Tratamiento, evaluación y control de calidad de la información clínica

PID_00245411

Eugènia Sarsanedas Castellanos

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 2 horas

Universitat Oberta de Catalunya

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño general y la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, sea éste eléctrico, químico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita de los titulares del copyright.

Índice

1. Introducción 5

2. Objetivos 7

3. La historia clínica como sistema de información clínico 8

4. Identificación del paciente, el proceso y el episodio 11

5. Identificación de las actuaciones 15

6. Control de calidad 19

Resumen 21

Bibliografía 23

1. Introducción

Todo sistema de información debería disponer de instrucciones sobre el modo de registrar los datos, es decir, un manual de registro o manual de procedimiento.

A menudo existe cierta ingenuidad por parte de los impulsores, diseñadores e implementadores de «sistemas de información» al asumir que toda herramienta gestora de un sistema de información puede funcionar por sí sola, o esperar que con algunos controles «informáticos», unas «pantallas» ergonómicas y una formación inicial relativa al uso de la herramienta (a menudo superficial) la calidad de la información registrada será buena.

Para garantizar que la calidad de los datos de un sistema de información sea correcta, sería necesario disponer de:

- Manuales de referencia (manuales de procedimiento) para la mayoría de los registros y en especial en todo lo que se refiere a registros de programación y actividad.

- Una formación inicial y continuada (atención a nuevas incorporaciones).

- Personal que valide que lo que se registra está de acuerdo con estos manuales de procedimientos y ejecute acciones formativas y correctoras de manera sistemática.

- Y por último, herramientas para la corrección de los errores rápidas, seguras, protocolizadas y sistemáticas (no ocasionales y excepcionales).

Sin todo esto, un sistema de información está destinado a la mediocridad, y los resultados obtenidos a partir de la recuperación de sus datos serán siempre cuestionados.

La deficiencia de la calidad de la historia clínica puede afectar a la principal utilidad de esta, que es la asistencia.

Los errores en el registro podrían darse en cualquiera de los niveles de registro, tanto administrativo como clínico.

Una atención especial merece la duplicidad de información clínica (registrada dos o más veces), que además puede generar discrepancias. Un caso clásico es el registro de los antecedentes médicos. La presencia de duplicidades de información en una historia clínica es el reflejo de una deficiente integración de los diferentes subsistemas o de un diseño de la historia clínica poco amigable.

También el uso del copia y pega puede llevar al registro de información incompleta, duplicada, confusa y poco sintética.

2. Objetivos

Al final de este módulo, los estudiantes deberán ser capaces de:

1) Disponer de una visión integrada de la documentación clínica, en términos de transversalidad en el continuo asistencial, de uso multicéntrico y multidisciplinar y de búsqueda de consenso, en los procesos de definición, adaptación y transformación de los documentos clínicos de información.

2) Poder detallar qué información mínima es necesaria para identificar correctamente un registro.

3) Asumir la importancia de un sistema de información clínico (una historia clínica) con una calidad de registro aceptable.

4) Entender el concepto de validez en la información de los registros clínicos.

5) Conocer los principales tipos de control de calidad de la información clínica.

3. La historia clínica como sistema de información clínico

La OMS, en el año 1980, emitió una serie de recomendaciones para la HC con el fin de garantizar el cumplimiento de sus funciones básicas. Algunas de ellas han sido superadas por la tecnología, pero la mayoría siguen manteniendo su vigencia y oportunidad:

1) Expediente identificado

Se refiere a que la forma de identificación del paciente a quien corresponde la información sea consistente y fiable.

Las duplicidades de número de HC para un mismo paciente generan graves distorsiones en el funcionamiento de las instituciones y en la atención de estos pacientes, al estar la información clínica fragmentada.

2) Letra legible

Se trata de una característica cualitativa básica para la transmisión de información si se trabaja en formato tradicional «papel», pero debería de estar superada en la historia clínica electrónica (HCE).

3) Redacción comprensible

Hace referencia a un aspecto vigente, pertinente y necesario en cualquier soporte, aunque en algunos tipos de HCE la recogida de datos en documentos tipo «formulario» evita problemas de variabilidad en el redactado.

