



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Oñate Tenorio, Antonio; Oñate Tenorio, María de los Santos. Estudio de la duplicidad de historias clínicas en un archivo de documentación sanitaria. Repercusiones en la calidad y propuestas de mejora. Biblioteca Lascasas, 2013; 9(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0701.php>

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

ESTUDIO DE LA DUPLICIDAD DE HISTORIAS CLÍNICAS EN UN ARCHIVO DE DOCUMENTACIÓN SANITARIA. REPERCUSIONES EN LA CALIDAD Y PROPUESTAS DE MEJORA

AUTORES:

ANTONIO OÑATE TENORIO.

Técnico Superior en Documentación Sanitaria, Administrativo y Celador Conductor. Área Sanitaria Jerez Costa Noroeste Sierra de Cádiz.

MARIA DE LOS SANTOS OÑATE TENORIO.

Diplomada Universitaria en Enfermería y Diplomada Universitaria en Podología. Área Sanitaria Norte de Málaga. Hospital de Antequera.

INDICE:

Resumen	4.
I. Introducción y justificación.....	5.
II. Estado de la cuestión. Marco conceptual.....	6.
III. Objetivos.....	18.
III.1 Objetivo Principal.....	18.
III.2 Objetivos Específicos.....	18.
IV. Hipótesis.....	18.
V. Material y métodos.....	19.
V.1 Diseño.....	19.
V.2 Emplazamiento.....	19.
V.3 Población de Estudio.....	19.
V.3.1. Criterios de Selección.....	19.
V.3.2. Criterios de Inclusión.....	19.
V.3.3. Criterios de Exclusión.....	19.
V.4 Muestra.....	19.
V.4.1. Tipo de Muestreo.....	19.
V.5 Variables.....	20.
V.6 Recogida de Datos.....	20.
V.7 Análisis de Datos.....	20.
V.8 Sesgos.....	20.
V.9 Alcance y limitaciones.....	21.
V.10 Cronograma de las fases de estudio.....	21.
V.11 Consideraciones éticas.....	21.
V.12 Presupuesto.....	21.
VI. Resultados.....	22.
VII. Discusión.....	30.
VIII. Conclusiones.....	31.
Referencias bibliográficas.....	32.

Anexos.....	33.
Anexo I. Dependencias de un archivo clínico.....	33.
Anexo II. Funciones, competencias y líneas de trabajo del Técnico Superior en Documentación Sanitaria.....	34.
Anexo III. Funciones de los servicios de documentación clínica de un archivo de historias clínicas.....	35.

RESUMEN:

Para poder alcanzar unos criterios de calidad un archivo de historias clínicas debe cumplir una serie de requisitos y condiciones adecuadas que garanticen su correcto funcionamiento.

Actualmente las Unidades de Documentación Clínica desempeñan una labor cada día más importante por las repercusiones que tiene en los distintos niveles y ámbitos asistenciales y legales, y que sin duda se verán influenciadas por las nuevas tecnologías y avances informáticos.

La historia clínica contiene toda la información recogida durante la asistencia sanitaria. En este estudio nos centraremos en la duplicidad de historias clínicas en los archivos de documentación clínica, detallando sus causas, incidencias y repercusiones en la calidad sanitaria prestada al paciente, así mismo se aportarán además propuestas de mejora.

PALABRAS CLAVE:

Archivo de historias clínicas, Duplicidad, Calidad y Documentación Sanitaria.

ABSTRACT:

To achieve quality criteria one patient record must meet certain requirements and conditions appropriate to ensure their proper functioning.

Currently Clinical Documentation Units play an increasingly important task for the impact it has on the different levels and areas of care and legal, and no doubt will be influenced by new technologies and advances in computer technology.

The medical records contain all the information collected during health care. In this study we focus on the duplication of records in the archives of clinical documentation, detailing its causes, incidence and impact on quality care provided to the patient and himself also provide suggestions for improvement.

KEYWORDS:

Patient record, Duplicity, Quality and Health Documentation.

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Este es un proyecto integrado de investigación fin de curso de Técnico Superior en Documentación Sanitaria diseñado con el propósito de estudiar la calidad de un archivo de historias clínicas, y dentro de ésta nos centraremos concretamente en la duplicidad de las mismas.

Un archivo de documentación sanitaria debe cumplir una serie de requisitos y condiciones adecuadas para poder alcanzar así unos criterios de calidad, que dependerán además de los profesionales que participan activamente en su proceso asistencial como autores de la información, del personal codificador y del resto de profesionales que tengan como función el almacenamiento y la custodia de la historia clínica.

En la actualidad la aplicación de nuevas tecnologías y los nuevos avances informáticos repercuten sin duda alguna a la calidad del archivo de documentación sanitaria y como consecuencia afectará indudablemente al paciente, que es al que en definitiva pertenece la historia clínica y es el que en definitiva importa, es por ello que se considera importante el tratar este tema y ver si realmente los archivos cumplen con los criterios y principios de calidad establecidos.

Para que un archivo de historias clínicas tenga un funcionamiento adecuado es necesario implementar e impulsar en ellos programas de control de calidad, midiendo entre otros los siguientes indicadores de calidad: cumplimentación y registro de historias clínicas, calidad de la información recogida en ellas, codificación correcta y adecuada, condiciones óptimas de seguridad en el lugar de almacenaje, custodia, disponibilidad y acceso a las historias clínicas, y duplicidad de las mismas.

Uno de los errores que se observa a menudo es la duplicidad de historias junto al mal archivado o a errores de localización, es por ello que se considera importante tratar estos temas, analizar su incidencia, sus causas, repercusiones en la calidad y realizar recomendaciones de propuestas de mejora.

En este estudio nos centraremos precisamente en la duplicidad de historias clínicas en el archivo de documentación sanitaria del Hospital San Juan Grande de Jerez de la Frontera, centro perteneciente a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

II. ESTADO DE LA CUESTIÓN. MARCO CONCEPTUAL

La Unidad de Documentación Clínica es el subsistema de información del sistema sanitario encargado del tratamiento de la información contenida en la historia clínica, entendiéndose como sistema sanitario aquel conjunto de estructuras organizativas, centros de servicios y actividades pertenecientes al sector público y privado que tienen como finalidad atender las necesidades de la población en materia de salud.

En la actualidad las Unidades de Documentación Clínica son cada vez más importantes y su existencia está justificada no sólo por los requerimientos legales, sino por el papel que desempeñan en relación con la información clínico-asistencial para la gestión, planificación, investigación y epidemiología¹.

El archivo de historias clínicas es uno de los servicios de apoyo que tienen un mayor impacto en el funcionamiento general de los centros sanitarios, influido sin duda alguna por las repercusiones de los avances informáticos y la aplicación de nuevas tecnologías.

Hace algunos años en los hospitales la documentación clínica y el archivo de historias clínicas fueron dos materias cuya consideración no era relevante. Pero, tanto la administración como los propios hospitales, reconocen actualmente la importancia de una documentación normalizada, su correcta custodia, su disponibilidad para con los servicios del hospital y el tratamiento posterior de los datos contenidos en ella².

Según el Consejo Internacional de Archivos (1988) el término “archivo” posee tres definiciones:

- Conjunto de documentos sea cual sea su fecha, forma y soporte material, producidos o recibidos por toda persona física y jurídica, y por todo servicio u organismo público o privado, en el ejercicio de su actividad, y son, ya conservados por sus creadores o por sus sucesores para sus propias necesidades, ya transmitidos a la institución de archivos competente en razón de su valor archivístico.
- Institución responsable de la acogida, tratamiento, inventariado, conservación y servicio de los documentos.
- Edificio o parte de edificio donde los documentos son conservados y servidos.

Desde un punto de vista arquitectónico, el archivo es un edificio o local donde están concentrados los depósitos y las zonas de trabajo, suelen estar ubicados dentro del edificio del centro sanitario en cuestión, y dentro de éste, para facilitar la labor de reparto y recogida de expedientes clínicos deben estar situados en una zona accesible y con buenas comunicaciones con las diferentes dependencias del centro.

Un archivo clínico está distribuido en una serie de dependencias que se dividen en tres áreas diferentes: reservada, privada y pública. Anexo 1. Tabla 1.

En cuanto al mobiliario existen una serie de elementos necesarios para la instalación de los documentos en los depósitos: armarios, estanterías, cajas y carros de transporte y sobres contenedores, todos ellos deben de cumplir una serie de características, requisitos y directrices.

Para la correcta custodia de los documentos se necesitan espacios y mobiliario adecuados, pero también es necesario adoptar una serie de medidas destinadas a controlar aquellos factores que pueden destruir o alterar el fondo documental. Los peligros potenciales para los documentos son: el fuego, el agua, la excesiva o poca humedad y temperatura, la luz, el ruido, los insectos, los roedores, las personas, el polvo y la contaminación.

Según el Manual Técnico Recomendaciones para la Edificación de Archivos (1992) de la Dirección de Archivos Estatales, se establecen las normas y características especiales que deben tener los edificios que albergan archivos para lograr la máxima funcionalidad en los servicios, así como la preservación adecuada de los documentos de acuerdo con las exigencias de los distintos soportes materiales de los fondos documentales. En este manual se analizan y definen las condiciones ideales que deben reunir los archivos para la seguridad de los documentos, así como las características de los materiales constructivos más adecuados y una recopilación de la normativa en vigor en España sobre materiales e instalaciones de construcción. Estas recomendaciones son aplicables a cualquier tipo de archivo, aunque están concebidas, principalmente, para edificios que reúnen documentos con valor permanente y que exigen una protección eficaz contra cualquier riesgo de deterioro o pérdida.

En la actualidad y ante la necesidad de definir a los profesionales que realizarán su trabajo y ejercerán actividades en las Unidades de Documentación Clínica por su formación podemos hablar del Médico Documentalista y del Técnico en Documentación Sanitaria, aunque al no existir una línea de formación específica en este ámbito podemos encontrarnos otros profesionales como: enfermeras, biólogos, psicólogos, administrativos, informáticos, etc., por tanto, el personal destinado a las Unidades de Documentación Clínica es pluridisciplinar, debido a que no existía una formación específica para los profesionales en este campo.

