

“REGLAS Y CONSEJOS” SOBRE BUENAS PRÁCTICAS PROFESIONALES EN ANATOMÍA PATOLÓGICA (*)

ADENDUM I

MANUAL DE AUTOEVALUACIÓN (EFQM)
CÓMO OTORGAR CRÉDITO A NUESTRA CALIDAD

ADENDUM II

DOCUMENTACIÓN DE AYUDA PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LOS
“REQUISITOS PARTICULARES PARA LA CALIDAD Y LA COMPETENCIA
(UNE-EN ISO 15189)” EN ANATOMÍA PATOLÓGICA

GRUPO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
(SEAP)

El Grupo de trabajo sobre Gestión de la Calidad y Acreditación en Anatomía Patológica fue constituido en septiembre de 2011 a propuesta de:

- *Ricardo González Cámpora, Presidente de la SEAP*
- *Santiago Nieto Llanos, Secretario de la SEAP*

Composición:

- *José Antonio Giménez Mas (coordinador)*
- *Agustín Acevedo Barberá*
- *Félix Arce Mateos*
- *Purificación Domínguez Franjo*
- *Magdalena García Bonafé*
- *Marcial García Rojo*
- *Carlos González Hermoso*
- *Teresa Hernández Iglesias*
- *Luis Martín Jiménez*
- *Antonio Martínez Lorente*
- *Javier Mateos Barrionuevo*
- *Fernando Pinedo Moraleda*

(*) “REGLAS Y CONSEJOS”, en alusión a la obra de Santiago Ramón y Cajal “Reglas y Consejos sobre investigación científica. Los tónicos de la voluntad”:

‘No imito a mis maestros, sigo sus pasos’ (Matsuo Basho).

“REGLAS Y CONSEJOS” SOBRE BUENAS PRÁCTICAS PROFESIONALES EN ANATOMÍA PATOLÓGICA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA (SEAP)

Presentación. Dr. Ricardo González Cámpora

Introducción

I. Descripción de estándares exigibles para la buena práctica de la Anatomía Patológica

1. Estructura del Servicio. Análisis de los Componentes Estructurales
2. El Sistema de Información. Requisitos mínimos
3. Protocolización diagnóstica

II. Gestión de la Calidad en Anatomía Patológica

1. El Cuadro de Mando. Concepto y estructura de los Indicadores
2. Indicadores específicos de Anatomía Patológica

I) INDICADORES DE FASE PRE-DIAGNÓSTICA

1. Consentimiento Informado PAAF
2. Rechazo de muestras
3. Muestras insatisfactorias PAAF y Citología ginecológica

II) INDICADORES DE LA FASE DIAGNÓSTICA

II a) Indicadores Internos

1. Muestras perdidas
2. Calidad de la tinción hematoxilina-eosina
3. Calidad de técnicas Inmunohistoquímicas (IHQ) y Técnicas Especiales (TE)
4. Consultas diagnósticas previas al informe

II b) Indicadores Externos

1. Control externo de las técnicas Inmunohistoquímicas
2. Control externo de las técnicas de Patología Molecular

III) INDICADORES DE LA FASE POST-DIAGNÓSTICA

III a) Aseguramiento interno de la calidad diagnóstica

1. Protocolos diagnósticos, seguimiento
2. Correlación diagnóstico intraoperatorio – diagnóstico definitivo
3. Correlación PAAF – biopsia posterior
4. Correlación diagnóstico en muestra endoscópica – pieza quirúrgica
5. Correlación citología cervicovaginal – biopsia
6. Revisión sistemática interna de estudios diagnósticos
7. Seguimiento de la Comunicación de

- diagnósticos anatomopatológicos críticos (alertas)
- III b) Aseguramiento externo de de la calidad diagnóstica
 - 1. Control externo del diagnóstico (módulos de diagnóstico)
 - 2. Registro de Discusión interdepartamental postdiagnóstica (seminarios, comités, etc.)
- IV) ANEXOS
 - 1. Análisis de la Discrepancia / Error en Anatomía Patológica
 - 2. Modelo de Consentimiento informado PAAF
 - 3. Modelos de encuesta de satisfacción de clientes (4 modelos)

