



Nº 827. Conferencia

## COMISION DE MORTALIDAD: UNA HERRAMIENTA PARA LA CALIDAD HOSPITALARIA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA DE SANTANDER (ESPAÑA)

Marta Mayorga Fernández<sup>[1]</sup>, Fernando Villoria Diez<sup>[2]</sup>, Carlos Rodriguez de Lope<sup>[2]</sup>, Fidel Fernández Fernández<sup>[2]</sup>, María del Carmen Gonzalez Vela<sup>[2]</sup>, M<sup>a</sup> Eugenia Vega Villegas<sup>[2]</sup>, Monica fernández Valls<sup>[2]</sup>, Santiago Echevarría Vierna<sup>[2]</sup>, Juan Martín Fojaco<sup>[2]</sup>, Aurelio Sarralde Aguayo<sup>[2]</sup>, Dieter Morales García<sup>[2]</sup>, Sonia Fernández Rozas<sup>[2]</sup>, Rafael Tejido García<sup>[2]</sup>, Rosa Ana García Díaz<sup>[2]</sup>, Ruben Martín Laez<sup>[2]</sup>, Javier Gómez-Ullate Vergara<sup>[2]</sup>

(1) Comisión de Mortalidad. Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla". Santander. España. ESPAÑA

(2) ESPAÑA

### Resumen

Mayorga Fernández M (\*), Villoria Diez F (\*), Rodríguez de Lope C (\*\*), Fernández Fernández F (\*), González Vela MC (\*), Vega Villegas ME, Fernández Valls M, Echevarría Vierna S, Martín Fojaco J, Sarralde Aguayo A, Morales García D, Tejido García R, García Díaz RA, Martín Laez R, Gómez-Ullate Vergara FJ, Fernández Rozas SM

#### Comisión de Mortalidad.

(\* ) Dto. Anatomía Patológica (\*\* ) Coordinador de Calidad  
Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla".  
Santander. España.

### RESUMEN

El Patólogo debe estar presente en la Comisión de Mortalidad del Hospital, siendo opinión mayoritaria que debe ser su presidente. Su papel en este equipo es imprescindible y fundamental debido a su relación con la autopsia, con el diagnóstico final y la correlación clínico-patológica. Es una de las Comisiones creadas para la mejora de la calidad hospitalaria. La Comisión, en general, tiene como herramientas básicas el análisis de la mortalidad del hospital, la promoción de la autopsia clínica y el fomento de las sesiones clínico-patológicas participando en la formación continuada. Su objetivo final es la mejora de la atención al paciente.

Se describe el funcionamiento y resultados de la Comisión de Mortalidad del Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" de Santander.

### Introduccion

¿Para qué existe una Comisión de Mortalidad en un Hospital? Para analizar todos los procesos en relación con el paso por el hospital de un paciente, para encontrar incidencias y aportar soluciones, sabiendo que no se trata de fiscalizar la tarea de los otros sino de buscar la calidad. El objetivo último es mejorar la atención a los pacientes.

La Comisión de Mortalidad en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla está formada por un equipo multidisciplinar donde se realiza una importante evaluación y mejora de la calidad hospitalaria. Es un instrumento de garantía de calidad que utiliza el análisis de los éxitos del hospital. Para conseguir sus objetivos, el papel del patólogo en este equipo es imprescindible y fundamental debido a su relación con la autopsia, con el diagnóstico final y la correlación clínico-patológica.

Decimos que algo tiene calidad cuando un servicio está bien hecho, de acuerdo con unos determinados criterios y, no menos importante, es así percibido por los usuarios que lo reciben. Por lo tanto, tiene que medir la calidad científico-técnica y la percepción por la persona que recibe el servicio.

En la sanidad hay que analizarlo todo en función de la misión, desde el punto de vista de la calidad. Desde la atención médica hasta las distintas técnicas utilizadas en el proceso asistencial y el trato con el paciente.