El Médico Documentalista ejerce la responsabilidad de la Unidad de Documentación Clínica, y aunque hoy en día no existe la especialidad médica de Documentación Médica, a pesar de ser una disciplina de gran desarrollo en el sector sanitario, en diferentes universidades españolas se imparten enseñanzas de postgrado, en forma de máster o cursos de especialidad.

El Técnico en Documentación Sanitaria es un profesional de reciente aparición en el entorno sanitario y que disponen de una formación reglada por Real Decreto 543/1995 de 7 de abril (BOE, 5-5-1995), donde se establece el Título de Técnico Superior en Documentación Sanitaria. En citado Real Decreto aparecen descritas la competencia general, las capacidades profesionales, unidades de competencia, realizaciones y dominios profesionales. Sus funciones definirán la contribución de estos profesionales al proceso de tratamiento de la información y la documentación clínica, siendo las líneas de trabajo para este nuevo profesional expresadas en la correspondiente tabla. Anexo II, Tabla 2.

Al entender por competencia profesional el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que ha de reunir una persona para desarrollar una actividad profesional, es competencia general del Técnico en Documentación Sanitaria intervenir en los procesos de tratamiento de la información y de la

documentación clínica, codificándola y garantizando el cumplimiento de las normas de administración sanitaria y de los sistemas de clasificación y de codificación internacionales, bajo la supervisión correspondiente.

Cuando un documento entra en la Unidad de Documentación Clínica experimenta un conjunto de operaciones que constituyen la llamada cadena documental, cuyos eslabones son los siguientes:

- Entrada o recogida de la información.
- Tratamiento intelectual o codificación, y tratamiento material o archivo.
- Y salida o explotación, es decir, recuperación y difusión de la información.

En esta cadena se identificaran por tanto tres niveles de actuación profesional: productores, gestores y usuarios de la información.

La finalidad principal de un archivo de historias clínicas es la custodia, organización, recuperación y préstamo de las historias clínicas, porque éstas aseguran la prestación de la asistencia sanitaria a los pacientes y su continuidad.

Otra función primordial del archivo hospitalario es el mantenimiento y ordenamiento de la colección documental abierta, de manera que integre todos los documentos relacionados con el paciente.

Entre los objetivos de un archivo de historias clínicas podemos destacar los siguientes:

- Custodiar las historias a su cargo, conservándolas y preservándolas en buen estado y a lo largo del tiempo, fomentando la dotación de instalaciones adecuadas, locales y equipamientos.
- Organizar y optimizar los procesos que aseguran la transferencia al archivo de los expedientes clínicos generados en el centro para su custodia.
- Almacenar las historias clínicas según un sistema de clasificaciones y un método de archivo establecidos de acuerdo con principios de funcionalidad, uso de la documentación y disponibilidad de espacio e instalaciones.
- Difundir su fondo documental promocionando su uso como fuente de información para la práctica asistencial, investigación, etc.

Es precisamente el almacenamiento de los dossiers que contienen las historias clínicas uno de los grandes problemas que cuenta hoy en día los archivos. El archivo clínico debe organizar los procesos a realizar y optimizar los recursos de que dispone para efectuar correctamente las funciones que les son propias. Todas las funciones y cometidos que competan al archivo central de historias clínicas de un centro sanitario deben estar firmemente establecidas y garantizadas mediante un régimen interno del centro y han de estar recogidas en un manual de procedimientos o normativa. Anexo III. Tabla 3.

Para cumplir estas funciones, el principal recurso es el propio fondo del hospital, compuesto por una única serie integrada por cada historia clínica personal que se le abre a un paciente, con motivo de su asistencia al hospital.

La historia clínica es el vehículo que soporta la información recogida durante la asistencia sanitaria, es por ello que la protección y confidencialidad de esos datos será uno de los pilares que sustente la calidad de la asistencia prestada al paciente³.

Cada historia está integrada por un conjunto de documentos generados en los distintos episodios por los que transcurre el paciente en su paso por el hospital. Se considera que los datos y documentos mínimos que debe contener cualquier historia clínica hospitalaria han de ser entre otros:

- Datos de identificación del paciente: número de historia, nombre y apellidos, DNI, dirección y teléfono, fecha y lugar de nacimiento, sexo y número de la seguridad social.
- Documentos del episodio: orden de ingreso, alta voluntaria y autorización especial de procedimientos.
- Documentos médicos: informe de alta, anamnesis y exploración, hojas de evolución, procedimientos diagnósticos, informes de laboratorio, hojas de analítica, informes de radiodiagnóstico, hojas de interconsulta, informes de exploraciones complementarias, informes de anatomía patológica.
- Documentos de enfermería: hojas de gráficos y constantes de enfermería, control de tratamientos, control de pruebas complementarias.
- Procedimientos terapéuticos: órdenes de tratamiento, hoja de consulta preanestesia, protocolo quirúrgico, hoja y gráfica de anestesia.

Además de todos los datos nombrados anteriormente estamos de acuerdo con otros autores⁴ que afirman que es también necesario medir la calidad de las variables administrativas, ya que éstas influyen sin duda a la hora de tener buena accesibilidad a las historias clínicas.

Cuando se habla de la duplicidad de historias clínicas, se hace referencia a la existencia de más de una historia clínica por paciente; así, esta segunda o tercera historia constituye un duplicado de la original.

La historia clínica ha estado regulada hasta la actualidad por diferentes disposiciones legislativas con base en la Ley General de Sanidad 14/1986 del 25 de Abril⁵.

Con la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se actualizan los derechos y obligaciones de los pacientes y profesionales⁶. La Ley define entre otros la historia clínica, sus contenidos, funciones y usos, su soporte y conservación, aclara la propiedad de la historia clínica y recoge las características de acceso, así como la privacidad y confidencialidad de la misma. En su capítulo V, Artículo 14, dice que la historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro. Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte: papel, audiovisual,

informático o de otro tipo en el que consten, de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información. En su Artículo 16, nos establece que la historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia. Cada centro establecerá los métodos que posibiliten en todo momento el acceso a la historia clínica de cada paciente por los profesionales que le asisten. En su Artículo 17 nos advierte que los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínicas en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial. La documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente. La gestión de la historia clínica se realizará a través de la unidad de admisión y documentación clínica, encargada de integrar en un solo archivo las historias clínicas. Son de aplicación a la documentación clínica las medidas técnicas de seguridad establecidas por la legislación reguladora de la conservación de los ficheros que contienen datos de carácter personal, y en general, por la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal. Y en el Artículo 19 nos dice que el paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas.

Es imprescindible para que un archivo de documentación sanitaria cumpla con los requisitos de calidad desarrollar mecanismos que incidan en la mejora de los mismos, ya que es innegable la importancia de la historia clínica y el papel docente, investigador, jurídico legal, administrativas, epidemiológico, de administración y planificación sanitaria, debiendo ser por tanto un documento único por paciente, acumulativa e integrada, conteniendo todos los datos desde el primer contacto con el paciente hasta el final de su vida⁷.

Dos de las características que debe ofrecer un servicio o producto de calidad, y por tanto un archivo de documentación sanitaria son:

- Satisfacer las necesidades, usos y propósitos perfectamente definidos, además de responder a las expectativas de los clientes.
- Cumplir todas las normas y especificaciones que le sean aplicables, en particular aquellos requisitos establecidos por la propia sociedad (leyes, reglamentos, etc.).

Teniendo en cuenta que podríamos definir la calidad como aquello que identificamos para satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes, en la unidad de documentación clínica, la gestión centrada en la calidad se basa en la participación de todos los miembros de la organización y está dirigida a satisfacer las necesidades de los clientes, que en nuestro caso, serán los profesionales que trabajan en el centro sanitario, tanto en su actividad relacionada con la práctica médica como en otras actividades de investigación o docencia, y que esperan recibir toda la información de forma rápida y correcta. Por ello, los métodos y técnicas de archivo deben aplicarse correctamente y han de existir controles periódicos que permitan evaluar la

calidad del servicio a través de informes de calidad. Estos controles se llevan a cabo mediante auditorías que desarrollan unas técnicas de investigación y análisis para determinar si la actividad está siendo realizada de acuerdo con unos objetivos previos.

A través de la evaluación de los distintos índices e indicadores podremos evaluar si los archivos cumplen con los controles de calidad y ver el grado de capacidad de los mismos.⁸

En el control del proceso de archivado de historias clínicas contamos con una serie de índices que recogen el nivel de seguridad del archivado y la devolución:

- Índice de rentabilidad del archivo de historias clínicas (Ir):

Es igual al número total de historias clínicas buscadas al año (nº HCBa) en el depósito dividido entre el número total de historias clínicas archivadas (nº HCA), y únicamente tiene en cuenta los expedientes depositados en el archivo activo. Se considera adecuado que el valor obtenido esté situado entre 1 y 4.

$$Ir = n^{\circ} \text{ HCBa} / n^{\circ} \text{ HCA}$$

- Índice de eficacia en el archivado de las historias clínicas (Ie):

Es igual al número de historias clínicas localizadas (nº HCL) en el depósito dividido entre el número de historias clínicas buscadas (nº HCB), y tiene en cuenta tanto las historias almacenadas en el archivo activo como en el pasivo. El valor obtenido ha de situarse entre 0.95 y 1.

$$Ie = n^{\circ} \text{ HCL} / n^{\circ} \text{ HCB}$$

- Índice de errores de localización de las historias clínicas (IEL):

Es igual a la suma del índice de los errores de localización de historias clínicas en el archivo (IELA) más el índice de errores de localización de historias clínicas en préstamo (IELP). El valor obtenido ha de situarse entre 0 y 0.5.

$$IEL = IELA + IELP$$

- Índice de seguridad del archivo (Is):

Es igual al número de historias clínicas que reingresan al archivo (nº HCR) dividido entre el número de historias clínicas que salen en préstamo del archivo (nº HCP). El valor obtenido ha de situarse entre 0.95 y 1.

$$Is = n^{\circ} \text{ HCR} / N^{\circ} \text{ HCP}$$

- Índice de devolución de historias clínicas en préstamo (Id):

