de la historia con mayor repercusión legal. Se ha evidenciado que las demandas y pleitos por responsabilidad médica se asocian con la existencia de una documentación incompleta e inadecuada en la historia clínica<sup>23</sup>.

Para ello, se comprueba: la legibilidad de las anotaciones, la forma de realizar la corrección de los errores en la documentación, si las anotaciones están firmadas por la persona que ha hecho la observación o quién realizó las pruebas o tratamiento, que los informes escritos por residentes o personal en formación estén firmados con el visto bueno del médico responsable, la ausencia de documentos mal archivados (de otras personas) y la presencia de todos los consentimientos informados.

### **Resultados de las revisiones de historias clínicas**

En aquellas revisiones cuyo objetivo es la detección de déficits para la adopción de futuras medidas de mejora, los

resultados del análisis se suelen ofrecer en forma de porcentajes de cumplimentación o puntuaciones en una escala numérica obtenida tras la valoración del grado de coincidencia de los distintos criterios con el estándar utilizado<sup>8,11,12,20</sup>.

### **Los análisis de las historias clínicas como instrumento de acreditación**

En el caso de que la evaluación se haya planteado para mejorar la calidad de las mismas historias que se revisan, práctica habitual en EE.UU., tras su revisión, a las historias clínicas con déficits concretos que puede completar el médico se les denomina historias clínicas incompletas. Se le notifica al médico que tiene historias clínicas incompletas y se cuenta con que las complete en un periodo de tiempo especificado.

Cuando una historia clínica permanece incompleta tras expirar el plazo de tiempo definido para ello, se habla de historia clínica punible. Habitualmente, los centros sanitarios determinan y monitorizan su tasa de historias clínicas incompletas y su tasa de historias clínicas punibles<sup>24</sup> ya que deben aportar datos estadísticos sobre las mismas trimestralmente para cumplir el *estandar IM.7.6 de la Joint Commission*<sup>25</sup>. Se ha de tener en cuenta que los resultados de las revisiones de las historias clínicas se utilizan como instrumento de acreditación del centro sanitario.

Cuando en un hospital se produce un exceso de historias punibles puede suceder que el hospital reciba lo que se denomina "Recomendación tipo I" que es un aviso para que tome medidas y resuelva su situación si quiere seguir con la acreditación. Las guías indican que cualquiera de las siguientes situaciones pueden dar lugar a que la institución reciba este tipo de aviso<sup>22,25</sup>:

- Cuando el número de historias punibles supera al 50% del número de altas de un mes.
- Cuando el número de historias clínicas punibles debidas a la ausencia de anamnesis y exploración física excede del 2% de la media de altas.
- Cuando el número de historias clínicas punibles debidas a la ausencia de informe quirúrgico excede del 2% de la media de intervenciones quirúrgicas mensuales.

### **Bibliografía**

1. Terrada ML, Peris Bonet R. *Lecciones de Documentación Médica*. Valencia: Cátedra de Documentación Médica, Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación, Universidad de Valencia, 1988.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO. *Guidelines for Medical Record Practice*. Report N°.: WHO/HS/NAT.COM/80-370.
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. Decreto 56/1988, de 25 de abril, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se aprueba la obligatoriedad de la Historia Clínica, DOGV 817, 1988.
5. Orden de 6 de septiembre de 1984, del Ministerio de Sanidad y Consumo, por la que se regula las obligatoriedad del informe de alta, BOE 221, 1984.
6. Decreto 45/1988, de 17 de marzo, del Departamento de Sanidad y Departamento de Cultura del Gobierno Vasco, por el que se establece el contenido y se regula la valoración, conservación y expurgo de los documentos del Registro de Actividades Clínicas de los Servicios de Urgencias de los Hospitales y de las Historias Clínicas Hospitalarias, BOPV, 1998.
7. Hayward J, Williams S. Management of Medical Record Content. In: Cofer J, editor. *Health Information Management*. Berwyn: Physicians' Record Company, 1994;223-46.
8. Rodríguez Rodríguez JP, Sastre Barceló J, Pérez Cascales CI, Ibarra Sánchez JM. Diseño de un sistema de evaluación de la calidad formal de la historia clínica. *Todo Hosp* 1994;109:49-53.
9. Sañudo García S, Canga Villegas E. La historia clínica. En: López Domínguez O. editor. *Gestión de pacientes en el hospital. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica*. Madrid: Olalla, 1999;339-80.
10. Sánchez JM, Vivas D, Salinas F. Sistema de información monitorizado para la detección de problemas en la dirección de centros hospitalarios. *Control de Calidad Asistencial* 1987;2: 23-7.
11. Alonso González M, García de San José S, Díaz González L, García Caballero J. Valoración de la calidad de las historias clínicas. *Gestión Hosp* 1996;4:44-9.
12. Galobart A, Casals A, Suñol L, Sicras A. Valoración de la calidad del informe de urgencias en un hospital comarcal. *Rev Calid Asist* 1996;11(3):113-7.
13. Antolín García MT, González Celador R, Parra Fragua T, Ferreras de la Fuente A. Propuesta de un método de evaluación de la calidad formal del informe médico de alta hospitalaria. *Todo Hosp* 1997;136:67-72.
14. Bisbee WL, Lillback DH. Designing the Integrated Multidisciplinary Record Review. *J AHIMA* 1998;69(6):54-60.
15. Alastrué JI, Ortega B, Carpio ML, Bosch S. ¿Cuántas historias hay que revisar en un centro de salud al realizar una auditoría? *Rev Calid Asist* 1996;11:54-9.
16. Mira JJ, Gómez J, Aranaz J, Pérez E. Auditoría de historias clínicas: ¿cuál es el tamaño adecuado de la muestra? *Todo hosp* 1997;140:58-64.
17. Argimón Pallas JM, Jiménez Villa J. *Diseño de Investigaciones en Ciencias de la Salud*. Barcelona: Signo, 1997.
18. Viana Alonso A, Herranz CR, Portillo Pérez-Olivares H, Rodríguez Rodríguez A, Hernández Lanchas C, De la Morena Fernández J. La calidad de los informes de alta de los servicios de medicina interna de Castilla La Mancha. *An Med Interna* 1994;11(1):4-8.
19. Bischofberger Valdés C, Pulme O. Análisis de los principales errores que se producen en el informe de alta y en el libro de registro de un hospital. *Med Clin (Barc)* 1992;98(15):565-7.
20. Cuesta Gómez A, Moreno Ruiz JA, Gutiérrez Martí R. *La calidad de la asistencia hospitalaria*. Barcelona: Doyma, 1986.
21. Abad García MF. *Investigación evaluativa en Documentación. Aplicación a la Documentación Médica*. Valencia: Universitat de València, 1997.
22. Wilde DJ. Data quality. In: Abdelhak M, Grostick S, Hanken MA, Jacobs E. editors. *Health Information: Management of a*



*Strategic Resource*. Philadelphia: Saunders Company, 1996; 132-77.

23. Wagner KD, Pollard R, Wagner RFJr, Shifren MD. Medical liability claims and lawsuits filed against the University of Texas System involving adult psychiatric patients. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1994;22(3):459-69.
24. Lewis KS. Medical record review for clinical pertinence. *Top Health Record Management* 1991;12(1):52-9.
25. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals*. Illinois: Oakbrook Terrace, 1998.