

# La comisión de mortalidad: la gran aliada del patólogo

Marta María González González

Servicio de Anatomía Patológica I. Hospital Central de Asturias. 33006 OVIEDO. [marta.gonzalez@sespa.princast.es](mailto:marta.gonzalez@sespa.princast.es)

## RESUMEN

El descenso alarmante del número de autopsias en nuestros hospitales, debido en parte a las nuevas tecnologías, en parte a al miedo a las reclamaciones judiciales y a la presión asistencial a la que se ve sometido el patólogo, que nos hace retrasar los informes de las autopsias clínicas, puede solucionarse gracias a la influencia de las Comisiones de Mortalidad y si nosotros mismos somos capaces de transmitir la importancia de la autopsia clínica.

**Palabras clave:** Autopsia clínica, comisión de mortalidad, calidad asistencial.

## *Mortality Committee: The Pathologist's Great Ally*

### SUMMARY

The decrease in the number of clinical autopsies in our hospitals, partly because of the use of new technologies and partly due to fear of judicial claims, is notorious; besides that, the pathologist is suffering from work overload pressure in order to make pathological report in time. Mortality committee may represent one important tool to increase the number of clinical autopsies and raise the clinicians' awareness about its importance

**Key Words:** Clinical autopsy, mortality committee, health care quality.

### Antecedentes históricos

El 15 de abril de 1987, se aprueba en España el Real Decreto 521, que regula el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales Gestionados por el INSALUD (1).

Entre otros artículos, en el 22 del anexo correspondiente a la sección III, se establece claramente que las Comisiones Clínicas son órganos de asesoramiento permanente de la Dirección Médica y de la Junta Técnico Asistencial, a través de la Comisión Central de Garantía de

Calidad, debiendo comportarse como un organismo técnico de elaboración y trabajo en las áreas de Calidad Asistencial y Adecuación Tecnológica.

El número de Comisiones Clínicas en los hospitales deberá ser al menos:

- Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica.
- Historias Clínicas, Tejidos y Mortalidad.
- Farmacia y Terapéutica.
- Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos.
- Investigación, Docencia y Formación Continua.

El número de miembros de dichas comisiones no deberá superar el número de 8 y serán nombrados por la Dirección Médica, a propuesta de la Junta Técnico Asistencial y, entre ellos elegirán un Presidente por cada una de las mismas, dicho presidente formará parte de la Comisión Central de Garantía de Calidad.

En 1997 se crea la figura de Coordinador del Programa de Calidad en los Hospitales del INSA-LUD (2) y las Comisiones de Calidad comienzan a funcionar de forma más sistematizada.

### **ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA**

El número de autopsias esta descendiendo en la mayoría de nuestros hospitales de modo alarmante, cada día las nuevas tecnologías seducen a los patólogos y aún más a nuestros residentes con nuevos retos y aunque estas nuevas tecnologías, son también aplicables a las autopsias, es mucho más gratificante aplicarlas a los diagnósticos de biopsias. Tan solo surgen, algunas ideas francamente novedosas, como las que asocian técnicas de imagen y punciones selectivas de diferentes órganos (3).

Por otra parte el número de comisiones propuesta por nuestros reglamentos, que en los hospitales pequeños puede ser suficiente, es inviable en los grandes hospitales, que manejan cifras altas de mortalidad y un gran número de servicios clínicos (4).

La comisión de Mortalidad debería tener en todos los hospitales entidad propia, y no ser parte integrante de la de la comisión de Historias.

Tampoco en ocasiones el número de 8 miembros, es a veces el idóneo, la presión asistencial es en algunos lugares y días tan intensa, que él poder dedicar tiempo a reuniones o a la valoración de historia clínicas con resultado de muerte, hace que algunos miembros se retiren poco a poco de las comisiones, si le suponen demasiado trabajo extra.

La mayoría de nuestros hospitales poseen un reglamento de Régimen Interno, aprobado por la Comisión Central de Garantía de Calidad que regula el funcionamiento de estas comisiones, de la forma más funcional para el hospital (5).

Uno de los peligros potenciales, es pensar, que las Comisiones Clínicas son Tribunales de

Honor, lo que sería vulnerar el artículo 26 de nuestra Carta Magna (6). Esto que puede parecer a la mayoría impensable, en ocasiones, hay que recordárselo a algunos miembros de las comisiones demasiado entusiastas con las influencias de las películas o los best-seller americanos.

La autopsia clínica proporciona un diagnóstico de certeza en los casos de muerte. La disminución del número de autopsias en los hospitales es en algunos casos alarmante, con el detrimento en formación de residentes y formación continua de los especialistas pero también dificultando el estudio de la mortalidad, que una autopsia clínica puede aclarar sobre todo en los casos en los que, no fue posible llegar en vida, a diagnósticos de certeza, o en los que, las complicaciones no sean las esperadas (7,8).