Es igual al número total de historias clínicas no devueltas (nº HCND) en un plazo determinado dividido entre el número medio de historias clínicas prestadas al día (nº HCP) en los últimos doce meses. El valor del cociente obtenido debe situarse entre 1 y 3.

$$Id= n^{\circ} HCND / n^{\circ} HCP$$

- Índice de control de no suministradas:

Se corresponde con el tanto por ciento de historias clínicas solicitadas que no se encuentran en el archivo (HCNE), y es igual al número de historias clínicas no suministradas (nº HCNS) dividido entre el número de historias clínicas solicitadas (nº HCS) multiplicado por 100. El valor del cociente obtenido debe situarse entre el 5 y el 10%.

$$\% HCNE= n^{\circ} HCNS / n^{\circ} HCS * 100$$

- Índice de control de préstamos urgentes de la historias clínicas (IPCU):

Se calcula dividiendo el número de historias clínicas solicitadas con carácter urgente (nº HCSU) entre el número total de historias clínicas solicitadas (nº HCS) multiplicado por 100. El valor obtenido debe ser inferior al 10%.

$$IPCU= n^{\circ} HCSU / n^{\circ} HCS *100$$

Otros instrumentos de control son:

- El dimensionado del espacio: las dimensiones del depósito se determinará en función del volumen de documentación existente y su índice de crecimiento.
- Control de las bases de datos: se deben realizar periódicamente muestreos de control de tal forma que se pueda asegurar que la base de datos cumple con los siguientes requisitos:
 - Existe un sólo registro por paciente.
 - Cada registro hace referencia a una sola historia clínica.
 - Cada registro contiene los datos que permiten la identificación del paciente y la localización de su historia clínica correctamente.
- Normativa del archivo de historias clínicas: el archivo debe disponer de una normativa por escrito, de revisión anual, en la que se describan detalladamente todos los procedimientos que se realizan y los criterios que se siguen, de forma de que sirva de guía para el personal que trabaja en él. La normativa debe ser detallada, clara y no llevar a

interpretaciones erróneas, siendo aconsejable utilizar esquemas, diagramas de flujo, cronogramas y horarios.

Uno de los errores más frecuente y que constituye uno de los problemas en el archivo de documentación sanitaria es el extravío de las historias clínicas ocasionando perjuicios en el paciente e incidencias negativas en la calidad de su proceso asistencial.

En este estudio nos centraremos en otro de los errores comunes que es la duplicidad de historias clínicas, hecho que va a afectar negativamente al proceso asistencial del paciente, es por ello que consideramos importante el tratar sobre éste tema en concreto. La causa por la que se duplican las historias clínicas es porque no se ha buscado correctamente la historia clínica ya existente, de ahí que la importancia de realizar una búsqueda correcta y adecuada es vital. Por ello, debemos conocer los errores más frecuentes que se cometen al buscar una historia clínica en la base de datos:

- Errores cometidos en búsqueda por nombres:
 - * Búsqueda por nombres compuestos. Ejemplo: Francisco Javier / Francisco José.
 - * Búsqueda por nombres problemáticos, entendiendo por nombres problemáticos aquellos que son muy parecidos. Ejemplo: Milagrosa / Milagros.
 - * Errores tipográficos en el nombre. Ejemplo: Alejandra/ Alexandra.
 - * Iniciales del nombre sin desarrollar. Ejemplo: José M, que puede ser: José Manuel, José María, José Miguel, etc.
 - * Por ausencia de nombre.
- Errores cometidos en búsqueda por apellidos:
 - * Búsqueda de apellidos compuestos. Ejemplos: de la Rosa, de la Cruz, etc.
 - * Errores tipográficos en búsqueda por apellidos. Ejemplos: Diez / Díaz, García / Gracia, Navarro / Gamarro, etc.
- Errores cometidos en la búsqueda de nombres y apellidos extranjeros.

Para realizar este estudio nos centraremos precisamente en la duplicidad de historias clínicas en el archivo de documentación sanitaria del Hospital San Juan Grande de Jerez de la Frontera, centro perteneciente a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

El Hospital Juan Grande, está ubicado en la provincia de Cádiz, en la Glorieta Félix Rodríguez de la Fuente, s/n, de Jerez de la Frontera. Lo conforman cuatro zonas bien diferenciadas: Residencia Geriátrica, Unidad de estancias, Consultas externas, Santuario Juan Grande.

El Hospital Juan Grande, pertenece a la Orden Hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios, de cuya Provincia Bética forma parte dicho Hospital. El fundador de la Orden Juan Ciudad Duarte o Juan de Dios, nace en "*Monte Mor o Novo*" Montemayor el Nuevo, al sur de Portugal, en 1496 en el

seno de una familia humilde y con apenas ocho años se traslada a España. A los 27 años de edad y su espíritu inquieto lo lleva a alistarse en el ejército combatiendo en Fuenterrabia y en Viena. De vuelta a Portugal, se desplaza a Sevilla, a Ceuta y después a Granada, donde trabaja como albañil y como librero. En Granada, un 20 de Enero, día de San Sebastián, acude a la Ermita de los Mártires donde tiene la ocasión de escuchar un sermón del Maestro Juan de Ávila, que lo convierte y transforma en el mejor valedor de los pobres y enfermos. Tras escuchar al Padre Juan de Ávila se produce en él tal transformación que es tomado por loco e ingresado en el Hospital Real de Granada. Esta estancia, donde sufre los cuidados de aquel hospital, le marcará de por vida dedicando el resto de sus días a los más necesitados, pobres y enfermos, y todo por *“por amor a Dios”*. Demostrada su cordura y por la intercesión del Padre Juan de Ávila, fuera ya del Hospital Real, se dirige a Guadalupe donde al amparo de los monjes Jerónimos que regentaban una prestigiosa Escuela de Medicina y Cirugía, conoce las técnicas que pondrá en práctica a su vuelta a Granada. Pidiendo limosna por las calles de Granada y haciendo entender a los nobles y ricos de su tiempo la necesidad de hacerse el bien a ellos mismos ayudando a los demás, recoge de la calle a toda suerte de enfermos, impedidos, moribundos, locos, etc; llegando a fundar hospitales, que fueron, en su tiempo, modelo y premonición de los actuales. Consigue abrir su primer hospital y recorre incansablemente las calles buscando enfermos y desvalidos. Pedía limosna y todo tipo de ayuda para socorrer las necesidades de sus enfermos a la voz de *“Hermanos, haceos bien a vosotros mismo”*. Recogiendo leña en el Genil y al tratar de ayudar a un joven que había caído al agua enfermó. Por orden del Obispo pasó a convalecer desde el Hospital, a la casa de los Señores García de Pisa donde falleció en Granada, a consecuencia de una neumonía, un 8 de Marzo de 1.550 a los 55 años de edad.

A su muerte, su obra es continuada por sus compañeros. Años más tarde, en 1574, Juan Grande se unió a la obra de Juan de Dios, extendiéndose por España Italia y América.

A Juan de Dios se deben las primeras grandes reformas en la organización hospitalaria, como la creación de salas en las que los pacientes eran agrupados, no solo en razón de su sexo sino por patologías. Sus escritos, en los que se recogen y protocolizan las obligaciones de médicos y enfermeros, pueden seguir siendo ejemplo válido en los hospitales de nuestro tiempo.

La Orden Hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios, comenzó su labor en su primer hospital de Granada y sería aprobada como tal Orden Hospitalaria por la Iglesia, bajo el pontificado del Papa Pío V en 1572.

El Hospital Juan Grande toma su nombre del hermano San Juan Grande nacido en Carmona el 6 de marzo de 1546, llegó a Jerez de la Frontera hacia 1566 y desarrollo toda su actividad durante 34 años. Se unió a la "Obra de Juan de Dios" tomando su hábito en 1573, desde entonces se preocupó de que su hospital y compañeros fueran considerados como *“Hermanos del hábito de Juan de Dios, el de Granada”*. Muere víctima de la peste el 3 de junio de 1600 en su Hospital de Jerez. En 1834 los Hermanos tuvieron que ausentarse por la disposición de Mendizábal. Juan Grande fue beatificado el 13 de noviembre de 1853 por el Papa Pío IX. Los Hermanos de San Juan de Dios fueron expulsados en 1834.

El 30 de octubre de 1927 regresan los Hermanos a Jerez de la Frontera, pero no al anterior lugar donde estuvo el Hospital de la Candelaria, ubicado en la actual alameda Cristina durante unos 363 años, sino al actual terreno donde se encuentra el Hospital Juan Grande. A los pocos meses de llegar los Hermanos recuperan las reliquias del Beato Juan Grande, y son trasladadas el 1 de julio de 1928 y colocadas en la primitiva y pequeña capilla hasta 1954 que se veneran en la iglesia construida para honrarlas de forma más solemne y bajo la mesa del altar mayor.

Haciendo reseña histórica y gracias a la generosidad de Doña Micaela González de Parada, que cedió los terrenos en los que actualmente se ubica el Hospital Juan Grande, y bajo el nombre de Sanatorio de Santa Rosalía abrió sus puertas de nuevo en Jerez en junio de 1927, para hacer frente al gran problema que planteaba en la zona la Poliomielitis. Niños y jóvenes de ambos sexos de las provincias de Cádiz, Ceuta, Melilla, Huelva, Sevilla y de Marruecos fueron atendidos, con carácter benéfico y sin descuidar el aspecto educativo e incluso laboral.

Los primeros acuerdos de colaboración que fueron firmados en 1964 con el entonces Instituto Nacional de la Seguridad Social, permitieron atender las necesidades de niños en las especialidades de Traumatología y Ortopedia, Cirugía Plástica y Reparadora, Oftalmología y Rehabilitación. En 1972 se firman conciertos para la realización de procesos quirúrgicos y asignación de cupos. El Sanatorio de Santa Rosalía contaba con 180 camas.

El Servicio de Rehabilitación además de ser un pilar fundamental en el tratamiento de las minusvalías infantiles, cubría una gran demanda de pacientes externos al Centro. Atentos a la formación y bajo la tutela de la facultad de Medicina de la Universidad de Cádiz, el Sanatorio de Santa Rosalía puso en marcha una Escuela en la que dos promociones de enfermeros obtuvieron la Diplomatura de Fisioterapia.