La calidad debe ser evaluada por seguridad y eficiencia, buscando la calidad total. Podemos evaluar la estructura, el proceso y los resultados. Hoy en día se habla de gestión por procesos que incluye el análisis de todas estas variables de una manera integral. Clásicamente la calidad se puede mejorar de dos maneras, mediante un avance tecnológico o mediante la mejora del proceso.

La Dirección de los hospitales son los responsables últimos de la calidad. Por ello deben poner todos los medios disponibles para asegurarla. Cuentan con diversos órganos consultivos para su planificación, control y mejora, que son las Comisiones Clínicas. Dentro de estas comisiones establecidas en España por Real Decreto 521 / 1987 donde se dispone el "Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de Hospitales" está la Comisión de Mortalidad [(1)]. Todas estas Comisiones están integradas en la Comisión Central de Garantía de Calidad.

En las Comisiones se puede hacer un excelente ejercicio de autoevaluación de la actividad asistencial.

Según este reglamento, las actividades a realizar por las Comisiones Clínicas son:

- ≡ Desarrollar líneas básicas de control y mejora de la calidad asistencial.
- ≡ Seguimiento de los aspectos más relevantes de la atención sanitaria.
- ≡ Elaborar indicadores, criterios y estándares.
- ≡ Detectar, jerarquizar y evaluar los problemas.
- ≡ Buscar sus causas.
- ≡ Formular recomendaciones.

En cuanto a la mortalidad, ha sido estudiada a lo largo de los siglos y utilizada para el estudio y la prevención de las enfermedades. La detección de un número apreciable de muertes por una determinada enfermedad puede ser un punto de llamada hacia su análisis en busca de las causas relacionadas y más allá para su prevención y erradicación. Por otra parte, un caso aislado, puede servir también como indicador de un fenómeno adverso que una vez analizado se puede corregir y evitar que se produzca en otros pacientes.

El análisis de la mortalidad hospitalaria es pues un gran instrumento para mejorar la calidad. Se pueden detectar problemas en los múltiples aspectos que abarca la asistencia hospitalaria y aportar ideas para las medidas correctivas. De esa manera se puede solucionar el problema o evitarlo allá donde se produce, porque las acciones a implantar pueden ser correctivas o preventivas.

La Comisión de Mortalidad, como instrumento de calidad, es un órgano esencial en la vida de un hospital, por ello, es importante potenciar su funcionamiento. Por supuesto que este análisis en ningún modo pretende fiscalizar las actividades profesionales.

En el Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" de Santander, esta comisión tiene un bagaje de años. En su última fase, en el año 2001, se aprobó el reglamento de funcionamiento en el que se regula la composición, sus funciones y sus reuniones [(2)]. Este reglamento siempre estará supeditado a la normativa que vaya surgiendo sobre la vigilancia y el control de la mortalidad así como a la normativa de funcionamiento de las comisiones del hospital. Desde entonces, con sus reuniones mensuales, la comisión ha estado llevando a cabo sus funciones de análisis de la mortalidad y de promoción de la autopsia y de las sesiones clínico-patológicas.

## Apartado 1

### COMPOSICION DE LA COMISION

Los miembros son personal en activo del hospital con experiencia profesional, criterios e interés en el asunto. Algunos miembros tienen responsabilidades de presidencia, secretario, y vocales, contando con la presencia del Coordinador de Calidad del hospital. Puede ser importante que sean rotatorios.

Los vocales son médicos de los diversos servicios del hospital, representando el mayor número de servicios. Están representados los servicios quirúrgicos, médicos y, dentro de éstos, los Servicios de Anatomía Patológica, Pediatría, Ginecología y Obstetricia. En muchos hospitales la Presidencia la asume un patólogo.

En el reglamento deben estar contemplados el modo de designación, renovación así como los derechos y límites de los miembros.

Entre las obligaciones de los miembros están la asistencia a las reuniones, así como la revisión de las historias. No hay ninguna duda de que uno de los puntos especiales a tener en cuenta es que todos los miembros deben respetar la confidencialidad de lo tratado en la comisión aún tras el cese.

