

AUDITORIA MEDICA*

(Evaluación del Trabajo médico de rutina)

DR. LENÍN SÁENZ JIMÉNEZ.**

INTRODUCCION :

Proporcionar atención médica de la mejor calidad posible a sus pacientes es el objetivo fundamental del hospital moderno; por lo tanto, un sistema que le permita evaluar la calidad de dicha atención médica, señale sus fallas probables y permita su discusión con el cuerpo médico para mejorar tal calidad, será de utilidad indiscutible. La Auditoría Médica no sólo reúne estos requisitos sino que, como proceso dotado de gran dinamismo, permite la evaluación de problemas específicos, tales como la mortalidad intra-hospitalaria o el uso de determinadas drogas, o la simple evaluación del trabajo de rutina, o puede incluso convertirse en un interesantísimo proceso educativo que permite actualizar y unificar criterios sobre ciertos tópicos. Este último aspecto ya lo he analizado en otro trabajo sobre este apasionante tema (4); los aspectos específicos, aunque de gran utilidad, generalmente se emplean como variantes de un proceso de Auditoría Médica ya establecida o cuando un determinado problema los requiere; por lo tanto me limitaré a analizar en este trabajo la Auditoría Médica como evaluación del trabajo de rutina. Los formularios y los sistemas de calificación los he diseñado para un hospital pequeño, basados en las historias clínicas en uso en nuestro sistema hospitalario; considero recomendable que antes de su empleo en cualquier otro hospital se analicen las condiciones locales y se hagan las adaptaciones necesarias para que sean de real utilidad.

DESCRIPCION GENERAL DEL METODO:

De acuerdo con la definición de Virgyl L. Slee, Auditoría Médica es la evaluación de la calidad de la atención médica reflejada en la historia clínica. Por lo tanto, el documento básico de trabajo lo constituirán las historias clínicas de los egresos que diariamente se vayan produciendo en los diferentes servicios del hospital. El número de historias que se evaluará diariamente depende del volumen de egresos y del número de comités de Auditoría Médica existentes: en un hospital pequeño un solo comité podrá evaluar la totalidad de los egresos, mientras que en un gran hospital, aún disponiendo de un comité para cada servicio, es proba-

* Trabajo presentado en la ACMESP (Asociación Costarricense de Médicos Especialistas en Salud Pública) el 9 de Junio de 1967.

** Médico Director del Hospital Dr. Max Terán Valls de Quepos.

ble que apenas se alcance a evaluar parte de los egresos; sin embargo, cualquiera que sea el número de historias que se evalúe, debe llenar dos requisitos: debe presentar un porcentaje importante del volumen de trabajo y su escogencia debe hacerse estrictamente al azar.

La evaluación propiamente dicha puede hacerla el comité en conjunto (sistema preferible pero más laborioso a veces por la dificultad de reunir el comité con la frecuencia necesaria) o uno solo de sus miembros; en este último caso los individuos evaluados deben tener el derecho de apelación ante el comité de las evaluaciones que no consideren justas.

Es preferible que exista un comité en cada servicio, encargado de evaluar la labor del personal médico de dicho servicio y que además exista en el Hospital un Comité Central de Auditoría Médica, encargado de coordinar la labor de los comités locales, recoger toda la información que éstos produzcan e informar al cuerpo médico sobre los resultados de la Auditoría Médica de la institución en globo, de manera periódica y en reuniones en las que se comenten las deficiencias halladas, sin mencionar los nombres de los responsables. En los comités locales es recomendable que participen todos los miembros del servicio, en forma rotatoria; así, por ejemplo, cada comité podrá estar integrado por tres miembros, que duren cada uno tres meses en sus funciones y que sean nombrados de modo que el comité se renueve mensualmente por terceras partes, siendo cada mes sustituido un miembro antiguo por uno nuevo. El Comité Central puede ser más grande y es recomendable que, en forma rotatoria también tengan representación en él los distintos servicios. Tanto el comité central como los locales deben ser reglamentados en cuanto a su integración, funciones, periodicidad de reunión, etc.