En 1975 se inaugura un Servicio de Pediatría médico-quirúrgica con 70 camas que prolongó su actividad hasta 1984 año en el que la falta de demanda pediátrica, la creciente necesidad de atención a enfermos mayores de media y larga estancia y la opción preferencial de la Orden por este tipo de pacientes, propiciaron la creación del Servicio de Medicina Interna.

En 1990 la Orden se plantea llevar a cabo una profunda remodelación del Centro. Se pone en marcha un ambicioso proyecto del que nace el actual Hospital Juan Grande que se inaugurado en 1992.

En los últimos seis años el Hospital ha vivido una gran transformación, realizada en el marco de un programa de mejora continua y de acreditación de la Calidad enmarcado a su vez en el tercer Plan de Calidad auspiciado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, convirtiéndose en Mayo del 2005 en el primer Hospital de la provincia de Cádiz y el tercero de Andalucía en obtener la Acreditación de Calidad de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía en el nivel Avanzado. Transcurridos 5 años ha optado por la reacreditación para mantener el nivel de calidad conseguido, realizándose en octubre de 2010 la evaluación externa.

Para alcanzar esta transformación tan profunda se llevaron en este tiempo una serie de acciones que han tenido un gran impacto en la situación actual del

hospital, un nuevo servicio de atención al usuario, ampliación del área de consultas externas, creación de un nuevo área de urgencias, ampliación y mejora del área quirúrgica, remodelación del servicio de rehabilitación, remodelación del servicio de farmacia, creación de una unidad de pruebas diagnóstica, así como el aprovechamiento de las tecnologías de la información y las comunicaciones con la digitalización de la historia clínica, digitalización del servicio de radiodiagnóstico, etc. además de una apuesta importante por la formación continuada base de los objetivos del centro.

El Hospital San Juan Grande se encuentra inmerso en un sistema de gestión de la calidad, una apuesta por la implantación de un sistema de gestión integrado que garantiza la mejora continua y que supone la adopción de herramientas de gestión que impulsan, no sólo las mejores prácticas sino las más sostenibles, expresando de esta forma su compromiso con la mejora y la protección del medio ambiente. La preocupación de este Hospital por la mejora de la calidad de sus servicios se ha puesto también de manifiesto en un compromiso explícito, coherente con las líneas estratégicas establecidas por la Orden Hospitalaria.

Como hemos mencionado anteriormente, este Centro inició el camino hacia la excelencia en el año 2005, obteniendo el reconocimiento de Acreditación Avanzada, a través de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Algunos años después y, con la constante preocupación existente en todo lo referente a los aspectos Medioambientales, la apuesta consistió en la adopción de un sistema de gestión medioambiental, logrando la Institución Sanitaria la certificación ISO 14001 en octubre de 2008.

En la actualidad y gracias a la experiencia del Hospital, se ha apostado por un sistema de Gestión de la Calidad que aporte una sistemática potente de mejora continua a través de los principios de la Calidad Total, sus objetivos se orientan a consolidar una cultura de calidad, liderada por la dirección, fomentando los valores y la misión de la Orden Hospitalaria. Pretenden crear e implantar un sistema de trabajo que promueva la participación de todos los profesionales y colaboradores a todos los niveles, que mejore la eficiencia, que promueva la innovación y que consiga el cumplimiento y mantenimiento de todas las acreditaciones exigibles. Y para recorrer esta andadura, emplearán tanto el standard internacional ISO 9001, como el modelo SEP (Sanidad Excelente Privada) que permite la integración de los modelos de gestión de calidad y excelencia: Modelo Europeo EFQM, Standard ISO 9001 y requisitos de la U.S. Joint Commission. Con este modelo el Hospital integrará en su sistema de mejora continua todos los elementos que el centro necesita para su gestión, su seguridad y su calidad.

Los recursos financieros con los que se sustenta el hospital, lo forman principalmente:

- El concierto de los servicios que tiene contratado con el Servicio Andaluz de Salud.
- Acuerdos con compañías de seguros y mutuas para la intervención quirúrgica programada y urgente, así como la hospitalización de sus afiliados.

Los donativos entregados al hospital, son dedicados única y exclusivamente a la obra social, que como Orden Hospitalaria tiene asignada.

El área de archivado de Historias Clínicas del Hospital Juan Grande lo localizamos en el sótano del mismo y consta de cuatro zonas bien diferenciadas. En estas zonas del centro están restringidos los accesos a toda persona ajena, y se aplica y pone en práctica la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal.

Podemos constatar que la labor realizada por el personal de cualquier archivo de documentación debe ser muy metódica, ya que cualquier fallo puede provocar la pérdida de información vital para la asistencia sanitaria que es el fin básico de dicha documentación.

Cuando hablamos de duplicidad de historias, uno de los motivos frecuentes por lo que ocurre es en pacientes derivados del Servicio Andaluz de Salud, ya que éste facilita al Hospital San Juan Grande un listado donde aparece únicamente el nombre, apellidos de los pacientes y Número de Historia Única de Salud de Andalucía (NHUSA), este identificador es utilizado de forma única y exclusiva por el Servicio Andaluz de Salud, por lo que una vez recepcionado el listado procedente de éste, el Hospital San Juan Grande sólo cuenta para realizar la búsqueda de pacientes en su base de datos con sus nombres y apellidos, ya que no posee ningún identificador numérico para ello.

Otro de los motivos por los que se duplica las historias clínicas es cuando el paciente acude a Admisión de Urgencias, que puede ser por dos motivos, que el paciente venga derivado de otro hospital, o que el paciente acuda por iniciativa propia. La mayoría de los pacientes que proceden de otro centro hospitalario vienen derivado del Hospital de Jerez, centro perteneciente al Servicio Andaluz de Salud, con lo cual el Hospital San Juan Grande se encuentra con el problema en la búsqueda anteriormente descrito, sólo podemos identificarlo por nombre y apellidos, no por identificador numérico. Si es el paciente el que solicita asistencia sanitaria por iniciativa propia, lo que ocurre es que no aportan ningún tipo de documentación acreditativa, porque en ese momento no la llevan consigo, con lo cual se limita la búsqueda a nombre y apellidos.

III. OBJETIVOS

III.1. Objetivo Principal:

- Conocer en qué situación se encuentra el archivo de historias clínicas del Hospital San Juan Grande.

III.2. Objetivos Específicos:

- Censar el número de historias duplicadas.
- Analizar las razones por las que se duplican las historias clínicas.
- Describir estrategias efectivas para disminuir al máximo la duplicidad de historias.
- Definir otros problemas que siendo ajenos a este hospital pueden influir en la calidad del archivo de historias clínicas.

IV. HIPÓTESIS

- H1: El archivo de historias clínicas del Hospital Juan el Grande cumple con los requisitos de calidad en la duplicidad de historias.
- H2: Hay entidades ajenas a la institución que influyen negativamente en la duplicidad de historias.

V. MATERIAL Y MÉTODOS

V. 1. Diseño

El tipo de estudio que se realiza para corroborar las hipótesis planteadas es un estudio descriptivo, observacional y transversal.

V. 2. Emplazamiento

El presente estudio es realizado desde el día 24 de Septiembre al día 23 de Noviembre del 2012 ambos inclusive, periodo lectivo de prácticas del curso académico 2011-2013 de la Titulación de Técnico Superior en Documentación Sanitaria, en el archivo de documentación sanitaria del Hospital San Juan Grande de Jerez de la Frontera, centro perteneciente a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

V. 3. Población de estudio

Historias clínicas del archivo de documentación sanitaria del Hospital San Juan Grande de Jerez de la Frontera, centro perteneciente a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

V.3.1. Criterios de selección:

Historias clínicas solicitadas al archivo de documentación sanitaria.

V.3.1 a) Criterios de inclusión:

Los criterios de inclusión eran que fuesen historias duplicadas.

V.3.1 b) Criterios de exclusión:

Los criterios de exclusión eran que las historias clínicas no estuviesen duplicadas.

V.4. Muestra

La muestra un total de 216 historias clínicas duplicadas.

V. 4.1. Tipo de muestreo:

Se llevó a cabo un muestreo selectivo, escogiendo de 13.573 historias clínicas que fueron solicitadas al archivo de documentación sanitaria un total de 216 historias clínicas que eran las que estaban duplicadas.

V. 5. Variables

Las variables que vamos a estudiar son:

- Número de historias totales.
- Número de historias duplicadas.
- Procedencia de la duplicidad de historias.
- Razones de la duplicidad de historias clínicas.

V.6. Recogida de datos

Lo primero que se hizo después de plantear el estudio, fue realizar identificar las palabras claves y los conceptos fundamentales en DEC's y Mesh y realizar una búsqueda bibliográfica durante los meses de Septiembre y Octubre 2012 en las siguientes bases de datos: Enfispo, Dialnet, PubMed, Cochrane Plus, Scielo y Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público Andaluz. Después de revisar toda la documentación obtenida descartando la que carecía de rigor científico, se elaboró el proyecto de investigación durante los meses de Noviembre y Diciembre 2012 y Enero 2013.

Los datos se obtuvieron durante el periodo lectivo de prácticas del curso académico 2011-2013 de la Titulación de Técnico Superior en Documentación Sanitaria, desde el día 24 de Septiembre al día 23 de Noviembre del 2012 ambos inclusive, en el archivo de documentación sanitaria del Hospital San Juan Grande de Jerez de la Frontera, centro perteneciente a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

V.7. Análisis de Datos

Durante el mes de Enero 2013 y una vez recopilada la información relevante para nuestro estudio, se lleva a cabo un análisis minucioso y exhaustivo de los datos obtenidos, que serán representados describiendo cada variable mediante las distribuciones de frecuencias oportunas, las tablas y gráficos correspondientes, utilizando para ello el software Microsoft Office Excel®.

V.8. Sesgos

El principal sesgo detectado es el corto periodo de tiempo analizado, lo cual se podría solucionar haciendo un estudio mucho más ampliado en el tiempo, de esa forma tendríamos más datos y la posibilidades de error por la escasez de éstos se reduciría.

