

La calidad de la asistencia y de la investigación pasa por la calidad de los registros

C. Casaní Martínez

Especialista en Pediatría. Doctora en Medicina. Centro de Salud de Burjassot. Burjassot. Valencia. Neonatología. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2007;9:329-31

Carmen Casaní Martínez, camarcar@alumni.uv.es

Sr. Director:

Existe una preocupación general por la calidad de la información procedente tanto de las bases de datos poblacionales como de las historias clínicas con el fin de asegurar una atención adecuada al usuario, diseñar campañas de prevención efectivas, optimizar los recursos disponibles y disponer de datos fiables para la investigación.

Como parte de mi tesis doctoral revisé las historias clínicas de los pacientes de 0-14 años ingresados en el Hospital Infantil La Fe de Valencia por accidente durante 1993. El número de historias obtenidas fue de 1.038, de las cuales 922 se consideraron pertinentes y 116 se excluyeron. El motivo de exclusión fue por error en la fecha del accidente, por lesión de causa no accidental, por reacciones adversas a

medicamentos, etc. Así, se detectó un sesgo de codificación por exceso de un 11%¹.

Trabajo en el Centro de Salud de Burjassot, informatizado desde principios de 1998. La primera vez que accede un usuario al sistema sanitario se registran, entre otros, los siguientes datos: 1) número de historia: los dos últimos dígitos del año de nacimiento, el mes, el día (más 40 en el sexo femenino) y las dos primeras consonantes de ambos apellidos; 2) el número SIP (Sistema de Información Poblacional); 3) el número de afiliación a la Seguridad Social; 4) apellidos-nombre. Por cualquiera de ellos es posible acceder a su historia clínica. En los últimos meses el servicio de admisión del centro de salud solicita el número SIP para proporcionar una cita al usuario.

Diariamente recupero las historias de pacientes que demandan asistencia sin cita previa o para anotar los resultados de exploraciones complementarias, cumplimentar interconsultas, codificar diagnósticos, etc. Accedo a la historia tecleando la primera sílaba de cada apellido. Ej. Mar Gar para Martínez García. De este modo he detectado a pacientes con historias múltiples, duplicadas e, incluso, triplicadas, por errores relacionados con: 1) el nombre: a) diferente escritura de los nombres compuestos, por ejemplo, María Isabel, M Isabel, Isabel; b) nombres con varias ortografías aceptadas, por ejemplo, Christian o Cristian, Sheila o Sheyla, Vanessa o Vanesa, Jonathan o Jonatán, Jessica o Yesica, Desiree o Desiré, Saray o Sarai; c) errores de tecleo en nombres con múltiples consonantes, por ejemplo, Ahinoa por Ainhoa. 2) Los apellidos: a) apellidos compuestos escritos con o sin guión; b) errores de tecleo en apellidos de origen extranjero con múltiples consonantes; c) errores en la finalización, por ejemplo, Forne, Forner o Fornes; d) confusión "n" por "ñ", por ejemplo, Canas por Cañas; e) cambio en el orden de los apellidos, por ejemplo, Barroso Moreno por Moreno Barroso. 3) El número de historia, en los dígitos

del año de nacimiento, del mes o del día. Aunque por una vía diferente, también detecté errores en la asignación del sexo del paciente. Cada uno de ellos lo he comunicado al servicio de admisión.

La consecuencia directa de las historias múltiples es que la información de un mismo paciente está fraccionada en varias historias activas o en una activa y otra u otras dadas de baja. También constará un número de usuarios superior al real en la base de datos.

El programa informático Siap-Win® permite obtener listados de pacientes según uno o más de los siguientes campos: profesional asignado, sexo, tipo (activo/pensionista), exitus (sí/no), desplazados (sí/no), fecha de nacimiento, fecha de asistencia y diagnóstico (uno o más). Imprimo periódicamente listados de mis pacientes distribuidos por sexo, edad y patologías previamente codificadas (convulsiones febres, necesidad de inmunoterapia profiláctica, necesidad de vacuna para la gripe, dermatitis atópica y estados relacionados, obesidad, etc.). Me gustaría que la información obtenida fuera lo más rigurosa posible.

Todos podemos colaborar en el mantenimiento de las bases de datos comunicando cualquier error detectado. Los programas informáticos debe-

rían disponer de sistemas de alerta que impidiesen los errores más frecuentes. La calidad de la asistencia y de la in-

vestigación pasa por la calidad de los registros.

Bibliografía

1. Casaní C, Morales MM. ¿Es mejorable la codificación de los diagnósticos clínicos de los niños hospitalizados por accidente? Rev Calidad Asistencial. 2000;15:275.

