



# NuevoHospital versión

digital

## Sumario

### Conceptuales

#### Gestión analítica

**EVOLUCIÓN DE LA GESTIÓN ANALÍTICA (I) 2-5**

*M. Rodríguez*

**GENERALIDADES SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LA CONTABILIDAD ANALÍTICA EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA (II) 6-9**

*M. Rodríguez*

**LA AUTOPSIA 10-15**

*C. González del Rey*

### Gestión de procesos

#### Registro de caídas en pacientes hospitalizados:

**PROTOCOLO PARA LA REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS 16-18**

*M. E. Martín; B. Luque ; J.A. Martín; P. Alonso*

**PROTOCOLO DE REGISTRO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN 19-21**

*Comisión de Investigación y Protocolos*

**Recomendaciones para los autores 22**



## EVOLUCIÓN DE LA GESTIÓN ANALÍTICA (I)

*Margarita Rodríguez Pajares*

HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. ZAMORA

Unidad de Gestión Analítica

### I. HISTORIA DE LA CONTABILIDAD DE COSTES

La contabilidad de costes es una disciplina relativamente reciente, tiene una historia de aproximadamente dos siglos. Desde el punto de vista **científico** se sitúa a finales del siglo XIX y se origina para dar respuesta a los efectos provocados por la **Revolución Industrial** en el mundo de la empresa. Antes de la Revolución Industrial el proceso productivo era muy distinto, el empresario adquiría la materia prima y encargaba la actividad a los pequeños talleres artesanales para luego vender sus productos en el mercado. Prácticamente todas las operaciones eran **externas**, basadas en la relación del empresario, que además era el propietario de la empresa, con los pequeños artesanos que constituían la mano de obra. En fin, toda la actividad se representaba suficientemente por la **contabilidad financiera**. Pero con la Revolución Industrial las empresas adquieren sus propios talleres y contratan su propia mano de obra. De esta manera la actividad acaba por realizarse dentro de la empresa y esto lleva a la necesidad de controlar las distintas operaciones que se realizan durante el proceso productivo para por fin obtener el producto. Es ya necesario calcular el coste del producto para poder ponerle un precio. Nace así la **Contabilidad de Costes**.

Hasta la década de los sesenta, la principal preocupación de la contabilidad de costes se centra en el cálculo del **coste de los productos**, insistiéndose en la necesidad de obtenerlo con la mayor precisión posible. La información que salía de esta contabilidad se centraba en dar a conocer sencillamente pero de manera rigurosa la valoración de las existencias que la empresa producía.

En la década de los sesenta la economía a nivel occidental es óptima, sin precedentes. Empieza el consumo masivo en algunos productos que hasta ahora solo estaban en manos de unos pocos. Aparecen las poderosas **multinacionales**. Surge la necesidad de disponer de **métodos y mecanismos de gestión** que se perfeccionan continuamente para poder hacer frente a la cada vez más compleja estructura empresarial. La gestión evoluciona de forma permanente y rápida. Se hace imprescindible disponer de **fuentes informativas para la toma de decisiones**. La sola obtención del coste del producto ya no sirve para tomar cada una de las posibles y variadas decisiones a las que los directivos deben enfrentarse. Hay que calcular diferentes costes para los diferentes propósitos. Los directivos necesitan ya diferentes tipos de **informes**. La contabilidad de costes pasa a integrarse dentro de los dominios de la **Contabilidad de Gestión** y pasa a ser una parte de ella.



**En la década de los ochenta** se produce un gran avance en cuanto a la **organización de las empresas: La delegación de responsabilidades**. Ya no toman decisiones sólo los directivos sino los distintos responsables de las distintas partes de la empresa.

**En la época actual**, desde el punto de vista de la toma de decisiones, los sistemas de información utilizados o se han quedado obsoletos o son insuficientes para llenar el amplio caudal informativo que ahora se necesita. Esto es consecuencia del proceso de cambio en el mundo de la empresa que se caracteriza por lo siguiente:

- **Globalización** e internacionalización de los mercados.
- Creciente incertidumbre y turbulencia del entorno
- Aumento notable de la competencia.
- Demanda cada vez más exigente y selectiva.
- Aumento en el **catálogo de productos** ofertados por las empresas.
- Utilización de la **calidad** como estrategia competitiva diferenciadora.

## II. CONTABILIDAD DE COSTES/CONTABILIDAD DE GESTIÓN

**Contabilidad de costes**  recoge todas las corrientes económicas internas, igual que la contabilidad financiera recoge las externas. Establece unos grupos de costes o cajones que pueden ser servicios, productos, procesos, pacientes, etc...

**Contabilidad de Gestión**  recoge la información de la Contabilidad de Costes. Se entiende como un sistema informativo del que emanan una serie de informes relevantes para la toma de decisiones y adecuados según la decisión que se quiera tomar. La contabilidad de gestión, conocida en la terminología anglosajona como *management accounting*, es el proceso de identificación, medida, acumulación, análisis, preparación, interpretación y comunicación de la información financiera usada por la gestión para planificar, evaluar y controlar una entidad y asegurar el uso apropiado de los recursos y su contabilización.

## III. NECESIDAD DE DESCENTRALIZAR LA GESTIÓN

### A. PROBLEMAS QUE SURGEN EN LA SANIDAD ACTUAL:

- ⊗ Incremento del gasto.
- ⊗ Incremento de la burocratización.
- ⊗ Falta de flexibilidad en sus estructuras.
- ⊗ Insatisfacción de los profesionales.



Pueden estar provocados por el aumento, en un plazo medio, del número de personas que requieren los servicios de la sanidad. Los hospitales no son capaces de recoger adecuadamente la gran corriente de pacientes que acuden a los centros sanitarios. . Los pacientes demandan y exigen servicios rápidos y de calidad. La Sanidad pide cambios estructurales y de gestión.

