

Valoración del uso de las historias clínicas en consulta a demanda de atención primaria

Jorge Ribera Lacomb^a, Joaquín Alegre Piquer^b, Teresa Juanes de Vicente^b, Ana Sanmartín Almenar^c, Encarna Magraner Esteve y Ana Mialaret Lahiguera

Médicos de familia. ^aServicio de Aseguramiento de la Conselleria de Sanitat de Comunidad Valenciana. ^bCentro de Salud de Silla. Valencia. ^cCentro de Salud de Meliana.

OBJETIVOS: Valorar el uso de las historias clínicas (HC), así como la calidad del registro diario (uso de SOAP, S: datos subjetivos; O: exploración; A: diagnóstico, y P: planes) en la consulta a demanda en primeras y segundas visitas.

MÉTODOS: Diseño descriptivo, retrospectivo, observacional, en un centro de salud rural-urbano. Revisión interna en HC de un muestreo aleatorio de visitas a demanda de 5 médicos, estratificadas por tipo de visita y médico (117 primeras y 117 segundas de cada médico para $\alpha = 0,05$, $\beta = 0,1$, diferencia a detectar 20% y uso estimado del 75%), desde septiembre de 1994 a agosto de 1995. Se midieron las variables: sexo, edad, presión asistencial, número de citados con HC, día de la semana, jornada (mañana/tarde), presencia de anotación, legibilidad, quién anota (médico titular/otro facultativo), tipo de encuentro (directo/indirecto), uso de SOAP (SOAP mínimo: anotación de S o A y P; SOAP completo: en primeras anotación completa, en segundas registro de S, O y P).

RESULTADOS: El uso de HC es del 71,2% \pm 2,7 (IC del 95%), con diferencias entre médicos $p < 0,0001$ (desde 93,6% \pm 2,8 a 40,3% \pm 6,2). El SOAP completo aparece en el 32,5% \pm 3,2 de las anotaciones y el SOAP mínimo en el 87,1% \pm 2,3, con diferencias entre médicos ($p < 0,0001$). Si anota el facultativo habitual, el SOAP completo es del 30,7% \pm 3,4% y del 48,2% \pm 3,6 si anota otro ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES: El uso de la HC en la consulta a demanda está condicionado, sobre todo, por el facultativo que atiende, no influyendo el resto de variables estudiadas. Hay mejor anotación completa cuando el que anota no es el facultativo habitual.

Palabras clave:

Uso historia clínica. SOAP. Hoja de evolución. Atención primaria.

OBJECTIVES: To evaluate the use of medical records and the quality of the daily register (use of SOAP notes. S: Subjective, O: Objective, A: Assessment, P: Plan) in first and second patient visits on demand.

METHODS: Observational retrospective descriptive study design carried out in a rural-urban health center. An internal review was made of the medical records corresponding to a random sample of the appointments on demand of 5 physicians. Appointments were stratified by type and physician (117 first appointments and 117 second appointments for each physician; $\alpha = 0.05$, $\beta = 0.1$; difference to detect 20% and estimated use 75%) and took place from September 1994 to August 1995. The following variables were measured: sex, age, appointment pressure, number of patients cited who had medical records, day of the week, workshift (morning/afternoon), presence of notes, legibility, person taking the history (physician/other), type of encounter (direct/indirect), SOAP use (minimum SOAP: either S or A, and P; complete SOAP: a complete record in the first visit, S and O and P in the second visit).

RESULTS: The medical history was used in 71.2% \pm 2.7 (95% CI), and use of records differed significantly between physicians $p < 0.0001$ (range: 93.6% \pm 2.8 to 40.3% \pm 6.2). Complete SOAP was obtained in 32.5% \pm 3.2 of the notes and minimum SOAP in 87.1% \pm 2.3, with significant differences between physicians. If the regular physician completed the history, complete SOAP was present in 30.7% \pm 3.4 compared with 48.1% \pm 3.6 if another physician completed the history ($p < 0.01$).

CONCLUSIONS: The use of the medical history in appointments on demand is conditioned, above all, by the attending physician. Other variables had little influence. The record was more complete when the person taking the history was not the patient's regular physician.