ADENDUM I

Manual de Autoevaluación (EFQM). Cómo otorgar crédito a nuestra Calidad

ADENDUM II

- 1. La Acreditación de la Calidad como vía hacia la excelencia
- 2. Documentación de ayuda para la cumplimentación de los “Requisitos particulares para la calidad y la competencia (UNE-EN ISO 15189)” en Anatomía Patológica

PRESENTACIÓN

El proyecto **“Reglas y consejos” sobre buenas prácticas profesionales en Anatomía Patológica** surge como un compromiso adquirido con la administración (Subdirección General de Calidad y Cohesión del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) ante la falta de reglamentación específica para la acreditación de las unidades de Anatomía Patológica, ya que los estándares y recomendaciones de calidad y seguridad en laboratorios clínicos no son de aplicación en nuestra especialidad.

En septiembre de 2011, a propuesta de la Comisión Ejecutiva de la SEAP, se encargó a la Vocalía del Libro Blanco, coordinada por el Dr. Giménez Mas, la formación de un grupo de trabajo sobre Gestión y Acreditación de la Calidad, con la finalidad de desarrollar un proyecto específico sobre “Calidad y Acreditación de la Calidad en los Servicios de Anatomía Patológica” que contase con la participación de patólogos y técnicos expertos en temas de gestión y de acreditación de la calidad y que aglutinara los proyectos específicos ya desarrolladas en determinadas comunidades autónomas.

Este proyecto, que presentamos ahora publicado en nuestra página web, se ha venido desarrollando a largo de estos dos últimos años a través de reuniones en la sede y de numerosos intercambios de información vía e-mail. Se sustenta en una amplia base de aceptación de Buenas Prácticas Profesionales que se han considerado necesarias para poder acometer el proceso de Acreditación según la norma UNE-EN ISO 15189.

Previamente, un adelanto del proyecto en fase de borrador fue comunicado en febrero del presente año a través de la misma página web con el fin de recoger opiniones que pudieran contribuir a enriquecer su contenido. La edición actual, a parte de pequeñas correcciones, incorpora un módulo de autoevaluación que, basado en el modelo de Calidad EFQM, se constituye como una valiosa herramienta de autoconocimiento que facilita la planificación de la adquisición progresiva de nuevos logros.

Con el presente documento, la Sociedad Española de Anatomía Patológica pretende establecer una serie de normas y principios que puedan servir como punto de referencia para el establecimiento de un Sistema de Calidad apropiado a nuestra especialidad a la vez que facilitar modelos de estándares e indicadores de calidad que promuevan la mejora continua.

Queremos agradecer al Dr. José Antonio Giménez Mas la dedicación y empeño por llevar a delante este proyecto que, sin duda, será de gran utilidad para la práctica y desarrollo de nuestra especialidad.

A todos los contribuyentes nuestro agradecimiento por su trabajo y generosidad en pro del desarrollo de nuestra sociedad.

Ricardo González Cámpora
Presidente de la SEAP-IAP

INTRODUCCIÓN

El presente manual trata de orientar a los servicios de anatomía patológica, y a sus líderes y dirigentes, para emprender o consolidar el camino de la excelencia clínica y de gestión. Para ello, la Junta Directiva de la SEAP promovió la formación de un grupo de trabajo que elaborara un conjunto de herramientas facilitadoras de la comprensión y de la forma de estructurar un modelo organizativo flexible pero estandarizado y validado internacionalmente.

Su primer objetivo fue establecer elementos para la asunción de una política de Buenas Prácticas Profesionales apoyada en puntos de vista comunes y consensuados que nos permitieran experiencias comparativas y de mutuo aprovechamiento. El abordaje inicial se dirigió a la estructura y organización de la Unidad de Anatomía Patológica (UAP) así como a la protocolización técnica y diagnóstica, es decir, la actividad anatomopatológica propiamente dicha. Pero esto no es suficiente, es sabido que el éxito de nuestros objetivos profesionales radica también en la correcta ejecución de los procesos pre-diagnósticos (toma de la muestra, condiciones de envío, fijación, información clínica, etc.) y post-diagnósticos (informe, recomendaciones, distribución, etc.), por lo que también estos procesos han sido objeto de nuestra atención.