Antes de iniciar la evaluación es importante que se informe al personal médico sobre los objetivos de la Auditoría Médica y las bases que se utilizarán para llevarla a cabo. Es de fundamental importancia dejar en claro que no se pretende implantar un método de vigilancia policial, sino señalar las deficiencias existentes en la atención médica con el fin de corregirlas, lo que en definitiva redundará en beneficio tanto del paciente que recibirá atención médica de mejor calidad como del médico que mejorará su capacidad profesional al corregir sus deficiencias.

Una vez que la información obtenida de la evaluación de cada historia clínica haya sido registrada en el formulario correspondiente, puede procederse a su calificación, basada en una escala preparada con anticipación y conocida tanto por los evaluados como por los evaluadores, que nos refleje la calidad de la atención médica en porcentajes.

Con la información obtenida de los formularios de evaluación, ya calificados, se harán dos tipos de reuniones periódicas.

- a) Reuniones dedicadas a analizar las deficiencias halladas en cada historia que deberán ser más frecuentes (por ejemplo semanales) y con un número menor de historias;
- b) Reuniones dedicadas a analizar los resultados ya tabulados de todas las historias correspondientes a un determinado período de tiempo y que por lo tanto serán menos frecuentes, de preferencia mensuales.

FORMULARIO DE EVALUACION.

Para la evaluación de la atención médica dada a pacientes hospitalizados pueden tomarse en cuenta, de preferencia, los rubros siguientes:

1) *Análisis de la historia clínica.* Evalúa la calidad de la información registrada en las historias clínicas en siete de sus aspectos principales: boleta de admisión; anamnesis; exámen físico; evolución; prescripciones; epicrisis y diagnóstico final. La evaluación se hace considerando hasta qué punto es suficiente la información registrada para formar un concepto claro del paciente y para justificar el diagnóstico. Conduce a la elaboración de documentos mejores y más complejos, que suministren mayor información, tanto a quienes tengan que ver al paciente si éste necesitase una atención de emergencia, como a quienes posteriormente deseen revisar su cuadro clínico para trabajos de investigación o para presentarlo en sesiones de estudio; asimismo, que suministren mayor información en caso de presentarse cualquier problema de tipo médico-legal con el paciente.

2) *Exámenes complementarios.* Evalúa tanto los excesos como la insuficiencia en la solicitud de exámenes necesarios para un adecuado diagnóstico y tratamiento del paciente. Tiende a estimular un buen juicio clínico en el médico, que le lleve a solicitar sólo los exámenes necesarios, sin incurrir en excesos que signifiquen derroche de recursos del hospital o inercia mental que se conforme con "diagnósticos de laboratorio", ni en insuficiencias que signifiquen ausencia de exámenes indispensables. Es conveniente agrupar los tipos de exámenes de modo que se pueda apreciar cuáles son los que con mayor frecuencia se omiten o se ordenan en forma excesiva o innecesaria; tal agrupación dependerá de los recursos de que se disponga y la que aquí se señala debe considerarse como un ejemplo útil para un hospital pequeño pero insuficiente para uno en que se hagan mayor número y variedad de exámenes.

3) *Drogas.* Evalúa la forma en que se suministra el tratamiento al paciente, según los hallazgos clínicos y el diagnóstico establecido; qué tipos de drogas se han dado al paciente y cuán adecuada ha sido su prescripción; asimismo evalúa las omisiones o contraindicaciones en que se haya incurrido. En forma similar a la indicada al referirnos a los exámenes complementarios, es conveniente agrupar los distintos tipos de drogas, con el fin de evaluar cuáles se usan en forma más correcta y en el manejo de cuáles se cometen errores con mayor frecuencia.

4) *Tratamiento quirúrgico.* Evalúa la oportunidad y la necesidad con que se indique cualquier tipo de intervención quirúrgica. Tiende a evitar tanto intervenciones inoportunas o innecesarias como retardos para intervenir quirúrgicamente, con los consiguientes riesgos para el paciente o prolongación de la hospitalización.

