

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

CUADRO VI
Análisis comparativo de la mortalidad del
servicio de Medicina Intensiva (85-86)

	Año 1985	Año 1986
	n=51	n=90
Muerte explicada	94,0%	100,0%
Muerte justificada	90,0%	98,8%
Muerte previsible	88,0%	95,5%
Muerte por complicación del tratamiento	11,6%	2,2%
Exceso de tratamiento	1,9%	-
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

difícil definir criterios de "Anestesia de Calidad", podemos aproximarnos a través de la valoración del proceso asistencial (control del proceso, aceptando que si el proceso es bueno también lo serán los resultados) (2) y por la detección de posibles actos iatrogénicos y complicaciones. Al estar los anestesiólogos especialmente sensibles a la morbimortalidad anestésica (4), la resistencia a la implantación del programa debería ser menor.

En este Servicio, con aproximadamente un 20% de los anestesiólogos del staff participando en diferentes comisiones del Programa General (principalmente en las comisiones de Terapéutica, Mortalidad, Tejidos y Documentación Clínica), se establecieron unas bases metodológicas para la implantación de esta nueva actividad (5).

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-

torias; se plantearon las posibles implicaciones legales en caso de litigio judicial, y se destacó la dificultad de realizar proyectos de investigación clínica sin una documentación correctamente completa. En el cuadro II se ven algunos resultados obtenidos en las dos evaluaciones. No se encontraron diferencias en la cumplimentación de las historias con diferentes técnicas anestésicas.

La comparación de los resultados del primer y segundo estudio demuestra una mejoría global en la cumplimentación de la historia, que se atribuyó al papel educativo que jugó la discusión de los problemas entre todos los miembros del Servicio. En los aspectos que no se alcanzó los estándares establecidos, se insistió especialmente.

MONITORIZACION DEL PROCESO Y RESULTADOS DE LA ASISTENCIA

Como ejemplo de este tipo de monitorización se realizó un estudio longitudinal de la calidad de los bloqueos epidurales efectuados tanto por médicos del staff como por los médicos residentes avanzados, valorando además de los resultados analgésicos y complicaciones, el nivel de aceptación por parte de los pacientes (7). Los índices obtenidos (cuadro III) se correspondían con los estándares del propio Servicio determinados en un estudio anterior (8) e internacionales (9).

Se destaca que el 92% de los pacientes contestó positivamente a la pregunta de si volvería a utilizar este tipo de anestesia (el 6% contestó negativamente).

Este estudio además de remarcar la importancia de la supervisión directa y continua de los médicos residentes en formación, corrobora que se debe tener en cuenta la opinión de los propios pacientes durante el proceso de su asistencia.

EVALUACION DE LA UTILIZACION DE RECURSOS:

Recientemente se realizó un estudio de la relación coste-beneficio de los análisis preoperatorios de hemostasia (10). Efectuado en 8.000 pacientes (1.500 retrospectivamente y 6.500 prospectivamente), se concluyó que si en los pacientes sanos se sustituyen las pruebas de hemostasia por una correcta anamnesis y exploración física, y estas pruebas se realizan solamente a los enfermos que se encuentran en los grupos que se detectaron como de riesgo (cuadro VI), se obtendría un ahorro estimado en 22.500.000 pesetas por año, sin aumentar el riesgo de sangrado perioperatorio de los pacientes. Con este dinero está previsto mejorar la monitorización perioperatoria.

Otras monitorizaciones realizadas por el servicio de Anestesia se ven en el cuadro V.

En el servicio de Medicina Intensiva, la actividad se canalizó principalmente al estudio de la morbilidad, mortalidad y terapéutica.

Por ejemplo, la mortalidad se estudió no sólo desde una perspectiva estrictamente médica, de adecuación del proceso diagnóstico y terapéutico a la orientación clínica, y de concordancia clínica anatomopatológica, como es lo usual en los servicios clínicos, sino que también se estudiaron aspectos específicos de la calidad asistencial brindada a los pacientes (cuadro VI) (11):

—si la muerte quedaba suficientemente explicada (cuando el proceso de muerte está bien documentado y puede ser seguido coherentemente a través de la historia clínica del enfermo).

