

La Anatomía Patológica en el control de calidad hospitalaria.

La Comisión de Tumores

GIMÉNEZ MAS, J. A.

Abstract

ANATOMIC PATHOLOGY IN QUALITY ASSESSEMENT IN MEDICAL CARE

The role of surgical and Anatomic Pathology in quality assesement in medical care is discussed.

KEY WORDS: Quality assesement-Pathology.

PATOLOGIA 22, 341-343, 1989

La implantación de técnica de Control de Calidad (CC) en la asistencia médica es un hecho reciente en los hospitales europeos. Igualmente, en España son muy pocos los hospitales que cuentan con experiencia, aunque cada día son más los que incorporan programas de control de calidad entre sus objetivos más inmediatos. Hoy día parece ya incontrovertible que en un futuro inmediato se implantarán en todos los centros sanitarios públicos, y dentro de ellos, los Servicios de Anatomía Patológica y los profesionales que en ellos trabajan tienen un papel muy importante a desarrollar. Algunas comisiones fundamentales para el desarrollo de dichos programas no pueden funcionar sin los datos aportados por el anatomopatólogo.

Por ello, el tema suscitado en este Congreso es muy oportuno, y da paso al necesario intercambio de opiniones que permita tomar conciencia del tema y elaborar un cuerpo de doctrina común entre los especialistas de la Anatomía Patológica. Nuestra participación en esta mesa redonda tiene, por tanto, como finalidad transmitir nuestra experiencia y, sobre todo, contrastar nuestros puntos de vista con los de otros profesionales, al tiempo que contribuir a la difusión e implantación de dichos programas.

Por otra parte, la actual normativa sobre la implantación del CC en los hospitales públicos involucra a los profesionales en el diseño de las líneas maestras de nuestro ejercicio profesional a través de las Comisiones clínicas de participación. Esto necesariamente debe ser aprovechado para aumentar nuestro grado de satisfacción profesional, en beneficio del enfermo.

En contra de lo que el término "control" pueda sugerir, en los programas de CC somos los propios profesionales quienes diseñamos el nivel de calidad que queremos alcanzar, elaborando igualmente un sistema de evaluación y corrección de las desviaciones detectadas. Se trata, por tanto, de un método diseñado y controlado por los propios profesionales e ideado para aumentar la calidad asistencial.

La Comisión de Tumores (CT) tiene como finalidad primordial garantizar una correcta asistencia y sin demora a los pacientes neoplásicos. Esta Comisión debe estar perfectamente entramada en el programa de CC del hospital, pues sin otras Comisiones que funcionen simultáneamente, el desarrollo de la de Tumores se hará con mucha dificultad (Historias Clínicas, Mortalidad, Tejidos, etc.).

La metodología a seguir es, básicamente, la diseñada por Donabedian para el CC del hospital, esto es, Análisis de la Estructura, Análisis del Proceso y Análisis de los Resultados, todo ello en el contexto de unos objetivos previamente establecidos.

De forma general los objetivos primordiales de una CT son, de una parte, garantizar el diagnóstico y el tratamiento correcto y sin demora de los pacientes neoplásicos, y de otra, promover la existencia de un Registro de Tumores.

El Análisis de la Estructura empieza por definir cuál es la composición ideal de esta Comisión, que en cualquier caso debe ser flexible, en función de las peculiaridades de cada hospital y del grado de concienciación sobre el tema de los profesionales. Tal y como está desarrollada la normativa, la composición de las Comisiones es elegida por la Junta Técnico-Asistencial a través de una relación de facultativos y ATS voluntarios. En nuestra opinión, además del carácter voluntario de los integrantes de las Comisiones, debe de existir un criterio de idoneidad profesional que sirva para agrupar en un mismo foro a las distintas ramas de la oncología. Nos parece imprescindible la presencia de un oncólogo, cuando el hospital cuente con este servicio o, en su ausencia, un hematólogo, un radioterapeuta y/o un internista. En este equipo base hay que incluir al anatomopatólogo y al responsable del Registro de Tumores.

Igualmente, al menos en una primera fase, debe incluirse a facultativos de los diversos servicios que ejerzan la oncología de las distintas especialidades con criterios más o menos protocolizados, con el fin de limitar en lo posible la dispersión (oncopediatría, cirugía, urología, ginecología, etc.). Se debe intentar

comenzar a partir de estructuras ya existentes, ya que la relación entre las mismas y el intercambio de experiencia redundará en beneficio mutuo y de la Comisión.