### FUNCIONES DE LA COMISION

Es importante establecer las funciones de la Comisión. En nuestro hospital, son las siguientes:

1. Analizar las tasas de mortalidad hospitalarias y por servicios

2. Analizar las tasas de autopsias hospitalarias y por servicios
3. Analizar el proceso asistencial de los pacientes fallecidos
4. Evaluar las tasas de mortalidad posiblemente evitable
5. Promocionar el uso de la autopsia clínica
6. Fomentar las sesiones anatomoclínicas
7. Elaborar anualmente la memoria de actividades de la comisión.

Como consecuencia de esto se propone a la Dirección acciones de mejora y se evalúa la eficacia de las acciones implantadas.

#### **REUNIONES**

Las reuniones pueden ser de carácter ordinario y extraordinario. Habitualmente la Comisión se reúne una vez al mes con un orden del día previo. Los acuerdos se toman por consenso.

En los estatutos se contempla la posibilidad de convocar como asesores a diversos profesionales, en función de su especial conocimiento o dedicación a los temas a tratar. De todas las reuniones se levanta un acta. Todo lo tratado en la reunión mantiene el carácter confidencial.

En ocasiones resulta necesario y operativo la formación de Subcomisiones o grupos de trabajo específicos para abordar o analizar problemas concretos.

#### **OBJETIVOS**

González-González en su artículo del 2004 clasifica excelentemente los objetivos de esta Comisión en tres grandes grupos que pueden servirnos para seguir un esquema claro en cuanto al funcionamiento de la Comisión [(3)].

Estos grupos son:

- 1) Análisis de la mortalidad del hospital.
- 2) Promoción de la autopsia clínica.
- 3) Fomentar las sesiones clínico-patológicas.

### **1. ANALISIS DE LA MORTALIDAD**

La Comisión de Mortalidad es el lugar privilegiado donde se cuenta con todos los datos necesarios para realizar un análisis del paso del paciente por el hospital. Para ello se realiza un análisis de los pacientes fallecidos después de ser concluidos todos los estudios realizados, incluida en muchos casos la autopsia.

De este estudio de la historia se puede valorar la calidad de la asistencia desde los diferentes niveles que pueden ser estudiados: en la atención al paciente, en cuanto a la efectividad y resultados, la organización y la humanización. También en cuanto a la información, la utilización de recursos y procedimientos.

Para esta revisión hemos diseñado la FICHA DE MORTALIDAD. Esta reúne diversos apartados donde se estudia: la categorías diagnósticas clínica y AP, la concordancia clínico-patológica y se analiza el proceso asistencial en todo su conjunto.

Con estos apartados se elabora la hoja de revisión de historias o ficha de mortalidad, que facilita analizar todos los aspectos que van a ser valorados en su revisión. Cada hospital debe crear la suya propia en función de sus objetivos y sus necesidades. Tras el estudio de varios modelos de otros hospitales de Asturias, Cataluña así como de bibliografía, se llegó al diseño de la ficha.

Nuestra propuesta (Figura 1), después de los datos generales del enfermo y del motivo de la revisión, consta de una serie de apartados que revisan los distintos procesos que afectan a la asistencia del paciente, para evaluar la calidad.

1. En primer lugar se valora la Historia Clínica, importante documento que puede ayudar en muchas ocasiones a detectar áreas de mejora.
2. Curso evolutivo adecuado.
3. Resumen final tras el éxitus.
4. Medidas terapéuticas adecuadas.
5. Muerte por procedimiento diagnóstico o terapéutico.
6. Muerte previsible.
7. Detección de circunstancias relevantes y directamente relacionadas con la muerte del paciente: problemas estructurales, organizativos, indicación de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, exceso o falta de medidas terapéuticas, de comunicación e información, infección nosocomial y otros. En este último apartado se pueden ir añadiendo problemas que no encajen en los anteriores. Este registro es abierto y se pueden ir añadiendo en caso de detectar alguno importante del que se quiera hacer un seguimiento, como por ejemplo en su momento la estancia inadecuada, o hacer estudios específicos.
8. La autopsia es uno de los principales métodos de control de calidad y aprendizaje por lo

que se monitoriza la petición de la autopsia y su realización, y en ese caso la concordancia clínico-patológica.