4) Organización precisa, concisa y lógica

Cumplir este requisito significa informar con el grado de detalle necesario para describir exactamente la situación, pero sin datos innecesarios y ordenando la información de manera que ayude al razonamiento profesional clínico.

5) Diseño consistente

Se refiere a la perdurabilidad del diseño y la estructura en el tiempo. Es especialmente pertinente en HCE.

La organización de la información es muy relevante para que aquellos datos relevantes para cada profesional sean fácilmente accesibles.

6) Tamaño correcto

Esta característica es relevante en formato «papel» por la importancia de la manejabilidad (o «usabilidad» en herramientas digitales), orden y espacio ocupado. Tiene mucha menor trascendencia en otros formatos (aunque también aplica en cuanto al tamaño de la pantalla y la información que cabe en ella o el tamaño de los ficheros digitales).

En entornos digitales, como resultado del copia y pega, las historias clínicas suelen contener información repetida e irrelevante, que complica la lectura rápida y efectiva de los datos realmente relevantes.

7) Identificación del personal sanitario

La HC debe permitir y asegurar la identificación de todos los profesionales que han intervenido en su elaboración. Se trata, por tanto, de un requisito cualitativo primordial desde el punto de vista asistencial y, sobre todo, jurídico-legal.

Esta característica, igual que ocurrió con el tema de la claridad y la comprensibilidad de la letra, ha sido un aspecto tradicionalmente mal resuelto por la HC (papel). La HCE, sin embargo, ha permitido garantizar la autoría de todos y cada uno de los registros.

8) Fácil recuperación

Se refiere a la disponibilidad y accesibilidad de la HC en cualquier momento en el que sea necesaria para la asistencia del paciente u otra finalidad de las mencionadas.

Se trata, también, de un aspecto que presenta ciertas deficiencias en formato tradicional, pero resuelto por la HCE.

9) Problemas del formato electrónico

Con la informatización de la historia clínica han aparecido algunos problemas derivados de algunas utilidades que permite la tecnología:

- El «**copiar y pegar**» información a menudo **duplica** información, con el resultado de largos informes, ilegibles, no estructurados, no resumidos, poco coherentes, copiando informaciones de otros profesionales.

- La **automatización** de algunos procesos también ahorra mucho tiempo al clínico, pero si no está bien definido cada proceso y la información no se comprueba, puede generar confusión e incoherencia que en el formato papel no existía.

Como síntesis de lo anterior, a continuación se indican aquellos aspectos que determinan la calidad de una HC y que garantizan que será útil para llevar a cabo sus objetivos. La mayor parte de los requisitos que se exponen a continuación están contemplados con mínimas diferencias en las distintas legislaciones y normativas que regulan la HC.

Para llevar a cabo sus funciones, la HC debe ser:

1) Única

Una sola HC por paciente como mínimo a nivel de centro.

El objetivo estratégico es una única HC a nivel de sistema de salud. Este objetivo, actualmente no cumplido, podría mejorar con la ayuda de las tecnologías de la información, y la mayoría de los sistemas sanitarios trabajan actualmente en esta línea.

La situación ideal sería que cada persona tuviera una única historia de salud, independientemente del centro o país donde se le atendiera a lo largo de su vida. Pero si a nivel nacional, eso ha sido imposible, traspasar fronteras aún lo es más. Es un reto para el futuro.

2) Integrada

La HC ha de contener la totalidad de la información relativa al proceso salud-enfermedad.

3) Acumulativa

La información ha de registrarse en la HC a medida que se produzca, de manera que la HC se mantenga actualizada constantemente.

4) Reproducible

El soporte de la HC ha de garantizar la autenticidad del contenido y la plena reproductibilidad.

5) Identificativa

Debe permitir y asegurar la identificación de todos los profesionales que han intervenido en su elaboración.

4. Identificación del paciente, el proceso y el episodio

Cuando un paciente entra en contacto con un servicio de salud por primera vez, empieza el registro de la asistencia. Este deberá contener unos mínimos datos para poder ser identificable, tanto durante la propia asistencia, como en un futuro para las posibles actuaciones que de esta se pudieran derivar.

