

Cómo registrar. Actividad metodológica

How to register. Methodological activity

Edith Mireya Mora⁽¹⁾

INTRODUCCIÓN

Históricamente, los sistemas de información en salud de los diversos países han tenido la necesidad de hacer registros médicos

Con los cambios sociales, políticos, económicos y sustanciales en la presentación de servicios de salud de las dos últimas décadas, los sistemas de información y vigilancia de la calidad en la atención han cobrado importancia; se ha hecho impostergable, la revisión y sistematización de los registros médicos.

Esto con el fin de obtener información precisa y ágil que permita programar, controlar y evaluar los procesos instaurados; se hace necesario, entonces, contar con adecuadas bases de datos que faciliten extraer información sobre la población, sus problemas, necesidades y respuestas a los servicios.

Una información bien recogida y registrada sirve, entonces, de apoyo a la toma de decisiones, a la parte administrativa, asistencial, docente e investigativa; es pilar importante para el desarrollo y mantenimiento de la ley de seguridad social, así como para la comunicación permanente entre las Instituciones Prestadoras de Servicios y Empresas Promotoras de salud.

ANTECEDENTES EN COLOMBIA

Los primeros esfuerzos gubernamentales por realizar un registro de salud en Colombia, se dan en 1981, por parte del entonces Ministro de Salud, doctor Alfonso Jaramillo Salazar, quien con el apoyo del Ministerio, elabora una prueba piloto del posible modelo de registro médico; éste se experimenta en dos unidades regionales de salud y en centros y puestos adscritos a ellas.

Con los resultados obtenidos, ya analizados, ajustados e implementados, se decide adoptar el modelo en todas las instituciones del sector y para darle viabilidad jurídica se expide la resolución 3881 de 1982, la cuál da los parámetros a seguir en un registro médico que se desee instaurar en el país. Lo que da pie a la creación de normas, procedimientos, e instrumentos, en áreas como: tuberculosis, cáncer, salud mental, rehabilitación física entre otras (1).

CARACTERÍSTICAS Y CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE UN REGISTRO.

La información requerida para hacer un programa de registros proviene de los diversos formularios utilizados en las instituciones de salud. Algunos de ellos serán sencillos cuando su manejo es en establecimientos de menor complejidad, Ej: puestos y centros de salud. Pero al aumentar la complejidad del servicio de atención se reflejará en los diseños de los formularios, más elaboración y requisitos de información, acorde con el tipo de programa al que corresponda y teniendo en cuenta, el tipo, cantidad y grado de capacitación del personal a cargo de los mismos.

El principal compendio de formularios que servirá de base a cualquier registro médico será la historia clínica (H.C*); de ahí la importancia, de que ésta sea elaborada en forma clara, ordenada, concienzuda y completa.

Según la legislación colombiana (Ley 23 de 1981, Art.34), la HC es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente, cuyas características particulares acorde con las normas jurídicas y aquellas dictadas por el comité de HC, son: unicidad o docu-

(1) Centro de Investigaciones, Universidad el Bosque. Bogotá, Colombia.

Correspondencia: Asociación Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax, Cra 16A Nº 80 - 74 Oficina 404 Bogotá, Colombia. Telefax: (571) 623 18 68 - 623 18 03

Reimpreso de: *Rev. Colomb. Neumol.* 2008; 9(4): 283-288.

mento único dentro de la institución; uniformidad, o sea contenido con diseños homogéneos y estructura, según la forma a manejar (1,3).

JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE TENER REGISTROS

- Facilitar el cálculo y posible control de los costos de las enfermedades, ya que éstas, generan costos económicos y sociales. Los económicos son de dos tipos: directos, es decir, los relacionados con prevención, diagnóstico y tratamiento; e indirectos, como son las pérdidas de producción debidas a la mortalidad, la morbilidad y la invalidez; los sociales que involucran al enfermo y su familia, al primero afectándole el empleo, la calidad de vida y a los segundos en el estilo de vida, disolución familiar, etc. (4,5)

- Investigación de tipo clínico y operativo permite realizar y conjugar estudios retro y prospectivos, que se constituyan en elementos esenciales del método epidemiológico, permitiendo dirigir las acciones de los servicios de salud pública a este campo.

- Instrumento eficaz en la planificación de la atención de las personas; contribuye para que ésta sea continuada.

- Estimular el interés de los docentes en diferentes disciplinas, para mejorar sus niveles de enseñanza, permitiéndoles hacer investigaciones aplicables a su comunidad. A largo plazo darán pie para la formulación de estrategias de mejoramiento de programas preventivos y terapéuticos importantes.

- Servir de fuentes de datos para muchos programas de análisis e informes, tanto asistenciales como administrativos (6).