9. Por último se especifica si se recomienda alguna aclaración a algún tema que haya salido en la revisión de la historia.

Cada uno de los problemas detectados tienen un código que irá escrito en la parte inferior de la hoja con su descripción. Esto facilita la entrada en una base de datos para su clasificación.

Esta ficha va fechada y firmada por el miembro de la Comisión que la ha revisado. Este registro, una vez traspasada la información a la base de datos, se destruye.

De esta revisión pueden surgir aquellos puntos que la Comisión propone como área de mejora en cualquier nivel. La propuesta se realiza a Dirección para que adopten las acciones preventivas o correctivas.

De la misma manera, se realizan propuestas de mejora a los servicios responsables de la asistencia.

La Comisión debe potenciar la realización de sesiones de mortalidad por unidades o servicios donde se autoanalice su propio proceso enviando un documento con las conclusiones.

La recogida de datos, como hemos dicho, se realiza a través de la revisión de historias. El tamaño de la muestra es establecido por cada Comisión. En nuestro hospital se revisa aproximadamente un 20% de las historias clínicas de los éxitus de cada año. En concreto, en el 2006, sobre una cifra de éxitus de 1619 se seleccionaron 477 historias (29,46%), de ellas a día de hoy se han revisado 331 (20,44% de los éxitus totales).

Existen una serie de indicadores utilizados por la Comisión para valorar la mortalidad: índice de autopsias totales, por servicios, los tipos (extrahospitalarias, judiciales, fetales, parciales, completas, neonatales precoces y tardías, lactantes, infantiles), los servicios que solicitan autopsias, los servicios con mortalidad sin autopsias, los servicios que alcanzan el estándar y grado de correlación clínico-patológica.

En el análisis de la mortalidad hay que tener en cuenta varios temas.

El primero de ello es la elección de CRITERIOS DE SELECCIÓN DE HISTORIAS CLINICAS. Se necesita identificar las áreas que presentan una mayor mortalidad a la esperada.

En nuestra comisión la selección se hace por varios motivos:

1. Selección de mortalidad total de forma aleatoria:

Por este medio se analizan:

- a. El 100% de pacientes con edad = 50 años
  - b. El 25 % de los pacientes con edades entre 51-65 años
  - c. El 10 % con edades entre 66-80 años
  - d. El 5 % mayores de 80 años
2. Las muertes intrahospitalarias de carácter judicial
  3. Los casos que generan reclamación
  4. Índice de mortalidad ajustada por riesgo (IMAR) > 1. Esta es la razón entre el número observado y el número esperado en defunciones en el hospital. El número mayor de uno indica que hay una mortalidad superior a la esperada.
  5. Grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) predefinidos (solo agrupados por patologías)
  6. En algunos casos a propuesta individual, de un servicio o institucional
  7. Los pacientes incluidos en los criterios de Holland, cuya tabla se puede ver a continuación.

#### **TABLA DE HOLLAND**

<b>ENFERMEDAD</b>	<b>EDAD</b>
ASMA (CODIGO 493)	5-64 AÑOS
APENDICITIS (540 A 543)	5-64 AÑOS
HERNIA ABDOMINAL (550 AL 553)	5-64 AÑOS
COLELITIASIS (574)	5-64 AÑOS
COLECISTITIS (575)	5-64 AÑOS
MORTALIDAD MATERNA (640 AL 676)	TODOS
MORTALIDAD PERINATAL (760 AL 769)	TODOS

Otro punto a considerar son los CRITERIOS DE VALORACION DE HISTORIAS CLINICAS. Existen varios puntos de valoración como: Patient Severity Index (PSI), POSSUM (Physiologic and Operative Severity Score for the Enumeration of Mortality and Morbidity) [(4)] y el análisis cualitativo del revisor y/o del médico interesado. Cada hospital adapta a sus necesidades y criterios estos puntos.

En cada reunión se comentan las historias revisadas por cada miembro y se discuten aquellas en las

que se haya detectado algún problema. Una vez discutidas, puede haber tres opciones: archivar la historia sin más, solicitar la valoración al médico responsable (para ello se elaboró una hoja que se envía al médico y servicio encargado de ese enfermo) (Figura 2) y tercera, enviar una propuesta de mejora a la Dirección.