Key words:

Use of medical history. SOAP. Follow-up chart. Primary care.

Correspondencia: Dr. J. Ribera Lacomba.
Unidad de Aseguramiento, Conselleria de Sanitat i Consum. IVESP.
Juan de Garay, 21. 46017 Valencia.
Correo electrónico: JorgeRib@nacom.es

SEMERGEN 2000; 26: 115-118.

INTRODUCCIÓN

Las ventajas de un buen uso y calidad de las historias clínicas (HC) están fuera de toda duda (control sobre los riesgos y daños del individuo, así como sobre las intervencio-

nes que realizamos sobre todos ellos¹). Aunque no esté demostrado que unos buenos registros sean sinónimos de una buena calidad de atención², sin un buen uso de la HC se hace difícil una asistencia de alta calidad y es difícil para el sanitario el buen seguimiento y control de todos los problemas del paciente, así como la continuidad de la atención por parte de todo el equipo.

La información de las HC se puede dividir en información "sedimentada", que se recoge normalmente en los encuentros iniciales (datos iniciales³, datos base⁴, registro estático⁵ o biografía sanitaria¹), y la información que se recoge día a día en los múltiples encuentros con el paciente en las hojas de evolución (y también en las listas de problemas). La realización del estudio se justifica en que los datos de base se han estudiado ampliamente mediante auditorías de HC^{2,5-10}, mientras que si se anota o no en las hojas de evolución (exhaustividad de uso¹) y la calidad de esta anotación es un aspecto que normalmente no se recoge o, si se hace, lo es parcialmente (si hay hoja de evolución¹⁰, porcentaje de anotaciones con estructura SOAP completa⁶ o SOAP completo/incompleto en última anotación⁷) en estudios diseñados para una auditoría, donde la unidad de estudio es la HC. El objetivo del presente estudio es valorar el uso de las hojas de evolución, así como la calidad del registro diario de las consultas a demanda de atención primaria. Para ello hemos empleado una metodología distinta a la de las auditorías, siendo la unidad de estudio la consulta y no la HC, averiguando cómo se registra dicha consulta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Silla es un pueblo cercano a Valencia (13 km) y bien comunicado. Se trata de una población rural-urbana de 16.500 habitantes. El centro de salud tiene 7 médicos generales (6 integrados y uno no integrado que no usa HC) y 3 pediatras. En la fecha del estudio, los 6 médicos integrados atendían a una población estimada de 10.672 habitantes mayores de 14 años, y había 2 médicos residentes de tercer año de MFyC. El centro inició el trabajo con HC desde su apertura en el año 1988, con sólo 3 médicos integrados, incorporándose progresivamente al nuevo modelo el resto de facultativos, los dos últimos en el año anterior al estudio (cobertura de HC inferior en estos casos). Los 5 médicos estudiados tenían la misma formación postgrado (médico de familia vía MIR) y edades de 33-44 años. El archivo se encuentra centralizado para todo el centro, siendo la HC individual, extrayéndose por los administrativos siempre antes de iniciar la consulta a demanda. La cobertura de HC al final de 1995 fue del 67,4% de la población mayor de 14 años adscrita al equipo.

Se ha realizado un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional, sobre el proceso de registro de las consultas efectuadas desde septiembre de 1994 a agosto de 1995, a pacientes con historia abierta de los médicos integrados, extrayendo esta información de la hoja de cita previa. Se ha estratificado por tipo de visita (primeras/segundas) y médico con una selección aleatoria de dichas consultas. La evaluación fue interna, realizada por los 6 médicos integrados

