

# ESTUDIO DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Juan Antonio Aguado Mingorance<sup>1</sup> / José Luis Gastón Morata<sup>1</sup> / Aurora Bueno Cavanillas<sup>2</sup> / Rosa López Gigosos<sup>2</sup> / Rafael Rodríguez-Contreras Pelayo<sup>2</sup> / Ramón Gálvez Vargas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud «Zaidín-Sur» / <sup>2</sup>Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina.

## Resumen

Se investiga una muestra de las historias personales existentes en el centro de salud Zaidín-Sur (Granada), para valorar la calidad de los registros que se incluyen en las historias, en base al número de consultas anotadas, los porcentajes en que aparecen constatados registros considerados esenciales (hábitos de riesgo, antecedentes personales y familiares), y las interconsultas solicitadas o recibidas. Los datos se contrastan con los archivos generales del centro, con una entrevista personal efectuada para comprobar la exactitud de los registros esenciales y con el resultado de un protocolo de actividades en consulta. El análisis de los datos muestra que sólo el 40,4% de las consultas atendidas en el centro se recogen en la historia. Los registros esenciales constan en porcentajes inferiores al 37,6%, las interconsultas solicitadas se anotan en un 43,8% y las recibidas en el 87,6%. Se discute sobre la necesidad de evaluaciones periódicas de los registros para poner de manifiesto las deficiencias existentes como primer mecanismo de mejora de las mismas.

**Palabras clave:** Historia Clínica. Calidad de registros. Atención primaria.

## Summary

The quality of the clinical records included in the clinical charts is assessed through a sample of the clinical charts existing at the Health Center Zaidín-Sur (Granada, Spain). The quality was ascertained via the number of visits annotated, the number of records considered as essential (life style, family and personal history), and the number of received or applied intervisits. This information is compared to the data of the general files of the Health Center, to the information gathered by a direct interview (performed to assess the validity of the essential records), and to the results of a protocol studying the visit activities. The analysis of data shows that just a 40,4% of the visits are annotated on the clinical chart. A lower percentage of the essential records were annotated, 37,6%. The applied intervisits are annotated in 43,8% and the received ones in 87,6%. We discuss on the need of periodic evaluation of the records to show their limitations and deficiencies. This is the first step to improve them.

**Key words:** Medical Record. Quality Assessment. Primary Health Care.

## Introducción

La historia clínica es una base de trabajo importante y una valiosa fuente de información sobre la actividad desarrollada en torno a cada paciente. Se trata de un documento fundamental en Atención Primaria de Salud para garantizar la calidad asistencial<sup>1-4</sup>, e imprescindible en sus aspectos de integración y continuidad. Al mismo tiempo sirve como punto de partida para estudios de investigación, mediante los cuales se pueden valorar las necesidades prioritarias y establecer el perfil de procedimientos y resultados obtenidos por el equipo asistencial.

El objetivo de este trabajo es evaluar la calidad de la historia clínica en un Centro de Salud, en base a su utilización (consultas anotadas en la historia en relación

a las registradas en los archivos de admisión) el grado de cumplimentación de los ítems preestablecidos y libres, y la veracidad de los mismos.

## Material y métodos

Se ha estudiado la calidad de las historias clínicas del Centro de Salud Zaidín-Sur. Este centro, que empezó a funcionar en 1986 atiende, según el padrón municipal de 1986, a una población de 21,118 personas.

La organización del archivo de historias del centro se centra en las historias familiares, de acuerdo con el formato propuesto por la consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía<sup>5</sup>. Estas, recogen los datos generales y comunes al grupo familiar y convivientes en un

mismo domicilio, y contienen la historia personal, en la que junto a los datos de identificación, consta la filiación (fecha de nacimiento, tiempo de residencia en la localidad y estado civil); nivel de instrucción; datos laborales (ocupación actual y riesgos laborales); hábitos de riesgo; antecedentes familiares y personales. En el interior de estas historias se encuentran diferentes hojas de seguimiento.