La historia clínica actual debe estar centrada en el paciente, lo que significa que cualquier dato de la historia clínica debe poder referirse a un paciente concreto.

Esto implica que:

El **nivel paciente** es el nivel superior y que engloba el resto de los niveles. Este nivel debe existir en cualquier tipo de historia clínica que se quiera definir.

Así, el paciente viene definido por un **número de historia clínico único**, que puede ser propio de la institución o compartido con otras instituciones o gobiernos sanitarios (por ejemplo, el número de la tarjeta personal sanitaria o TSI o CIP).

En este nivel se sitúan datos que no varían en el tiempo y que son atributos de identificación o de salud del paciente, como:

- Sexo o fecha de nacimiento.

- Antecedentes crónicos, como HTA o diabetes (aparecen en un momento determinado pero ya se mantienen).

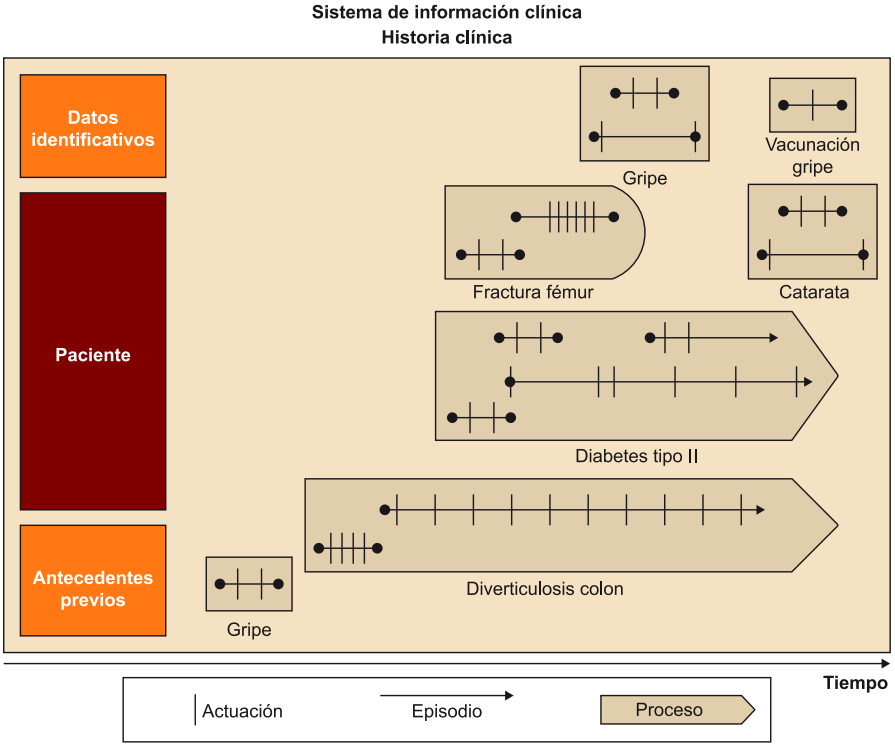
También se pueden situar datos que pueden variar en el tiempo y de los cuales en el contexto de aquella historia clínica solo interesa el valor vigente.

Ejemplo

La dirección del paciente es un dato de interés asistencial. Sin embargo, habitualmente interesa solo el valor vigente (el último lugar donde vive) y en la mayoría de las instituciones este dato está a nivel de paciente. Pero hay situaciones en las que interesaría poder saber la dirección donde vivía un paciente en un determinado episodio. Esto es especialmente relevante cuando se hacen análisis epidemiológicos o de salud pública.

Estructuración de la información dentro de un sistema de información clínica - historia clínica.