## **B. DESCENTRALIZACIÓN DE LA GESTIÓN**

Se han producido a lo largo de estos años grandes avances en los equipos médicos y en la gestión, aumento de personal y personal más especializado, mejoras por tanto muy importantes en la **salud**. Todos estos cambios han sido rápidos y unidos a un **gran aumento de costes**.

Está claro que la solución al problema de gestión sanitaria puede estar en el **acercamiento** de la organización y la toma de decisiones a las necesidades del paciente. El que mejor sabe de las necesidades de los pacientes es el profesional que trabaja directamente con ellos, por lo tanto se requiere de estos profesionales una participación activa, y se les debe dar responsabilidad en este proceso, si no la tienen.

Estamos frente a cambios básicos y esenciales que precisa el sistema sanitario para conseguir mayores cotas de eficacia y de calidad en la atención a los ciudadanos. Nos encontramos frente al inicio de experiencias organizativas que pretende ser la base de un nuevo concepto de organización hospitalaria, **el hospital centrado en el paciente y el profesional como responsable de esa relación**.

*<sup>1</sup>“Aunque sean realmente necesarias, no tienen viabilidad, o son ficticias, las innovaciones que pretenden imponerse desde los despachos de las cúpulas directivas sin contar con un grupo de profesionales realmente dispuesto a materializarlas.”*

En el INSALUD en 1998 se experimenta con seis **institutos o áreas clínicas** en los que el nivel de descentralización es una agrupación de unidades asistenciales básicas. Se gestionan los recursos ellas mismas bajo la supervisión de un Coordinador. **Las Unidades de gestión clínica** son otro tipo de agrupaciones más descentralizadas, la unidad de descentralización es la unidad básica asistencial. GFH gestionado de forma completa por el responsable de la unidad. Es para hospitales que tienen mayor experiencia organizativa, buen nivel de homologación en contabilidad analítica, y una tradición de cultura de gestión. Estos modelos de organización, entre otras muchas cosas pretenden acercar a los profesionales a la gestión de los recursos provocando:

- ◆ Una cultura de participación y comunicación interna
- ◆ Una autonomía de gestión con exigencia de responsabilidades

---

<sup>1</sup> . Revista Gestión y Evaluación de costes sanitarios Vol.1("El papel del conocimiento médico en la reinversión sanitaria. Realidad y ficción de los institutos clínicos." Fernández-Avilés F. ICICOR)



#### Una autoevaluación y proyectos de mejora continuos

Para que todo esto se dé dentro de los hospitales y de una forma óptima el hospital debe de contar con unos elementos esenciales:

-  Apoyo de las unidades de admisión, de gestión de pacientes y de documentación.
-  **Sistema de información** orientado a la gestión clínica eficaz, oportuno y fiable.
-  **Gestión de costes**
-  **Cultura de gestión** dentro del hospital
-  **Cultura de evaluación** permanente.

Otra forma de agrupación y descentralización son los INSTITUTOS que consisten en la agrupación de servicios y especialidades en una única unidad de gestión, estructurada en función de criterios homogéneos de asistencia y cuidados y orientados a un tipo específico de procesos.

#### IV. - CONCLUSIÓN

Si la administración sanitaria no tuviera intención de innovar realmente el modelo actual de gestión, la participación entusiasta de los profesionales en las labores de gestión que se están experimentando acabaría por llevar a la frustración y sería contraproducente para el sistema.

#### V. - BIBLIOGRAFÍA

-  Contabilidad de costes y analítica de gestión para las decisiones estratégicas. Felipe Blanco Ibarra. Ed. Deusto. 6ª Edición . Año 1.999
-  Contabilidad Analítica. Costes, Rendimientos, precios y resultados. Carlos Mallo. Ministerio de economía y hacienda, Instituto de Planificación contable. 3ª Edición. Año 1986.
-  El papel del conocimiento médico en la reinversión sanitaria. Realidad y ficción de los institutos clínicos. Fernández Avilés F. ICICOR. Fundación Signo. Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. Vol.1/Núm.2/Nov 2000.
-  Contabilidad de costes y contabilidad de gestión. Volumen I. Ángel Sáez de Torrecilla, Antonio Fernández Fernández, Gerardo Gutiérrez Díaz. Ed. McGraw-Hill. Año 1.999.
-  Gestión Clínica INSALUD. Febrero 2001



# GENERALIDADES SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LA CONTABILIDAD ANALÍTICA EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA (II)

*Margarita Rodríguez Pajares*

HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. ZAMORA

Unidad de Gestión Analítica

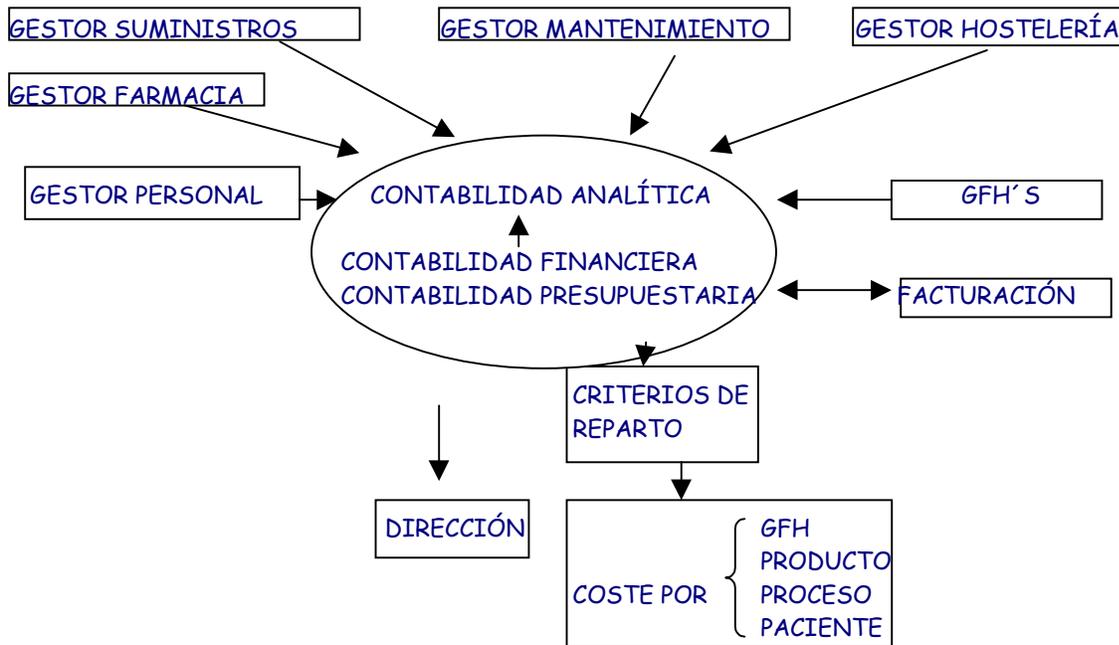
## I. ESTRUCTURA ACTUAL DEL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD

- ❖ **Contabilidad Financiera:** Controla los gastos en la empresa y se encarga de las relaciones con factores externos como los proveedores, arrendamientos, transportes, etc... Los desembolsos de recursos necesarios para mantener estas relaciones son los GASTOS.
- ❖ **Contabilidad Analítica:** Controla la cantidad de recursos consumidos por cada servicio del Hospital, pone precio a los productos, estudia cada movimiento económico-asistencial que se produce dentro de la empresa. También se denomina Contabilidad Interna porque los que hacen uso de ella son los que están dentro de la empresa y el objeto de estudio es también interno.
- ❖ **Contabilidad Presupuestaria.** Sicoss.: Los recursos económicos de los que se suministra una empresa pública son los presupuestos. La contabilidad presupuestaria que se lleva a cabo en el departamento llamado Sicoss es la encargada de recibir la información y posterior reparto de los Presupuestos.
- ❖ **Facturación y Cobros:** El Departamento de Facturación y Cobros es el encargado de facturar a los pacientes atendidos en el hospital susceptibles de facturación. Se entiende como el departamento que recoge los ingresos medibles del hospital. Una vez establecido por el departamento de contabilidad analítica el precio de cada uno de los productos del hospital, este departamento podría emitir una factura pormenorizada y muy exacta por el importe que cada paciente atendido ha consumido. Se habría llegado al coste por paciente.

## II. NUESTRA CONTABILIDAD ANALÍTICA

### A.- IMPLANTACIÓN Y EVOLUCIÓN

El Hospital Virgen de la Concha ha estado siempre a la vanguardia en los estudios que se vienen realizando desde el año 1.990 sobre la posible implantación de la Contabilidad Analítica a nivel nacional. Desde un principio se han ido estableciendo las bases para la consecución y puesta en funcionamiento de varios objetivos, unos más cercanos ya conseguidos como es la obtención de los costes por gfh's, los costes por producto y los costes por proceso y además caminando hacia un coste por paciente.



Los distintos tipos de costes sólo es posible obtenerlos a través de una línea racional de información que integra a todos los servicios del hospital. La Contabilidad Analítica será el punto de recogida y fusión de todos los datos, permitiéndonos la obtención real y a tiempo de aquellos costes.

En Marzo de 1990 se organizó un grupo de trabajo, el grupo SIGNO, que formado por cinco hospitales empezó a proyectar su experiencia a aquellos otros hospitales que dispusieran de unos medios informáticos mínimos. Se intentó una primera aproximación a la imputación de costes por grupos homogéneos. Para ello se hacía necesario dividir nuestro hospital en pequeñas partes que tuvieran sentido, es decir, fuimos desglosando la gran empresa que es el Hospital Virgen de la Concha en pequeñas empresillas a las que llamamos **Centros de Responsabilidad**.

## **B.- CENTROS DE RESPONSABILIDAD**

Constituyen unidades autónomas, independientemente mensurables en cuanto a los costes, actividad y responsabilidad en el marco del centro hospitalario. Una vez establecidos los que serían los CENTROS DE RESPONSABILIDAD se nombra un responsable, ejemplo:

*Del centro de responsabilidad de cirugía: El jefe de servicio (no identificamos responsable con jefatura aunque la mayoría de las veces, lógicamente, coincidan).*

Con lo que la estructura del hospital quedó dividida en Centros de Responsabilidad que dependiendo de la actividad que realizan se llamaron gfh's y se clasificaron en:

- GFH'S FINALES**
- GFH'S INTERMEDIOS**
- GFH'S ESTRUCTURALES**

**Los gfh's estructurales**, como por ejemplo Contabilidad, prestan sus servicios a los finales y a los intermedios, es decir, sirven de soporte.



**Los gfh's intermedios** realizan su actividad para los gfh's finales. Por ejemplo, el gfh de radiología general realiza 36 placas para el gfh final traumatología.

**Los gfh's finales** son los que realizan una actividad última. Por ejemplo: a la vista de esas placas el gfh final Traumatología de hospitalización pone el tratamiento y el enfermo se va de alta.

Además de haber clasificado el Centro Hospitalario identificando el proceso asistencial se puede clasificar también en varios niveles en cuanto a como se sitúan en el organigrama de la empresa, uno de estos niveles es el GFH o GRUPO FUNCIONAL HOMOGÉNEO o unidades mínimas de gestión que se caracterizan por tener una actividad homogénea, un único responsable, una ubicación física, unos objetivos propios y un código identificativo.

### **C.- GESTORES DE GASTO**

Una vez establecida la estructura hospitalaria se procedió a identificar a una serie de centros como GESTORES DE GASTO que son los responsables iniciales de todos los gastos de Hospital y estos gestores son:

SUMINISTROS  
PERSONAL  
FARMACIA  
MANTENIMIENTO  
HOSTELERÍA  
GESTIÓN ECONÓMICA

Cada coste debe de ir a parar a un GFH y desde un Gestor claramente identificado, es decir, no existe ningún coste que no esté controlado por un Gestor de Gasto ni ningún Gestor de Gasto que no envíe un coste a un GFH:

PERSONAL.....Distribuye mensualmente los haberes de las personas adscritas a cada GFH.