Con respecto al Análisis de la Estructura del hospital es necesario sentar las bases que permitan reducir al máximo la dispersión que con frecuencia afecta a este tipo de patología. La mera existencia de una CT es un primer paso en este sentido. Según nuestro criterio, la estructura que mejor garantiza la unidad de criterios es un Servicio de Oncología, especialidad que si bien no asumirá todos los aspectos relativos al diagnóstico y tratamiento de los tumores, sí que proporcionará la mencionada uniformidad de criterios.

Un objetivo encaminado en el mismo sentido es fomentar la creación de nuevos protocolos de diagnóstico y tratamiento oncológico, así como revisar y perfeccionar los ya existentes. La confección de un "libro de protocolos oficiales" del hospital será un objetivo inmediato cuya finalidad esencial será la de dar un apoyo institucional a estas iniciativas, y por otra, estimular la creación de protocolos nuevos. La existencia de protocolos escritos será fundamental finalmente para la segunda fase del CC, esto es, el Análisis del Proceso.

La CT debe responsabilizarse de que exista un Registro de Tumores (RT). Puede ocurrir que antes de la creación de la CT el hospital cuente ya con dicho registro asentado en alguno de sus Servicios (Medicina Preventiva, Anatomía Patológica, etc.). En ese caso la CT debe invitar al facultativo más interesado en el tema a formar parte de la Comisión, y ésta debe responsabilizarse en colaborar con el mismo haciendo más eficaz su labor. Caso de que el hospital carezca de RT, la CT se responsabilizará de su creación.

La existencia de un RT, además de facilitar datos de incidencia, es fundamental para establecer el seguimiento de las evoluciones, y puede ser útil también en la fase de análisis del proceso, pues a partir del mismo se tiene acceso a períodos cronológicos de la enfermedad relacionables con la calidad asistencial, tales como la demora en el diagnóstico o en el inicio del tratamiento.

La obtención de datos por parte del RT puede hacerse de formas muy diversas. El procedimiento a utilizar variará con las características propias del hospital. Así, por ejemplo, un hospital que cuente con un servicio de oncología que vea todos los tumores elaborará directamente una ficha registro que puede ser bastante compleja, dado el alto grado de concienciación del especialista en oncología. Distinto es el caso de un hospital que carece de dicho servicio, en el que prácticamente cualquier especialidad médica resuelve casos oncológicos. En este caso, un procedimiento es obtener los datos directamente de la historia clínica, procedimiento costoso y no tan eficaz como sería de desear, pues muchos datos, por sencillos que sean, no están especificados claramente. Una alternativa a este procedimiento es la elaboración de una ficha sencilla, con datos básicos, que el facultativo deberá rellenar en el momento de dar el alta al paciente (ver modelo anexo).

En todo este proceso, el papel del patólogo es fundamental, pues es el quien debe aportar una terminología común, proponiendo clasificaciones codifica-

das de tumores. El Servicio de Anatomía Patológica se responsabilizará de la utilización uniforme de estas clasificaciones. Igualmente, dicho servicio deberá suministrar listados de diagnósticos para la confección del registro, constituyendo la base de datos más importante y fiable del mismo. Para la consecución de esta prestación es imprescindible la correcta informatización del proceso de secretaría de los Servicios de Anatomía Patológica. Este, en realidad, es uno de los objetivos básicos de calidad, comunes a varias Comisiones. En estas circunstancias, la SEAP estaría posiblemente en las mejores condiciones de ser, en un futuro, el punto de partida de un Registro Nacional de Tumores.

Otro aspecto a tener en cuenta al proponer una estructura de calidad es la capacitación y actualización profesional. La CT debe evaluar este tema y elaborar propuestas para solucionar las deficiencias habidas (desplazamientos temporales del personal a otros centros, nuevos contratos, etc.).

La verdadera filosofía del CC, tal como actualmente se entiende, empieza en el Análisis de Proceso. Se trata de monitorizar unos criterios considerados significativos de nivel de calidad, revisando historias clínicas con el objetivo de comparar la calidad considerada ideal con la calidad hallada. Una vez establecido el nivel de calidad real se estudiarán los motivos de las desviaciones (discoordinación, demoras, etc.), proponiendo medidas correctoras.

