

VI CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Impacto Positivo de la Seguridad del Paciente en la Atención Sanitaria al Ciudadano"

MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES MEDIANTE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS

Autor principal JOSÉ LUIS LIÉBANA FERNÁNDEZ

CoAutor 1 JUANA RODRIGUEZ MUÑOZ

CoAutor 2

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Comunitaria

Palabras clave Evaluación registros médicos seguridad del paciente control de calidad

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

El hecho de que la historia clínica se encuentre correctamente cumplimentada con el mayor número de datos disponibles influye de forma positiva sobre la seguridad del paciente dado que en ella puede recogerse información relevante a fin de evitar que se produzcan efectos adversos. Objetivo: evaluar la calidad del registro en la historia clínica, con la intención de conocer la situación de la que partimos para plantear un programa de mejora. Metodología: Muestreo aleatorio. Estudio descriptivo, transversal, en el ámbito de la ZBS de Martos (Jaén), en 2012 y 2013. La población diana es la incluida en la agenda de su médico, pediatra y enfermera de familia. La muestra es de 498 historias. Resultados: Un 91,2% disponen de datos administrativos completos. La media de servicios incluidos en Cartera en nuestra muestra es de 1,22. La media de programas es de 2,73. La media de procesos es de 0,61. Un 7% no tiene realizada la valoración de alergias. Respecto a problemas registrados hay una media de 4,18 problemas. El 67,1% de las historias médicas auditadas contienen anamnesis, exploración, diagnóstico codificado y tratamiento, en enfermería en el 48,6% de las historias encontramos valoración, diagnóstico NANDA y plan de cuidados. Conclusiones: Encontramos datos en algunos aspectos, mejores que en otros estudios. Necesitamos mejorar en la inclusión en procesos asistenciales, y cumplimentación correcta de las historias en enfermería. Planteamos necesidad de elaborar un programa de mejora en registros clínicos en nuestra UGC.

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

Existen diversos estudios que han demostrado que la calidad de las historias clínicas influye directamente en la calidad de atención al paciente. Se ha considerado el adecuado registro de las historias clínicas como un parámetro para la evaluación de la calidad en la prestación de servicios de salud.

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. 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.

El hecho de que la historia clínica se encuentre correctamente cumplimentada con el mayor número de datos disponibles influye de forma positiva sobre la seguridad del paciente dado que en ella puede recogerse explícitamente información relevante a fin de evitar que se produzcan efectos adversos (1-2).

Nuestro objetivo es evaluar la calidad del registro en la historia clínica, conforme a los ítems acordados en nuestra Unidad de Gestión Clínica (UGC), con la intención de conocer la situación de la que partimos para plantear un programa de mejora en los aspectos susceptibles de mejorar por los profesionales de nuestra UGC, con la intención de mejorar la seguridad del paciente.

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

Hemos realizado una evaluación de historias clínicas de la Zona Básica de Salud (ZBS) de Martos (Jaén), constituida por dos Centros de Salud en el núcleo poblacional principal y cuatro consultorios locales, con una población aproximada de 20.000 habitantes. Para obtener la muestra hemos seguido un muestreo aleatorio. Elegimos un día de consulta del mes de mayo y si el cupo no tenía citas ese día pasábamos a otro día del mes de junio del año 2012. En el año 2013 elegimos un día del mes de octubre con el mismo criterio en caso de no encontrar citas en un cupo.

Se toman las historias de forma aleatoria, cuatro historias de la consulta de cada profesional médico, enfermera o pediatra alternando según sexo, y tomando tanto del inicio, del centro o del final de la agenda de dichos profesionales. Evaluamos la visita más reciente registrada en una hoja de seguimiento. Tenemos codificado un total de 22 cupos para analizar. Los cuatro cupos de pediatría no tienen enfermera asignada por lo que se analizan ocho historias de cada pediatra. Obtuvimos una muestra de 322 historias del año 2012 y 176 historias en el año 2013.

Los ítems a auditar en cada historia clínica son los siguientes: a) Datos administrativos completos; b) Inclusión en cartera de servicios, programas y procesos; c) Valoración de alergias registradas; d) Número de problemas registrados en la historia; e) Número de fármacos activos para este paciente; f) Consulta médica en la que consta Anamnesis, exploración, diagnóstico codificado CIE-9 y tratamiento. En caso de enfermería se evalúa que esté registrada Valoración, diagnóstico NANDA y plan de cuidados; g) Consulta de urgencias en la que consta Anamnesis, exploración, diagnóstico codificado CIE-9 y tratamiento.