En resumen, la **METODOLOGÍA** de la Comisión pues es la siguiente (Figuras 3 y 4):

- ✍ Revisión de historias
- ✍ Detección de incidencias (oportunidades de mejora)
- ✍ Petición ocasional de más información
- ✍ Análisis de problemas, objetivables y estructurados
- ✍ Propuesta de soluciones o acciones de mejora. Proyectos
- ✍ Canalización de estas propuestas (Subdirección Médica)
- ✍ Evaluación de la implantación de las propuestas
- ✍ Evaluación de la efectividad de las mismas

## **2. PROMOCION DE LA AUTOPSIA CLINICA**

Es tarea también e importante, la PROMOCION DE LA AUTOPSIA CLINICA [(5,6)]. Es clásico utilizar la autopsia como garantía de calidad asistencial, método docente y fuente de investigación.

Es importante en todo hospital valorar el índice de actividad en autopsias que sirve al análisis de la mortalidad y la concordancia clínico-patológica.

Sobre la tasa y número de autopsias estándar de un hospital hay mucho escrito, pero cual es el número ideal se puede extrapolar de la acreditación hospitalaria en USA donde se habla de una tasa del 20 % o 25% si el hospital es docente.

Fernández publicó un artículo donde se hace un cálculo del número y tasa estándar de autopsias teniendo en cuenta la tasa de mortalidad de cada Servicio [(7)]. Nuestro hospital tiene una Tasa de Autopsias del 12,06 % en el 2005 y del 10,81% en el 2006.

Otro punto importante que puede ser obtenido de las autopsias es la CONCORDANCIA CLINICO-PATOLOGICA. Goldman en 1983 clasifica las discrepancias en cinco tipos: TIPO I: discrepancia diagnóstica en la causa de muerte con impacto en la supervivencia, TIPO II: discrepancia diagnóstica en la muerte sin impacto en la supervivencia, TIPO III y IV: discrepancia en otros diagnósticos sin impacto en la supervivencia y TIPO V: no discrepancia [(8)]. Todavía hoy sigue siendo válida esta clasificación.

En relación con la CORRELACION CLINICO-PATOLOGICA, en 1998 Valdez y cols indican que "Los estudios postmortem son el mejor medio para establecer, confirmar, aclarar y corregir errores diagnósticos" [(9)].

Todavía hoy en el Medline se pueden encontrar múltiples artículos donde se estudian las discordancias clínico-patológicas y donde realmente se puede constatar que, a pesar de los nuevos métodos diagnósticos que surgen continuamente, todavía es importante el número de hallazgos inesperados importante para la vida del enfermo [(10,11)].

## **3. SESIONES ANATOMOCLINICAS**

Otro punto importante en el que participa la comisión es en la colaboración con la docencia del hospital mediante la promoción de las SESIONES ANATOMO-CLINICAS generales del hospital. Son muy importantes para la formación continuada y se realiza de forma periódica. Los tipos de casos que se llevan a estas sesiones son variados: casos muy recientes, de patología emergente además de enfermedades clásicas. La estrella de estas sesiones por su importancia docente son los casos cerrados que sirven como verdadero estímulo para la solicitud de autopsias. Sin duda que en ellas se puede analizar la concordancia clínico-patológica como parte de la mejora de la calidad asistencial.