5) *Relación entre diagnóstico de ingreso y diagnóstico de salida.* Evalúa la concordancia o discordancia entre los diagnósticos de ingreso y de egreso. Tiende a estimular el examen cuidadoso del paciente al ingresar al hospital, cuando es a veces necesario hacer un diagnóstico sin contar con exámenes complementarios o procedimientos más complejos que ayuden al médico en tal labor y con los que sí se habrá contado cuando el paciente abandone el hospital con un diagnóstico establecido sobre bases más firmes. Asimismo, tiende a garantizar un mejor tratamiento al paciente, sobre la base de un diagnóstico precoz.

6) *Duración del internamiento.* Evalúa si el paciente ha permanecido en el hospital el tiempo adecuado, o si su hospitalización ha sido prolongada o insuficiente; asimismo, procura buscar las causas de las hospitalizaciones prolongadas y la responsabilidad del médico en ellas. Tiende a evitar tanto las salidas prematuras de pacientes que no han completado su tratamiento y por lo tanto es proba-

ble que tengan que ser hospitalizados nuevamente poco después, en peores condiciones, como la permanencia excesiva en el hospital de pacientes en condiciones de ser reinterados a sus hogares.

Para simplificar la evaluación, la información puede recolectarse en formularios como el que anexa, utilizando un ejemplar para cada historia clínica evaluada. El servicio en que se atendió al paciente egresado y el número del expediente clínico evaluado se registran para cualquier consulta posterior en caso de duda. El nombre del médico responsable de dicho expediente se anota para discutir personalmente con él cualquier deficiencia importante que justificase tal procedimiento. La condición de salida del paciente sólo se registra a manera de orientación en casos de duda. En casos en que se encuentren deficiencias es recomendable no sólo marcarlas en la casilla correspondiente, sino también anotar en forma resumida en qué consistieron; en estos casos es conveniente también registrar en la fórmula diagnóstico de egreso, para que sirva para aclarar aún mejor en qué consistió el error cometido.

ESCALA DE CALIFICACION.

Para calificar las historias se asignan determinados puntajes a cada uno de los rubros evaluados, de modo que el total represente el ciento por ciento. En la escala que se propone se asigna el máximo puntaje al análisis de la historia clínica, los exámenes complementarios y el tratamiento con drogas, por considerarse de fundamental importancia tales aspectos para llegar a un diagnóstico correcto y dar un tratamiento adecuado. En líneas generales, se recomienda asignar los siguientes puntajes a los rubros correspondientes:

1.—*Análisis de la historia clínica.* Como este rubro consta de siete subrubros, se recomienda darle un total máximo de 21 puntos, de modo que cada subrubro calificado como "satisfactorio" valga 3 puntos; a cada sus subrubro calificado como "insuficiente" se le asignarán 2 puntos; cada subrubro calificado como "incompleto" recibirá sólo 1 punto y cada subrubro calificado "ausente" recibirá 0 puntos.

2.—*Exámenes complementarios.* Se le asigna un máximo de 20 puntos en los casos en que se hayan hecho todos los exámenes necesarios, con excesos o defectos y sin recurrir a exámenes innecesarios. Por cada examen "innecesario" se descontarán 4 puntos. Es conveniente recalcar que los puntos se descontarán por cada examen y no por cada tipo de examen, ya que, por hallarse los exámenes agrupados en distintos tipos, podría incurrirse en este error al calificar; para simplificar esta calificación es necesario anotar en el formulario de evaluación, frente al cuadrado en que se indica si los exámenes fueron necesarios, insuficientes, excesivos o innecesarios, el número de exámenes ordenados que correspondan a cada una de las dichas clasificaciones y frente a tal número, entre paréntesis, el número clave que en ese mismo formulario identifique al tipo de examen que se está indicando. Así, por ejemplo, si se hubiesen hecho 5 exámenes innecesarios de orina y en el formulario de evaluación los exámenes de orina corresponden al código número 2, frente al cuadrado que indica los exámenes innecesarios se anotará un número 5 y frente a él un número 2 entre paréntesis, quedando aún espacio para indicar los exámenes innecesarios de otro tipo que se hubiesen ordenado.