y 2 médicos residentes, siempre de forma cruzada (nunca evaluaba un médico sus anotaciones ni a las del cupo de su tutor en el caso de los residentes). Definición de primera visita: pacientes atendidos por primera vez en el centro y aquellos en los que el problema principal atendido supone la primera presentación del problema o la primera presentación de una recidiva de uno previamente resuelto. Segunda visita: pacientes en los que el problema principal atendido ha sido ya previamente consultado en el centro. Supone el seguimiento de la atención al problema; excluye todos los demás tipos de consulta, inclusive las visitas por programa de salud y las visitas programadas. Se rechazaron las consultas de un médico por diferente criterio en la valoración del tipo de visita. La muestra se tomó para $\alpha = 0,05$, $\beta = 0,1$, una diferencia a detectar entre médicos del 20% y un uso estimado del 75%, siendo de 117 primeras y 117 segundas para cada médico. Se analizaron las siguientes variables de la hoja de cita previa: presión asistencial ese día, pacientes atendidos con HC ese día, día de la semana, jornada (mañana/tarde). De la HC: sexo, edad, presencia de anotación, legibilidad de ésta, quién anota (titular u otro), tipo de encuentro: directo (con el paciente delante)/indirecto (sin el paciente delante, por terceros) y modo de realizar la anotación según la estructura SOAP^{1,3,4,6,7} (S: datos subjetivos; O: datos de exploración o complementarios; A: diagnóstico o valoración, y P: planes de actuación). Se definió SOAP completo (registro óptimo) cuando en primeras visitas se anotaban las 4 variables SOAP, y en segundas al menos anotación de S y O y P. Se ha considerado SOAP mínimo (buena cumplimentación) cuando había anotación en esa visita de S o A y P. Se definió legibilidad como: posibilidad de recoger la información incluida en las historias de forma que permita el conocimiento de lo anotado, aunque haya dificultad para entender algunas palabras. Se estableció, previo al inicio del estudio, el índice kappa para valorar la concordancia interobservadores del diagnóstico extraído de una anotación, siendo esta prueba negativa, por lo que no se consideró la variable "diagnóstico".

Se utilizó el test de la χ^2 para las variables cualitativas y el test de la t para la comparación de medias de variables cuantitativas. Se han calculado los intervalos de confianza del 95%.

RESULTADOS

Sólo hubo un registro que se consideró ilegible. El uso de HC es del 71,2% \pm 2,5, habiendo diferencias de uso estadísticamente significativas entre médicos ($p < 0,0001$) desde el 93,6% \pm 2,8 al 40,3% \pm 6,2% (fig. 1). Hay mejor uso del SOAP completo cuando el que hace la anotación no es el facultativo habitual (30,7% \pm 3,4 el titular y 48,2% \pm 3,6 otros) ($p < 0,001$). No hay diferencias de uso según el resto de variables estudiadas (día de la semana, sexo, jornada, edad del paciente, presión asistencial), ni según el tipo de visita (primeras/segundas). Se anota anamnesis ("S") en el 80% \pm 2,8, datos de exploración/pruebas complementarias ("O") en el 56,1% \pm 3,4, diagnóstico ("A") en el 43,1% \pm 3,4 y planes de actuación ("P") en el 94,7% \pm 1,6. En el uso del SOAP completo y del SOAP mínimo, se

encuentran diferencias significativas entre los médicos tanto si se valoran sobre el total de las visitas o sobre las que hay anotación (figs. 2 y 3).

DISCUSIÓN

El estudio de la anotación realizada en las hojas de evolución y su “adecuación” a la consulta es difícil, pues evidentemente no requiere el mismo registro en lo referente a extensión y minuciosidad, problemas presumiblemente banales, que otros aparentemente más importantes. No pensamos que sea necesaria una anotación completa de todas las consultas, pues se podría caer en la farragosidad y generar HC con un exceso de hojas de evolución que dificultaría su manejo. Si pensamos que se debe anotar toda consulta que realice el usuario con el facultativo, y adecuar la extensión y mayor o menor desarrollo de la anotación a la hipotética importancia del problema a tratar. La bibliografía revisada a este respecto nos demuestra diferentes formas de intentar medir el SOAP^{6,7,10} y seguramente diferentes criterios de apreciación de esta medida, como por ejemplo “SOAP correcto en más del 50% de las anotaciones”⁶, lo que da una variabilidad entre diferentes observadores desde el 20,7 al 89,5%, cifra esta última, creemos, difícilmente alcanzable. Es por todo esto por lo que hemos intentado definir una extensión del registro imprescindible, incluso para un motivo de consulta banal (síntomatología referida o diagnóstico y planes de actuación), que hemos llamado SOAP mínimo, que en nuestro estudio se registra en un 87,1% ± 2,3 de las anotaciones con diferencias estadísticamente significativas entre médicos ($p < 0,0001$) (fig. 3).