FICHA N°: \_\_\_\_\_ MOTIVO: ALEATORIA

HISTORIA  
 Ingreso: \_\_\_\_\_  
 Exitus: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_  
 Servicio: \_\_\_\_\_  
 DIAGNOSTICO DE INGRESO: \_\_\_\_\_

COD		SI	NO
1	HISTORIA CLINICA COMPLETA		
2	CURSO EVOLUTIVO ADECUADO		
3	RESUMEN FINAL TRAS EL ÉXITUS		
4	MEDIDAS TERAPÉUTICAS ADECUADAS PARA EVITAR FALLECIMIENTO		
5	MUERTE POR PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICO		
6	MUERTE PREVISIBLE EN LA SITUACION CLINICA DE INGRESO DEL PACIENTE		
7	¿SE DETECTA ALGUN PROBLEMA, ERROR O FALLO RELEVANTE Y DIRECTAMENTE RELACIONADO CON LA MUERTE DEL PACIENTE?		
7 A	• ESTRUCTURAL		
7 B	• ORGANIZATIVO		
7 C	• INDICACION DE PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO/TERAPÉUTICO		
7 D	• EXCESO DE MEDIDAS TERAPÉUTICAS		
7 E	• FALTA DE MEDIDAS TERAPÉUTICAS		
7 F	• DE COMUNICACIÓN Y/O INFORMACIÓN		
7 G	• OTROS (ESTANCIA INADECUADA)		
7 H	• INFECCIÓN NOSOCOMIAL		
8	¿NECROPSIA REALIZADA?		
8 A	• EN CASO NEGATIVO: ¿CONSTA SOLICITUD DE NECROPSIA?		
8 B	• EN CASO POSITIVO: ¿CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA?		
9	¿SE RECOMIENDA SOLICITAR MÁS ACLARACIONES SOBRE EL ÉXITUS?		

CÓDIGO	PROBLEMAS DETECTADOS

Fecha: / / 2000  
 Firmado:

Figura 1 - HOJA DE REVISION DE HISTORIAS



**COMISIÓN DE MORTALIDAD**

**REVISIÓN DE LA MORTALIDAD POR SERVICIOS**



Nº Historia Clínica: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_  
 Fecha de egreso: \_\_\_\_\_  
**Motivo de selección:** \_\_\_\_\_  
**Diagnóstico al ingreso:** \_\_\_\_\_

El éxito se ha producido en: \_\_\_\_\_  
 Servicio responsable de la revisión del caso: \_\_\_\_\_

¿Se ha revisado el caso en sesión de mortalidad del servicio, sección o sección clínica?  SI  NO

Revisión de caso por parte de:  Una persona  
 Varias personas (al margen de una sesión formal)

**VALORACION Y PROPUESTAS (marcar todas las que se consideren adecuadas)**

¿Se detecta algún problema, error o falta relevante y directamente relacionado con la muerte del paciente?  SI  NO

En caso afirmativo, indicar el tipo de problema:

Estructural \_\_\_\_\_

Organizativo \_\_\_\_\_

De indicación de algún procedimiento \_\_\_\_\_

De aplicación de algún procedimiento

Exceso de medidas diagnósticas y/o terapéuticas:  SI  NO

Falta de medidas diagnósticas y/o terapéuticas:  SI  NO

De comunicación y/o información \_\_\_\_\_

Otras \_\_\_\_\_

Se trata de una muerte previsible al ingreso?  SI  NO

¿Se ha solicitado necropsia? (completar en caso de que no se requiera necropsia)  SI  NO

En caso de que haber realizado la necropsia:

¿Hubo concordancia entre el diagnóstico pre y post-mortem de la enfermedad principal del paciente?  SI  NO

¿Hubo concordancia entre el diagnóstico pre y post-mortem de la muerte?  SI  NO

¿Propone que este caso lo revise la Comisión de Mortalidad?  SI  NO

¿Prefiere comentar el caso en una Sesión de la Comisión de Mortalidad?  SI  NO

Otros comentarios: \_\_\_\_\_

Se prosigue, continuar al dorso

Santiago a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007

Firmado Dr. \_\_\_\_\_

Figura 2 - HOJA DE REVISION DE LA MORTALIDAD POR SERVICIOS



Figura 3 - Esquema de análisis.



Figura 4 -

## Apartado 2

### **RESULTADOS DE LA COMISION DE MORTALIDAD**

Del análisis de la mortalidad a lo largo de estos años se han detectado incidencias en el proceso asistencial de los pacientes que han llevado a proponer una serie de mejoras.