Estructuración de la información dentro de un sistema de información clínica: historia clínica



Este es un ejemplo de diferentes procesos registrados en la historia cínica de un paciente de una institución. A la izquierda, el nivel de paciente con los datos identificativos y antecedentes previos al inicio de la asistencia del paciente en la institución. De los procesos que ha sufrido el paciente a lo largo del tiempo, algunos de ellos quedan abiertos (diabetes, diverticulosis de colon) y los demás se cierran (gripe, catarata). También hay procesos cerrados pero con posibilidad de reapertura (fractura de fémur). Hay procesos con un solo episodio (la primera gripe) y procesos con muchos episodios (diabetes). Para finalizar el ejemplo, explicaremos con más detalle el proceso de diabetes: el paciente tiene un primer episodio que es el inicio del proceso y puede corresponder a una urgencia cetoacidosis diabética. A partir de esta urgencia, es visitado en el ambulatorio donde tiene visitas periódicas de control. Entre tanto tiene un ingreso en el hospital por un mal control de la diabetes. Más tarde se inicia un proceso con el especialista de vascular para hacer un seguimiento de las complicaciones vasculares de la diabetes. Si el proceso de la catarata fuera considerado de causa diabética, se podría plantear la duda de si el proceso de la catarata se tendría que incluir como un episodio dentro del proceso de la diabetes

Fuente: Narcís Macià, 2011.

Actualmente todas las instituciones sanitarias intentan abordar muchos de los problemas de salud de manera multidisciplinar y orientadas por procesos (motivos de asistencia).

La historia clínica debe facilitar la visión por proceso, con independencia de si en este proceso intervienen uno o más centros, o uno o más servicios. Pero, como hemos vistos, puede haber muchos problemas y errores de registro que dificultan esta visión.

A continuación mencionaremos las dificultades más frecuentes que podemos encontrar.

En un sistema de información que integra primaria y atención especializada o incluso otros niveles asistenciales (sociosanitario, salud mental), es necesario que los procesos puedan **incluir todos estos niveles asistenciales**.

Ejemplo

Un médico de primaria deriva a un paciente a urgencias del hospital de la misma institución o bien solicita una visita o prueba a este hospital. El sistema suele obligar a crear dos procesos independientes por el mismo motivo asistencial solo por estar ubicados en

niveles asistenciales diferentes y aunque haya una solicitud de un nivel al otro que permitiría ligarlo al mismo proceso.

Generalmente, los sistemas de información que integran diferentes niveles asistenciales no están preparados para dar la visión de proceso, ya que es difícil alcanzar este nivel de interrelación de datos por muchos motivos. Muchos sistemas de información acaban simplificando este nivel y abren nuevo proceso cada vez que un paciente es atendido en un centro (edificio) o nivel asistencial diferente.

Esto dificulta por ejemplo el análisis de reingresos, es decir, para saber si dos procesos están relacionados debemos hacerlo a través de la codificación o la especialidad y esto puede inducir a errores.

Algunos sistemas de información tienen previsto relacionar diferentes episodios programados dentro de un mismo proceso. Por ejemplo, una segunda hospitalización prevista se podría incluir en el mismo proceso de la primera hospitalización (cirugías de dos tiempos, etc.).

Hay que reconocer que la asignación de un episodio urgente a un proceso existente o a uno nuevo no es fácil y menos inicialmente, pero también es cierto que los sistemas no prevén ni técnica ni organizativamente la posibilidad de hacer reasignaciones de episodios *a posteriori*.

También puede ocurrir al revés, es decir, que se trate bajo un mismo proceso dos patologías claramente diferentes.

Ejemplo

Una enferma con patología de tiroides que acude periódicamente al especialista de endocrinología. Este especialista le detecta diabetes y pasa a controlarle también esta patología, y aprovecha las visitas para valorar ambas patologías. Teóricamente esto serían dos procesos diferentes, pero en la práctica, a menudo, se acabarán tratando como un solo proceso y episodio.

Sintetizando todo esto, queda claro que es difícil saber cuándo es necesario abrir un nuevo proceso o cuándo vincularlo con uno existente si a lo largo de la vida del paciente coexisten diferentes patologías o motivos de consulta, a menudo, inicialmente mal identificados respecto a su causa real o a su vinculación con una patología ya existente.

Tanto la apertura de un nuevo proceso como la vinculación de una consulta a uno ya existente requieren un nivel de conocimiento del paciente, de la patología y de la evolución de ambos que no se suele tener cuando el paciente acude a nuestros centros inicialmente con un problema de salud.