Por otra parte existen en todos los hospitales Protocolos, Vías Clínicas y Ensayos Clínicos donde debería ser obligatoria la realización de una necropsia en los casos de muerte, incluso en los que esta se produzca de forma extrahospitalaria, ya que como recoge la Ley de Autopsias (9,10): «el traslado para la realización de la autopsia, cuando esta proceda de su domicilio o de otro hospital, no será en ningún caso gravoso para sus familiares».

Uno de los temas más controvertidos se refiere a los casos de autopsias de riesgo o de alto riesgo, algunos patólogos han declinado realizarlas, alegando falta de medios técnicos o de personal adecuado. En muchas ocasiones esta falta de profesionalidad por parte del patólogo ha llevado a la disminución del número de autopsias solicitadas por ese servicio en otras patologías, o lo que es más grave, en los casos en que interesan excepcionalmente los resultados de la necropsia, disimular datos clínicos, con el peligro consiguiente para las personas que interviene en la realización de la misma (11,12). o a la población general, si no se toman medidas para el vertido de fluidos antes de alcanzar las redes del alcantarillado público.

### **FUTURO DE LA COMISIÓN DE MORTALIDAD HOSPITALARIA**

La Comisión de Mortalidad es pues, una Comisión de Calidad del Hospital y como tal ha

de servir de Garantía de Calidad del Hospital en la que funcione (13).

Posiblemente otras comisiones en un futuro puedan dejar de existir, así la historia clínica informatizada y estandarizada puede dejar sin contenido a la Comisión de Historias Clínicas, sustituyéndose por grupos de trabajo, para la realización de actuaciones puntuales. Pero la muerte es el hecho más cierto de nuestra vida y la autopsia proporciona un diagnóstico de certeza en la mayoría de los casos, al menos en los que esta tiene un sustrato morfológico, o incluso molecular en los lugares con tecnologías más avanzadas.

Los objetivos de la Comisión Mortalidad deben de ser concordantes con el Programa de Calidad del Centro al que pertenezca y una vez que hayan sido consensuados en el seno de la Comisión, pactar estos con la Coordinación de Calidad del hospital (14).

Aunque los objetivos de la Comisión pueden ser muy variados, fundamentalmente se pueden agrupar en tres grandes grupos:

- Analizar la mortalidad del hospital.
- Promocionar la autopsia clínica.
- Fomentar las sesiones anatomoclínicas.

Los resultados obtenidos deberán figurar en la memoria anual de la comisión, que debe ser difundida a todo el hospital.

### **Analizar la mortalidad del hospital**

Para ello la comisión deberá elaborar una hoja de recogida de datos que debe ser tan simple o tan complicada como las circunstancias lo requieran, aunque algunas sesiones de la comisión se «pierdan» en elaborar esta hoja de recogida de datos al final, se habrá ganado tiempo si se hace correctamente.

El número de historias que debe revisar la comisión de mortalidad es otro problema que surge inmediatamente: ¿Cuál es el tamaño de la muestra a analizar, para que la muestra sea suficientemente representativa? En un hospital con una mortalidad grande, analizar las tasas de mortalidad potencialmente evitable puede ser un trabajo llevadero, analizar la mortalidad global puede suponer un trabajo importante, pero cuando tratamos de analizar la mortalidad por servicios,

el trabajo se hace prácticamente imposible, sino es con la colaboración de miembros entusiastas en el grupo que forma la comisión, ya que en un hospital de gran tamaño y con servicios duplicados o triplicados, este estudio de mortalidad por servicios, puede suponer la revisión de una 700 historias de éxitus anuales (15,16).

Hay que calcular que para que tengamos realmente 8 miembros trabajando, en los grandes hospitales, debemos tener al menos 12 miembros en la comisión.

Los indicadores para valorar la mortalidad del hospital pueden ser exhaustivos. Posiblemente todos los hospitales deberíamos atenernos a los mismos indicadores, al ser estos de resultados servirían para establecer una comparación entre los distintos hospitales así por ejemplo podríamos utilizar: Número e índice de autopsias totales, por servicios, extrahospitalarias, judiciales, fetales, parciales, completas, neonatales precoces y tardías, en lactantes, infantiles, servicios que realizan autopsias, servicios con mortalidad sin autopsias, servicios que alcanzan el estándar. Pero no debemos de olvidarnos de analizar la correlación clínico patológica, que es en último término lo que va a indicarnos el buen funcionamiento del centro (17,18).

### **Promocionar la autopsia clínica**

Aunque en ningún lugar se propone que, en la Comisión de Mortalidad, deba estar un Patólogo, en modo alguno debe renunciarse a participar en la misma y en el caso que la Dirección Médica y la Junta Técnico-Asistencial no lo crean necesario, deberíamos exigirlo, a través de todos los medios organizativos a nuestro alcance.