SUMINISTROS.....Distribuye mensualmente el consumo de material no inventariable, fungible o no, a los GFH's peticionarios.

FARMACIA.....Distribuye mensualmente el consumo de productos farmacéuticos a los GFH's pertenecientes a la División Médica.

MANTENIMIENTO.....Distribuye mensualmente el consumo de material, contratos y obras con empresas externas a los propios GFH's del servicio de Mantenimiento.

HOSTELERÍA.....Distribuye mensualmente el consumo de material de hostelería.

GESTIÓN ECONÓMICA.....Todo gasto gestionado por este servicio debe de estar identificado con el GFH al que se destina el gasto.



## D.- FACTURACIÓN DE COSTES

Hasta ahora hemos estudiado los costes que entran directamente a los servicios. Pero aún con esto no podemos saber el coste total de cada servicio sino solo una parte que son los costes directos.

Hay que realizarse tres preguntas:

- 1.- ¿ Para quién se gasta? Que será el GFH cliente.
- 2.- ¿ En qué se gasta? Que será el catálogo de productos.
- 3.- ¿ Qué cantidad se gasta? Que será la facturación interna.

Las unidades intermedias y las unidades estructurales dan soporte a las unidades finales, lo que significa que a los costes propios asignados a cada GFH debemos añadir los costes que se repercuten desde los GFH's intermedios entre sí o hacia los finales, y los costes que se imputan desde los GFH's estructurales.

La estructura de costes queda por tanto de la siguiente manera:

- 1.- COSTES PROPIOS.....**Los directamente asignados a los GFH's.
- 2.-COSTES REPERCUTIDOS.....**Los imputados o facturados por otros GFH's (laboratorios, radiología...) por la prestación de servicios vinculados a la actividad principal.
- 3.- COSTES ESTRUCTURALES.....**Los costes de estructura imputados siempre de forma estimativa y proporcional al volumen de actividad o de costes de cada GFH.

Hay que distinguir varios conceptos:

- 1. GFH Emisor:** Es el GFH que distribuye costes a uno o varios GFH's (por ejemplo, quirófanos a todos los servicios funcionales que componen cirugía). Un GFH final nunca puede ser emisor.
- 2. GFH Receptor:** Es el que recibe el coste de uno o más GFH's emisores. Un GFH final siempre es receptor.
- 3. Criterio de Imputación:** Es el criterio utilizado por cada GFH emisor para repartir el total de sus costes a los GFH's peticionarios o GFH's receptores.



## LA AUTOPSIA

**Carmen González del Rey Rodríguez**

HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. ZAMORA  
SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

\* Médico Especialista en Anatomía Patológica

### CONSIDERACIONES GENERALES

La autopsia demuestra un factor individual como causa de la muerte en un 50% de los casos; más de un factor en el 40% de los casos; y en el 10% restante el patólogo no encuentra causas anatómicas.

La autopsia encuentra discordancia entre la causa-enfermedad fundamental que indujo la muerte y la enfermedad diagnosticada en vida en el 10-20% de los casos. Si bien muchas de estas discordancias descubiertas en la autopsia no tienen trascendencia significativa, algunas podrían haber sido susceptibles de tratamiento de haberse hecho el diagnóstico en vida.

La mayoría de las autopsias corresponden a casos claramente probados clínicamente, tendrían, pues, un interés docente. Un pequeño porcentaje de autopsias corresponde al deseo familiar por posible compensación económica.

La realización de autopsias al azar de al menos el 10% de los fallecidos se considera un buen muestreo de la calidad asistencial. En la actualidad existe un claro declinar del número de autopsias que se practican, por varios tipos de razones:

- “técnicas” (las nuevas tecnologías diagnósticas son suficientes para conocer la causa de la muerte)
- “profesionales” (no se está suficientemente sensibilizado sobre su importancia)
- “sociales” (la autopsia se relaciona con un carácter violento de la muerte)
- “religiosas” (la autopsia no tiene utilidad para el fallecido)

**\* Autopsia:**

Estudio científico del cadáver para conocer los hechos, naturaleza y circunstancias de su muerte.

**\* Autopsia clínica:**

Procedimiento postmortem que estudia las alteraciones morfológicas de los órganos y tejidos como consecuencia de la enfermedad.

La que realiza un *patólogo* para responder a un *médico* ante muerte natural o muerte súbita.

*Muerte natural:* resultado de una enfermedad o proceso lo suficientemente conocido, prolongado, habitual y predecible como para explicar el fallecimiento.

*Muerte súbita:* que tiene lugar de modo insospechado, por su rapidez, evolución atípica, ausencia de asistencia, explicación o conocimiento médico.

**\* Autopsia judicial :**

La que realiza un *forense* para responder a un *juez* ante muerte violenta o muerte sospechosa de criminalidad.

*Muerte violenta:* que acontece por mecanismos, fuerzas o voluntades que irrumpen anormalmente en un organismo sano. Puede tener etiología accidental, suicida u homicida.

*Muerte sospechosa de criminalidad:* problema judicial, médico, psicológico o social.

### LEGISLACIÓN

\* *Ley Reguladora de las Autopsias Clínicas (21 de Junio de 1980).*

\* *Real Decreto que desarrolla la Ley Reguladora (18 de Junio de 1982).*



Lugares / Medios / Personal / Condiciones / Requisitos / Documentación (Certificado médico especial de muerte cierta)

Artículo 6 (RD, 18-6-1982) : “..... podrá realizarse la autopsia clínica cuando sea técnicamente posible y exista un interés médico en base a alguno de los siguientes supuestos:

- a) que un estudio clínico completo no haya bastado para caracterizar suficientemente la enfermedad.
- b) que un estudio clínico haya bastado para caracterizar la enfermedad suficientemente, pero exista un interés científico definido en conocer aspectos de la morfología o de la extensión del proceso.
- c) que un estudio clínico incompleto haga suponer la existencia de lesiones no demostradas que pudieran tener un interés social, familiar o científico.”