3.—*Drogas.* Se le asigna un máximo de 30 puntos para los casos en que todas las drogas hayan sido prescritas o suspendidas en forma correcta y adecuada. Por cada droga con "prescripción exagerada" o "insuficiente" se descontarán 2 puntos. Por cada droga "omitida", "droga contraindicada" o "suspensión contraindicada" de droga se descontarán 5 puntos. Para simplificar la calificación debe anotarse en el formulario de evaluación, en la casilla correspondiente a cada tipo de medicación, el número de drogas de ese tipo que se hayan omitido o hayan sido prescritas en forma exagerada o insuficiente o contraindicada, etc.

4.—*Tratamiento quirúrgico.* Debe registrarse en la hoja de evaluación si se efectuó o no. Se le asigna un máximo de 10 puntos; en el caso de que se hubiese llevado a cabo en forma "retardada" o "inoportuna" sólo se le asignarán 5 puntos, en el caso en que se hubiese efectuado en forma innecesaria recibirá 0 puntos. Cuando no se hubiese practicado por ser necesario, se considerará que la indicación fue adecuada y oportuna y se calificará con 10 puntos.

5.—*Relación entre diagnósticos de ingreso y de salida.* Se asigna un máximo de 9 puntos cuando el diagnóstico de salida sea el mismo de ingreso; 8 puntos cuando ambos sean concordantes y 0 puntos cuando sean discordantes.

6.—*Duración del internamiento.* Se asigna un máximo de 10 puntos cuando la duración sea "adecuada" o cuando en la historia se hayan registrado específicamente las razones económico-sociales de las estancias prolongadas que se justifiquen por tales causas, o cuando las estancias se hayan prolongado por complicaciones inevitables. Si la duración del internamiento hubiese sido insuficiente, se calificará con solo 5 puntos. Se calificarán con 0 puntos los internamientos prolongados sin motivos, o aquellos que se hubiesen prolongado por tratamiento inadecuado o por complicaciones evitables.

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS.

Los resultados se presentarán al cuerpo médico en dos tipos de reuniones:

1.—*Reuniones de análisis de las deficiencias halladas, en forma individual.* Es recomendable hacerlas una vez por semana o a lo más una vez por quincena, según el volumen de historias evaluadas.

Se escogerán para comentarios sólo las historias en que se hayan encontrado errores o deficiencias y serán comentadas, sin necesidad de citar el nombre del médico responsable. Sin embargo, si éste reconociera la historia criticada como suya y tuviera argumento que exponer en su defensa, éstos serán escuchados. Se pretende con este tipo de reuniones crear conciencia de las deficiencias existentes, que en la mayoría de las ocasiones son resultado de la rutina o de descuidos y por lo tanto no requieren grandes esfuerzos para su corrección. En el caso de que algún avance tecnológico permitiese obtener mejores resultados en alguno de los casos evaluados, se aprovechará la oportunidad para discutir la conveniencia de su adopción.

2.—*Reuniones de análisis de resultados tabulados.* Es recomendable hacerlos una vez al mes.

Se presentarán en forma global los resultados de la evaluación del período y debe incluir por lo menos:

- a) Número de egresos del servicio en el mes; número de historias examinadas y qué porcentaje representa este último número del total.

FORMULARIO PARA EVALUACION DE LA HOSPITALIZACION

Mes: Año:

Servicio:

N° Expediente:

Dr.