Para complicarlo más, generalmente, el personal que «abre» estos procesos es administrativo y, por lo tanto, desconoce la epidemiología de la patología que está programando.

Como esto es una realidad, *a priori*, debería definirse y protocolizarse la revinculación o desvinculación (reorganización) de los episodios mal registrados.

Si es importante que la historia clínica facilite la visión de proceso, más importante es que toda la información de un paciente esté en una sola identificación del paciente (una sola historia clínica).

En este sentido, los dos errores que se dan con más frecuencia son los siguientes:

- La duplicación de pacientes en el sistema de información. Es decir, el paciente tiene dos o más historias clínicas totalmente independientes.

- La asignación de un proceso-episodio a un paciente equivocado.

Ambos errores son facilitados por un registro previo defectuoso o incompleto de los datos del paciente. Por ello, es necesario que el sistema informático facilite:

- Unas posibilidades de búsqueda en la base de datos de pacientes potente.

- La posibilidad de consultar alguna base de datos de usuarios «oficial» (asegurados) para recabar datos que el paciente no proporciona en el momento de la asistencia.

- Un sistema que cuando se registre un nuevo paciente advierta antes de coincidencias con algún otro paciente que hagan sospechar de una posible duplicidad (por ejemplo, mismos apellidos, fecha de nacimiento y sexo).

Reflexión

Hay que tener en cuenta que no es nada infrecuente que cuando se pregunta a un paciente si ha sido atendido en una institución conteste que no, y eso sea total o parcialmente incorrecto. A menudo el paciente equipara una institución con un edificio o centro, y no sabe que diferentes centros pueden pertenecer a una misma institución (o incluso, al revés).

5. Identificación de las actuaciones

En periodismo existe la norma de las cinco *W* (*what*, *when*, *where*, *who* y *why*) cuando se relata una noticia. También para registrar una actuación asistencial se deberían tener en cuenta estos cinco atributos a fin de que toda actuación asistencial quede perfectamente identificada. Con algunos ejemplos habituales demostraremos que a menudo la norma no se cumple.

Qué (*what*):

Todo tipo de actuación debe estar codificada y el código de la actuación debería precisar bien qué actuación es. El sistema de codificación que se utilice para registrar cada actuación debería ser adecuado para ello. Por ejemplo, no deberíamos utilizar la clasificación internacional de enfermedades para codificar algo que no son enfermedades.

Lo que está claro es que el sistema de codificación utilizado debería de ser lo más normalizado posible, o por lo menos estándar para el contexto.

Cuando no existe ninguna indicación por parte de las administraciones sanitarias respecto a qué sistema utilizar, a menudo se utilizan sistemas de codificación «a medida» de las actuaciones que permitan identificarlas y gestionarlas bien (programación, contabilización de cargas de trabajo, etc.). Pero esta codificación no está exenta de problemas. Veamos algunos ejemplos:

Ejemplos

- Las especialidades de gastroenterología y diagnóstico por la imagen incorporan cada vez más procedimientos invasivos y terapéuticos (colonoscopia con escisión de pólipos, radiología intervencionista, etc.) que ya se pueden equiparar a intervenciones quirúrgicas con la intervención incluso de un anestesista para hacer la sedación. Aún ahora los sistemas de información de los hospitales registran estas actuaciones como pruebas (al igual que una placa de tórax) y, en cambio, la cirugía local (cirugía menor) queda catalogada como cirugía.

- Clásicamente las visitas médicas ambulatorias se han clasificado en visita inicial (primera visita) y visitas sucesivas. La visita inicial se considera que tiene más carga asistencial (más tiempo y recursos) que las visitas sucesivas, pero considerar igual todas las visitas sucesivas es discutido por muchos profesionales.

Por ejemplo: Un paciente acude periódicamente al médico rehabilitador por dolor articular. En una de las visitas sucesivas el paciente se queja de más dolor y el médico realiza una nueva anamnesis, una nueva exploración del enfermo, practica una infiltración articular y hace un pequeño informe para el médico de cabecera porque considera que tiene que estar unos días de reposo y por tanto debe ser baja laboral. Registrar esta visita solo como una visita sucesiva parece insuficiente.