Se trata por tanto de un estudio descriptivo, transversal (auditoría interna), en el ámbito de la ZBS de Martos, en los meses de mayo-junio de 2012 y octubre de 2013. La población de referencia es toda la adscrita a la ZBS mencionada y la población diana la que consulta y se encuentra registrada en la agenda de su médico o pediatra de familia y las personas que están citadas e incluidas en la agenda de visitas domiciliarias de la enfermera de familia. Los criterios de inclusión es que estén registrados en la agenda del profesional en ese día en la actividad de consulta o visita domiciliaria. Entre los criterios de exclusión está que no haya tenido visitas previas con el profesional o en

urgencias. La muestra obtenida es de 498 historias clínicas.

El análisis estadístico se realiza mediante paquete informático, y los datos se obtienen con un nivel de confianza del 95%.

» RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.

Hemos evaluado 498 historias, una muestra superior a otros estudios como el de Matzumura et al. (3) que evaluaron 323 historias o el de Reyes-García et al. (4) que contaba con una muestra de 300 historias clínicas y en el de López-Picazo et al (5) 294 historias. Hemos revisado los registros de médicos de familia, pediatras y enfermería.

La muestra tiene una edad media de 56,25 años, Desviación Típica (DT) 26,93, IC [53,88-58,62], habiendo evaluado la historia de niños de 0 años, hasta personas con 98 años de edad.

Hemos evaluado 216 historias de médico, 218 de enfermería y 64 de pediatría.

En el apartado A) valoramos la cumplimentación correcta de los datos administrativos en los que incluimos: nombre y apellidos, fecha de nacimiento, DNI, NUHSSA/NUSS (nº historia del sistema sanitario de Andalucía/nº de Seguridad Social), dirección, teléfono y/o dirección electrónica. La mayoría de las historias incompletas en nuestro trabajo (8,8%) lo son porque no hay registrado un número de teléfono o correo electrónico para contactar con el paciente. En el estudio de Reyes-García et al. se evalúa como Conjunto mínimo de datos y se encuentran incompletos en un 33,72%. Es fundamental para la seguridad del paciente que se pueda realizar una identificación correcta de la persona atendida.

En el apartado B) valoramos la inclusión en Cartera de Servicios, Programas o Procesos. La media de servicios incluidos en Cartera en nuestra muestra es de 1,22 DT (1,45), IC [1,09-1,35]. La media de programas en los que están incluidos los pacientes es de 2,73 DT (2,26), IC [2,53-2,93]. La media de procesos en los que están incluidas las historias evaluadas es de 0,61 DT (0,82), IC [0,53-0,68]. Este ítem no se evalúa en otros estudios. Entendemos que la inclusión de los pacientes en alguno de estos apartados, facilita la atención del mismo según unos criterios de calidad que se entienden deben aplicarse. Un 85,7% están incluidos en al menos un programa de salud. Un 54,6% se incluye en al menos un servicio de la Cartera. El 43,2% historias de pacientes evaluados están incluidos en algún proceso asistencial integrado.

En el apartado C) sobre el registro de valoración de las alergias, hemos encontrado que un 93% tiene realizada esta valoración. En la mayoría de los estudios de evaluación de historias clínicas se considera un ítem para analizar la calidad de las historias, es dato es del 77% en el estudio de Reyes-García et al. En el estudio de López-Picazo et al. es del 77,9% y llega al 90,5% tras una intervención de mejora.

En el apartado D) observamos si las historias evaluadas tienen registrados los problemas de los pacientes, hallamos una media de 4,18 problemas DT (4,2), IC [3,81-4,55]. Encontramos que se completa en el 80,9% de las historias evaluadas. En el estudio de López-Picazo et al. es de 80,6% y tras la intervención de mejora consiguen el 90,5%. En el trabajo de Reyes-García et al. se cumplimenta en el 58,7% de las historias.