—si era justificada o podría haber sido evitada (y en ese caso si la responsabilidad era debida al proceso diagnóstico, a un error terapéutico, o a un problema de estructura).

—si era previsible (viabilidad o no del paciente, por el grado de severidad de la patología principal y factores asociados).

—posibles iatrogenias.

—si se brindó el máximo confort posible al enfermo (dolor, ansiedad).

Se diferenció si la responsabilidad de los problemas detectados eran directamente del Servicio, del Hospital (estructura general del Centro) o de otros servicios del Hospital.

Se consideró que al constatar la existencia de los problemas el método de autoevaluación, si es realizado correcta y verazmente, se transforma en un potente inductor de cambios, que obliga a la revisión de actitudes personales e institucionales, estimulando la creación de protocolos asistenciales y modificando circuitos funcionales del hospital.

El servicio de Otorrinolaringología además de la monitorización del proceso asistencial a través de la valoración de la cumplimentación de la documentación clínica, utiliza unos criterios específicos para autoevaluar la calidad de sus resultados:

—monitorización prospectiva de los porcentajes de curaciones de los tumores cervicofaciales.

—número de faringostomas como índice de infecciones y defectos de técnica, habiéndose conseguido reducir la cifra total de esta complicación a niveles inferiores a la media del país.

—estudios periódicos de las conductas terapéuticas más utilizadas.

—monitorización de las listas de espera (visitas, quirófano, etc.).

—control mensual y citación de los pacientes oncológicos que no se presentan a consulta.

El hecho de monitorizar continua y prospectivamente la evolución de estos pacientes, obliga por sí mismo a la mejora de la cumplimentación de la historia clínica.

Recientemente comenzaron un audit de resultados de las miringoplastias, intervención que corresponde al 30% de la cirugía de la oreja, y a la que los estándares internacionales relacionan con aproximadamente un 30% de

resultados malos.

Entre las conclusiones destacan que sobre 72% de buenos resultados, 10% de fracasos y 18% de resultados no totalmente satisfactorios, incidieron:

—las distintas técnicas de miringoplastia (vía de abordaje, tipo de perforación, etc.).

—las diferentes épocas del año en que se realizó la intervención (menos resultados malos en invierno que en verano o primavera).

—la experiencia del cirujano, con un 70% de buenos resultados entre los médicos del staff y un 55% de buenos resultados entre los médicos residentes en formación, por lo que entre las medidas correctoras se planteó una mayor supervisión de la actividad de los médicos en formación.

Otros centros, como el Hospital Príncipes de España, de Bellvitge, en Hospitalet de Llobregat, Barcelona, han orientado el Programa de Control de Calidad prioritariamente a la actividad en los Servicios, y a la participación conjunta en él, del personal facultativo y de enfermería (12).

Han diseñado una metodología especial que puede ser aplicada en los diferentes servicios, tocando aspectos de:

—humanización, información, etc.

—establecimiento y revisión de protocolos diagnósticos y terapéuticos.

—monitorización de complicaciones (en cirugía: reintervenciones, fístulas, etc.).

—evaluación de la documentación clínica, que actualmente se encuentra en período de prueba.

En conclusión: el control de calidad a nivel de los servicios clínicos lo comenzamos a realizar desde dos vertientes complementarias:

—integrando el Programa General del Hospital, participando en las diferentes comisiones clínicas, etc.

—en el propio Servicio, como un elemento de autoevaluación, canalizando la preocupación de los facultativos "por hacer las cosas bien", dándole un soporte organizativo y científico que permita dirigir los esfuerzos a identificar primero y solucionar después los aspectos más negativos de la asistencia: aquellos con mayor capacidad potencial de dañar a los pacientes, o para privarlos de un beneficio médico significativo si no se realizan correctamente.

Es una manera de asegurar que todos los médicos del Servicio mejoren su práctica clínica en relación con el diagnóstico y el tratamiento, de acuerdo con los avances de la investigación clínica.