V.9. Alcance y Limitaciones

Este proyecto ha sido alcanzado gracias a la contribución del archivo de documentación sanitaria del Hospital San Juan Grande de Jerez de la Frontera, centro perteneciente a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

En cuanto a las limitaciones podemos decir que la muestra y recogida de datos están limitadas en el tiempo y se ven restringidas a nuestro periodo académico de prácticas, para solventar esta incidencia proponemos la ampliación del periodo de prácticas o autorización para poder presenciarlos en los centros en los que se realizan las prácticas durante la realización del proyecto integrado de investigación.

V.10. Cronograma de las Fases de Estudio

- * Septiembre 2012 → Planteamiento del estudio.
- * Septiembre/ Octubre 2012 → Realización de búsqueda bibliográfica.
- * Septiembre/ Octubre/ Noviembre 2012 → Recogida de datos.
- * Noviembre/ Diciembre 2012 y Enero 2013 → Elaboración del proyecto de investigación.
- * Enero 2013 → Procesamiento y análisis exhaustivo de datos.
- * Febrero 2013 → Finalización del estudio y culminación del Proyecto de Investigación.

V.11. Consideraciones Éticas

La normativa ética del trabajo estará sujeta a las premisas de Helsinki y posteriores, para este tipo de estudio.

Para garantizar la confidencialidad de la información, todos los datos recogidos han sido registrados de forma anónima, siguiendo estrictamente las leyes y normas de protección de datos en vigor (Ley 41/2002 de 14 de noviembre; Ley 15/1999 de 13 de diciembre; RD 1720/2007 de 21 de diciembre).

Los datos obtenidos se ajustarán a las leyes al uso de protección de éstos cara a la investigación y publicación de resultados.

V.12. Presupuesto

Este proyecto integrado de investigación no ha sido financiado ni subvencionado por ningún organismo ni entidad, pública o privada, por lo que todo gasto económico derivado del mismo será a cuenta del propio investigador.

VI. RESULTADOS

Una vez procesados todos los datos obtenidos durante el periodo de recogida de los mismos desde el día 24 de Septiembre al día 23 de Noviembre del 2012 ambos inclusive, podemos ver reflejadas en la Tabla 1 y Gráfico 1 el total de historias clínicas que pasaron por el archivo de historias clínicas del Hospital San Juan el Grande durante mi periodo de prácticas, y de éstas cuantas son duplicadas y cuantas no, y sus correspondientes porcentajes.

Número de Historias Clínicas solicitadas al Archivo de Documentación Sanitaria en 2 meses.	13.573 Historias Clínicas.	100%.
Número de Historias Clínicas Duplicadas	216 Historias Clínicas.	1'59%
Número de Historias Clínicas No Duplicadas.	13.357 Historias Clínicas.	98'41%

Tabla 1. Historias Clínicas solicitadas: duplicadas y no duplicadas.



Gráfico 1. Historias Clínicas solicitadas: duplicadas y no duplicadas.

De citados datos deducimos que el 1'59% de historias clínicas se duplicaron, siendo un total de 216 historias clínicas las duplicadas de un total de 13.573.

A continuación tanto en el Gráfico 2 como en la Tabla 2, podemos ver la procedencia de esa duplicidad de historias clínicas.

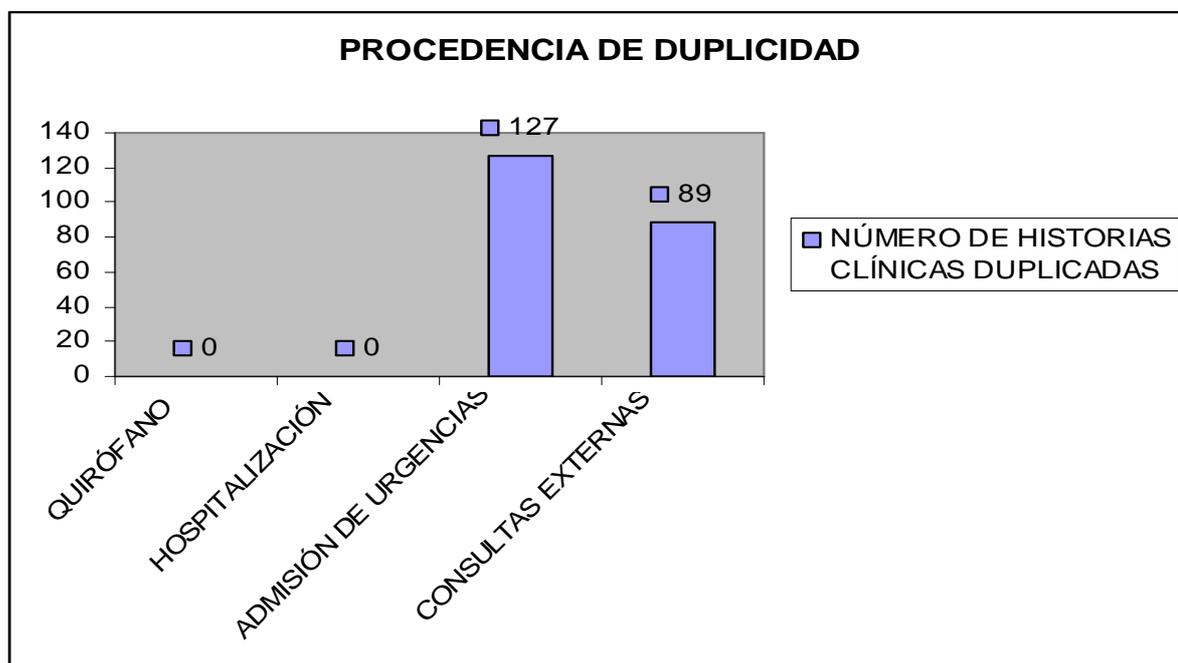


Gráfico 2. Procedencia de la duplicidad de historias clínicas.

PROCEDENCIA DE LA DUPLICIDAD DE HISTORIAS CLÍNICAS		
QUIRÓFANO	0 Historias Clínicas	0%
HOSPITALIZACIÓN	0 Historias Clínicas	0%
ADMISIÓN DE URGENCIAS	127 Historias Clínicas	58'8%
CONSULTAS EXTERNAS	89 Historias Clínicas	41'2%
TOTAL	216 Historias Clínicas	100%

Tabla 2. Procedencia de la duplicidad de historias clínicas.

Podemos observar que de los servicios de quirófano y hospitalización no se duplican historias clínicas, siendo las procedentes de admisión de urgencias el mayor número de duplicidad en un 58'8% y el 41'25% restante son historias

duplicadas procedentes del servicio de consultas externas. En el Gráfico 3 podemos ver reflejados los porcentajes comentados.

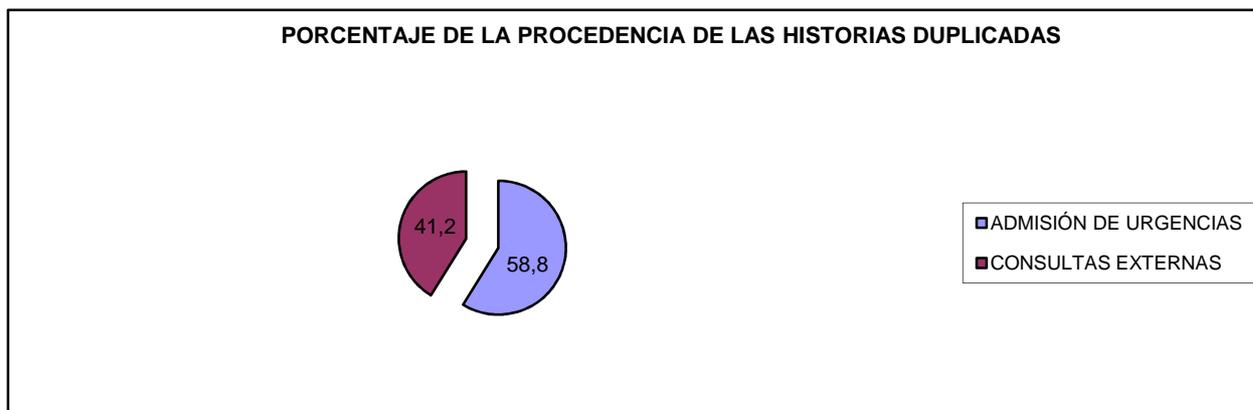


Gráfico 3. Porcentaje de la procedencia de las historias duplicadas.

A continuación en la Tabla 3, se pueden ver desglosados por semanas los datos expuestos anteriormente:

SEMANA	NÚMERO DE HISTORIAS CLÍNICAS DUPLICADAS EN ADMISIÓN DE URGENCIAS	NÚMERO DE HISTORIAS CLÍNICAS NO DUPLICADAS EN ADMISIÓN DE URGENCIAS	NÚMERO DE HISTORIAS CLÍNICAS DUPLICADAS EN CONSULTAS EXTERNAS	NÚMERO DE HISTORIAS CLÍNICAS NO DUPLICADAS EN CONSULTAS EXTERNAS
1ª	20	140	6	1002
2ª	11	90	7	1000
3ª	21	72	9	984
4ª	7	71	14	1365
5ª	19	70	12	1346
6ª	9	53	5	968
7ª	12	158	8	1307
8ª	7	66	11	1367
9ª	21	131	17	1342
TOTAL	127	851	89	10681

Tabla 3. Número de historias duplicadas por semanas y por servicios solicitantes de historias clínicas.

A todas estas historias clínicas habría que sumarle 1.825 procedentes de Hospitalización y de Quirófanos, de las cuales ninguna de ellas estaba duplicada.

En el Gráfico 4 se aprecia el número de historias clínicas que demandaron al archivo de documentación sanitaria los distintos servicios solicitantes.