En enero de 1989 existían en el centro 5.733 historias familiares (HF) y 15.302 historias personales (HP). Para conseguir los objetivos propuestos se tomó una muestra aleatoria simple de 606 HF (el tamaño muestral se estimó entre 590 y 690 para un nivel de confianza del 95%, con un error muestral del 3,5%). Estas historias familiares contienen un total de 1581 HP, 10,33% de las existentes en el centro, que fueron todas incluidas en el es-

tudio. Para el estudio de las HP se elaboró un protocolo conteniendo los datos que figuran en la tabla 1.

Los resultados obtenidos en este protocolo fueron contrastados:

a) Con los archivos de admisión del centro. Para valorar la utilización de la historia se tomó el número de consultas registradas en los archivos como referencia y se estimó el número de consultas registradas en las historias a partir de las halladas en la muestra estudiada.

b) Con los resultados de una encuesta, realizada por entrevista personal o telefónica en una muestra, seleccionada aleatoriamente, del 55% de los sujetos en cuya historia personal figuraban completos los registros correspondientes a hábitos de riesgo, antecedentes personales y antecedentes familiares, con el fin de comprobar la exactitud de los datos registrados. Hubo un total de 15 pérdidas en esta submuestra de 189 individuos, atribuibles en su mayor parte a cambios de domicilio, que fueron sustituidas por otras 15 personas seleccionadas al azar entre los restantes pacientes con registros completos. En la entrevista se solicitaba información sobre los datos referidos anteriormente, comprobándose si estos concordaban con los anotados en la HP, o si habían sufrido modificaciones a lo largo del tiempo. Se consideró que existía concordancia cuando todos los epígrafes de cada registro coincidían con los referidos en la entrevista.

c) Con los resultados de un protocolo de actividades en consulta donde, durante 4 semanas, una de cada estación del año 1989, se recogen sistemáticamente entre otras variables, la petición o recepción de interconsultas, estimándose a conti-

	N.º Consultas Registradas	N.º Consultas Reg. estimadas	N.º Consultas Producidas	Porcentaje Registro (IC 95%)
<i>Medicina General</i>				
1986	3.223	31.394	77.953	40,27 (39,93-40,62)
1987	3.243	31.388	78.357	40,06 (39,71-40,40)
1988	2.719	26.317	79.529	33,09 (32,76-33,42)
TOTAL	9.185	88.899	235.839	37,69 (37,50-37,89)
<i>Pediatría</i>				
1986	967	9.359	15.309	61,13 (60,36-61,91)
1987	822	7.956	16.374	48,59 (47,82-49,36)
1988	809	7.830	16.433	47,65 (46,88-48,42)
TOTAL	2.599	25.145	48.116	52,26 (51,81-52,71)
<i>Enfermería</i>				
1986	412	3.988	7.532	52,95 (51,81-54,09)
1987	424	4.104	11.305	36,30 (35,41-37,20)
1988	478	4.626	9.437	49,02 (48,00-50,04)
TOTAL	1.314	12.718	28.274	44,98 (44,40-45,56)

nuación el número total de interconsultas remitidas y recibidas durante los tres años de funcionamiento del centro, bajo el supuesto de que las pautas de actuación se mantienen constantes a lo largo de los tres años. Estos datos sirvieron como referencia para valorar el porcentaje de registro de las interconsultas solicitadas y recibidas.

d) Con las memorias anuales de los programas de atención al lactante y primera infancia, planificación familiar y control del embarazo.

## Resultados

Durante el período de 1986-1988, en los archivos generales del centro constan registradas un total de 235.839 consultas de medicina general, 48.116 de pediatría

y 80.453 consultas de enfermería. Entre estas últimas, 52.179 son consultas de largo tratamiento que no se hacen constar en la historia clínica. Igualmente se recoge la atención de 4.669 visitas a domicilio de Medicina General y 9.444 efectuadas por el personal de Enfermería.

En la muestra de HP estudiada figuran registradas 11.783 consultas médicas que permiten estimar un total de 114.044 (112.990-115.086) consultas médicas registradas durante los tres primeros años de funcionamiento del centro. Puesto que en los archivos generales del centro consta la atención de 283.955 consultas médicas, esto supone, un porcentaje de registro del 40,4%. La tabla 2 muestra las consultas estimadas y porcentajes de registro resultantes en cada año del estudio para las consultas de Medicina General, Pediatría y Enfermería. El porcentaje medio de registro es significativamente menor para la consulta de Medicina General (37,7%) comparado con las de Pediatría (52,3%) o Enfermería (45,0%). Se aprecia una tendencia hacia la disminución del porcentaje de consultas registradas a lo largo de los tres años estudiados, más precoz para las consultas de Pediatría. El 19,3% de las visitas médicas a domicilio se constatan en la historia clínica, las visitas de enfermería no aparecen recogidas en ningún caso.