En el mismo sentido están las interconsultas, que es la visita que no es inicial pero que, dentro de un proceso, realiza otro servicio o médico a requerimiento del servicio o médico que atiende al paciente en ese proceso. A menudo este tipo de actuación no se registra como tal o bien es tipificada como visita sucesiva cuando en realidad lo correcto es crear un tipo específico de visita que se llame interconsulta.

Otro problema relacionado es saber si se ha hecho o no una determinada actuación. A menudo el sistema informático no proporciona un método fácil y seguro de confirmar o anular la realización de una determinada actuación programada. Esto provoca que en el sistema de información haya muchas actuaciones confirmadas que en realidad no se han realizado.

Un ejemplo extremo pero real es la confirmación de la realización de actuaciones programadas (visitas, etc.) con fecha posterior a la muerte de un paciente (las actuaciones se habían programado antes de la muerte).

Cuándo (*when*):

Las dificultades en la variable tiempo de las actuaciones afectan sobre todo en relación con el registro de su duración.

Si ponemos como ejemplo los tiempos de una intervención quirúrgica, veremos que, en una intervención quirúrgica clásica, se anotan las horas relacionadas con la anestesia, la cirugía y la reanimación como: hora de entrada a quirófano, hora de inducción anestésica, hora de incisión quirúrgica, hora de final de intervención, hora de despertarse, hora de salida de quirófano y entrada en reanimación, hora de salida de reanimación. A pesar de ello, muchas intervenciones quirúrgicas no encajan con este tipo de cronología. O, lo que es peor, muchos registros de quirófano datan los momentos quirúrgicos para todas las intervenciones igual o se registran a ojo al finalizar la jornada quirúrgica.

Los errores en el atributo tiempo dentro de las actuaciones también afectan a la datación de determinados momentos.

Por ejemplo, ¿la fecha de una prueba diagnóstica es la fecha en la que se ha hecho la prueba o la fecha en la que se ha hecho el informe? A menudo en la historia clínica aparece erróneamente la fecha del informe como fecha de la prueba y según en qué tipo de prueba este informe puede tardar días (informe de RMN, anatomía patológica, hemocultivo, etc.).

Dónde (*where*):

En el contexto de una medicina diversificada, multidisciplinar, con alianzas estratégicas entre instituciones y con acceso remoto a la historia clínica tanto a nivel de consulta como a nivel de registro, cada vez hay más dificultades y errores en el registro de donde se ha hecho una determinada actuación.

Saber en qué «edificio» se ha hecho una determinada actuación no es importante a veces, pero las limitaciones «geográficas» y/o estructurales condicionan la asistencia, y conocer dónde se ha hecho una determinada actuación nos puede ayudar a explicar por qué se ha procedido de una determinada manera y no de otra.

Ejemplos

1. Desde finales del siglo pasado se han ido creando en los hospitales las áreas de hospital de día. Son áreas que atienden a enfermos de manera programada y donde se les aplica procedimientos sobre todo terapéuticos pero también diagnósticos y que requieren un tiempo de observación pero que no el ingreso hospitalario.

A menudo, se derivan aquí a pacientes atendidos en urgencias para aplicar un determinado procedimiento que allí no tienen disponible y, en cambio, en el hospital de día sí. Es frecuente que este procedimiento conste como realizado en la propia área de urgencias y no en el hospital de día.

2. La hospitalización a domicilio es una modalidad asistencial que facilita el confort del paciente y optimiza gastos. Pero hay que garantizar que el registro identifique bien las actuaciones realizadas en este ámbito y que quede diferenciado de la hospitalización previa.

3. Cada vez más los servicios y especialistas de los hospitales trabajan de forma integrada con los médicos de la primaria. Esto implica que a menudo el profesional del hospital se desplaza a visitar el centro de primaria o que el médico de primaria puede solicitar directamente determinadas pruebas al hospital. Esto implica permitir el acceso a la historia clínica del hospital desde el centro de primaria para que el médico del hospital pueda registrar estas visitas y que desde el centro de primaria se puedan hacer solicitudes de pruebas. Un error frecuente es no identificar bien (de manera clara) dónde se ha hecho esta visita o desde dónde se ha hecho una determinada solicitud de prueba.

