

La historia clínica como instrumento de calidad

Dra. Adriana Silvia Velito
Dr. Sergio Ramiro Tejada Soriano



CURSO ANUAL DE AUDITORÍA MÉDICA DEL HOSPITAL ALEMÁN 2010

La Historia Clínica: Aspectos Éticos y Legales

1.1.- Concepto

La historia clínica puede definirse desde diferentes perspectivas: desde el punto de vista gramatical, desde el aspecto jurídico, concepto médico-asistencial, o bien entendiéndose desde el área de la medicina legal, definiéndose en tal circunstancia como el documento médicolegal donde queda registrada toda la relación del personal sanitario con el paciente, todos los actos y actividades médico-sanitarias realizados con él y todos los datos relativos a su salud, que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia, desde su nacimiento hasta su muerte, y que puede ser utilizada por todos los centros sanitarios donde el paciente acuda.

1.2.- Finalidad

La historia clínica tiene como finalidad primordial recoger datos del estado de salud del paciente con el objeto de facilitar la asistencia sanitaria. El motivo que conduce al médico a iniciar la elaboración de la historia clínica y a continuarla a lo largo del tiempo, es el requerimiento de una prestación de servicios sanitarios por parte del paciente.

Puede considerarse que la historia clínica es el instrumento básico del buen ejercicio sanitario, porque sin ella es imposible que el médico pueda tener con el paso del tiempo una visión completa y global del paciente para prestar asistencia.

No obstante, aunque el objetivo primordial de dicho documento es el asistencial, no pueden ni deben obviarse otros aspectos extasistenciales de la historia clínica:

- a. Docencia e investigación: a partir de las historias clínicas pueden realizarse estudios e investigaciones sobre determinadas patologías, publicaciones científicas.

- b. Evaluación de la calidad asistencial: la historia clínica es considerada por las normas deontológicas y por las normas legales como un derecho del paciente derivado del derecho a una asistencia médica de calidad. Puesto que se trata de un fiel reflejo de la relación médico-paciente así como un registro de la actuación médico-sanitaria prestada al paciente, su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada.
- c. Administrativa: la historia clínica es elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias.
- d. Médico-legal:
- Se trata de un documento público/semipúblico: estando el derecho al acceso limitado.
 - Puede considerarse como un acta de cuidados asistenciales.
 - Existe obligación legal de efectuarla por normativas vigentes: Ley General de Sanidad, Ordenación de prestaciones sanitarias, Derechos de los Usuarios, Código Deontológico Médico, Normas Internacionales.
 - Elemento de prueba en los casos de responsabilidad médica profesional: tiene un extraordinario valor jurídico en los casos de responsabilidad médica profesional, al convertirse por orden judicial en la prueba material principal de todos los procesos de responsabilidad profesional médica, constituyendo un documento medicolegal fundamental y de primer orden. En tales circunstancias la historia clínica, es el elemento que permite la evaluación de la calidad asistencial tanto para la valoración de la conducta del médico como para verificar si cumplió con el deber de informar, de realizar la historia clínica de forma adecuada y eficaz para su finalidad asistencial, puesto que el incumplimiento de tales deberes también constituyen causa de responsabilidad profesional.

- Testimonio documental de ratificación/veracidad de declaraciones sobre actos clínicos y conducta profesional.
- Instrumento de dictamen pericial: elemento clave en la elaboración de informes medicolegales sobre responsabilidad médica profesional. El objeto de estudio de todo informe pericial sobre responsabilidad médica profesional es la historia clínica, a través de la cual se valoran los siguientes aspectos: enumeración de todos los documentos que la integran, reconstrucción de la historia clínica, análisis individualizado de los actos médicos realizados en el paciente, personas que intervinieron durante el proceso asistencial, etc.

El incumplimiento o la no realización de la historia clínica, puede tener las siguientes repercusiones:

- Malpraxis clínico-asistencial, por incumplimiento de la normativa legal.
- Defecto de gestión de los servicios clínicos.
- Riesgo de potencial responsabilidad por perjuicios al paciente, a la institución, a la administración.
- Riesgo medicolegal objetivo, por carencia del elemento de prueba fundamental en reclamaciones por malpraxis médica.

CARACTERISTICAS DE LA HISTORIA CLINICA

1.- Confidencialidad

El secreto médico es uno de los deberes principales del ejercicio médico cuyo origen se remonta a los tiempos más remotos de la historia y que hoy mantiene toda su vigencia. La obligación de secretos es uno de los temas del derecho sanitario que más preocupa dada la creciente dificultad de su mantenimiento, el secreto no es absoluto, en la práctica médica pueden surgir situaciones de conflicto entre el deber de secreto y el principio de beneficencia del médico, fuerte protección legal del derecho a la intimidad.

El secreto médico, la confidencialidad e intimidad y la historia clínica, son tres cuestiones que se implican recíprocamente y se relacionan. La historia clínica es el soporte documental biográfico de la asistencia sanitaria administrada a un paciente, por lo que es el documento más privado que existe en una persona.

2.- Seguridad

Debe constar la identificación del paciente así como de los facultativos y personal sanitario que intervienen a lo largo del proceso asistencial.

3.- Disponibilidad

Aunque debe preservarse la confidencialidad y la intimidad de los datos en ella reflejada, debe ser así mismo un documento disponible, facilitándose en los casos legalmente contemplados, su acceso y disponibilidad.