Los gráficos de mortalidad y autopsias de los últimos dos años están en la Intranet del hospital ([www.humv.es](http://www.humv.es)), junto con los índices de mortalidad y autopsias por Servicios. Este año se pretende incluir en los contratos de Gestión con los Servicios una tasa de autopsias ajustada a los índices de mortalidad (a menor tasa de mortalidad, mayor tasa de autopsias exigida).

Los problemas detectados hasta ahora tienen relación con diversos temas como la cumplimentación de las Historias Clínicas y su digitalización, el apoyo entre servicios médicos y quirúrgicos, problemas de traslados, de realización de determinadas autopsias por inadecuación de medios, falta de algún Comité del que se vio el interés de su funcionamiento, muertes con implicaciones forenses, estancias prolongadas, exceso de medidas terapéuticas en pacientes terminales o retraso en el diagnóstico.

Estos problemas detectados llevaron a una propuesta de mejoras que fueron llevadas a cabo como: mayor coordinación entre urgencias y planta de hospitalización, cobertura de medicina interna a especialidades quirúrgicas, mejorar la dotación y ubicación de los carros de parada, adecuación de medidas para la realización de autopsias (obesidad mórbida), sobrecargas de volumen relacionadas con terapia intravenosa, mejora de la informatización de las historias clínicas, refuerzo de medios diagnósticos.

Actualmente la Comisión de Mortalidad, por medio de su presidente, junto al resto de Comisiones Hospitalarias, está integrada en la Comisión Central de Garantía de Calidad.

## Apartado 3



## **CONCLUSIONES**

La creación de las Comisiones Hospitalarias como herramienta para la calidad fue importante. No hay duda de que el funcionamiento de estas comisiones en los hospitales aporta CALIDAD. Pero esta tarea no puede ser totalmente aceptable si no hay implicación de las Direcciones en aquellos puntos detectados que hay que cambiar para mejorar. De nada sirve que un grupo de profesionales voluntariamente se implique y trabaje en la revisión de los procesos si luego esto no revierte en unos cambios que ayuden en el trabajo de cada día y al paciente, y que de alguna manera animen al personal a seguir haciendo las cosas lo mejor posible (mejora continua).

## **Bibliografía**

- 1.- Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales Gestionados por el INSALUD. Real Decreto 521/87 de 15 de abril. Anexo nº 22 sec III.
- 2.- <http://www.humv.es/informacion/comites/b06mortalidad.htm>
- 3.- González-González MM. La comisión de mortalidad: la gran aliada del patólogo. Patología 2004; 37: 19-22
- 4.- Copeland GP, Jones D, Walters m y cols. POSSUM: a scoring system for surgical audit. Br. J. Surg. 1991; 78: 356-360
- 5.- Fernández Fernández F, Estebanez Gallo A, Mayorga Fernández M, Guerra Merino I. Objetivos e indicaciones de la autopsia clínica. Revista Electrónica de Medicina Intensiva, 2004; 4. <http://remi.uninet.edu/2004/01/REMIA011.html>
- 6.- Sirvent JJ, Blazquez S. Papel de la autopsia en la patología actual. V Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica. Conferencia. <http://conganat.uninet.edu/conferencias/C007/index.html>
- 7.- Fernández F. Método sencillo para calcular la tasa y el número de autopsias estándar de un Hospital. II Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica. <http://www.conganat.org/iicongreso/comunicaciones>
- 8.- Goldman L, Sayson R, Robbins S y cols. The value of autopsy in three medical eras. N Eng J Med 1983; 308: 1000-1005
- 9.- Valdez E, Arroyo E, Landero L. Concordancia entre el diagnóstico clínico y el patológico por necropsias. Salud Pública Mex. 1998;40:32-37
- 10.- Zarbo Rj, Baker PB, Howanitz PJ. The autopsy as a performance measurement tool—diagnostic discrepancies and unresolved clinical questions: a College of American Pathologists QProbes study of 2479 autopsies from 248 institutions. Arch Pathol Lab Med 1999; 123: 191-198
- 11.- Bombí JA. Número de autopsias clínicas y correlación clínico-patológica. Rev Esp Patol 2004; 37: 5-12