4. Para la realización de una determinada prueba, un paciente de un hospital es derivado sistemáticamente a un centro de diagnóstico por la imagen con el que hay un convenio. A veces, la información referida a esta prueba se registra como propia. Esto puede hacer creer a muchos profesionales que esta prueba se ha realizado dentro del propio hospital.

Reflexión

La historia clínica compartida obliga a identificar muy bien la procedencia de cada informe o prueba.

Quién (*who*):

Las mismas razones que dificultan identificar el lugar donde se ha realizado una actuación también son causa de errores y problemas en el momento de registrar el profesional sanitario y/o servicio que realiza una determinada actuación.

A continuación explicamos algunas de las situaciones complicadas habituales relacionadas con este registro.

Para la gestión o evaluación de la calidad asistencial se suele imputar una determinada hospitalización convencional al último servicio asistencial que ha asistido al paciente (el servicio que da el alta). Cuando un enfermo ingresado ha pasado por diferentes servicios, existe el riesgo de imputar todas las actuaciones realizadas durante esa hospitalización al servicio que da el alta. Ciertos diseños de sistemas de información clínicos pueden dificultar identificar qué actividad ha realizado cada servicio.

Algunos registros de quirófano no están preparados para registrar intervenciones quirúrgicas donde intervienen diferentes cirujanos o equipos quirúrgicos. Estas dificultades provocan que a veces una sola intervención quirúrgica (una

sola anestesia) se registre como dos actos quirúrgicos independientes para que así quede constancia de los diferentes cirujanos y equipos quirúrgicos que han intervenido.

En el registro de los datos de una determinada actuación o informe intervienen diferentes profesionales. Sería dificultoso y exagerado que el sistema mostrara quién registró cada dato, pero hay que poner los medios técnicos y organizativos para garantizar que cuando se acaba el registro de aquella actuación o informe se cierre de modo que ya no pueda ser modificado *a posteriori* y que quien ha cerrado es quien ha validado y se ha hecho responsable de aquellos datos, es decir, es el autor legal.

Por qué (*why*):

A menudo no se explica el motivo (justificación) por el cual se solicitan y/o se realizan determinadas actuaciones. Esta es una información que se suele registrar de forma textual en solicitudes e informes, ya que hacerlo de manera codificada es dificultoso. En caso de que se haga de forma codificada se puede obligar a codificar el motivo. Pero en este tipo de información los errores y la desidia son frecuentes, tanto si se registra de modo textual como codificado.

Ejemplo

A los radiólogos les es absolutamente imprescindible saber el motivo de una solicitud para poder valorar una prueba concreta.

En los registros de actividad, si no se imputan las actuaciones al proceso-episodio adecuado, puede ser difícil entender por qué se ha solicitado o realizado aquella actuación.

Ejemplo

Un paciente tiene abiertos dos procesos asistenciales: uno por una artrosis y otro para varices esofágicas. Se solicita una gastroscopia y esta actuación se vincula erróneamente al proceso de la artrosis. La historia clínica a menudo puede mostrar toda la información con independencia del proceso y por ello este error puede pasar inadvertido. Pero si se quiere hacer una revisión sobre cómo se está tratando la artrosis, no se entenderá por qué se ha pedido aquella gastroscopia.

6. Control de calidad

En apartados anteriores hemos hecho énfasis en los errores más frecuentes en el registro de información y en cómo prevenirlos. Sin embargo, es necesario además establecer mecanismos de detección de errores.

La recuperación de información para usos de gestión y evaluación de calidad nos permite detectar errores de registro y deficiencias en la calidad de la información. Pero no podemos dejar el control de la calidad de la información al hallazgo «casual» de errores a partir de la recuperación de información. Hay que establecer mecanismos sistemáticos de detección de errores y, también, disponer de mecanismos de notificación que permitan su corrección de manera rápida y segura, siempre respetando los aspectos legales de integridad y autoría de la información.