Los resultados del estudio de las historias personales figuran en la tabla 3. Los datos de filiación (lugar y fecha de naci-

Tabla 1. Contenido del protocolo de estudio de las historias personales

N.º identificación de la historia.
Sexo.
Año de nacimiento.
Datos administrativos.
Nivel de instrucción.
Datos laborales.
Hábitos de riesgo.
Cumplimentación de antecedentes familiares.
Cumplimentación de antecedentes personales.
N.º de consultas médicas y de enfermería registrado desde 1986-1988.
Asistencia o no a programas.
Registro de interconsultas solicitadas y recibidas.
Consultas domiciliarias registradas.

**Tabla 3. Información contenida en las portadas de las historias personales**

	N.º	Constan Porcentaje (IC 95%)	N.º	No constan Porcentaje (IC 95%)
Datos Filiación	706	44,66 (42,14-47,17)	875	55,34 (52,83-57,86)
Nivel Instrucción	132	8,35 ( 6,92- 9,77)	1.449	91,65 (90,23-93,08)
Datos Laborales	196	12,40 (10,71-14,08)	1.385	87,60 (85,92-89,29)
Hábitos de Riesgo	417	26,38 (24,14-28,61)	1.164	73,62 (71,39-75,86)
Antece. Familiares	376	23,78 (21,62-25,94)	1.205	76,22 (74,06-78,38)
Antece. Personales	595	37,63 (35,18-40,08)	986	62,37 (59,92-64,82)

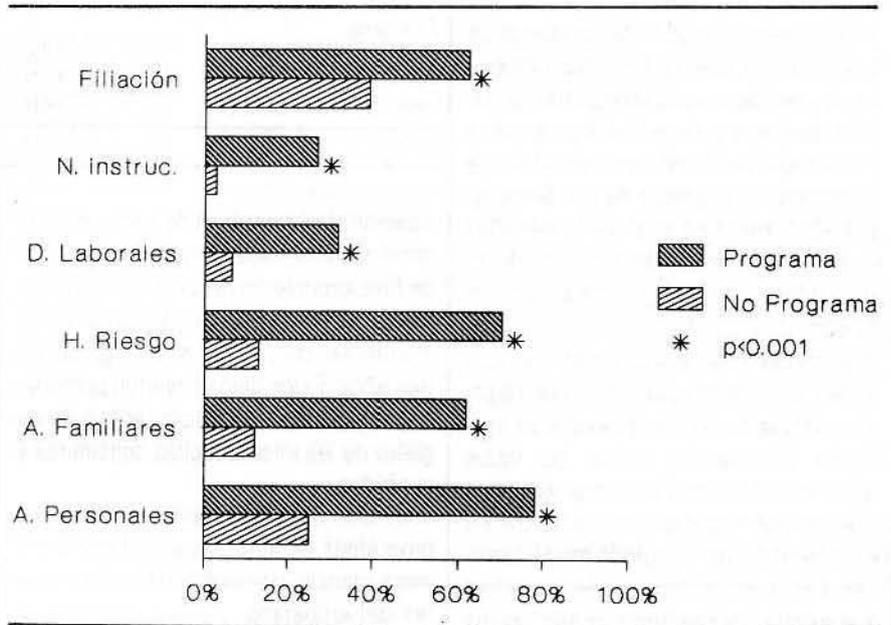
Respecto a la inclusión de los pacientes en los distintos programas de salud, a partir de los registros existentes en las historias personales examinadas se estima una cobertura del programa de atención al lactante y primera infancia del 87,5% para los menores de un año y del 56,8% para los niños de 1-4 años. La cobertura se estima en 21,99% para el programa de planificación familiar y en 36,8