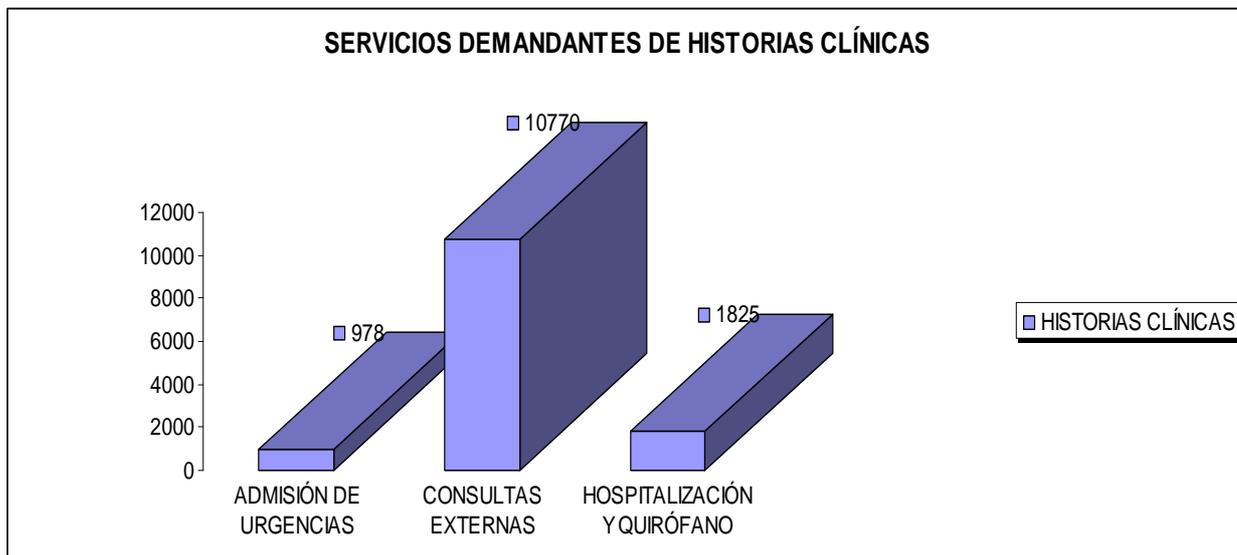


Gráfico 4. Servicios demandantes de historias clínicas.

Como de las historias clínicas duplicadas ninguna era solicitada por los servicios de Hospitalización y Quirófano en el siguiente Gráfico nº5 sólo representamos las solicitadas por los servicios de Admisión de Urgencias y de Consultas Externas, observando que de Admisión de Urgencias proceden 10.770 y de Consultas Externas sólo 978 historias clínicas.

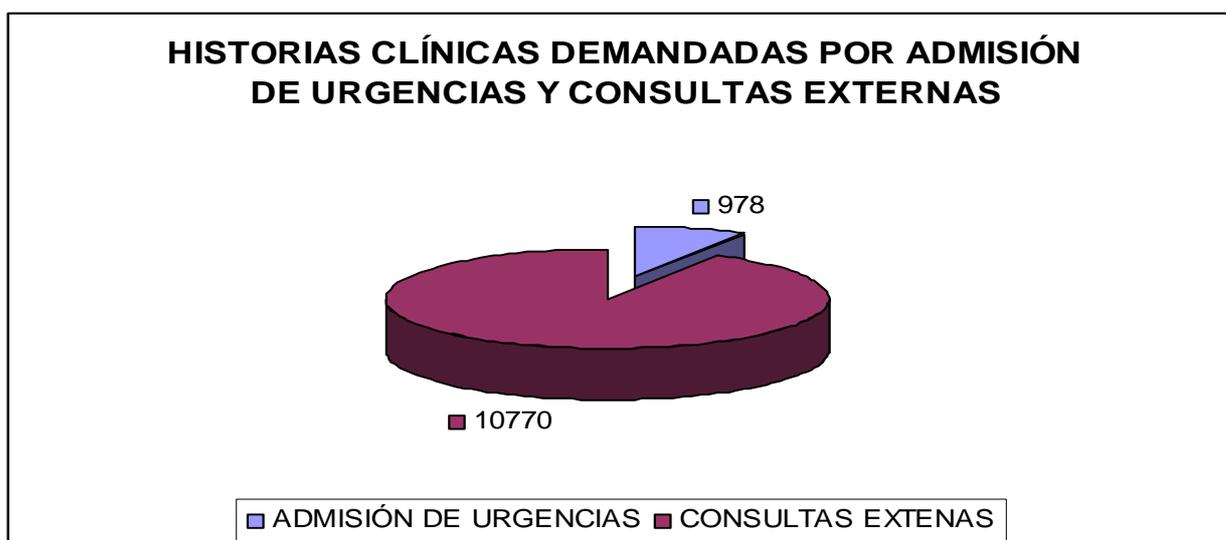


Gráfico 5. Historias Clínicas demandadas por Admisión de Urgencias y Consultas Externas.

En el Gráfico 6 contemplamos que de las 978 historias clínicas procedentes de Admisión de Urgencias 127 estaban duplicadas y 851 no.

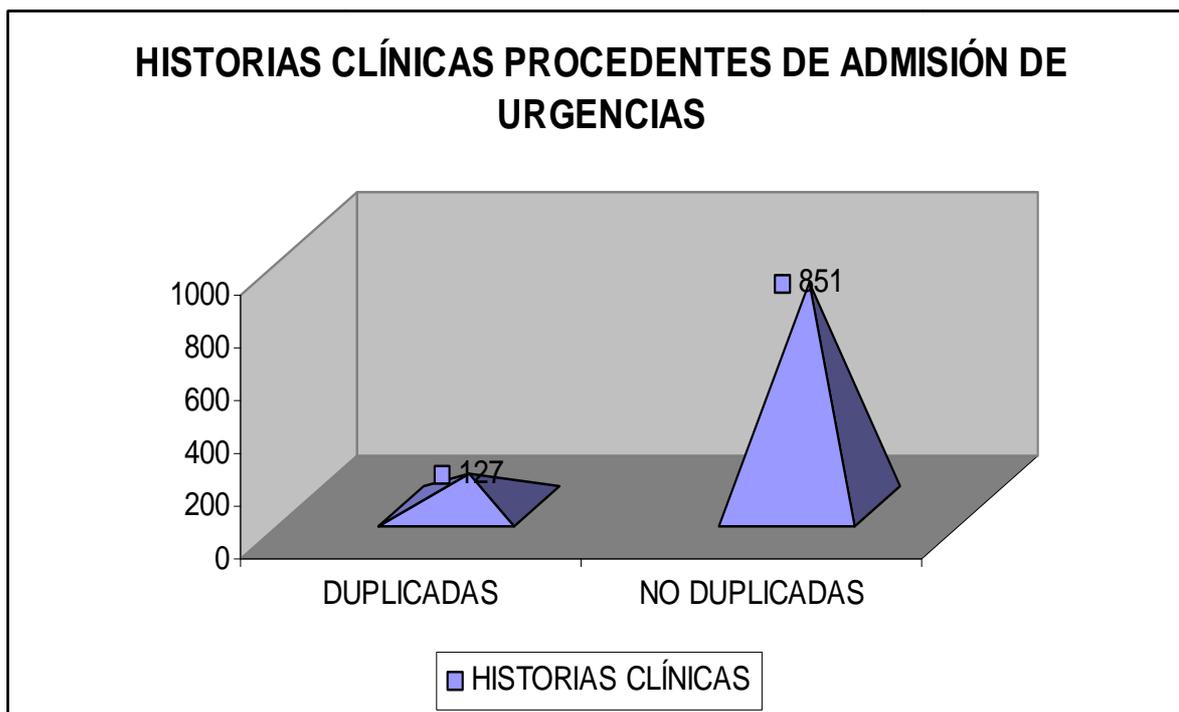


Gráfico 6. Historias Clínicas procedentes de Admisión de Urgencias duplicadas y no duplicadas.

En el Gráfico 7 distinguimos que de las 10.770 historias clínicas procedentes de Consultas Externas 89 estaban duplicadas y 10.681 no.

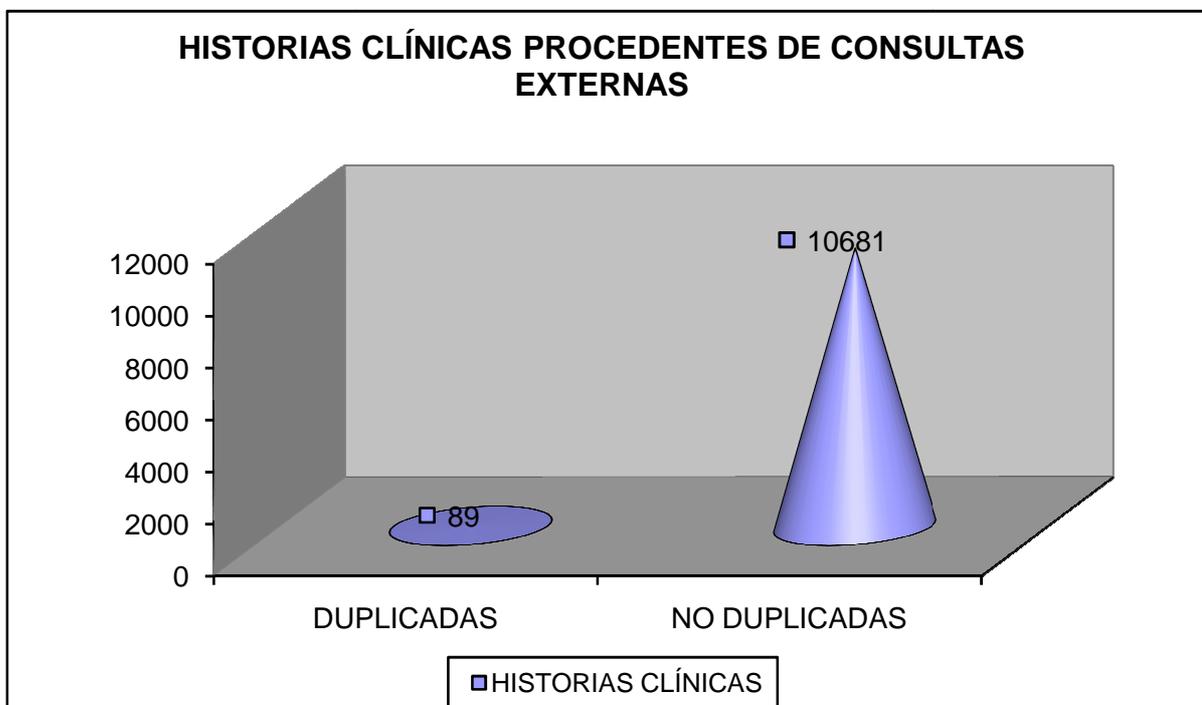


Gráfico 7. Historias Clínicas procedentes de Consultas Externas duplicadas y no duplicadas.

