

Control de calidad en los servicios clínicos. Una práctica de autoevaluación*

Dres Héctor Litvan, Rosa Suñol, Carina Abello, Juan M Villar-Landeira

Trabajo publicado en la Revista Española de Anestesiología y Reanimación

Una vez implantado el Programa de Control de Calidad Asistencial en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y tras seis años de funcionamiento, se plantea como segundo paso trasladar el modelo general a los propios servicios clínicos, en un intento de realizar una autoevaluación directa por los facultativos.

Se describe la metodología utilizada en algunos Servicios (Anestesiología-Reanimación, Medicina Intensiva, Otorrinolaringología) y algunos de los resultados más relevantes.

Se concluye que el control de calidad en los servicios clínicos, aunque de implantación lenta y difícil, es un buen sistema para asegurar una

práctica correcta de la totalidad de los miembros del Servicio.

El Control de Calidad de la Asistencia es una actividad que cuando es realizada por los propios profesionales sanitarios, se propone revisar la práctica clínica para detectar aquellos problemas y situaciones mejorables, cuya solución puede representar un beneficio importante para los pacientes.

En realidad, compara la asistencia que brindamos con la que deberíamos brindar por los estándares.

Si bien es cierto que la calidad de la asistencia siempre ha sido una de las principales preocupaciones tanto por parte de los facultativos como de los usuarios, también es cierto que siempre han existido métodos de Control de Calidad desarrollados por la profesión médica, aunque inicialmente se basaran en la ética o en un código deontológico.

Sin embargo, el enorme desarrollo de la tecnología sanitaria, representada por el hospital moderno, y con un aumento del coste sanitario que en los países industrializados pasa desde el 1% del Producto Bruto Interno (PBI) hasta más de un 7% actual, hace que varíen y se multipliquen las formas de actuación sanitaria (cuadro I) llegando a una media de 47 actuaciones médicas por persona y año (1), creando la necesidad de desarrollar

Palabras clave:

Control de calidad — métodos.
Evaluación de procesos y resultados (atención de salud)

Dr Héctor Litvan

Médico Adjunto del Servicio de Anestesiología-Reanimación (HSCSP)
Comité de Tejidos de Control de Calidad

Dra Rosa Suñol

Responsable de Control de Calidad (HSCSP)

Dra Carina Abello

Colaborador del programa de Control de Calidad (HSCSP)

Dr Juan M Villar-Landeira

Jefe de Servicio de Anestesiología-Reanimación (HSCSP)

* Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP)

Correspondencia:

Dr Héctor Litvan
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Servicio de Anestesiología-Reanimación
Avda A^a M^a Claret 167
08025 Barcelona - España

instrumentos objetivos para el control de la calidad de la asistencia que se brinda.

Donabedian desarrolla en el año 1966 (2) una metodología de trabajo basada en el análisis de la estructura (estudiando los recursos humanos y materiales y la relación de la actividad que se brinda; el análisis del proceso de la asistencia (fundamentalmente a través del estudio de la documentación clínica), y el análisis de los resultados (valorando la mejora en el nivel de salud de los pacientes).

Cada uno de estos análisis se realiza con una metodología propia, generalmente realizada en tres etapas: identificación de los problemas; valoración y análisis de los mismos; y aplicación de medidas correctoras con la posterior comprobación de las mejoras obtenidas.

El Hospital de la Santa Creu i Sant Pau es una unidad docente de la Universidad Autónoma de Barcelona, que tiene 940 camas.

En el año 1981 se inicia un Programa General de Control de Calidad (3) basado en un sistema multifactorial de monitorización de la asistencia, con comisiones clínicas integradas por facultativos de los diferentes servicios clínicos del hospital, que se preocupan del análisis del nivel de la asistencia que se brinda en el Centro mediante la identificación de los principales problemas que afectan

CUADRO I

Actos médicos en los países industrializados. Reizenstein P. 1988 (1).

- 0,2 millones por millón de habitantes de ingresos hospitalarios.
- 0,1 millón por millón de habitantes de intervenciones quirúrgicas.
- 12 millones por millón de habitantes de prescripción de medicamentos.
- 30 millones por millón de habitantes de estudios de laboratorio.

CUADRO II

Resultados de la 1. y 2. evaluación separados por cuatro meses y tras una discusión del Servicio

Porcentaje de cumplimentación

1. evaluación (n=88) 2. evaluación (n=88)

Resultados globales:

Historias completas	14%	49%
Historias aceptables	60%	50%
Historias incompletas	20%	1%
Historias inaceptables	6%	-

Algunos parámetros estudiados

Antecedentes patológicos	61%*	99%
Análisis preoperatoria	72%*	92%
Drogas anestésicas	99%	100%
Intervención quirúrgica	90%*	98%
Control tensión arterial San.	94%*	100%
Control frecuencia cardíaca	75%*	98%
Fluidoterapia	93%*	99%
Valoración sangrado	58%*	85%*

* Valor por debajo del estándar.

CUADRO III

Complicaciones del Bloqueo Epidural. Tabla comparativa entre H.S.C.S.P. Prospectivo (1986) (I), H.S.C.S.P. Retrospectivo (1984) (II) y Morgan, B. (1983) (III).