A continuación, y a título de ejemplo, se detallan algunos sistemas de control de calidad de la información.

Controles en el **momento de registrarse** (*a priori*):

- Cuando abrimos una historia clínica a un nuevo paciente, advertir de la existencia de pacientes con datos coincidentes: paciente con mismos apellidos, sexo y fecha de nacimiento.

- Advertir de la existencia de un mismo proceso o episodio abierto de la misma especialidad.

- En el momento de programar una actuación, advertir si hay una actuación igual programada del mismo paciente.

- Controles de fechas: fecha de ingreso anterior a fecha de nacimiento (en recién nacidos es habitual este error).

Controles ***a posteriori***:

- Sistemas de validación cruzada: patologías codificadas incompatibles con sexo y edad.

- Listados de posibles pacientes duplicados a partir de la búsqueda de coincidencias significativas y revisión de estos duplicados.

- Control de las derivaciones y la correcta asignación de proceso.

- Comprobación de la realización de determinadas actuaciones a través del curso clínico.

Auditorías:

En paralelo, también hay sistemas más subjetivos de valoración de la calidad de la información y de la codificación:

- Auditorías de calidad de registros o documentos clínicos.

- Auditorías de calidad de la codificación de datos clínicos (diagnósticos, procedimientos, etc.).

Cada vez más las administraciones sanitarias realizan auditorías en esta línea.

Reflexión

Conjunto mínimo de datos de los informes clínicos:

Para auditar la calidad de la información de la historia clínica, también puede sernos útil el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, de conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

Se trata de unos requerimientos mínimos de datos que debe tener la historia clínica, estructurada por paciente, proceso y actuaciones, así como también de los datos que deben contener determinados documentos clínicos.

En este caso, se trataría de auditar la presencia o no de determinada información y no si la información es errónea o no.

Resumen

Por bien diseñado que esté un sistema de información y la tecnología informática que lo sustenta, siempre se producirán errores de registro (entrada) y de tratamiento de la información (codificación). Si no se establecen mecanismos preventivos, de detección, de notificación y de corrección de estos errores, acabaremos produciendo un sistema de información inútil, incapaz de cumplir la función de servir de apoyo para tomar decisiones.

Hay tres aspectos que inmediatamente nos pueden indicar la buena calidad de un sistema de información:

- La inexistencia de duplicidades de información, es decir, toda información solo se registra en un sitio del sistema de información.

- La existencia de manuales de registro (manuales de procedimiento) que indiquen cómo registrar la mayoría de las variables del sistema de información.

- La existencia de circuitos de notificación, control sistemático y corrección de errores.

En este módulo se han expuesto diferentes tipos de errores a través de ejemplos concretos, que han servido al mismo tiempo para indicar aquellos aspectos que se deben tener en cuenta a la hora de registrar la información.

Bibliografía

American Public Health Association (2001). «Criteria for assessing the quality of health information on the Internet» [artículo en línea]. *American Journal of Public Health* (vol. 91, núm. 3, págs. 513-514). http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446565/

Krogh, P. (2012). *Data Validation Overview* [en línea]. http://dpbestflow.org/data-validation/data-validation-overview

Health Information and Quality Authority (HIQA) [en línea]. https://www.hiqa.ie/

OMS (2003). *Improving Data Quality: A Guide for Developing Countries* [en línea]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. http://www.wpro.who.int/publications/docs/improving_data_quality.pdf

Purcell, G. P.; Wilson, P.; Delamothe, T. (2002). «The quality of health information on the internet» [artículo en línea]. *BMJ* (vol. 324, núm. 7337, págs. 557-558). http://doi.org/10.1136/bmj.324.7337.557

Risk, A.; Dzenowagis, J. (2001). «Review of Internet Health Information Quality Initiatives» [artículo en línea]. *Journal of Medical Internet Research* (vol. 3, núm. 4, e28). http://www.jmir.org/2001/4/e28/

Shepperd, S.; Charnock, D.; Gann, B. (1999). «Helping patients access high quality health information» [artículo en línea]. *BMJ* (vol. 319, núm. 7212, págs. 764-766). http://www.bmj.com/content/319/7212/764.short