

La anatomía patológica en el control de la calidad asistencial en la medicina hospitalaria. Propuesta de una metodología racional

ANAYA, A.

Abstract

PATHOLOGY IN THE QUALITY CONTROL OF HOSPITAL MEDICAL PRACTICE. PROPOSITION OF A RATIONAL PROCEDURE

Hospital quality control, from the medical point of view, depends mainly on data from the Department of Pathology as morphology diagnoses from autopsy are compared to the final clinical ones, and the studies of surgical specimens are compared with preoperative diagnoses, so long as final evaluation of discrepancies is made in Mortality and Tissue Committees, staffed by physicians of the highest possible responsibility level, meeting for this only purpose, working in due form and time, giving audience to all involved parts, and producing proper minutes, that are finally given due course.

KEY WORDS: Pathology in quality control.

PATOLOGIA 22, 333-337, 1989

INTRODUCCION

En la marasmática situación que atraviesan los hospitales españoles hay una búsqueda incesante de las claves, a cargo de todas las partes interesadas; en esta búsqueda participa la Administración por cuanto el tema rebasa los intereses científicos, e incluso sanitarios, para invadir lisa y llanamente la arena política, pero no lo hace con especial clarividencia. En particular, los médicos, y otros sanitarios, miran con preocupación y una cierta perplejidad la crítica situación de una institución que hace sólo dos décadas contribuyeron a crear, que vieron floreciente, y cuya decadencia parece hoy imparables. Hasta tal punto es profundo el sentimiento de crisis que algunos analistas de esta situación han diagnosticado ya que el deterioro de los hospitales públicos es inevitable y que lo sensato es poner la esperanza en algún suceso.

El presente trabajo no va a terciar en esta disputa porque el futuro del hospital no depende sólo de su eficacia médica, sino también, y por desgracia en gran medida, de factores económicos y políticos que no son el ámbito natural de los médicos.

Pero sean cuales sean las circunstancias de otro tipo a que la vida del hospital ha de someterse, de lo que no cabe duda es que esta institución existe al único fin de curar o aliviar a los enfermos; y que tal cosa se realiza mediante un diagnóstico y una tera-

péutica apropiados. Pues bien: el control de la eficacia diagnóstica y terapéutica de un hospital se realiza de un modo objetivo mediante el estudio de las piezas resecaadas y mediante la práctica de autopsias, es decir: con una intervención decisiva del Departamento de Anatomía Patológica.

Esta es una realidad conocida y aceptada tan de antiguo por los médicos de hospital de todo el mundo que no vale la pena gastar más tiempo en defenderla. Sin embargo, aquí y ahora estos mecanismos no están funcionando; o donde funcionan no lo hacen como debieran. El número de autopsias, siempre bajísimo en España, tiende a disminuir; y los informes, que ya de suyo son muy variables de centro a centro, ni se ajustan a una agenda, ni son reclamados, ni se redactan con espíritu crítico ni los lee casi nadie.

Los Comités de Mortalidad, apresuradamente puestos a funcionar en muchas partes para cubrir el expediente, tienen extrañas composiciones, a menudo caprichosas, se reúnen irregularmente, trabajan sin objetivos claros y producen actas que simplemente se archivan o mueren en el despacho del Gerente.

Del estudio de las piezas quirúrgicas y su potencial aprovechamiento para el control de la calidad asistencial cabe decir otro tanto.

Por todo ello ha llegado el momento de estandarizar lo que la Anatomía Patológica puede ofrecer en el Control de la Calidad Médico-Asistencial, es decir, en el ámbito de lo que realmente interesa a la sociedad, de modo primario, en los hospitales, y justifica su creación y sostenimiento con los inmensos sacrificios económicos que para ello esto comporta. En sustancia, se trata de aclarar cuáles de los actos anatomopatológicos son trascendentes para el control y cuál es el camino que han de seguir para ser aprovechados.

Departamento de Anatomía Patológica, Clínica Puerta de Hierro, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid.

Dirección del autor: Departamento de Anatomía Patológica, Clínica Puerta de Hierro, calle San Martín de Porres, 4, 28035 Madrid. Teléfono 216 22 40. Ext. 306.

ANÁLISIS DE POSIBILIDADES

1. Se han revisado las ideas básicas de control de calidad como término aplicable a cualquier producto.

2. Se han estudiado las prestaciones del hospital y han sido agrupadas según su naturaleza, separando en un grupo especial las que son privativas de esta institución.

3. Se ha analizado, en base a los puntos anteriores, quiénes son las personas idóneas para ejercer el control y han sido puestas a examen las posibles formas de su selección.