- Servir como medio de comunicación entre el personal de salud que contribuye a la atención del paciente.

- Dar apoyo al sistema de evaluación del aprendizaje de los estudiantes y permite hacer planes de educación continuada.

- Base para la organización del sistema de seguimiento de pacientes, el cual permite los estudios de sobrevida que, a la postre, evalúan la efectividad de los recursos terapéuticos utilizados y los diferentes protocolos de tratamientos aplicados.

- Permite establecer prioridades en el adecuado manejo de los recursos.

- Proporcionar información sobre los diagnósticos y procedimientos, a los cuales se han visto sometidos los pacientes.

- Proporcionar evidencia documentada de los intereses legales del paciente, de la institución, del cuerpo médico y paramédico.

CLASIFICACIÓN DE LOS REGISTROS

Existen cuatro tipos básicos de registros:

1. Registro institucional.
2. Registro con propósito especial.
3. Registro central.
4. Registro poblacional.

1. Registro institucional

Es un sistema de recolección, análisis y utilización de información sobre los pacientes atendidos en la institución.

Comprende los informes de todos los pacientes hospitalizados y de consulta externa. También incluye los informes de enfermedades diagnosticadas por primera vez o de pacientes tratados en otro lugar y que acuden a la institución (4,7,8).

a. Actividades internas:

Proveer datos que logren el eficiente cuidado y posteriores observaciones de los pacientes, a fin de que cada caso pueda ser evaluado y proporcionar así una mejor atención mediante la educación de los médicos y de otro personal.

b. Actividades externas:

Sus acciones deben conducir a permitir la comparación de los datos obtenidos, ya sea dentro del país o internacionalmente.

Las metas y usos del registro institucional son:

- a. Asegurar el seguimiento de los pacientes a través de una vigilancia médica continuada.
- b. Permitir el análisis de resultados finales.
- c. Mejorar el mantenimiento del registro de casos.

*HC: Es el conjunto de formularios, narrativos, gráficos y de ambos estilos en los cuales se registran en forma detallada y ordenada las observaciones y hallazgos relacionados con la salud, alteraciones y evaluación en los tratamientos de una persona, dentro de una institución de salud, a través de toda la vida. Allí aparecen consignados datos de identificación, tratamiento y evolución de los pacientes. su carácter es confidencial (1,2).

d. Proveer material de referencia para investigaciones y enseñanza (4,7,8).

e. Mejorar la calidad de atención brindada al paciente.

2. Registros con propósitos especiales

Se inician con el fin de responder a una pregunta específica relacionada con una determinada enfermedad, en otras palabras sirven como estudios prospectivos en grupos de alto riesgo. (Un ejemplo muy significativo de estos es el llevado a cabo por la comisión de la bomba atómica, el cual pudo establecer la incidencia de cáncer de varios tipos sobre los sobrevivientes de la explosión nuclear de Nagasaki e Hiroshima). En esencia, son típicamente herramientas de investigación (8).

3. Registro central

Son depósitos de datos que provienen de otros registros, lo que los convierte en regionales en su cobertura. Estos proveen datos comparativos entre hospitales y son parte importante del programa de control de enfermedades. Como objetivos de éste tenemos:

- a. Prevención primaria de la enfermedad.
- b. Diagnóstico temprano del mayor número posible de casos.
- c. Administración de tratamientos adecuados.
- d. Contribución al conocimiento de la historia clínica de la enfermedad y los factores asociados con ella.

Su funcionamiento depende de la forma en que se recolecta, se revisa, se combina, compara y evalúa en forma uniforme (8).

4. Registro poblacional

Se considera a éste como el acopio constante de todos los casos nuevos que se diagnostican en un período de tiempo en una población de tamaño y características determinadas.

Usualmente son la sumatoria de la información de los registros centrales que corresponden a esa área y su orientación es más a la investigación que al servicio. Proporcionan datos para el cálculo de tasas, por edad, sexo y localización específica de entidades particulares. Son llamados algunas veces registros de incidencia (4,8).

Metas

- a. Evaluar y reportar en un período básico estimativos de la incidencia de enfermedad.

b. Monitorear la incidencia anual de las enfermedades e identificar cambios inusuales en las formas específicas de las mismas que ocurren en grupos definidos, por variables geográficas, demográficas y sociales.

c. Proveer una información continua de los cambios en el tiempo de la extensión de la enfermedad, el diagnóstico, tendencias de la terapia y cambios asociados con la sobrevida de los pacientes.

d. Promover el desarrollo de hipótesis y estudios específicos diseñados para identificar factores etiológicos (ambientales, ocupacionales, socioculturales, etc) y factores relacionados con la sobrevida de los pacientes (7).