Al mismo tiempo, es una forma de estimular la difusión de los programas generales de control de calidad.

La introducción del control de calidad en los servicios

clínicos es un proceso lento y difícil, pero al vislumbrar los resultados de los primeros pasos, los facultativos se transforman en una parte activa e imprescindible del proceso de cambio necesario para aproximarnos al objetivo de la OMS de una asistencia sanitaria de calidad para toda la población (13).

Résumé

Après six ans de fonctionnement du Programme de Contrôle de Qualité d'Assistance adopté à l'Hôpital de la Santa Creu i Sant Pau, on pense à appliquer le modèle général aux services cliniques-mêmes dans le but de faire une autoévaluation directe.

On fait la description de la méthodologie employée dans quelques Services (Anesthésiologie-Réanimation, Médecine Intensive, Oto-Rhino-Laryngologie).

On conclut que le contrôle de Qualité aux services cliniques, quoiqu'il soit lent et difficile à mettre en marche, est un bon système pour assurer une correcte gestion de la totalité des membres du Service.

Summary

Following implementation of the Program of Care Quality Control at the Santa Creu i Sant Pau Hospital and following six years' operation, it is envisaged as a second step to transfer the general model to clinical services themselves in an attempt to carry out a direct self-evaluation by physicians.

Also described is the methodology used in some Services (Anesthesiology-Reanimation, Intensive Medicine, Otorhinolaryngology) and some of the most relevant results.

It is concluded that the quality control of clinical services, although of slow and difficult implementation, involves a good system to ensure a correct practice of the totality of Service members.

Bibliografía

1. REIZENSTEIN P: The Safety of Health Care. Acts of the Fifth International Symposium on Quality Assurance, Madrid, mayo 1988.
2. DONABEDIAN A: Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q, 1966; 44: 166-203.
3. NET A, SUÑOL R, BOHIGAS L, DELGADO R: El control de calidad en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Rev Med Uruguay, 1986; 2: 294-302.
4. VILA SANCHEZ M, DE ANDRES IBAÑEZ J A: Morbimortalidad en la práctica clínica de la anestesiología-reanimación. Una revisión actualizada y recomendaciones para nuestro país. Rev Esp Anestesiol Reanim, 1987; 34(3): 196-205.

5. SUÑOL R, ALIAGA L, DELGADO R, VILLAR JM: El control de calidad en anestesia. Sugerencias para su implantación. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*, 1985; 32 (supl): 112-118.
6. LITVAN H, DELGADO R, SUÑOL R, CASAS JI, ALIAGA L, VILLAR JM: Evaluación de la historia de anestesia: una experiencia de control de calidad. *Control Calidad Asíst*, 1987; 2: 51-56.
7. ALIAGA L, ESCOLANO F, SABATE A, et al: Quality care of epidural block. Abstracts of the tenth international meeting of the *European Society of Regional Anesthesia*, Rome, June 1985.
8. UNZUETA MC, ESCOLANO F, ALIAGA L, et al: Revisión de las complicaciones de la anestesia espinal en un período de 8 años (1977-1984). *Rev Esp Anesthesiol Reanim*, 1986; 33: 66-71.
9. MORGAN B, AULAKH J, BARKER J, GOROSZE-
NIUK T, TROJANOWISKI A: Anesthesia for caesarian section. A Medical audit for junior anaesthetic staff practice. *Br J Anaesth*, 1983; 55: 885-9.
10. LITVAN H, PABLO R, FONTCUBERTA J, MAGRINYA P, SUÑOL R, VILLAR-LANDEIRA JM: Coste-beneficio de los estudios preoperatorios de hemostasia. *Acts of the Fifth International Symposium on Quality Assurance*, Madrid, abril 1988.
11. NET A, QUINTANA E, SUÑOL R: Análisis de la mortalidad en un servicio de medicina intensiva. *Acts of the Fifth international Symposium on Quality Assurance*. Madrid, abril 1988.
12. DELGADO R, MOREU F: Implementing QA in a big hospital. *Aust Clin Rev* (en prensa).
13. WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE: Targets for Health for all. Copenhagen, 1985.