4. Se ha realizado un estudio sobre las posibles fuentes de información que deben ser manejadas por el Comité nacido del punto anterior.

5. Se ha hecho un análisis de las posibilidades de trabajos de estos Comités.

6. Se ha estimado la frecuencia con que sería deseable que se reunieran estos grupos de trabajo.

7. Se ha examinado la forma en que deben plasmarse sus conclusiones y quién o quiénes deben ser destinatarios de ellas.

8. Por último, se ha manejado la posibilidad de que tales Comisiones recibieran información, cuando ello fuese procedente, de los resultados debidos a su trabajo.

PROPOSICIONES

1. Fundamentos teóricos de la necesidad de control y de la materia controlable

A) Aparece como universalmente admitido que "control de calidad" es un procedimiento extensamente usado en la industria y en muchas otras actividades, lucrativas o no, para conseguir que los niveles de calidad diseñados para un cierto producto no decaigan ni se modifiquen por ninguna razón o circunstancia, y para que en el caso de producirse cualquier fallo o anomalía pueda este hecho detectarse rápidamente y los errores que llevaron a él ser subsanados.

B) Se admite, de forma igualmente universal, que el hospital es un centro sanitario en el que los pacientes ingresan a cualquier hora y en cualquier día, generalmente por enfermedades graves, para ser tratados adecuadamente; en la realización de estas funciones se producen además (o pueden producirse) actos de docencia y de investigación.

De las tres actividades normales en el hospital (asistencia, docencia e investigación) la asistencia es la única rigurosamente inexcusable, incluso si la idea fundacional de un determinado centro fuese docente o de investigación.

La asistencia que un paciente recibe en el hospital incluye numerosos actos que pueden sistematizarse de la siguiente forma:

- I. Relaciones públicas, donde se incluyen:
 - a) Cita; b) trato personal; c) información.
- II. Hostelería, que a su vez reúne:
 - a) acomodación; b) limpieza; c) alimentación.
- III. Atención médica, que comprende:

De forma activa:

 - a) Eficacia diagnóstica.
 - b) Eficacia terapéutica.

De forma pasiva:

- a) Protección frente a las infecciones.
- b) Protección frente al abuso medicamentoso.
- c) Derecho a la privacidad.

C) El control de calidad se hace particularmente imprescindible cuando, establecidas unas normas, son varias o muchas las personas que deben cumplirlas de manera continua, a menudo en horas o circunstancias especialmente difíciles.

Los hospitales se hallan compuestos por equipos asistenciales en los que se agrupan profesionales de diversos niveles y variadas especialidades, que comparten responsabilidades sobre los mismos tipos de enfermedades y aun los mismos pacientes, en días y horas distintos. La necesidad de una normativa común, y de un sistema de vigilancia adecuado, no precisa, dadas estas condiciones, ser resaltada.

Aunque sean muchos los controles de calidad que una tan compleja institución precisa, el carácter distintivo del hospital es la atención médica y, con mucho, el control más importante que debe tener es el de su constante capacidad diagnóstica y terapéutica, puesto que la enfermedad no respeta, en su comienzo o agravamiento, noches ni fiestas. Al lado de éste, todos los demás controles deben, por fuerza, ser considerados, en el hospital, como secundarios.

2. Composición de las Comisiones

Los equipos de cada especialidad o de cada guardia tienen un responsable máximo que distribuye y coordina el trabajo de los demás; la función principal de ese responsable es la de garantizar que se mantienen constantemente los niveles de calidad establecidos.

Es inimaginable que el control de la calidad sea una responsabilidad distinta de la de dirección de cada equipo o que recaiga sobre persona distinta de la responsable del grupo. Si la ineptitud de un jefe hiciera necesario sustituirle para tal función, lo lógico sería que quien controlase la calidad pasase a ser el nuevo jefe.

Por idéntica razón es inimaginable que en el control de la calidad médica participe nadie que no sea médico. En primer lugar, porque sólo se puede opinar sobre lo que se conoce; después, porque los subordinados no deben juzgar, salvo en casos excepcionales a sus superiores; y, por último, porque en un hecho tan serio como el enjuiciamiento de actos que influyen en la vida de las personas, quien no es imprescindible, sobra, y debe decirse así, del modo más rotundo.

Por lo tanto, las Comisiones que valoren la calidad médico-asistencial deben estar compuestas por los máximos responsables de los equipos asistenciales, incluyendo al Director médico (como primer coordinador), o personas del máximo nivel posible en quienes aquéllos deleguen.