Utilidad: primero administrativa y luego de investigación; por ser utilizados en la planificación y evaluación de programas de control, así como para la comparación de tasas de incidencia entre distintas áreas, produciéndose entonces inferencias que den origen a hipótesis (4).

PAUTAS GENERALES PARA ORGANIZAR UN REGISTRO

Requisitos previos

- Políticas de financiamiento adecuadas
- Crear o adecuar un departamento de registros médicos
- Contar con historia clínica básica
- Personal entrenado en manejo de registros
- Recursos para capacitar el personal
- Un asesor o consultor clínico disponible
- Un comité de control y vigilancia.

Historia clínica (HC)

Para que un registro sea práctico de manejar necesita como requisito indispensable que el registro principal, o sea la HC, cumpla con ciertos parámetros:

- Numeración
- Ordenamiento
- Uniformidad
- Identificación de funciones

La asignación de numeración tiende a identificar y facilitar la búsqueda del documento, que al ser ordenado facilita el manejo y utilización de la información por

parte del personal tanto médico, como administrativo, el material presentado uniformemente permitirá la mejor adecuación dentro del sitio a almacenar y evitará la pérdida de los documentos. Poder identificar las personas que manipulan los formularios crea responsabilidades y organización en el manejo.

TIPO DE NUMERACIONES

- Asignados: número institucional

(propio - interno)

La institución genera su propia metodología, banco de números internos y control de numeración.

Generalmente son número reales consecutivos, sin un significado especial o diferente al numérico.

- Derivados: Seguridad social
Identificación personal (cédula)

Es un número único asignado a la persona, con un propósito diferente de identificar su HC. Pero que al tener la característica de ser individual e intransferible, puede ser usado para este propósito (9).

Archivo

Para que un archivo* pueda existir dentro de la institución de salud, debe haber compromiso de sus directivas en mantenerlo (económica y físicamente), o sea contar con un espacio adecuado, una dotación acorde con las necesidades y cumplir con funciones específicas y claras.

Métodos de archivo:

- Método convencional: (números consecutivos correlativos).

Se guardan las HC según numeración consecutiva, que permita su lectura de izquierda a derecha. Facilita un rápido aprendizaje de la persona que lo maneja así como la expansión sin problema de los espacios para almacenaje. Aunque presenta inconvenientes tales como errores frecuentes al aumentar los dígitos. Por la disposición dentro del archivo (vertical) hace que se ponga más cuidado y énfasis a las colocadas en sitios más altos que a las más bajas, también el trabajo se hace inequitativo para el personal ya que no todas las zonas son igualmente activas (10).

- Método dígito terminal. Simple y compuesto: hace énfasis en los últimos dos dígitos del número completo, (denominado número primario), el cual se divide en dos o tres grupos que se leen de izquierda a derecha (1,10).

Puede utilizarse este método conjugado con números correlativos, adicionales a los asignados o derivados.

Se divide el archivo en 100 secciones del 00 al 99 y se ubican las historias con relación a los dos últimos dígitos, ej: las historias terminadas en 15 se archivan en la sección 15. Con este método se podrá ubicar de forma más ágil, rápida y exacta la información, hace que se mantengan activas todas las partes evitando a su vez, la concentración del personal, hace más equitativo el trabajo.

Este método tiene dos variantes la simple, que consiste en dos grupos de números. El primero denominado número final o ascendente, más un número primario, en lo posible no debe contener más de cinco dígitos ej: 200-23, 201-23, 2002-23. Y el dígito terminal compuesto, utiliza guiones o espacios para separar los grupos que por lo general son tres. Los dos últimos dígitos concentran el número primario, le sigue el número secundario (o de la división donde se archivará) y los primeros llamados finales o ascendentes (que corresponde al orden consecutivo, dentro de la respectiva división y sección).

Hay muchas más formas con sus diferentes variaciones pero estas son las más utilizadas.

Parámetros:

- Normas generales
- Métodos de archivos
- Control
- Cuidado
- Conservación
- Registros auxiliares de diagnóstico
- Cita previa
- Registros secundarios

Por esto tendrá unas normas y políticas de manejo, que le permitan ser un fiel reflejo de los objetivos, fijados por la institución.

Según el tipo de archivo, que se quiera manejar se elegirá un método de acuerdo al volumen calculado de

Archivo*: colección ordenada de registros, relacionados que se consideran como un todo. Su finalidad es clasificar y ordenar documentos para su protección y consulta rápida (9,10).

capacidad de atención, que permita llevar un control, pertinente de las entradas, salidas y ubicación temporal del material disponible.

Se debe cuidar que el material esté en buenas condiciones, con un volumen acorde a la cantidad de formularios anexos y al sitio donde serán almacenados.