miento, situación administrativa, tiempo de residencia en la localidad y estado civil) constan en el 44,7% de las historias, el nivel de instrucción en el 8,4%, datos laborales (ocupación actual, ocupaciones previas y riesgos laborales) en el 12,4%, los hábitos de riesgo (alcohol, tabaco, hábitos alimenticios y otros tóxicos) constan en el 26,3% de las historias, los antecedentes familiares en el 23,8% y los antecedentes personales en el 37,6%. Todos estos registros presentan porcentajes significativamente mayores para los pacientes incluidos en los distintos programas (figura 1); para los tres primeros citados las diferencias son también significativas por sexo (figura 2), siendo mejores los porcentajes encontrados en mujeres. Los hábitos de riesgo, antecedentes personales y antecedentes familiares se encuentran en porcentajes significativamente mayores en los pacientes de pediatría que en los de medicina general (figura 3).

El control de calidad de estos registros, realizado por entrevista personal, muestra que los datos son correctos en porcentajes superiores al 95% para los antecedentes familiares, datos administrativos y datos laborales (tabla 4). El nivel de instrucción es correcto en el 93,7%, los antecedentes personales en el 91,5% y los hábitos de riesgo en sólo un 88,4% de los casos.

A partir del protocolo de actividades en consulta pueden estimarse 20.899 interconsultas solicitadas y 8.064 recibidas. De la muestra de historias personales se calcula la existencia de 9.159 registros de solicitud de interconsulta y 7.057 de constataciones recibidas. Esto supone que la petición de interconsultas se registra en el 43,83% de los casos y la recepción de una respuesta del escalón superior en el 87,6%.

**Figura 1. Porcentaje de registros esenciales distribuidos según la inclusión o no del paciente en programas de salud.**



**Figura 2. Porcentaje de registros esenciales distribuidos según el sexo.**

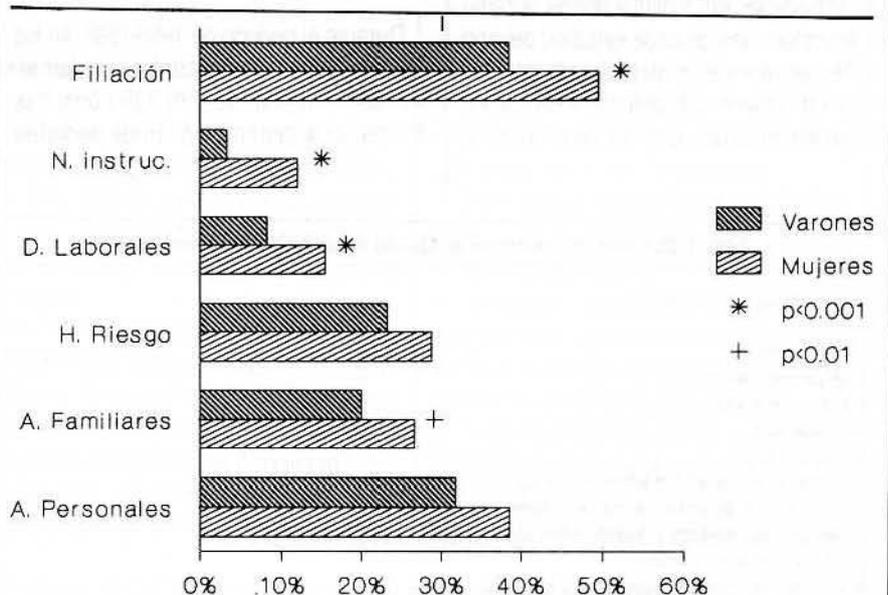


Figura 3. Porcentaje de registros esenciales para consultas de Medicina General y Pediatría.