#### La sala de autopsias

- 1.- Superficie mínima de 20 m<sup>2</sup>.
- 2.- Mesa de autopsias con: agua corriente fría y caliente, sistema de aspiración, desagüe accesible, mecanismo antirretorno, iluminación eléctrica adecuada, ventilación directa o forzada y extractores de aire directos al exterior.
- 3.- Refrigeradores de cadáveres.
- 4.- Aseos con duchas de agua caliente y fría.
- 5.- Local de secretaría.
- 6.- Laboratorio histopatológico.
- 7.- Archivo.
- 8.- Mobiliario, utillaje e instrumental necesario.

### **DOCUMENTACIÓN DE AUTOPSIAS**

#### Documentos previos

- \* Certificado de muerte cierta (emitido por el médico que solicita la autopsia, haciendo constar día y hora del fallecimiento)
- \* Resumen de datos clínicos / Historia clínica
- \* Autorización de autopsia (familiar, por escrito)

#### Documentos posteriores

- \* Informe provisional: diagnósticos macroscópicos
- \* Informe definitivo (protocolo de autopsia):
  - estudio macroscópico
  - estudio microscópico
  - diagnósticos finales
  - correlación clínico-patológica

### **FINES DE LA AUTOPSIA**

- 1.- Determinar la naturaleza y extensión de la enfermedad.
- 2.- Investigar la causa principal de la muerte y procesos contribuyentes / secundarios / asociados.
- 3.- Establecer la correlación clínico-patológica.
- 4.- Comprobar los resultados de tratamientos médicos o quirúrgicos.
- 5.- Investigar enfermedades contagiosas, hereditarias o transmisibles, y relacionadas con el ambiente, trabajo o modo de vida.
- 6.- Control de calidad asistencial.
- 7.- Educación médica-investigación.
- 8.- Contribución a la mejora de la salud pública (estudios epidemiológicos - acciones sanitarias).
- 9.- Aporte de información y ayuda al sistema legal y judicial.



## **INDICACIONES DE LA AUTOPSIA (Colegio Americano de Patólogos –CAP-)**

- 1.- Complicaciones médicas desconocidas o no previstas.
- 2.- Causa de muerte no precisada con los datos clínicos.
- 3.- Ayuda a los parientes o para tranquilidad de la familia o de la opinión pública.
- 4.- Muerte no esperada o inexplicada.
- 5.- Fallecimientos tras cualquier procedimiento diagnóstico.
- 6.- Muertes aparentemente naturales en las que no se va a realizar autopsia médico-legal.
- 7.- Enfermedades infecciosas o de alto riesgo de contagio.
- 8.- Muertes en período obstétrico.
- 9.- Muertes perinatales o pediátricas.
- 10.- Investigación de una causa de muerte conocida o sospechada que pudiera afectar a receptores de transplantes.
- 11.- Muertes en las que se conoce o sospecha la participación de factores de riesgo ambientales u ocupacionales.
- 12.- Pacientes que hayan participado en ensayos clínicos.

## **TÉCNICA ESTÁNDAR DE LA AUTOPSIA**

- 1.- Examen externo del cadáver.
- 2.- Apertura de cavidades (craneal, torácica, abdominal).
- 3.- Examen interno del cadáver.
- 4.- Evisceración en bloque (Técnica de Letulle).
- 5.- Disección y estudio de los órganos.
- 6.- Toma de muestras para estudio microscópico, microbiológico, etc.
- 7.- Fotografías.
- 8.- Demostración de la autopsia.

## **INFORME DE LA AUTOPSIA**

- 1.- Resumen de la Historia Clínica.
- 2.- Examen externo del cadáver.
- 3.- Apertura de cavidades:
  - Cavity craneal
  - Cavity torácica
  - Cavity abdominal
- 4.- Examen macroscópico órgano-visceral.
- 5.- Diagnósticos macroscópicos.
- 6.- Examen microscópico por órganos.
- 7.- Diagnósticos microscópicos.
- 8.- Correlación clínico-patológica y causa de la muerte.
- 9.- Otros: microbiología, fotografías, estudios especiales, etc.

## **TIPOS DE AUTOPSIAS**

- \* AUTOPSIA TOTAL
- \* AUTOPSIA PARCIAL: dirigida exclusivamente a los órganos supuestamente implicados en la causa de la muerte.
- \* AUTOPSIA ECOGRÁFICA O ECOPSIA

## **AUTOPSIA PERINATAL**

AUTOPSIA MATERNA: fallecimiento durante la gestación, parto o en las 6 semanas postparto.

## **AUTOPSIA DE ALTO RIESGO**



## AUTOPSIA JUDICIAL

### AUTOPSIA CLÍNICA

Fines científicos  
Médico / familia  
Muerte natural  
Patólogo  
Dx-causa muerte

### AUTOPSIA JUDICIAL

Fines legales  
Juez  
Muerte violenta  
Forense  
Causa-circunstancias muerte

## ECOPSIA

### \* Concepto:

Estudio postmortem de los órganos por necropunción y necroaspiración dirigidos por ecografía.

### \* Ventajas frente a la autopsia clínica convencional:

- Mayor aceptación
- Más rápida y barata
- Menos riesgos
- Alta fiabilidad
- Mejores resultados en estudios citopatológicos, cerebros niños y lesiones partes blandas y osteomusculares

### \* “Desventajas”:

Las imágenes ecográficas en el cadáver son diferentes a las que se obtienen en vida.

### \* Indicaciones:

- Negativa familiar a la autopsia tradicional.
- Enfermedades contagiosas.
- Lesiones tejidos blandos o músculo-esqueléticas.
- RN (lesiones cerebro, aspiración o no).
- Derrames intracavitarios.
- Necesidad de procedimiento rápido y abaratar los estudios postmortem.