1. ANALISIS DE LA HISTORIA CLINICA		2. EXAMENES COMPLEMENTARIOS.	
Satisfactorio		Necesarios	<input type="checkbox"/>
Insuficiente		Insuficientes	<input type="checkbox"/>
Incompleto		Excesivos	<input type="checkbox"/>
Asente		Innecesarios	<input type="checkbox"/>
	Boleta de admisión	TIPO CANTIDAD.	
	Anamnesis	1. Heces	_____
	Examen físico	2. Orina	_____
	Evolución	3. Hemograma	_____
	Prescripciones	4. Serología	_____
	Epicrisis	5. Varios	_____
	Diagnostico final	6. Radiografías	_____
2. EXAMENES COMPLEMENTARIOS.		4. TRATAMIENTO QUIRURGICO Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Oportuno	<input type="checkbox"/>
		Retardado	<input type="checkbox"/>
		Precoz	<input type="checkbox"/>
		Innecesario	<input type="checkbox"/>
5. RELACION ENTRE DIAGNOSTICO DE INGRESO Y DIAGNOSTICO DE EGRESO.		6. DURACION DEL INTERNAMIENTO	
El mismo diagnóstico		Adecuada	
Diagnósticos concordantes		Prolongada por razones económico-sociales	
Diagnósticos discordantes		Prolongada por complicaciones inevitables	
		Prolongada por complicaciones evitables	
		Prolongada por tratamiento inadecuado	
		Prolongada sin motivos	
		Insuficiente	

CONDICION DE SALIDA

Curado

Mejorado

Mismo estado

Fallecido

Trasl. O.H.

Calificación:

%

- b) Calificación promedio obtenida por el grupo e información acerca de los márgenes dentro de los cuales variaron las calificaciones. No es recomendable informar en estas reuniones las calificaciones obtenidas individualmente por cada médico, debiéndose hacer esta comunicación en forma individual.
- c) Número y porcentaje en que cada uno de los subrubros del análisis de la historia clínica fue hallado satisfactorio, insuficiente, incompleto o ausente.
- d) Número y porcentajes de exámenes ordenados en forma necesaria, innecesaria, excesiva o insuficiente. Asimismo, deberá informarse de los tipos de exámenes de que se abusó o prescindió con mayor frecuencia, en forma numérica y porcentual.
- e) Información numérica y porcentual sobre el uso correcto e incorrecto de drogas y sobre qué tipo de drogas fueron las usadas en forma inadecuada.
- f) Información numérica y porcentual sobre casos que requirieron o no algún tipo de tratamiento quirúrgico y la oportunidad o necesidad del mismo.
- g) Información numérica y porcentual sobre la concordancia entre los diagnósticos de ingreso y de salida.
- h) Información numérica y porcentual sobre lo adecuado o inadecuado de la duración del internamiento y las causas más frecuentes de los problemas hallados en este rubro.

Es conveniente que en las reuniones uno de los miembros del comité de Auditoría Médica actúe como secretario y tome nota de problemas que surjan en las mismas, ya que en ocasiones las deficiencias que se encuentren no serán de responsabilidad exclusiva del médico y pueden deberse a factores de falta de coordinación con otros servicios o departamentos, falta de recursos para trabajar en forma adecuada o simplemente ignorancia o deformación por la rutina de normas existentes; en todos estos casos es suficiente en muchas ocasiones un poco de buena voluntad para la corrección de los errores.

En resumen, básicamente se trata de que el cuerpo médico tome conciencia de hasta qué punto se está apartando de las normas para que su labor resulte de la mejor calidad posible y una vez que haya apreciado sus errores trate de corregirlos, con lo que se obtendrán beneficios para el paciente, para él mismo y para la institución en que trabaja.

B I B L I O G R A F I A :

- 1.—MACÉACHERN, MALCOLN T.
"Examinando el estado actual de la Auditoría Médica". Hospitals. Vol. 26. Dic. 1952. Traducción de M. Isabel Espejo y Dr. Miguel Solar, de la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile.
- 2.—MYERS, ROBERT Y SLEE, VIRGIL N.
"Componentes básicos de la Auditoría Médica". Modern Hospital. Abr. 1956. Traducción de Dra. Gabriela Venturini, de la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile.
- 3.—SLEE, VIRGIL N.
"The Medical Audit". Hospital Progress. Vol. 46, 1 Ene. 1965.
- 4.—SÁENZ, LENIN.
"Auditoría Médica". Acta Médica Cost. 9 (3) 205 - 209; 1966.