El SOAP completo se cumplimenta más cuando el que anota no es el facultativo habitual (48,2% ± 6,2), que cuando el que realiza la anotación es el habitual (30,7% ± 3,4). Esto podría ser debido a que intentamos mejorar nuestra anotación ante pacientes nuevos o que no conocemos, o a ser anotaciones de residentes a los que se les insiste mucho en que realicen buenos registros.

Parecen existir menos diferencias entre médicos en el uso del SOAP completo cuando se estudia en relación con el total de visitas atendidas (del 27,4% ± 5,7 al 14% ± 4,4) “consultas en las que ha habido anotación correcta”, que cuando se hace sobre el total de anotaciones (del 65,5% ± 8,9 al 19,2% ± 5,9) “anotaciones anotadas correctamente”, influido este último porcentaje por el número de anotaciones (se puede anotar pocas veces, pero cuando se lleva a cabo hacerlo bien o, por el contrario, anotar igual número de consultas “bien” y al anotar en más ocasiones el porcentaje disminuye). Esto sugiere que del total de consultas hay una anotación completa de forma algo más homogénea, aun habiendo diferencias, sugiriendo más unanimidad, debida posiblemente a patología relevante o patología de fácil diagnóstico.

Sería interesante valorar si el hecho de registrar se halla relacionado con la patología del problema atendido, aspecto que no se ha podido recoger en este estudio por la imposibilidad que ha supuesto extraer diagnósticos coincidentes entre varios observadores de una anotación de la hoja de evolución si no se registra explícitamente este

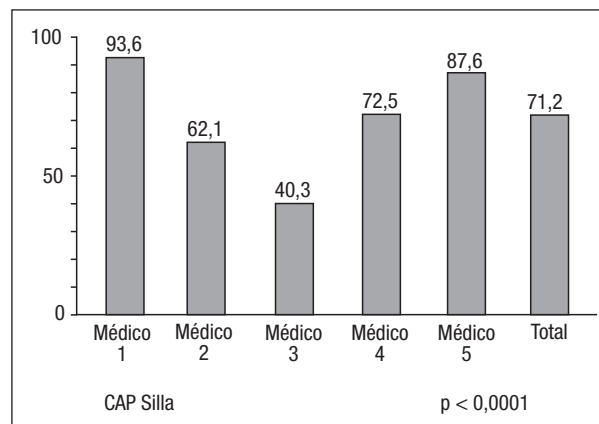


Figura 1. Uso de historias clínicas.

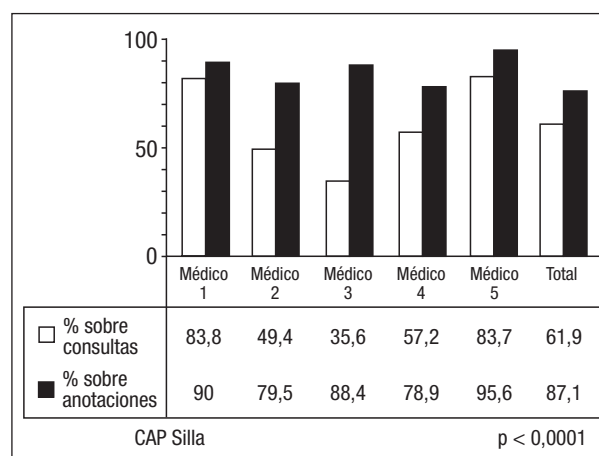


Figura 2. SOAP completo por médicos.