4.- Única

La historia clínica debe ser única para cada paciente por la importancia de cara a los beneficios que ocasiona al paciente la labor asistencial y la gestión y economía sanitaria.

5.- Legible

Una historia clínica mal ordenada y difícilmente inteligible perjudica a todos, a los médicos, porque dificulta su labor asistencial y a los pacientes por los errores que pueden derivarse de una inadecuada interpretación de los datos contenidos en la historia clínica.

REQUISITOS DE LA HISTORIA CLINICA

1.- Veracidad

La historia clínica, debe caracterizarse por ser un documento veraz, constituyendo un derecho del usuario. El no cumplir tal requisito puede incurrirse en un delito tipificado en el actual Código Penal como un delito de falsedad documental.

2.- Exacta

3.- Rigor técnico de los registros

Los datos en ella contenida deben ser realizados con criterios objetivos y científicos, debiendo ser respetuosa y sin afirmaciones hirientes para el propio enfermo, otros profesionales o bien hacia la institución.

4.- Completa

Debe contener datos suficientes y sintéticos sobre la patología del paciente, debiéndose reflejar en ella todas las fases médico-legales que comprenden todo acto clínico-asistencial. Así mismo, debe contener todos los documentos integrantes de la historia clínica, desde los datos administrativos, documento de consentimiento, informe de asistencia, protocolos especiales, etc.

5.- Identificación del profesional

Todo facultativo o personal sanitario que intervenga en la asistencia del paciente, debe constar su identificación, con nombre y apellidos de forma legible, rúbrica y número de matrícula.

OTROS ASPECTOS DE LA HISTORIA CLINICA

1.- Propiedad

La naturaleza jurídica de la historia clínica ha sido una cuestión tremendamente debatida, pues de su determinación derivan su eficacia jurídica, el acceso a sus datos

y el poder de disposición de éstos, las garantías de la intimidad y del secreto profesional y los límites que por razones de interés público pueden oponerse a su estricta observancia.

En la historia clínica confluyen derechos e intereses jurídicamente protegidos, del médico, del paciente, de la institución sanitaria e incluso públicos.

Las doctrinas sobre la propiedad de la historia clínica son muy variadas:

- Propiedad del médico
- Propiedad del paciente
- Propiedad de la institución

2.- Custodia

3.- Acceso

4.- Almacenamiento y conservación

HISTORIA CLINICA INFORMATIZADA

La historia clínica es el elemento central de la creación de redes de informática o de telecomunicación médica por las grandes ventajas que proporciona la incorporación de los datos de las historias a los sistemas informáticos en todas las facetas de la medicina ya que facilita, la investigación, la docencia, la asistencia médica, la labor de enfermería, la gestión administrativa y económica.

Sin embargo, la informatización de los historiales tiene como inconveniente principal el poner en peligro algunos de los derechos fundamentales del paciente, como son el derecho a la intimidad y confidencialidad del enfermo.

Otro inconveniente sería la pérdida brusca, total o parcial de los datos.

Para evitar tales inconvenientes sería necesario:

- Derecho a la información de que la confidencia hecha al médico y sus hallazgos y deducciones van a ser informatizados.
- Derecho a la libertad para decidir mediante consentimiento si sus datos son informatizados o no.
- Derecho a la intimidad.
- Concienciación del personal que manipula la información.
- Acceso restringido.

Evaluación de la calidad de las historias clínicas

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. 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.

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.

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 tratamientos, 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.

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 historia, 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 planeamiento 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. Es decir, no se completan las historias en las que se han detectado las deficiencias.

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 activo de historias clínicas o en el serio 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 seccionados

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.

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.

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.

Diferencias entre evaluación de la calidad de las historias clínicas y asistencial

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 cuantitativas y cualitativas 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.

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.

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.

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 estudio.

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 vista.
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
- Tratamientos y evolución
- Estado al alta
- Diagnóstico principal
- Procedimientos realizados
- Consejos y medicación

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). 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 producto 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 preanestésicos, anestésico y postoperatorio.

Existen diversas propuestas sobre qué documentos revisar y de qué ítems debemos evaluar su cumplimentación.

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 fechadas 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 párrafos 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 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. 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.

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 diagnóstico

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 ellos 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 razones 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.

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.

Revisión legal

Algún autor, 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.

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 coincidencias de los distintos criterios con el estándar utilizado.

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. 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 período 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. 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 1” 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.

- 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

- Decreto 56/1988, de 25 de abril, del Conseil de la Generalitat Valenciana, por el que se aprueba la obligatoriedad de la Historia Clínica, *DOGV* 817, 1988.
- Orden de 6 de septiembre de 1984, del Ministerio de Sanidad y Consumo, por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta, *BOE* 221, 1984.
- Rodríguez Rodríguez J.P., Sastre Barceló J., Pérez Cascales C.I., Ibarra Sánchez J.M. Diseño de un sistema de evaluación de la calidad formal de la historia clínica. *Todo Hosp* 1994; 109:49.
- 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.

- 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.
- Ley General de Sanidad
- Criado del Río María. Aspectos médico legales de la historia clínica. Madrid 1999.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.
- Jiménez Paneque. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. *Rev. Cubana de Salud Pública*.
- Zambrana J.L., Fuentes F. Calidad de los informes de alta hospitalaria. *Rev. Calidad asistencial* 2002. Andalucía. España.