Ante el grupo de los miembros permanentes pueden comparecer todos aquellos que sean llamados a participar en cada sesión por las circunstancias de cada caso examinado, bien sea porque intervinieran en él o porque se requiera su opinión como expertos. De manera general es impensable una Comisión de Control de la calidad médica en la que no hubiese cuando menos un cirujano, un internista y un patólogo.

Las otras alternativas, en cuanto a la composición de los Comités que han sido propuestas, son:

a) Presencia de ATS y asistentes sociales. Estos profesionales tienen importantes misiones en el hospital; pero no están entre ellas ni el diagnóstico ni la instauración del tratamiento, aunque puedan y deban participar en ambas como valiosísimos colaboradores, y ser llamados a los Comités cuando proceda.

b) Voluntarios. Parece poco deseable que nadie realice una función contra su voluntad; pero, de otra parte, la simple buena disposición no otorga cualificación suficiente; ésta deriva de tener una responsabilidad específica o la representación de quien la ejerce.

c) Designación por la Dirección. Aunque la normativa oficial pudiera autorizarle a hacerlo, sería incomprensible que el Director nombrase para esta función a nadie distinto del jefe de cada unidad, por las razones arriba expuestas, salvo que, demostrada la total ineptitud de éste, fuese imposible removerle por razones burocráticas. Solamente se podrá imaginar esta intervención, a título excepcional, cuando a falta de un líder natural en una cierta área, el Director deba elegir para esta función entre dos o más iguales.

d) Elección "democrática". Es igualmente inimaginable que en tanto no se elijan los jefes de unidades, se pudiese elegir a quienes han de desempeñar la función más importante de una jefatura.

e) Presencia de representantes sociales. Para rechazar esta posibilidad vale el argumento usado anteriormente de la necesidad de ser médico para evaluar adecuadamente actos médicos; además, en este caso se añade la inconveniencia de una participación así por ser externa al hospital; y por representar intereses que, aun siendo legítimos, no serían bien servidos de esta forma.

Los controles externos de tipo profesional pueden y deben ser estatuidos en un momento de más evolucionado desarrollo de la institución hospitalaria; cuando, alcanzados altos niveles asistenciales en muchos centros, sea conveniente estimular en todos esta misma calidad.

Esta situación no ha llegado aún a los hospitales españoles y podría no llegar nunca si no se da cada paso a su debido tiempo. Cuando se presente la oportunidad, se realizarán esos controles por un sistema de "revisión por iguales", en el que los deseos utópicos de perfección puedan ser atemperados por las posibilidades reales de lograrla.

Los representantes sociales, que son oportunos en los consejos de administración, y podrían tener algo que decir en la designación de los puestos clave del hospital, no se justificarían en el análisis cotidiano de la actividad médica, ni siquiera si tuviesen cualificación profesional, complementaria de su representatividad social.

3. Periodicidad de las reuniones

Las Comisiones de Control de calidad médico-asistencial tienen en cada caso que encontrar su propio programa de reuniones acorde con las necesidades del centro concreto en que desarrollan sus funciones.

Sin embargo, es obvio que, no siendo la pertenencia a estas Comisiones la única responsabilidad de sus miembros, aunque sí una de las más importantes, será

necesario encontrar un equilibrio entre una frecuencia abrumadora y un distanciamiento que las haga poco fructíferas. En los grandes centros, toda reunión de periodicidad distinta de la semanal tiene serios inconvenientes. Pero una reunión tan frecuente no podrá llevarse a cabo sin una infraestructura secretarial e informática que reduzca al máximo la posibilidad de perder tiempo.

4. Fuentes de documentación

Prácticamente todo cuanto una Comisión de Calidad de control médico-asistencial puede precisar para realizar eficazmente su cometido está, o debe estar, incluido en la historia clínica. Pero pueden existir documentos complementarios destinados a facilitar el trabajo.

Se necesita, por tanto, que las historias clínicas estén completas, perfectamente ordenadas y en lugar seguro. En ellas se incluyen algunos datos analíticos, radiológicos, ecográficos y de otros tipos que, a veces, tienen carácter probatorio sobre la naturaleza de una enfermedad.

Con mucho, sin embargo, siguen siendo los datos anatomopatológicos los más capaces de aportar tal información, lo que debe plantearse sin el menor triunfalismo; porque esto es particularmente cierto cuando ya es demasiado tarde para resolver el problema concreto de un paciente.

Es importante que este concepto quede suficientemente claro; la anatomía patológica biopsica, la que hoy participa en el trabajo diagnóstico hospitalario de todos los días, no es una fuente particularmente diferente de otras para el control de la calidad médico-asistencial. Es cierto que el diagnóstico previo del clínico que envía la biopsia puede ser erróneo, pero para eso precisamente hace biopsiar al enfermo: para confirmar o modificar su impresión clínica. Si ésta fuera siempre acertada no haría falta la biopsia. No es de este lugar discutir la especial fiabilidad del diagnóstico histológico.