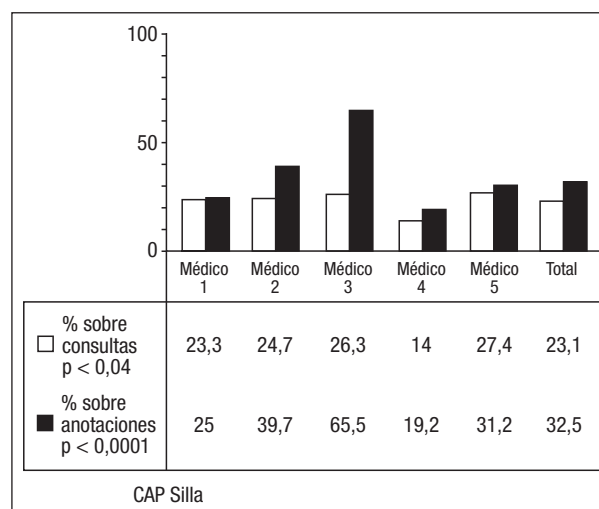


Figura 3. SOAP mínimo por médicos.

diagnóstico, siendo negativa la prueba de concordancia (índice kappa) realizada antes del inicio del estudio.

La exhaustividad de uso de la HC encontrada (71,2 ± 2,5) (fig. 1) es algo inferior a la única referencia hallada que la mide⁹ (87% ± 2,9), pero la diferencia de uso puesta de manifiesto entre facultativos (93,6 ± 2,8% hasta 40,3

$\pm 6,2\%$; $p < 0,0001$) nos puede proporcionar resultados globales sesgados en muestras de pocos médicos. Nos tememos que en equipos de poco hábito en el uso de HC esta exhaustividad puede que sea bastante inferior.

Los resultados obtenidos, tanto en exhaustividad de uso como en la utilización del SOAP entre los médicos estudiados, traducen diferentes patrones de manejo de la HC que pueden ser debidos a criterios de uso distintos, o determinados por variables que no han sido valoradas en este estudio, como por ejemplo tipo de patología atendida, años de ejercicio profesional, actitud personal ante los registros, motivación personal ante asiduidad del usuario, etc. En contra de lo que se esperaba, factores como la presión asistencial o la jornada laboral de tarde (con mayor demanda) no se han demostrado importantes a la hora de influir en el uso de la HC ni en la calidad del registro, aspecto ya contemplado en otros estudios².

BIBLIOGRAFÍA

1. Direcció General de Planificació de l'Assistència Sanitària. Guia de uso de la historia de salud de atención primaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum, 1991.
2. Gil V, Arenas MS, Quirce F, Simón M, Belda J, Merino J. Interés de las auditorías de historias clínicas. Nuestra experiencia en cinco años. *Aten Primaria* 1993; 12: 185-190.
3. Gervas JJ, Del Burgo JL, Pérez MM. La historia clínica. En: Equipo CESCA, editores. Los sistemas de registro en atención primaria de salud. Madrid: Díaz de Santos, 1987; 38-47.
4. Raquel RE. The problem-oriented medical record (POMR). *AFP* 1974; 10: 100-111.
5. Bellón JA, Hernando I, Taboada P. Factores asociados a la cumplimentación del registro estático en la historia clínica de atención primaria. *Aten Primaria* 1993; 12: 251-259.
6. López M, Alberich A, Portella E. Evaluación de la cumplimentación de las historias clínicas de atención primaria. *Control de Calidad Asistencial* 1991; 6: 84-88.
7. García M, Ruiz de Adana R, Pérez FJ. Grado de cumplimentación de la historia clínica de atención primaria en un área sanitaria. *Medifami* 1991; 2: 209-217.
8. Borrell F, Núñez B, Guerrero J, Babi P, Esteban J, Alvarado CE. Auditoria de las historias clínicas de atención primaria: 6 años de experiencia. *Gac Sanit* 1988; 2: 144-149.
9. Ordoño JM, Díez A, Esquisabel R, Medrano MT, Ayesa G, Pereda L et al. Introducción del control de calidad en un centro de salud: evaluación del registro de la historia del usuario y de los problemas detectados. *Aten Primaria* 1993; 12: 156-160.
10. Corral FJ, Arrojo I, Gallego A, Martínez-Barrejo JM, Meilán A, Míguez M et al. Auditoria de las historias clínicas de un centro de salud. *Aten Primaria* 1993; 12: 220-223.