



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



CARTAS AL DIRECTOR

Calidad de los antecedentes personales en la historia clínica electrónica hospitalaria

Quality of individual health history in in-patient electronic medical records

Sra. Directora:

La incorporación de la historia clínica¹ electrónica a nuestro quehacer diario, en la actividad asistencial, ha supuesto un cambio del paradigma de la recogida de la información sanitaria. Las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en el área de la salud están aportando una serie de ventajas, pero también suponen nuevas amenazas, no solo de seguridad de la información, sino de recogida de información errónea o no adecuada. No existen estudios específicos que versen sobre la calidad de los «antecedentes» recogidos en historias clínicas digitales en la literatura consultada.

Por ello, hemos desarrollado un estudio observacional descriptivo transversal de la información que versa sobre los «antecedentes familiares» (AF) y «antecedentes personales» (AP) en las historias clínicas de nuestro hospital, durante el primer semestre de 2012. Su objetivo es analizar la utilización de dichos apartados a efectos de: comprobar una correcta recogida de los mismos²⁻⁴, incluyendo la cumplimentación de los ítems exigidos en el proceso de acreditación de competencias profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)⁵; la no inclusión, en dichos apartados, de datos personales protegidos por la legislación y, tras su análisis, establecer recomendaciones sobre el buen uso de dichos apartados, dirigidas al personal de unidades de gestión clínica del hospital, así como, en general, al personal sanitario que realice informes clínicos. Se han analizado todos los ítems incluidos en el *check-list* (tabla 1) en un total de 720 historias clínicas y realizado un análisis descriptivo de los datos.

Como resultados se recogen AF en el apartado correspondiente en el 49,9% de los casos. Se incluyen los AP en el apartado de AF solo en el 2,5%. Se utiliza para incluir otra información en el 2%. Se registra la existencia o ausencia de alergias a medicamentos, sustancias o materiales empleados en la atención sanitaria en el 75%. Se registra la valoración de la presencia de hábitos tóxicos adictivos

Tabla 1 Variables Recogidas: check-list

Variables	
Apartado de antecedentes familiares	Recogida de AF: sí/no Inclusión en el apartado correcto: sí/no Utilización del apartado para incluir otra información: sí/no Si anterior respuesta afirmativa: especificar
Apartado de antecedentes personales	Registro la existencia o ausencia de alergias a medicamentos, sustancias o materiales empleados en la atención sanitaria: sí/no Registro de presencia de hábitos tóxicos adictivos: sí/no Tiempo de evolución o edad en años (variable en el tiempo): sí/no Inclusión de información de anamnesis, exploración del proceso que motiva la consulta... en este apartado: sí/no Inclusión de otro proceso que no es el que motiva la consulta: sí/no Información de identificación personal: sí/no Información de especial sensibilidad o protección: sí/no Si la anterior respuesta es afirmativa: especificar

(tabaco, alcohol, drogas...) en el 50%. Se registra el tiempo de evolución de procesos o el momento del diagnóstico inicial en años (por ejemplo «hace 2 años») en lugar de la fecha exacta, en el 9,9%. Está incluida, en AP, la historia clínica de otro proceso distinto al que motiva la consulta en el 3,5%. Está recogida información sobre identificación personal solo en el 1,3%, y se objetiva información de especial sensibilidad o protección en el 2,1%. Está incluida información de anamnesis en el apartado de exploración (del proceso que motiva la consulta) en el 5,8%. El tratamiento actual del paciente se encuentra recogido en el apartado

de AP en el 35%. Las recomendaciones sobre el buen uso del apartado de antecedentes en historias clínicas son:

1. No incluir AP ni otra información en el apartado de los AF.
2. Registrar la existencia o ausencia de alergias del paciente, según recomienda la ACSA, en el 100% de los casos.
3. Registrar la valoración de la presencia o ausencia de hábitos tóxicos adictivos, según recomienda la ACSA, en el 100% de los casos.
4. Registrar el tiempo de evolución o el tiempo de aparición de un proceso, en fechas específicas, para facilitar la valoración del mismo.
5. No introducir información de identificación personal (teléfono, dirección de correo postal o electrónico...) en el apartado de AP. Si se necesita por motivos asistenciales concretos incluirla en otro apartado, por ejemplo, en el «plan de actuación».
6. Ser precavidos al registrar información de especial sensibilidad o protección en las historias clínicas (datos sobre ideología, afiliación sindical, religión, creencias, origen racial, salud y vida sexual).
7. No incluir información de anamnesis, exploración, etc. del proceso que motiva la consulta, ni registrar los datos del tratamiento actual del paciente en el apartado de AP. Dicha información debe incluirse en sus respectivos apartados.

Consideramos que los profesionales que realizan informes clínicos han de conocer estas recomendaciones para aplicarlas en su práctica clínica habitual, y que debe auditar periódicamente la recogida de la información clínica en la historia clínica electrónica.

Agradecimientos

Agradecimiento a todos los miembros de la Comisión de Documentación Clínica, Sistemas de Información y Estadística clínica y de la Comisión de Calidad del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla por sus aportaciones.

Bibliografía

1. World Health Organization WHO. Guidelines for medical record practice. Report N.º: WHO/HS/NAT.COM/80-370. 1980. [acceso 20 Oct 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/59341#sthash.xXh8WNz4.dpuf>
2. 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.
3. 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.
4. Renau J, Pérez-Salinas I. Evaluación de la calidad de las historias clínicas. *Pap Med.* 2001;10:32-40.
5. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Registro de las intervenciones profesionales en la historia de salud. En: Recomendaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud; 2011.

J.A. Expósito-Tirado^a, G. Vergara-Díaz^{b,*},
R. Guerrero-Vázquez^c, A. Vázquez-González^d,
J.L. Márquez-Galán^e, J. Garnacho-Montero^f
y A. Díaz-Martínez^g

^a UGC Rehabilitación, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, España

^b UGC Rehabilitación, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^c UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^d Unidad de Calidad, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^e UGC Enfermedades Digestivas, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^f UGC Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^g Servicio de Documentación Clínica, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: glo.vergara@gmail.com

(G. Vergara-Díaz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2014.09.005>