## AUTOPSIAS DE ALTO RIESGO

- \* SIDA, Hepatitis B y C
- \* Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob

Recomendaciones: Instalaciones, vestido, instrumental, personal, medios desinfección, manejo muestras, archivo.

Agentes biológicos del grupo 3 : “aquel que puede causar una enfermedad grave en el hombre y presenta un serio peligro para los trabajadores, con riesgo de que se propague a la colectividad y existiendo generalmente una profilaxis o tratamiento eficaz” (Directiva 2000/54/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de la Unión Europea, de 18 de septiembre de 2000, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo).



Instrucciones realización de autopsias en caso sospecha de EETH(Encefalopatía espongiforme tipo humano)

(Subdirección General de Atención Especializada, Ministerio de Sanidad y Consumo, 26 de Febrero de 2001)

\* Nivel de experiencia y dotación del hospital (en cada Comunidad Autónoma):

- 1.- Nivel neuropatológico 1 (NP1)  
Sólo autopsia.  
Tejido se envía a centro referencia.  
No neuropatólogo.
- 2.- Nivel neuropatológico 2 (NP2)  
Autopsia y estudio neuropatológico.  
Centro de referencia de material.  
Neuropatólogo.
- 3.- Nivel neuropatológico 3 (NP3)  
Autopsia y estudio neuropatológico.  
Centro de referencia de material.  
Banco de muestras de cerebros.  
Neuropatólogo.

\* Requisitos:

- 1.- Sala de autopsias (Legislación)
- 2.- Cumplimiento de normas de seguridad
- 3.- Recursos humanos necesarios:
  - patólogo
  - técnico o auxiliar
  - aconsejable tercera persona
- 4.- Medios de protección personal
- 5.- Recursos materiales específicos
- 6.- Examen del cerebro y estudio histopatológico

EETH ⇒ NP1:Autopsia

- Hospital General Yagüe de Burgos
- Río Hortega de Valladolid
- N<sup>a</sup> S<sup>a</sup> de Sonsoles de Ávila



NP2: Recepción del tejido

- Hospital General Yagüe de Burgos

Enfermedad variante de Creutzfeldt-Jakob ⇒ Autopsia y estudio histológico en la Fundación Hospital Alorcón

## CONTROL DE CALIDAD EN AUTOPSIAS

- 1.- Aumentar el interés de los profesionales médicos por las autopsias.
- 2.- Sesiones interdepartamentales.
- 3.- Sesiones intradepartamentales.
- 4.- Cumplimentación del registro de autopsias.
- 5.- Documentación previa.
- 6.- Demostración postmortem.
- 7.- Revisión aleatoria del 10% ó 2/mes.
- 8.- Informe preliminar (±48 h.).
- 9.- Informe definitivo (±30 días).



## ¿QUÉ INFORMACIÓN DE LA AUTOPSIA LE INTERESA O DEBE TENER LA FAMILIA?

- Conocimiento lo más real posible, sus beneficios y proceso administrativo.
- Disponibilidad del cadáver ( $\pm$  a las 2 h.).
- Los medios utilizados y traslado del cadáver en ningún caso gravoso para la familia.
- Garantía de trato correcto y respetuoso del cuerpo del fallecido y de no desfiguración manifiesta del cadáver.
- Garantía, una vez finalizado el estudio, de acceso al cadáver y la permanencia en las dependencias adecuadas.
- Derecho a un informe del resultado de la autopsia emitido por el Servicio de Anatomía Patológica.

## BIBLIOGRAFÍA

Budka, H. et al. : Tissue Handling in Suspected Creutzfeldt-Jakob Disease (CJD) and Other Human Spongiform Encephalopathies (Prion Diseases). Consensus Report. Brain Pathology 5: 319-322, 1995.

Ironside, J.W. and Bell, J.E.: The "high-risk" neuropathological autopsy in AIDS and Creutzfeldt-Jakob disease: principles and practice. Neuropathology and Applied Neurobiology, 22: 388-393, 1996.

McPhee, S.J. : The Autopsy. An Antidote to Misdiagnosis. Medicine, 75(1): 41-43, 1996.

Pacheco Cuadros, R. y cols.: La autopsia ecográfica o ecopsia. An. Med. Interna (Madrid), 17: 457-459, 2000.

Curso de Actualización de Anatomía Patológica para Técnicos de Laboratorio. Módulo de Necropsias. Coordinador : Andrés Sampedro. Oviedo, 1997.

Ley Reguladora de las Autopsias Clínicas de 21 de Junio de 1980.

Real Decreto que desarrolla la Ley Reguladora de 18 de Junio de 1982.

Directiva 2000/54/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de la Unión Europea, de 18 de Septiembre de 2000.

Instrucciones para la realización de autopsias en caso de sospecha de EETH. Subdirección General de Atención Especializada, Ministerio de Sanidad y Consumo, 26 de Febrero de 2001.



## PROTOCOLO PARA LA REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

**María Estrella Martín Fraile\***; **Bertila Luque Cabanillas\*\***; **José Antonio Martín Largo\*\***; **Pilar Alonso Alonso\*\***

HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. ZAMORA  
SERVICIO DE REHABILITACIÓN

\* Médico

\*\* Fisioterapeutas

Las caídas en enfermos ingresados en un centro hospitalario son un hecho real aunque la frecuencia sea relativamente baja y sus consecuencias raramente graves.

Hay que considerarlas como un serio **problema de salud** por sus repercusiones a nivel **personal** y en **costes institucionales**. Según la bibliografía consultada únicamente el 5% de las caídas producen lesiones graves o fracturas pero estas pueden limitar la movilidad del enfermo y repercutir en su autonomía originando una discapacidad temporal o permanente y en ocasiones, pueden aparecer complicaciones que agraven el pronóstico vital. Si la caída produce alguna lesión aumentará la estancia hospitalaria y generará pruebas diagnósticas y tratamientos adicionales, todo lo cual origina un aumento del gasto hospitalario.