Seguidamente vamos a describir cuales fueron los errores más comunes detectados como motivos de la duplicidad de historias. En la Tabla 4 y Gráfico 8 advertimos que el 75% se debían a búsqueda por nombre, el 20% a búsqueda por apellidos y sólo un 5% a búsqueda de nombres y apellidos extranjeros.

NOMBRES → 75%	APELLIDOS → 20%	NOMBRES Y APELLIDOS EXTRANJEROS → 5%
NOMBRES COMPUESTOS 14%	APELLIDOS COMPUESTOS 16%	
NOMBRES PROBLEMÁTICOS 17%	ERRORES TIPOGRÁFICOS EN APELLIDO 4%	
ERRORES TIPOGRÁFICOS EN EL NOMBRE 18%		
INICIALES DEL NOMBRE SIN DESARROLLAR 22%		
POR AUSENCIA DE NOMBRE 4%		

Tabla 4. Porcentaje de errores de búsqueda detectados en duplicidad de historias clínicas.

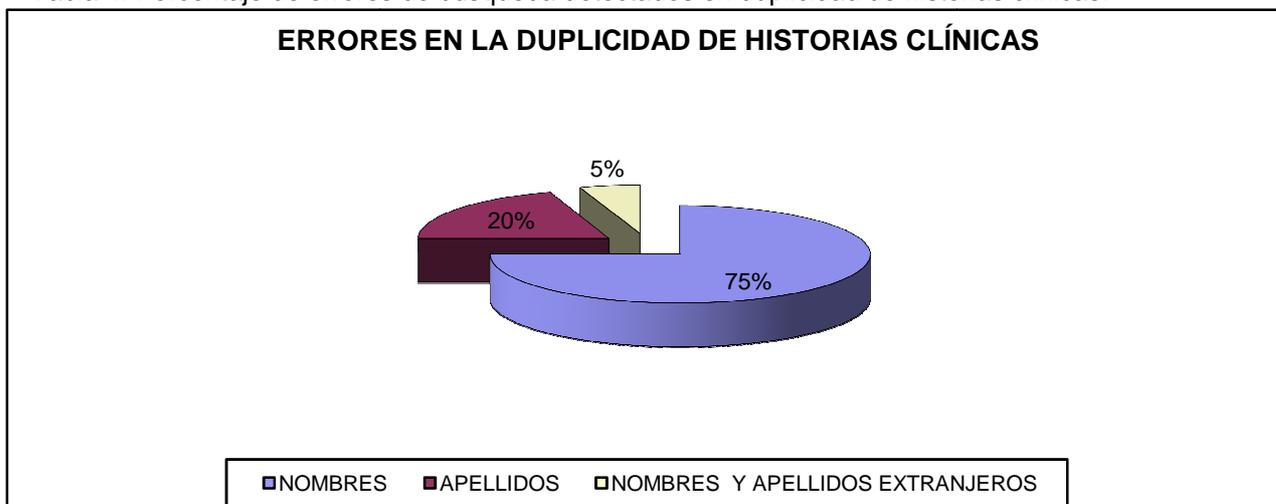


Gráfico 8. Porcentaje de errores de búsqueda detectados en duplicidad de historias clínicas.

En el Gráfico 9 apreciamos las causas de errores en la búsqueda por nombre siendo la más común la introducción en la base de datos de nombres mediante iniciales sin desarrollar, seguida en porcentajes muy similares los errores tipográficos en el nombre y los nombres problemáticos, en un 14% estarían la búsqueda de nombres compuestos y sólo un 4% se debería a la ausencia de nombre.

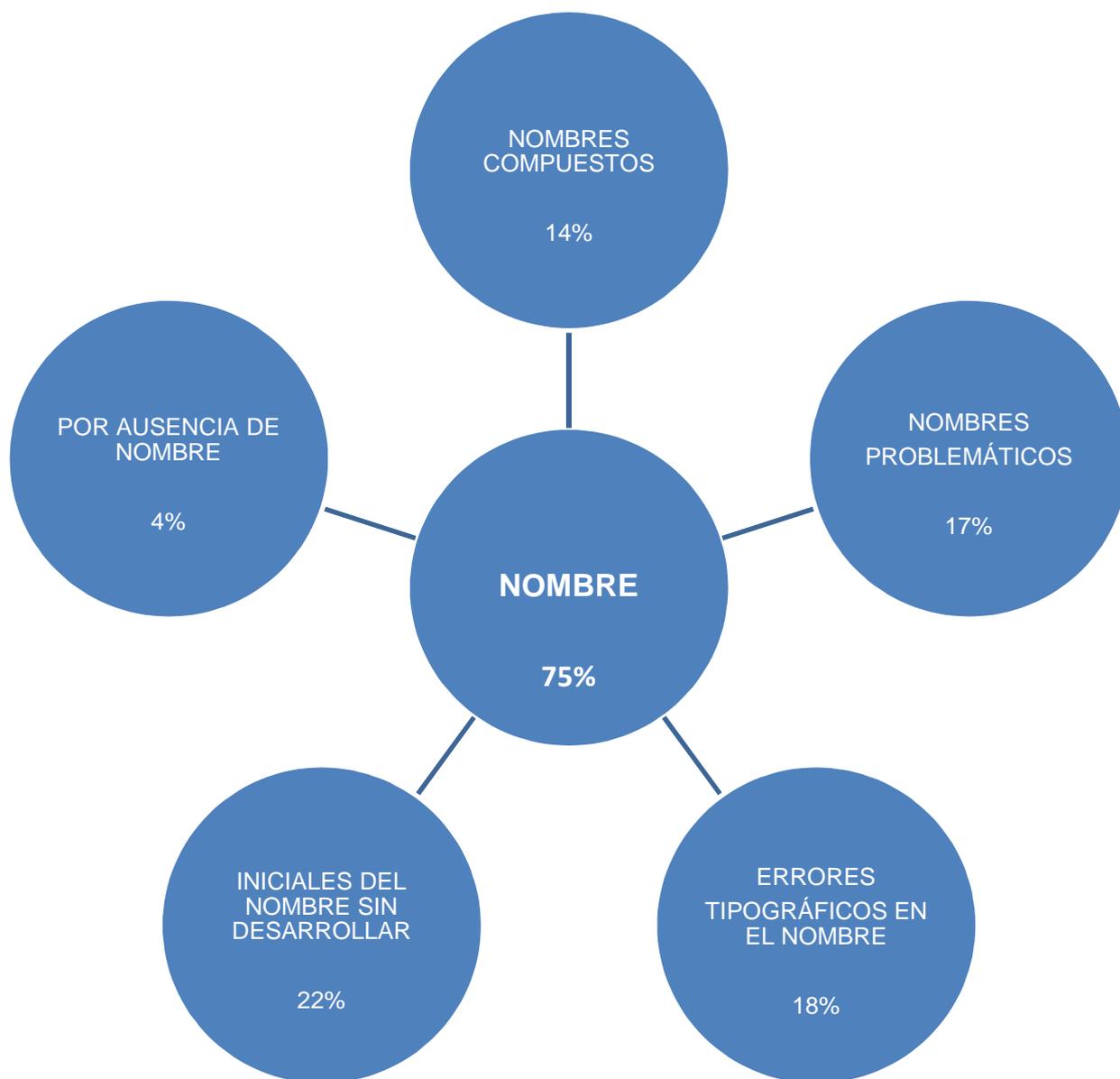


Gráfico 9. Causas de errores en la búsqueda por nombre.

En el Gráfico 10 apreciamos las dos causas de errores en la búsqueda por apellido siendo la más común la introducción en la base de datos de apellidos compuestos y la otra causa en menor porcentaje serían los errores tipográficos en el apellido.

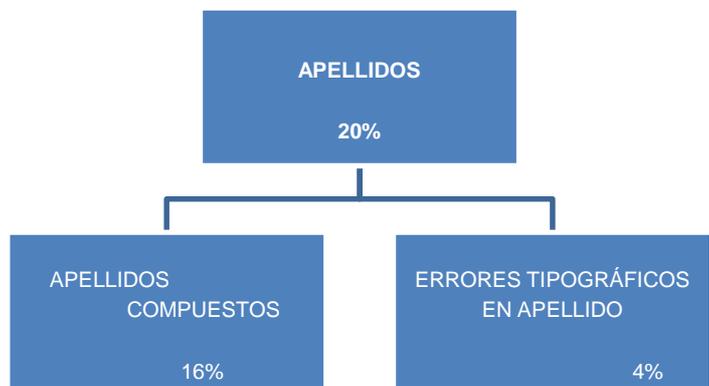


Gráfico 10. Causas de errores en la búsqueda por apellidos.

En el último gráfico podemos ver la totalidad de causas de errores que se cometen a la hora de realizar la búsqueda de una historia clínica, apreciando que el error más frecuente es debido a la búsqueda en la base de datos de nombres compuestos, los errores con menos incidencias son por ausencia de nombre y por errores tipográficos en apellido, destacar como dato curioso que el 5% se debe a nombres extranjeros, además de resaltar otras causas importantes como son errores tipográficos en el nombre, nombres problemáticos, apellidos compuestos y por ausencia de nombre.