Para que su conservación sea pertinente hablamos de períodos de uso activo, pasivo y de destrucción, que optimicen y faciliten el mejor manejo del espacio, tiempo y personal disponible para estas labores. De no tener esto en cuenta se pueden presentar problemas tales como: acumulación de registros, pérdidas temporales, mal manejo del tiempo y del recurso humano, así como utilización indebida de los espacios y dotaciones establecidas.

Permanentemente se da el caso de que llegan formularios auxiliares de diagnóstico sueltos. En lo posible deberán anexarse a la HC, pero si ésta no está presente, existen unas tarjetas denominadas de reemplazo, que poseen un bolsillo anexo donde se depositarán temporalmente.

Darle al paciente una cita previa no sólo ayuda a la organización del personal asistencial, sino que da tiempo suficiente dentro del archivo para listar y enviar, la HC al servicio pertinente. Con el beneficio de disminuir los tiempos de espera, la consignación de datos oportuna y, en fin, un mejor servicio.

Son registros secundarios aquellos formularios, que facilitan la utilización de la información. Consolidando datos en formas preestablecidas y de acuerdo a la complejidad y finalidad de la institución. Su principal característica es que son de dominio público.

Estos pueden surgir de nuevos programas o necesidades institucionales creadas o detectadas en el manejo diario de los pacientes. Para ser implementadas necesitan contar con la aprobación del comité de HC, algunos de ellos son:

- Índice de pacientes
- Registros de números
- Registros de ingresos y egresos
- Índices de diagnóstico y operaciones
- Registros de defunciones
- Registros de partos y nacimientos
- Registros de pacientes remitidos
- Registros de salas de cirugía
- Registros de urgencias
- Registros secundarios para programas especiales.

Consisten en tarjetas que pueden ser de dos tipos (impresas en cartulinas o contenidas en medios magnéticos), son prediseñadas, con datos esenciales, que sirven a propósitos específicos, ej: el índice de pacientes, confirma la existencia o no de la HC en la institución e identifica el número correspondiente, se lleva de carácter permanente, utilizando como sitio de almacenaje ficheros o bases de datos (3,7).

Se recomienda que estos registros, permitan la accesibilidad de varias formas, ej: número de identificación personal, nombres, o números asignados por la misma institución, lo que agiliza el proceso de búsqueda.

Tener estos registros para uso manual, trae más desventajas que ventajas, por eso veremos la importancia de la sistematización en este campo.

Ventajas:

- Agiliza la búsqueda de datos
- Constata si existe o no HC
- Da el número y ubicación correspondiente
- Imposibilita la duplicación numérica
- Elimina errores de archivo
- Aumenta las posibilidades de encontrar HC mal archivadas
- Tiene gran capacidad de almacenamiento
- Actualiza la información rápidamente.
- Permite consultar a varios usuarios simultáneamente.
- El acceso puede darse desde sitios distintos.
- Puede consultar al mismo tiempo varios eventos y hacer comparaciones entre los mismos.
- Facilidad de expansión
- Necesitan de menos espacio físico
- Puede ser modernizado a necesidad.
- Permite obtener información consolidada e impresa.

Desventajas:

- Elevado costo
- Permanente mantenimiento
- Se puede perder confidencialidad.
- Necesita de personal mejor entrenado (10).

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud. Registros médicos e historias clínicas. Definiciones normas y procedimientos. S.N.S. Subsistema de información en salud. serie 1 N°4 ed. Oficina de planeación. División de información. Bogotá. Enero 1983.

2. OPS. El departamento de registros médicos: Guía para su organización. ed. OPS – OMS. E.U.A. 1990.
3. OPS. Registros médicos y de salud. Evaluación técnica de las historias clínicas. ed. OMS – OPS. 1991.
4. OPS. Organización del registro de cáncer de hospital. Ed. OMS – OPS 1991.
5. OPS. Registros médicos y de salud. Módulo de aprendizaje. Manual para el instructor. Ed. OMS – OPS E.U.A. 1991
6. O.P.S. – O.M.S Manual para la estandarización de registros de cáncer de hospital. Publicación científica. Ginebra 1976.
7. Organización Panamericana de la salud. Oficina sanitaria Panamericana. Oficina regional de la OMS. Seminario sobre registros de cáncer en América Latina. Primera edición. Publicación científica. Cali – Colombia. 1969 – 1970.
8. Servicio seccional de salud. Boletín epidemiológico del Risaralda. De SSSR Risaralda. Sep 1995.
9. OPS. Registros médicos y de salud. Identificación de historias clínicas. Ed. OMS – OPS; 1991.
10. OPS. Registros médicos y de salud. El archivo de historias clínicas. Ed. OMS – OPS 1991.