En el apartado E) evaluamos la hoja de medicación activa que tiene cada historia abierta, encontrando una media de 4,99 medicamentos DT (4,57), IC [4,59-5,39]. Este aspecto no ha sido evaluado en otros estudios. Consideramos importante su evaluación puesto que la polifarmacia puede estar muy relacionada con la seguridad del paciente, tanto por el riesgo de interacciones como por el riesgo de intoxicación por deficiente manejo por parte del paciente. En este estudio encontramos que sólo el 18,7% de las historias no tienen medicación activa cuando realizamos la evaluación.

En el apartado F) dedicado a la evaluación de las consultas médicas/enfermeras. Debe constar en la consulta médica anamnesis/exploración/diagnóstico CIE-9/tratamiento y en caso de consulta enfermera valoración/diagnóstico NANDA/plan de cuidados. Hemos evaluado tanto en registros de médicos de familia como de pediatras, encontrando que estos registros son completos en el 67,1% de las historias de los primeros y el 96,9% de las historias de los segundos. En cuanto al estudio de Matzumura et al. se evalúa que se encuentren registrados el diagnóstico y el código CIE, encontrando que ambos aparecen en el 48,6% de las historias. En el estudio de Reyes-García et al. evalúan los mismos elementos que en nuestro estudio pero lo hacen de forma desagregada, obteniendo que la anamnesis se encuentra en el 75,6% de las historias, la exploración en el 46,9% y el diagnóstico con codificación CIE-9 en el 84,54% , aunque sólo en el 13,68% reflejan el plan de actuación. Con respecto a enfermería tenemos poca referencia, sólo el estudio de Reyes-García et al. evalúa que se encuentre una hoja de seguimiento con resumen de valoración y diagnóstico NANDA, encontrando este ítem en el 13,1% de las historias. En nuestro trabajo obtuvimos un resultado positivo en el 48,6%, posiblemente porque en la muestra incluimos los pacientes citados en visita domiciliar que son más susceptibles de atención programada por enfermería.

En último lugar, el apartado G) evalúa los mismos ítems de la historias médicas que en el apartado anterior pero especificado para la consulta de urgencias, ya que contamos con un personal específico que trabaja en urgencias en el dispositivo de cuidados críticos y urgencias (DCCU).

Observamos que el 65,3% de las historias de urgencias evaluadas tienen registrados la anamnesis, exploración, diagnóstico codificado y tratamiento.

» APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Se detectan deficiencias en la cumplimentación correcta de la historia de datos administrativos completos, en pocos casos la valoración de las alergias y con alguna frecuencia anamnesis/exploración/diagnóstico/tratamiento, y fundamentalmente en el registro de las enfermeras de la valoración/diagnóstico/plan de cuidados. Estas deficiencias además de dificultar la atención de calidad a los pacientes, también puede producir eventos adversos en los pacientes. El estudio nos permitirá conocer los aspectos que tendremos que mejorar en los registros de nuestra ZBS y puede servir a otros profesionales de Atención Primaria de Salud.

» PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

Los resultados y su análisis nos podrá permitir elaborar un programa para mejorar la cumplimentación de los registros y como consecuencia podremos realizar un estudio post para comparar los mismos apartados sobre los que hemos trabajado y comprobar la mejora en la seguridad de los pacientes.

» BIBLIOGRAFÍA.

- 1)Keyhani S, Hebert P, Ross J, Federman A, Zhu C, Siu A. Electronic health record components and the quality of care. Medical Care. 2008; 46: 1267-72.
- 2)De Wet C, Bowie P. Screening electronic patient records to detect preventable harm: a trigger tool for primary care. Qual Prim Care. 2011; 19: 115-25.
- 3)Matzumura, J.P.; Gutierrez, H.; Sotomayor, J.; Pajuelo, G. Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011. An Fac med. 2014; 75(3): 251-7.
- 4)Reyes-García Bermúdez, E. M.; Rodríguez Fajardo, A.M.; Thomas Carazo, E.; Raya Berral, L.; Gastón Morata, J.L.; Molina Díaz, R. Calidad de registro en la historia clínica informatizada de Atención Primaria. Med. Fam. Andal. Vol. 13, nº 2, agosto 2012.
- 5)López-Picazo Ferrer JJ, Agulló Roca F, Villaescusa Pedemonte M y Cerezo Corbalán JM. Datos clínicos esenciales de la historia clínica de atención primaria: una experiencia de evaluación y mejora. Aten. Primaria 2002. 30 de junio. 30(2): 92-98.