Según la Organización Mundial de la Salud se define como caída la *consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad*.

Distinguimos dos grupos fundamentales de caídas, accidentales y no accidentales. Se produce una **caída accidental** cuando un factor extrínseco actúa sobre una persona alerta y sin dificultad para caminar, originando un tropezón o resbalón con resultado de caída. Las **no accidentales** pueden ser de dos tipos, aquellas en las que se produce una situación de pérdida súbita de conciencia en un sujeto por lo demás activo y aquellas que ocurren en personas con alteración de la conciencia o dificultad para la deambulación.

No todas las caídas pueden minimizarse o preverse. De forma general las caídas accidentales pueden ser prevenidas en parte modificando el entorno (en este caso el medio hospitalario). Dentro de las no accidentales podemos intentar adaptar o modificar algunos factores, pero las caídas que ocurren por una pérdida de conciencia momentánea no son previsibles al menos la primera vez que ocurren.

Uno de los objetivos generales de nuestro hospital, es el de reducir los sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, y dentro de él la reducción del número de caídas en pacientes hospitalizados. Garantizar la seguridad del enfermo y prevenir las caídas es un importante indicador de calidad hospitalaria. La introducción de programas de prevención supone una reducción en el número de estas.

Para la elaboración y puesta en funcionamiento de un protocolo de "**Reducción del número de caídas en pacientes hospitalizados**", se ha creado un grupo de trabajo formado por María Estrella Martín Fraile, Bertila Luque Cabanillas, José Antonio Martín Largo y Pilar Alonso Alonso, médico y fisioterapeutas del Servicio de Rehabilitación del hospital.

Pretendemos determinar la incidencia de caídas en el hospital, analizar las circunstancias acompañantes, los factores de riesgo y establecer un programa de prevención.

Este protocolo será desarrollado en dos fases, una primera (ya iniciada) de valoración de las caídas sucedidas en el hospital en el último año y una segunda fase de intervención para intentar reducir el número en el futuro.

En la **VALORACIÓN** se realizará un **registro de las caídas**. Para ello se ha creado una "**hoja de registro**" que ha sido distribuida a todas las supervisoras de áreas de hospitalización para que pueda



ser difundida y cumplimentada. Analizaremos las caídas ocurridas en el último año para estudiar la incidencia real y las circunstancias determinantes. A la vez que se estudiarán los factores de riesgo sobre los que se puede actuar.

(Lahoja de registro figura al final)

La fase de **INTERVENCIÓN** engloba tres puntos fundamentales, *la identificación de los enfermos de riesgo, las medidas preventivas a realizar y la monitorización del protocolo.*

La **identificación de los pacientes con riesgo** será el primer paso para la implantación del protocolo. Para determinar el riesgo individual de caída en cada ingresado se pretende crear una “escala de riesgo” que se pasará a todos los enfermos. Esta escala será de fácil uso para no sobrecargar al personal de enfermería que son los trabajadores que están en la primera línea de la prevención.

Las **actuaciones preventivas** se diseñarán una vez analizados todos los factores y las características del hospital

La incidencia real de las caídas puede ser difícil determinarla debido a la asociación errónea de caída y “mala praxis” por parte de los trabajadores del hospital, no declarando todos los casos que se producen.

Para el seguimiento del protocolo necesitamos y pedimos la colaboración de todos y en especial de aquellos de los que depende la atención directa del enfermo, como D.U.E y auxiliares de clínica, y del personal de documentación.



## REGISTRO DE INCIDENCIAS DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

UNIDAD – SERVICIO:

PEGATINA IDENTIFICATIVA

FECHA Y TURNO DE CAÍDA:

### 1. MOTIVO DE INGRESO:

(Marque con una X donde corresponda.)

### 2. ESTADO DEL PACIENTE:

Psíquico:

- Consciente
- Inconsciente
- Desordenado, agitado

Físico:

- Independiente
- Precisa ayuda para caminar o realizar AVD
- Encamado

Sensorial:

- No déficit auditivo/visual
- Déficit ligero (precisa lentes, audífono...)
- Déficit importante.

### 3. MEDICACIÓN:

- Fármaco de acción central- modificado en las últimas 48 horas.
  - Sí
  - No
- Otros-modificado en las últimas 48 horas
  - Sí
  - No

### 4. LUGAR DE CAÍDA:

- Habitación-baño.
- Zonas de exploración-intervención
- Otros (áreas recreativas, pasillos...)

### 5. ACTIVIDAD QUE REALIZABA. Describir brevemente (paso a sillón, intento de caminar...)

### 6. PROTECCIÓN PREVIO AL ACCIDENTE:

- Cuidador (sanitario o familiar)
- Medios de protección (barandillas, cinchas...)
- Ninguna

### 7. PERSONA QUE ENCUENTRA AL PACIENTE:

- Personal sanitario.
- Acompañante-familiar
- Otros (celador, limpieza...)

### 8. PERSONA INFORMADA INMEDIATAMENTE:

- Personal médico.
- Supervisora de Unidad.
- Otros (enfermeras, fisioterapeutas...)

### 9. MEDIDAS ADOPTADAS:

- Cuidador (sanitario o familiar)
- Medios de protección (barandillas, cinchas...)
- Ninguna

### 10. CONSECUENCIAS:

No lesión.

Lesión

- Contusión
- Herida
- Fractura



## PROTOCOLO DE REGISTRO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

### *Comisión de Investigación y Protocolos*

#### **Unidad de Investigación Clínico-Epidemiológica del Área de Salud de Zamora HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. ZAMORA**

La Comisión de Investigación del hospital Virgen de la Concha ha acordado establecer un protocolo de registro y gestión de Proyectos de Investigación en nuestro hospital. Dicho protocolo surge con el fin primordial de promover la investigación en nuestro centro y con los objetivos concretos de:

- Regular la demanda y utilización de información clínica.
- Organizar el empleo de recursos asistenciales en investigación y facilitar la dedicación a tareas investigadoras.
- Prever y resolver posibles conflictos éticos, de confidencialidad y propiedad intelectual.
- Promover rutinas de autocontrol de la calidad de la actividad investigadora.