La comisión deberá promocionar la autopsia clínica como herramienta de Calidad, pero para ello la presencia del patólogo es fundamental, por mucho que la comisión trate de fomentar la autopsia en un hospital, si el patólogo no realiza todas las autopsias que se le soliciten, alegando falta de medios o de tiempo y proporcione resultados de forma oportuna, adecuada, comprensible y diplomática (19,20).

Se utilizarían como indicadores, además de las posibles acciones, como hojas informativas, la evolución de los indicadores hacia el lado positivo.

## Fomentar las sesiones anatomoclínicas

Estas deben comenzar en la sala de autopsias con la presentación de órganos, en una pequeña sesión macroscópica, en la que deben estar presentes los residentes de Anatomía Patológica y los del servicio que solicitó la necropsia.

Las sesiones anatomoclínicas deben de ser planificadas a través del Coordinador de Formación continuada en horario adecuado para facilitar la asistencia de los médicos del hospital, estas sesiones deberán tener difusión adecuada y realizarse a ser posible de forma periódica, y con casos muy recientes o de patología emergente, sin olvidar incluir entre ellos formas de enfermedades clásicas.

Posiblemente un miembro de la comisión de mortalidad, de reconocido prestigio en el hospital debería moderar estas sesiones, para que el tiempo de exposición mantenga un ritmo ágil, que no invite a los asistentes a abandonar la sala antes de la intervención del Patólogo. Estas sesiones son fundamentales, para inculcar en los más jóvenes la conveniencia de solicitar autopsias (21).

Los indicadores en este caso podrían ser el número e índices de presentaciones macroscópicas, sesiones anatomoclínicas, casos cerrados.

## CONCLUSIONES

Aunque la Comisión de Mortalidad, es un órgano de información, consulta y asesoramiento de la Dirección de nuestros Hospitales es también la mejor aliada del Patólogo a la hora de promocionar la Autopsia Clínica, cuyos índices están descendiendo en todos los hospitales.

Debemos pues participar activamente en ellas y facilitar la realización de Sesiones Anatomoclínicas, todo ello redundará en beneficio de nuestros especialistas en formación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales Gestionados por el INSALUD. Real Decreto 521/87 de 15 de abril. Anexo n.º 22 sec III.
2. Insalud. Memoria 1997. Programa de Calidad de Atención Especializada <http://ww1.msc.es/insalud/docpub/memycat/memorias/calidad1997/calidad1997.htm>.
3. Fariña J, Millana C, Fernández-Aceñero MJ, Furió V, Aragoncillo PG, Martín V, Buencuerpo J. Ultrasonographic autopsy (echopsy): a new autopsy technique. *Virchows Arch* (2002) 440: 635-39.
4. Memorias de Calidad del Insalud 1996-97-98-99-2000 <http://ww1.msc.es/insalud/>.
5. Morissette D. Enseigner Des Attyudes? De Boeck Wesmael Cap 5 (71- 86) 1989.
6. Fernández Losa N. Dirección de equipos de trabajo en las organizaciones. Capitulo I Madrid 1995 Ed. Biblioteca Civitas Economía y Empresa.
7. Art. 26 Constitución Española 29-12-87 modificada por reforma el 27-8-1992.
8. Feria Kaiser C, Feruya ME, Vargas, Rodríguez A, Cantu MA. Main diagnosis and cause of death in a neonatal intensive care unit. Do clinicians and pathologists agree? *Acta Pediatr*. 2000; 9: 553-8.
9. Bombí JA, Ramírez J, Solé M, et al. Clinical and autopsy correlation evaluated in a university hospital in Spain (1991-2000). *Pathology Res Pract* 2003; 199: 9-14.
10. Art. 2, Ley de Autopsias Clínicas 29/1980.
11. Art. 6.1. Real decreto 2230/1982 de desarrollo de la Ley «1 de junio de 1980 reguladora de las Autopsias Clínicas».
12. Art. 14, 15, 17 y 19 Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.
13. Art. 6, 7 y 12 Real Decreto 664/1997 de 12 de mayo sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.
14. Doménech JM. Métodos estadísticos en Ciencias de la Salud. Signo. Barcelona 1999.
15. <http://www.chospab.es/calidad/UCalidad/calidad.htm>.
16. <http://www.conganat.org/iicongreso/comunic/060>.
17. <http://conganat.uninet.edu/conferencias/C007/>.
18. Shojania KG, Burton EC, Mc Donald KM, Goldman L. Changes in rates of autopsy-detected diagnostic errors over systematic review *JAMA* 2003; 289: 2849-56.
19. Hill, RB Andreson, RE Programa de la valoración de la calidad para la mejora de la precisión diagnóstica a partir de la realización de estudios autópticos. *Rev Calidad Asistencial* 1995; 10: 76-84.
20. Alberto Anaya. Aprovechamiento completo de la Patología en el hospital. Un problema de cultura. *Rev Esp Patol* 2002; 35: 123-5.
21. Harris ML. Case records of the Massachussets General Hospital. Continuing to learn from the patient. *N Engl J Med* 2003; 348:2252-54.