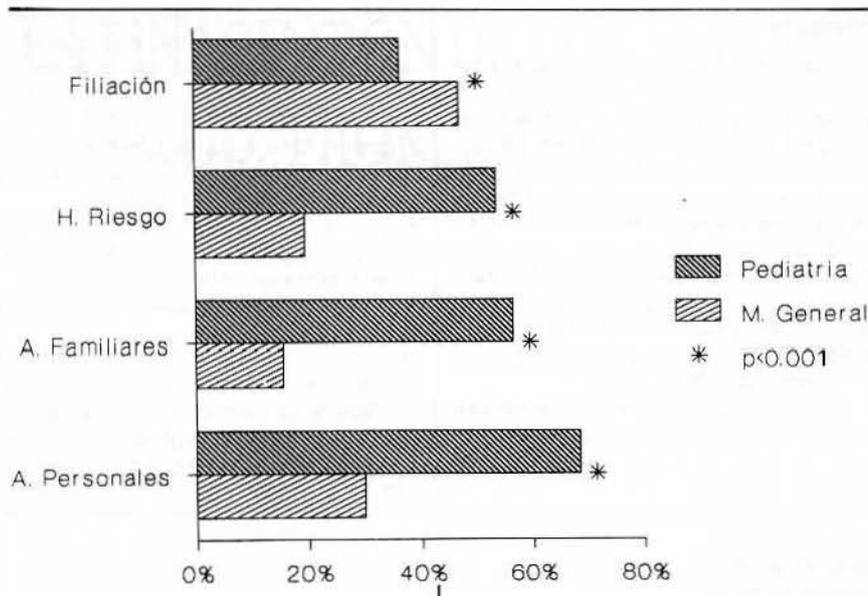


Tabla 4. Número y porcentaje de historias personales con información concordante con la entrevista

Registro	N.º Historias	Porcentaje (IC 95%)
Antecedentes Personales	173	91,53 (87,04-96,02)
Antecedentes Familiares	184	97,35 (94,55-100,0)
Hábitos de Riesgo	167	88,36 (83,27-93,45)
Datos de Filiación	183	96,83 (93,81-99,84)
Nivel de Instrucción	177	93,65 (89,66-97,65)
Datos Laborales	180	95,24 (91,68-98,79)
Total	189	100,00

para el programa de control del embarazo. Las memorias anuales de estos programas, basadas en el documento incluido al respecto en la historia personal, no proporcionan datos de cobertura para el programa de atención al lactante y primera infancia. Para los programas de planificación familiar y control del embarazo, las cifras de cobertura incluidas en las memorias, de 15,42% y 33,5% respectivamente, son inferiores a las estimadas a partir de los datos incluidos en la historia personal.

### Discusión

Borrell et al.<sup>3</sup>, señalan el elevado porcentaje de médicos generales en nuestro país que no utiliza ningún tipo de registro. La organización de la atención primaria requiere la implantación generalizada de registros y la normalización de los mismos. A pesar de ello, encontramos que más de la mitad de las consultas

efectuadas en un centro de salud no quedan registradas en la historia. Diversas razones (elevada presión asistencial, trámites burocráticos, problemas de organización del centro, etc.) pueden justificar en parte este hallazgo, que sin duda perjudica a la globalidad y continuidad de la asistencia. También existe una responsabilidad de los profesionales sanitarios, quizás no suficientemente motivados para la cumplimentación de un documento en el que quedarán reflejados aciertos y errores<sup>6</sup>. De acuerdo con Gervas<sup>2</sup>, la historia clínica en atención primaria debe ser una biografía sanitaria, de carácter longitudinal, lo que no podemos lograr si la mitad de los actos sanitarios no quedan reflejados.

Es importante señalar el bajo porcentaje en que los registros considerados como esenciales (Antecedentes familiares y personales, hábitos de riesgo, datos administrativos, laborales y nivel de instrucción) aparecen recogidos en la historia clínica<sup>7</sup>. Datos tan importantes como los

antecedentes personales y hábitos de riesgo no aparecen consignados, o lo están de forma incompleta, en el 62,4% y 73,6% de las historias respectivamente. El porcentaje de registro, significativamente mayor para los pacientes de pediatría y para los incluidos en programas, podría corresponderse con una mayor dedicación de tiempo a estos pacientes.

La entrevista efectuada para comprobar la veracidad de estos datos proporciona resultados muy aceptables para los antecedentes familiares, datos laborales y administrativos, pero no tanto para los antecedentes personales y hábitos de riesgo que son incorrectos en el 8,5% y 11,7% respectivamente. Estamos de acuerdo con Borrell et al<sup>8</sup>, cuando afirman que las historias abiertas de forma incompleta son un factor distorsionador en la asistencia al paciente, ya que permanecen incompletas a lo largo del tiempo. Los resultados mostrados aquí inducen a pensar que tampoco se actualizan los datos existentes, una vez que un registro es recogido en el apartado correspondiente de la historia, no se vuelve a trabajar sobre él. Así, los mayores porcentajes de registros correctos corresponden a los antecedentes familiares, datos administrativos o laborales, características más estables en el tiempo, con poca probabilidad de cambio durante el período relativamente corto de funcionamiento del centro.