El Análisis de los Resultados consiste en el seguimiento de las mencionadas medidas correctoras, evaluando no sólo si son seguidas, sino si con ellas se obtienen los resultados esperados. En esta capítulo entrará también el control de cualquier medida nueva introducida, por ejemplo, seguimiento de los protocolos establecidos, seguimiento de la cumplimentación de la ficha del RT, etc.

Para dicha actividad evaluadora el documento básico es la historia clínica de la cual se obtendrán los criterios que se han considerado monitorizables. Uno de ellos interesa al Servicio de Anatomía Patológica. Se trata de analizar la rapidez en la emisión del diagnóstico anatomopatológico, la calidad del informe (que incluya la clasificación y codificación previamente establecida), y si se han utilizado los medios técnicos necesarios para obtener el mejor diagnóstico.

El estudio de los criterios monitorizados se realiza utilizando hojas de trabajo de las que existen ya varios modelos surgidos de diversos hospitales. Esta evaluación se lleva a cabo globalmente y por servicios, pero no de una forma personalizada, pues no se trata de ejercer una labor de inspección. Dicho resultado será informado a los jefes de Servicio con las sugerencias que crea oportunas la CT y la Unidad de Control de Calidad Asistencial.

A pesar de que el método promete mejorar ostensiblemente la calidad de nuestro trabajo, la implantación de estas labores de CC asistencial se está realizando con grandes dificultades. Los hospitales y las autoridades sanitarias, de forma general, y nuestra Sociedad de Anatomía Patológica, en particular, deberían entablar un debate en busca de los alicientes y estímulos imprescindibles para afrontar esta opción. Sólo si se consigue la aceptación voluntaria de estos procedimientos por la mayoría de los profesionales se logrará el éxito. Lo contrario será fracaso y frustración.



HOSPITAL «MIGUEL SERVET»
 INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
 ZARAGOZA

Paciente:
 Hª nº:
 Edad:

Afil. S.S. /
 Nº de Reg. | | | | |

REGISTRO DE TUMORES

OBSERVACION INICIAL

SERVICIO: | | | | MEDICO: FECHA: .../.../...

Lugar de Nacimiento..... | | | | (Prov..... | | | |) Fecha nacimiento/...../..... Sexo:.....
 Lugar de Residencia | | | | (Prov..... | | | |) Profesión..... | | | | E. Civil:.....

CRONOLOGIA DE LA ENFERMEDAD: ¿Es éste el primer centro consultado? SI NO
 Fechas: 1º síntoma...../...../.....; 1ª consulta...../...../.....; 1º diagnóstico CA...../...../.....
 Fecha del fallecimiento:...../...../..... Fallecimiento ¿Causa tumoral? SI NO

DIAGNOSTICO (histológico, si se conoce): | | | | | | | | | |
 ANATOMIA PATOLOGICA nº

PRUEBA EN QUE SE BASA EL DIAGNOSTICO (respuesta excluyente): | | | |
 Biopsia Tumor Pr. Citología o hematología Biopsia Metástasis Autopsia
 Exámenes no microscópicos (Especifique cual.....)

LOCALIZACION (indique lateralidad)..... | | | |

EXTENSION CLINICA CON/ SIN/ EXPLORACION QUIRURGICA (respuesta excluyente): | |
 In situ Metástasis regional Desconocidas
 Localizado Extensión dir. + Metast. regional Varios Prim.
 Extensión dir. Metástasis remota (loc.) (loc.....)

Leucosis (Activa/Remisión):.....; Linfoma (estadío); TNM:..... | | | |

TRATAMIENTO: | | FECHA DE INICIO del 1º Tratº:/...../.....
 Sin tratamiento Cirug. paliativa Cirug. curativa Radiot. Quimiot.
 Protocolo estandar (especifique.....) Sintomático Otro (.....)

SEGUIMIENTO ANUAL

FECHA	EVIDENCIA DE TUMOR?	RECIDIVA LOCAL?	METASTASIS Loc.?	LEUCOSIS/LINFOMA A/R / est.	FALLECIDO Fecha / Causa CA?	OBSERVACIONES (*)

(*) Variaciones en el diagnóstico, en la metodología diagnóstica, etc.
 | | Espacios reservados para códigos del Registro. No rellenar.