Donde la Anatomía Patológica juega un papel rigurosamente único es en el estudio *a posteriori* (es decir, cuando ya no tiene remedio porque el paciente ha muerto o el órgano ha sido extirpado) de la propiedad o impropiiedad con que se realizó el diagnóstico y/o el tratamiento. Esta y la del párrafo anterior son dos funciones de aplicación práctica bien distinta y que no tienen casi nada en común, aunque por el escaso desarrollo en España de los mecanismos de control, casi nadie lo perciba así.

5. Formas de trabajo

Un grupo de personas que pretende analizar la posible desviación de los resultados desde un modelo ideal, debe establecer una comparación adecuada entre el probando y el modelo. Y debe hacerlo una vez que el proceso ha terminado (control en frío) para no interferir en los resultados ni hacer interpretaciones torcidas de errores que podrían haberse remediado o remediarse todavía.

Los objetos sometidos a prueba en el análisis de la capacidad médico-asistencial del hospital son la agudez diagnóstica y la habilidad terapéutica. Una y otra pueden ponerse razonablemente en duda cuando el

resultado final es la muerte del enfermo. Esa es, junto a otras, la razón que desde el Renacimiento impulsó el estudio del cadáver, comparando los hallazgos en él con los datos clínicos disponibles, primero para aprender y luego para comprobar si se había aprendido bien. Haciéndolo así se ha contribuido desde entonces a la edificación de la doctrina médica, al conocimiento real de la patología, al descubrimiento de los errores y, en general, al progreso de la medicina.

Está claro, por tanto, más allá de toda elucubración, que el instrumento objetivo de máximo valor para controlar la habilidad médica es el examen de la historia clínica en comparación con los resultados de autopsia; y dado que éste puede ser un procedimiento tedioso, capaz de absorber grandes cantidades de tiempo, merece la pena formar un grupo especial de trabajo (que suele llamarse Comité de Mortalidad).

En cada caso concreto de fallecimiento en que no se hubiera realizado la autopsia debe averiguarse el porqué y tomar buena nota del equipo que no hace un esfuerzo suficiente para conseguir los oportunos permisos. Cabría incluso establecer un sistema de autopsia obligatoria (salvo opinión manifiesta en contra del paciente o su familia) con fines estrictos de control de calidad. La ley lo permite e incluso lo prescribe así.

Fuera de la autopsia se disminuye radicalmente la posible objetividad de los datos, a excepción de ciertos análisis de laboratorio (tanto bacteriológicos como bioquímicos o inmunológicos) que en una minoría de casos son capaces de definir una enfermedad. Lo mismo ocurre, y en mucho mayor número, con los diagnósticos anatomopatológicos biópsicos.

La inmensa mayoría de estos datos, sin embargo, llegan al clínico responsable antes de su toma de decisiones terapéuticas y, por tanto, aun en el caso de que aquél no hubiera estado bien orientado inicialmente, la simple petición de la ayuda al laboratorio que descubrió el diagnóstico correcto aminora de forma trascendente la equivocación inicial en sus consecuencias, y tiene, por tanto, muy limitado interés a la hora de evaluar errores significativos.

No ocurre así, sin embargo, cuando se procede a la extirpación quirúrgica de una pieza. No hay ninguna parte inútil en el organismo, aunque algunas puedan ser poco útiles. En cualquier caso, su extirpación representa siempre un riesgo que no debe ser asumido sin necesidad.

El estudio de las piezas quirúrgicas además de contribuir al pronóstico de los pacientes, al evaluar la extensión del proceso permite, comparando el diagnóstico previo con el anatomopatológico, encontrar un índice adecuado de la agudeza diagnóstica y, al comparar la cantidad de tejido resecado con la mínima necesaria, puede también frenar ciertas alegrías reseadoras de algunos cirujanos.

Dado que la inmensa mayoría de los estudios que hoy realiza un Departamento de Anatomía Patológica pertenecen al grupo de las propiamente asistenciales (sometibles, por tanto, como todos los otros actos de este tipo que ocurren en el hospital, a control de calidad) sería tarea casi imposible para cualquier Comité de Tejidos que no tenga una dotación espléndida de personal auxiliar revisar uno a uno todos los informes para separar los que tienen un sentido de los que tienen otro.

Un sencillo documento complementario de gran utilidad puede y debe producirse por el Departamento de Anatomía Patológica, destinado en exclusiva al conocimiento y uso del Comité de Tejidos, en el que se listen las piezas reseadas junto a sus diagnósticos preoperatorio y anatomopatológico. Los ordenadores y los modernos sistemas de fichado hacen hoy muy asequible este trabajo sin sobrecargar las Secretarías.