Pretendemos, a través de ciertos requisitos impuestos por nosotros mismos, resolver cualquier limitación externa a la actividad investigadora (problemas para obtener documentación, conflictos entre servicios, problemas para la dedicación de tiempo y recursos asistenciales, etc.).

Por ello hemos diseñado un protocolo en el que se da autonomía completa al personal responsable de cada proyecto. Tan sólo se le exige la cumplimentación de una solicitud de registro a la que debe acompañar una memoria (no necesariamente extensa) del proyecto y en la que se declara la inexistencia de conflictos o requisitos sin resolver. Esta solicitud debe registrarse por duplicado en la Unidad de Investigación (una copia registrada es para el solicitante), contando a partir de ese momento el responsable del proyecto con un número de registro para justificar cualquier actividad relacionada con el proyecto (por ejemplo, solicitud de documentación clínica).

La responsable del registro será la secretaria de la Unidad de Investigación. La Comisión de Investigación a través de 2 personas delegadas revisarán los proyectos registrados y tan solo en caso de evaluación desfavorable notificarán dicha circunstancia al responsable del proyecto. La ausencia de notificación se considera a partir de 2 días del registro como una evaluación favorable. De esta manera se persigue que el registro sea más una disciplina autoimpuesta, en la que prevalece la declaración del responsable del proyecto, que una auditoría externa.

Con el registro de los proyectos se plantean varios aspectos que merece la pena ser comentados. Al responsable del proyecto se le solicita que declare si es preciso que el proyecto sea evaluado por el Comité Ético de Investigación Clínica o la Comisión de Investigación, si requiere el apoyo metodológico de la Unidad de Investigación, y si existen conflictos éticos, de manejo de datos personales protegidos o de propiedad intelectual.

Será imprescindible la aprobación por parte del Comité Ético de Investigación Clínica en todo ensayo clínico y en los proyectos en los que se generen conflictos éticos sobre el paciente. Requerirá la aprobación expresa de la Comisión de Investigación los proyectos que vayan a ser presentados a



Agencias de Financiación de Investigación o aquellos que puedan ocasionar gastos importantes o que consuman recursos extraordinarios en el hospital.

La solicitud o no de apoyo metodológico por parte de la Unidad de Investigación queda a criterio del responsable del proyecto. Cuando se solicite, se tratará de facilitar los medios necesarios para que dicho apoyo sea realidad, de forma prioritaria.

La declaración de la existencia o no de conflictos éticos, de manejo de datos personales protegidos (Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal) o de propiedad intelectual, queda a criterio del responsable del proyecto. En caso de que la evaluación por parte de la Comisión de Investigación o la aparición de reclamaciones o información posterior contradiga el anterior criterio se le notificará al responsable del proyecto.

La información sobre proyectos de investigación registrados será pública pero el acceso a las memorias de investigación restringido previa solicitud justificada a la Comisión de Investigación y consentimiento del responsable del proyecto.

Entendemos que el registro de todo proyecto conlleva el compromiso implícito de notificar los resultados del mismo a la Comisión de Investigación: memoria resumida del proyecto, comunicaciones, publicaciones, etc.



HOSPITAL "VIRGEN DE LA CONCHA". UNIDAD DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN

**SOLICITUD DE REGISTRO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Fecha de Petición:

N° de Registro:

**Datos de identificación:**

Apellidos y Nombre:	<input type="text"/>
Servicio / Dirección:	<input type="text"/>
Título del Proyecto:	<input type="text"/>
Teléfono (extensión):	<input type="text"/>

**Resumen del proyecto:** (Se recomienda presentar memoria en hoja/s aparte con los apartados: Antecedentes, Hipótesis, Objetivos, Utilidad, Metodología, Organización – Presupuesto)

**Declaración de requisitos / conflictos\*:**

¿Tramitado?

Precisa valoración por el Comité Ético de Investigación Clínica:	No:	<input type="checkbox"/>	Si:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Precisa valoración por la Comisión de Investigación:	No:	<input type="checkbox"/>	Si:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Precisa ayuda metodológica de la Unidad de Investigación:	No:	<input type="checkbox"/>	Si:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocasiona gastos no relacionados con la asistencia:	No:	<input type="checkbox"/>	Si:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implica manejo de datos de carácter personal protegidos:	No:	<input type="checkbox"/>	Si:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presenta conflictos de propiedad intelectual:	No:	<input type="checkbox"/>	Si:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Si existe cualquier requisito / conflicto debe tramitarse su valoración antes de iniciar el proyecto.

Firma del Responsable del proyecto:

Fecha de registro:  
Sello de la Unidad de Investigación:

**Visto bueno de la Comisión de Investigación:** (Se asume favorable salvo notificación por escrito en contra)

Evaluador Nombre:	<input type="text"/>
Firma:	<input type="text"/>

Fecha de evaluación:

Favorable: Si:  No:

(si es desfavorable)

Notificación tramitada: Si:  No:

(Entregar por duplicado)



## Recomendaciones para los autores

Recordamos que NuevoHospital publicará artículos relacionados con la Salud Pública y Calidad Asistencial.

Los trabajos se clasifican en:

- EDITORIALES
- CONCEPTUALES
- GESTIÓN DE PROCESOS
- TECNOLOGÍA
- CARTAS AL EDITOR
- MONOGRÁFICOS

Los trabajos que por su extensión e interés superen los 10 folios se publicarán como monográficos

Las normas para la publicación pueden consultarse en el Número 1 y en la web principal de la Unidad de Calidad ([www.calidadzamora.com](http://www.calidadzamora.com))

El principal objetivo de la revista está en facilitar la información para que esta llegue a todos y hacer pública la actividad del Hospital.

Todos los temas son interesantes. El Comité de Redacción anima a todos a participar, desde cualquiera de las áreas de trabajo.