	I %	II %	III %
— Fallo global	4,2	4,5/	5,88
— Hipotensión	8,3	11,04	6,00
— Bradicardia	2,1	2,38	—
— Punción duramadre	1,63	1,45	2,50
— Bloqueo masivo	0,00	0,06	0,20
— Convulsiones	0,00	0,03	0,12
— Exitus	0,00	0,00	0,00
— Cefaleas	2,09	—	5,00
— Lumbalgias	6,75	—	3,00

CUADRO IV

Grupos de pacientes con riesgo de sangrado peroperatorio (requieren estudio de hemostasia)

- Pacientes con antecedentes de sangrado patológico (personal o familiar).
- Enfermos con medicación anticoagulante.
- Hepatopatías crónicas.
- Enfermedad oncológica.
- Cirugía compleja o sobre hígado o vías biliares.

CUADRO V

Otras monitorizaciones realizadas por el servicio de Anestesiología y Reanimación

- Seguimiento de morbilidad significativa y 100% de la mortalidad.
- Adecuación de la monitorización perioperatoria al nivel de riesgo quirúrgico.
- Utilización de la sangre, derivados y coloides sintéticos.
- Valoración de la analgesia postoperatoria.
- Protocolización de diferentes técnicas.
- Informatización de resultados de la actividad asistencial.

tan la calidad asistencial, la determinación de estándar del propio hospital, y la implantación de medidas correctoras apropiadas a cada situación.

Con el tiempo hemos llegado a la conclusión de que la existencia de un Programa General de Control de Calidad no siempre es suficiente para obtener una asistencia de buena calidad. Por ejemplo, aunque en el hospital se haya conseguido introducir un formato único de historia clínica, no siempre existe relación entre su calidad y la calidad del diagnóstico y el tratamiento. Si bien es cierto que con una documentación deficiente va a ser difícil brindar una asistencia de calidad y todavía

más difícil demostrarla, al estudiar historias clínicas no se estudia la calidad de la asistencia que realmente se brinda al paciente, ni si éste disfruta de los máximos beneficios que le puede ofrecer el hospital.

Por ello, y como segundo paso, decidimos introducir el control de calidad como forma de autoevaluación en los propios servicios clínicos, objetivando el proceso y los resultados de la asistencia de forma directa por los propios profesionales sanitarios que la ejercen, como una forma más de la relación médico-paciente.

Desde el año 1985 hemos comenzado esta experiencia

medidas paliativas del dolor y ansiedad	100,0%	100,0%
Omisiones diagnósticas y/o terapéuticas	35,3%	8,8%
Documentación insuficiente	17,7%	4,5%

de autoevaluación profesional y calidad asistencial con resultados desiguales, pero con una metodología de trabajo similar. Basada en objetivos definidos por los propios facultativos del Servicio, intenta canalizar esa inquietud ética, deontológica, a través de la monitorización sistemática de la calidad que brindan en el propio Servicio.

Es el preocuparse por lo que rutinariamente se hace mal. No como un control punitivo, con el ánimo de averiguar quien lo hace mal para castigarlo, sino como forma de identificar aquellos aspectos importantes de la asistencia que afectan a un número significativo de pacientes o personal sanitario.

Se dirige entonces a la detección de oportunidades para mejorar la práctica asistencial de una forma planificada y comprensible, utilizando criterios realizados por el propio equipo médico, y que les sirva de estímulo resolviendo los problemas considerados como más relevantes de la práctica diaria. Es la introducción del concepto de control de calidad en la práctica habitual; en las sesiones clínicas; en los aspectos organizativos del Servicio. Es también una forma de transmitir a los facultativos la preocupación por el funcionamiento general de su Servicio, de estimularlos en una concepción polivalente, múltiple del Servicio, y no en una actuación individual.

No debe manifestarse como una actividad aislada del Servicio, sino integrada al programa general del hospital.

Presentamos algunos resultados de esta actividad en los servicios de Anestesiología-Reanimación, Medicina Intensiva y Otorrinolaringología del Hospital:

En los servicios de Anestesia, el desarrollo del programa debería tener una significación especial. Aunque sea

El Servicio se planteó el proceso de autoevaluación estudiando diversos aspectos de la actividad asistencial:

- Estudio de la documentación clínica.
- Monitorización del proceso y resultados de la asistencia.
- Estudios de utilización de recursos.

Presentamos un ejemplo de cada uno de ellos.

DOCUMENTACION CLINICA

Los anestesiólogos consideraron que la historia de anestesia era el documento más importante para el seguimiento y la evaluación de la práctica anestésica (ya que en ella se registran los datos del paciente, de la anestesia y de la intervención, así como los incidentes ocurridos durante el acto quirúrgico, las medidas realizadas y las órdenes médicas postoperatorias). Se realizó un estudio (6) cuyo objetivo principal era detectar y corregir los déficits en la cumplimentación de la historia de anestesia, comprobando además si existían diferencias entre las realizadas con distintas técnicas anestésicas (anestesia general versus anestesia locorregional), ya que existía la sospecha de que el supuesto menor riesgo de los pacientes sometidos a anestésicos por bloqueos regionales podría dar lugar a una mayor relación en el registro de los datos.

El estudio se realizó en dos fases separadas por cuatro meses, en las que utilizando los mismos criterios de evaluación se revisaron 88 historias en cada una. En la primera evaluación el nivel global de las historias fue aceptable en el 74% de las mismas. No se detectaron déficits de práctica importantes, sino de tipo formal (exploraciones realizadas pero no registradas, aspectos que podían deducirse leyendo el conjunto de la historia, etc.).

Estos resultados fueron discutidos en sesión clínica del Servicio, y se propusieron las bases para conseguir una mejoría. Se puso de manifiesto que los déficits de tipo formal podían tener una repercusión negativa en el desarrollo posterior del proceso clínico de los pacientes, sobre todo si se presentaban complicaciones postopera-