Pero debe quedar bien claro que éste es un mero documento de trabajo y no una evaluación en sí mismo. La evaluación corresponde en exclusiva al Comité, como conclusión de su trabajo. En éste la parte sustancial es el hallazgo de los errores que pudieron haberse evitado para alertar a quienes los cometieron y evitar así que vuelva a ocurrir.

La estandarización de pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos puede ser imprescindible en ciertas comisiones y de modo particular en los procesos más graves, que por serlo precisan estudios más perfectos; de entre ellos suele reservarse un tiempo y una Comisión a los tumores.

Por razones del imprescindible diagnóstico histológico de éstos, el papel de la anatomía patológica es especialmente relevante en su manejo. Su importancia en el resultado final, diagnóstico y terapéutico, es trascendente; pero no se trata de una Comisión de Control de calidad en el mismo sentido que las otras aludidas hasta aquí, sino más bien de un importante grupo de trabajo que, cuando realiza adecuadamente su misión, influencia de modo determinante la alta calidad de los resultados.

6. Conclusiones

Cada caso revisado debe cerrarse con una opinión de la Comisión correspondiente. En ésta debe quedar claro si hubo algún error serio y si éste influyó en el curso del paciente; si pudo ser detectado y por qué no se hizo; si hay indicios de culpabilidad, deficiencias estructurales o simple mala suerte y, por último, qué medidas deben tomarse para que los errores no vuelvan a repetirse. Si los acuerdos no se toman por unanimidad cualquiera de los presentes puede hacer constar su desacuerdo de forma razonada.

7. Actas

Sería un trabajo estéril todo aquel que terminase sin la constancia documental de los acuerdos alcanzados. Las actas de las Comisiones deben hacer constar el nombre de los presentes, la fecha, el número global de casos que podrían haber sido revisados, el número y el nombre de los escogidos, el porqué de su elección y las conclusiones referentes a cada caso, así como las observaciones de carácter general que puedan ser oportunas, tales como la conveniencia de realizar alguna adquisición o emprender alguna reforma estructural si se estimara necesario.

8. Destinatarios de las actas y sus conclusiones

Además de archivar una copia *in toto* del acta, las conclusiones individuales recogidas en ella deben ser remitidas a la o las personas que resulten implica-

das en los errores cometidos y a sus jefes; la Dirección médica debe tomar particular interés en que así suceda y comprobar que se hace. Si la Comisión lo solicitase, los implicados deberían manifestar por escrito las medidas que se proponen tomar para evitar que los errores vuelvan a producirse.

La Junta Directiva (si es que llega a constituirse adecuadamente como tal, y sólo entonces) debe tener acceso al conjunto de las actas siempre que le fuere preciso; y debería consultarlas antes de proponer ascensos, premios o traslados.

9. Análisis periódicos del mejoramiento de la calidad

Las Comisiones, que a menudo realizan uno de los trabajos más ingratos y penosos del hospital, con menor número de satisfacciones, tienen derecho a comprobar que su esfuerzo no es baldío; y, por tanto, resulta aconsejable que con una periodicidad razonable, que en ningún caso debe exceder al año, reúnan informes en los que se compruebe que sus sugerencias fueron atendidas por las autoridades del hospital y también por los médicos responsables de los errores detectados.

10. Alternativas

La necesidad de control ha sido cuestionada en cuanto que, dada la vocación médica, cabe esperar que cada profesional dé en cada caso lo máximo posible de sí; e incluso si no lo hiciera podría ser corregido por su jefe o, en última instancia, por los Tribunales de Justicia.

Pero el control de calidad de que aquí se trata es de otro orden. A pesar de la vocación y de la entrega constante de la mayor parte de los médicos, mientras sean seres humanos cometerán errores; y éstos no tienen ni que pasar desapercibidos ni, mucho menos, alcanzar una gravedad tal que se precise la intervención judicial. Deben, simplemente, ser detectados lo antes posible y corregidos.

El control *a posteriori* (o en frío) es forzosamente inocuo, porque si hubo error el mal ya está hecho, y las Comisiones de Control de Calidad no enjuician a personas, sino a hechos concretos y no están para castigar, sino para evitar que los errores se repitan.

El material de Anatomía Patológica existe y las Comisiones pueden funcionar con la metódica aquí señalada. La única alternativa a esta forma de proceder es tomar la decisión irracional de cerrar los ojos, desperdiciar los elementos de que se dispone y esperar que haya suerte.