Más de la mitad de las interconsultas solicitadas no quedan reflejadas en la historia, esto va a repercutir negativamente en la globalidad e integración de la asistencia primaria. El deficitario sistema de intercomunicación existente entre los distintos niveles de atención sanitaria fomenta estas omisiones, dada la baja probabilidad de recepción de respuesta ante una interconsulta<sup>9</sup>; las interconsultas recibidas no alcanzan el 40% de las solicitadas.

Los datos de cobertura de los programas de salud obtenidos a partir de la muestra de historias personales son, sorprendentemente, superiores a los que proporcionan las memorias anuales de los programas. Dado el bajo porcentaje de registros encontrados en general, ambas proyecciones deben infraestimar el verdadero valor de la cobertura de estos programas. Dato de gran importancia para

valorar en que medida los servicios alcanzan al usuario, e indirectamente la calidad de los mismos<sup>10</sup>. Probablemente la sobrecarga asistencial y burocrática de los profesionales sanitarios, así como la duplicidad de los datos a constatar en distintos documentos, repercute negativamente sobre la calidad y fiabilidad de los registros.

Citando de nuevo a Borrell et al<sup>8</sup>, en general los médicos de atención primaria no son conscientes de la baja calidad de las historias clínicas. La realización periódica de evaluaciones asistenciales, de forma que la información obtenida retorne a los sanitarios que la generan, es la mejor medida correctora<sup>11</sup>, y debería in-

corporarse a las actividades rutinarias de los centros de Atención Primaria<sup>8-12</sup>.

#### Bibliografía

1. Foz G, Prieto A, Fabregas S. Historia clínica y sistemas de registro. En: Manual de Atención Primaria: Organización y pautas de actuación, 2.ª Ed. Martín Zurro y Cano Pérez. Ed. Doyma. Barcelona 1989; 211-230.
2. Gervas JJ, Burgo JL, Pérez MM. La Historia Clínica. En «Los sistemas de registro en la atención primaria de Salud. Equipo Cesca. Ed. Díaz de Santos S.A. 1987, Madrid 25-89.
3. Borrell F., Esteban J, Dalfó A, Paricio T, Pla I, Fanlo S et al. Análisis de la calidad de la historia clínica en Atención Primaria. *Atención Primaria* 1985; 2: 11-15.
4. Kekki, P. Quality of care in general practice. *Scand J Prim Health Care* 1987; 5: 195-200.
5. Rodríguez M, Sagrista M. Manual de normas para la utilización de la historia en Atención Primaria de Salud. 1.ª Ed. Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía. 1986 Sevilla.
6. García LM. La normalización de los registros: clasificaciones en atención primaria. En «Los sistemas de registro en la atención primaria de Salud. Equipo Cesca. Ed. Díaz de Santos, S.A. Madrid 1987; 91-164.
7. García C, González MC, Montero M, Pérez-Crespo C, Olivares JJ. Evaluación del grado de cumplimentación y accesibilidad de los datos en la historia clínica de asistencia primaria. *Atención primaria* 1988; 5: 186-190.
8. Borrell F., Núñez B, Guerrero J, et al. Auditoria de las historias clínicas de atención primaria: 6 años de experiencia. *Gac. Sanit.*, 1988, 2: 144-149.
9. Cummins RO, Smith RW, Inui TS. Communication failure in primary care. Failure of consultants to provide follow-up information. *GAMA* 1980; 243: 1650-1652.
10. ULL M. Gasto sanitario y calidad asistencial. *El médico*. 1987; 219: 11.
11. Guarga A, Cortés P, Benet J, Solé J, Muñoz M, Pascual J M, Grifol E, Marquet R. Evaluación de la asistencia: Papel de los sistemas de registro en atención primaria. *Control de Calidad Asistencial*, 1989; 4: 76-81.
12. Kekki P. Evaluation of the work of primary care physician. *Fagligt of socialt*, 1981; 143: 2085-2088.