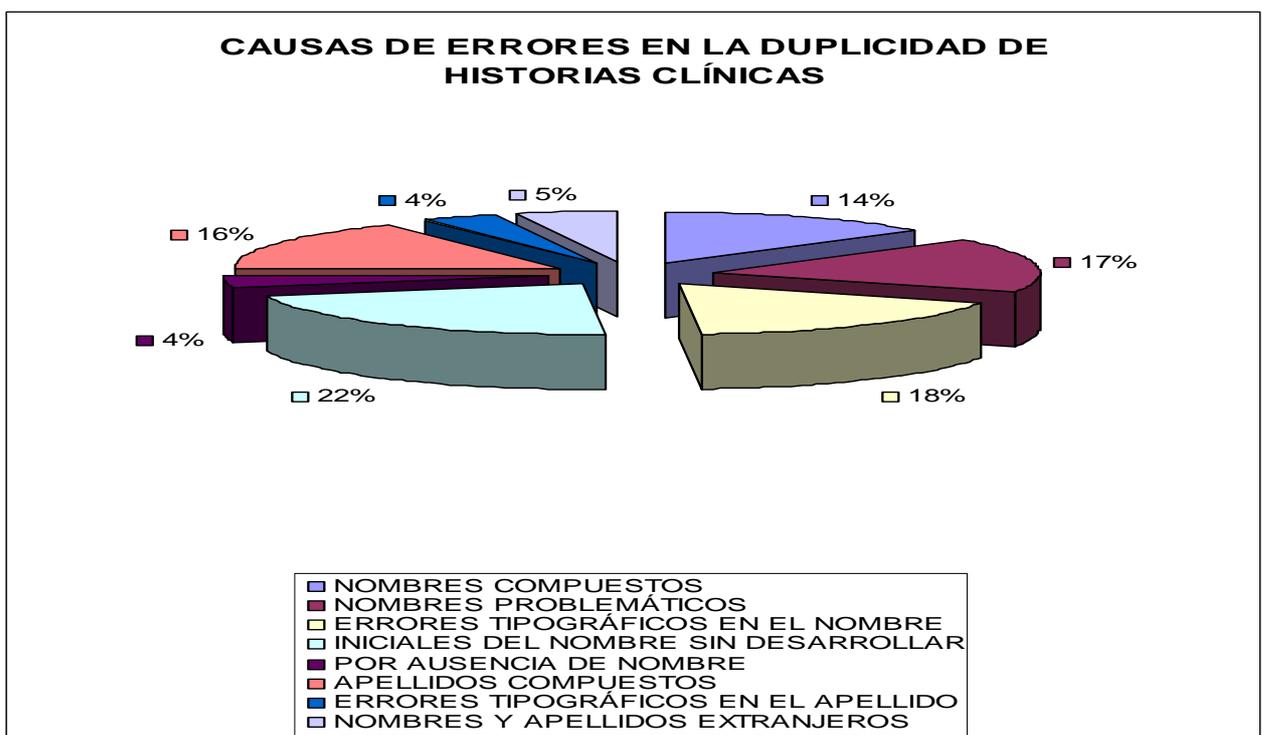


Gráfico 11. Porcentaje de causas de errores en la duplicidad de historias clínicas.

VII. DISCUSIÓN

En el presente estudio vemos que con respecto al total el porcentaje de historias duplicadas es muy pequeño, sólo un 1'59%.

Observamos como dato importante que las historias clínicas sólo se duplican en los servicios de admisión de urgencias y de consultas externas, apreciando que el porcentaje es considerablemente mayor en el servicio de admisión de urgencias, un dato que puede ser explicable por el hecho de que el servicio de admisión de urgencias permanece en funcionamiento las 24 horas del día los 365 días del año, mientras que el servicio de consultas externas sólo está operativo en turnos de mañanas y tardes de lunes a viernes, por lo que estarían excluidos fines de semana y festivos, circunstancia que debemos tener en especial consideración.

Puntualizar también que podemos explicar el hecho de que no haya ninguna historia clínica duplicada en los servicios de quirófano y de hospitalización, porque previamente todos los pacientes han sido atendidos antes en los servicios de admisión de urgencias o de consultas externas y son éstos los que derivaran al paciente a los servicios de quirófano y hospitalización, y por tanto los responsables de la reclamación o búsqueda de la historia clínica.

Cuando lo que analizamos son los datos referentes a los errores más comunes en la búsqueda de historias clínicas podemos observar que la gran mayoría de duplicidades (75%) se debe a la búsqueda por nombres, mientras que un porcentaje muy pequeño (5%) es motivado por la búsqueda de nombres extranjeros. Añadir además que ésta información referida a los errores más comunes en la búsqueda de historias clínicas coincide con estudios previos realizados en otro complejo hospitalario⁹.

Por último, mostramos estrategias efectivas para disminuir al máximo la duplicidad de historias clínicas y como propuestas de soluciones de mejora sugerimos por una parte que los listados procedentes del Servicio Andaluz de Salud incluyan en los datos de los pacientes el documento nacional de identidad de los mismos, ya que en este caso se podría realizar la búsqueda a través de un identificador numérico y con ello se solventaría el problema que supone la búsqueda por nombres y apellidos, evitando así los errores que se generan en este tipo de búsqueda.

Por otra parte se propone entregar a los pacientes una tarjeta con sus datos personales para poder identificarlos en su base de datos e inculcarles y educarles para que la traigan cada vez que acudan en posteriores visitas.

VIII. CONCLUSIONES

Con este estudio se cumplen los objetivos propuestos y las hipótesis planteadas. Se ha definido la situación actual del archivo de historias clínicas del Hospital San Juan Grande, contabilizando el número de historias duplicadas y analizando cuales son las razones más comunes y los errores más frecuentes por las que se duplican.

Se demuestra con los datos obtenidos que el Hospital San Juan Grande cumple con los requisitos, criterios e indicadores de calidad ya que como hemos podido comprobar en sus archivos existe un porcentaje mínimo en la duplicidad de historias clínicas.

Tras la realización de este estudio consideramos al igual que otros autores¹⁰ que la gestión de duplicidad de las historias clínicas influyen indudablemente en la calidad de los archivos de documentación sanitaria.

Para solventar las incidencias negativas que conllevan la duplicidad de historias clínicas se muestran propuestas de soluciones de mejora, proponiendo estrategias efectivas y factibles para disminuir al máximo la duplicidad de historias clínicas en el archivo de documentación sanitaria.

Se concluye este estudio con la consideración de que es necesaria la implantación de sistemas de control de calidad en el archivo de historias clínicas, coincidiendo con otros autores¹¹ que muestran lo mismo, ya que con ello conseguiremos una mejor calidad en la atención al paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Sorribas Vivas M. Organización de archivos clínicos. Elsevier Masson; 2001
- 2.- Tejero Álvarez M. Documentación clínica y archivo. Díaz de Santos; 2004
- 3.- Muncio Martín JA, Santander Cartagena F, López de Gauna Ibarra P, Núñez Hernández A, Iruin Sanz A, Martínez Rodríguez S, et al. Confidencialidad de la historia clínica. Análisis de la situación actual y áreas de mejora en el uso y manejo de la misma. La Biblioteca Cochrane Plus. 2011. Número 1. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=6309134&DocumentID=AEV000061> consultado el 26/10/2012.
- 4.- Asensio Villahoz P, Vicente Virseda JA. Evaluación de un archivo de historias clínicas mediante la aplicación de métodos de control estadístico de la calidad. Revista Española de Salud Pública. 2011; 85(4):391-404.
- 5.- Martínez Hernández J. Historia Clínica. Cuadernos de bioética. 2006;17(59) 2006: 57-68.
- 6.- Flórez Méndez MB. La documentación clínica en la Ley 41/2002. Podociencia. 2003; 0: 14-15.
- 7.- González Sánchez A, Marset García S. Evolución de un archivo de historias clínicas. Papeles médicos. 2001; 10(3):126-129.
- 8.- Curiel Herrero J. La Historia Clínica, su almacenamiento y custodia en los hospitales. Todo Hospital. 1997 (133):29-32.
- 9.- Rodríguez López MC. Detección y eliminación de duplicados en los registros de autoridad para los archivos de historias clínicas de Castilla y León, España. ACIMED. 2010. Vol.21. nº 2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352010000200006.
- 10.- Tejedor Fernández M, Aljama Alcántara M, Delgado Jiménez C, Morilla Aceijas F, Paz León U, Ruiz Tárraga R. Programa de calidad en un archivo de historias clínicas. Papeles Médicos. 2001; 11(3): 107-112.
- 11.- Yetano Laguna J, Izarzugaza Lizarraga I, Aldasoro Unamuno E, Ugarte Barcina T, López Arbeloa G, Agirre Larracochea U. Evaluación de la calidad del registro de las variables administrativas del conjunto mínimo básico de datos de los hospitales de agudos de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud en el año 2005. La Biblioteca Cochrane Plus. 2011. Número 1. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=6314333&DocumentID=AEV000057>.

ANEXOS

ANEXO I

Tabla 1. Dependencias de un archivo clínico.

ÁREA RESERVADA	ÁREA PRIVADA	ÁREA PÚBLICA
<ul style="list-style-type: none">- Depósitos documentales:<ul style="list-style-type: none">• Almacenes de documentación clínica.- Zonas de trabajo:<ul style="list-style-type: none">• Zona de tratamiento de documentación• Zona de recepción y préstamo de documentación clínica.• Zona de prearchivazo.• Zona de expurgo.• Taller de reprografía.• Zona de codificación y extracción del CMB-DAH.- Otras dependencias:<ul style="list-style-type: none">• Despacho de dirección del servicio.• Almacén de material de oficina y archivo.	<ul style="list-style-type: none">- Despachos de dirección del servicio.- Almacén de material de oficina y archivo.	<ul style="list-style-type: none">- Zona de estudio y revisión de historias clínicas.- Zona de recepción e información.

ANEXO II

Tabla 2. Funciones, competencias y líneas de trabajo del Técnico Superior en Documentación Sanitaria.

Funciones, competencias y líneas de trabajo del Técnico Superior en Documentación Sanitaria.
- Identificación de las necesidades de recogida de información.
- Ejecución de la recogida de información.
- Control del proceso.
- Archivo de la documentación.
- Codificación de la información.
- Explotación y recuperación de los datos con reconocimiento de la calidad de la misma.
- Diseño de estrategias de búsqueda.
- Capacidad de análisis centrada en la mejora del propio sistema.

ANEXO III

Tabla 3. Funciones de los Servicios de Documentación Clínica y de un Archivo de Historias Clínicas:

Funciones, competencias y líneas de trabajo del Técnico Superior en Documentación Sanitaria.
- Identificación de las necesidades de recogida de información.
- Ejecución de la recogida de información.
- Control del proceso.
- Archivo de la documentación.
- Codificación de la información.
- Explotación y recuperación de los datos con reconocimiento de la calidad de la misma.
- Diseño de estrategias de búsqueda.
- Capacidad de análisis centrada en la mejora del propio sistema.