Una estructura organizativa adecuada no puede ser estática. Su propia dinámica debe indagar sobre los resultados obtenidos y estar abierta a los cambios necesarios si estos son insatisfactorios. La asunción de una política de Mejora Continua es la mejor garantía de progreso y ésta se apoya en una selección adecuada de indicadores como instrumento de conocimiento y evaluación. Nuestra propuesta, en sintonía con el objetivo ya mencionado de compartir experiencia, es compartir también definiciones y modo de abordaje de los indicadores. Aportamos algunos de ellos con la intención de que sean perfeccionados por el uso y la experiencia de todos.

Implantar una sistemática de buenas prácticas profesionales, o en su caso un sistema de calidad de excelencia, requiere identificar objetivamente las áreas específicas sobre los que hemos de trabajar para aproximarnos al nivel deseado. A este respecto, la Consejería de Sanitat Valenciana, recogiendo el testigo del antiguo INACEPS junto a un grupo de patólogos valencianos, nos han proporcionado una herramienta de enorme valor: Su minucioso cuestionario de autoevaluación, basado en el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management) y con muy escasas adaptaciones, pone en nuestras manos la posibilidad de orientar el proceso desde una posición muy avanzada de autoconocimiento. Esta aportación se desarrolla en el Adendum I.

El conjunto o una parte de nuestra actividad profesional puede ser sometida a la evaluación de una organización externa e independiente. Asumir este reto puede ser una opción voluntaria, pactada con la institución, para incentivar la mejora y la satisfacción profesional pero puede ser también una exigencia de nuestros gestores (administración o empresa gestora de salud) para infundir confianza a los usuarios y al sistema en su conjunto. En ambos casos, el presente manual pretende también ser un elemento facilitador ya que nuestra propuesta de implementación de Buenas

Prácticas Profesionales comparte y está inspirada en estándares establecidos por Normas de Acreditación.

De hecho, ya en el Libro Blanco 2011 (Arce y cols, 2011) se propuso que la vía de Acreditación más adecuada para nuestra especialidad, precisamente por su alto nivel de exigencia técnica, fuera la Norma UNE-EN ISO 15189. Ello, a pesar de que esta norma (que incluye entre sus objetivos las actividades propias de nuestra especialidad) fue pensada y diseñada primariamente para los laboratorios de análisis clínicos, planteando por ello problemas de aplicabilidad que requieren ser superados.

La Anatomía Patológica se apoya sobre complejos y sofisticados procedimientos cuyo seguimiento y adecuación requieren ser evaluados y controlados, pero la decisión diagnóstica dista mucho del automatismo y de la objetividad analítica de las especialidades de laboratorio. Ha sido necesaria una relectura de la Norma en clave anatomopatológica, poniendo en su justo lugar exigencias que en nuestra especialidad podrían no considerarse claves, pero haciendo énfasis, por el contrario, en la estandarización y protocolización diagnósticas y en el diseño de indicadores adecuados sobre los que garantizar nuestra competencia técnica.

Por otro lado, los aspectos más generales de la Norma, tal vez más burocráticos pero imprescindibles, constituyen para el profesional la parte más tediosa del proceso. Para allanar dificultades, la SEAP ha establecido una vía de colaboración con la consultora Instrumentos Científicos S.A. (ICSA) quien bajo su asesoramiento ha elaborado una serie de directrices a modo de documentos puente que tratan de acercar los puntos de la Norma 15189 a la visión de los patólogos. Estas directrices se recogen en el Adendum II.

Durante la elaboración de este documento, la SEAP ha intentado aglutinar las iniciativas ya en curso sobre Calidad en Anatomía Patológica de las Comunidades Autónomas, fomentando la convergencia de todas en un proyecto común y representativo de la Anatomía Patológica del Estado.

Por otra parte, a través del presidente y del secretario de la Junta Directiva de la SEAP, cuya presencia e implicación ha sido permanente en las actividades del grupo de trabajo, se han mantenido contactos informativos con la Subdirección General de Calidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y con la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC), contactos que han contribuido notablemente a perfilar y consolidar nuestros avances y a reafirmarnos en la propuesta que presentamos.

I.

DESCRIPCIÓN DE ESTÁNDARES EXIGIBLES PARA LA BUENA PRÁCTICA DE LA ANATOMÍA PATOLÓGICA

1. ESTRUCTURA DE LA UNIDAD DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
ANÁLISIS DE LOS COMPONENTES ESTRUCTURALES
2. EL SISTEMA DE INFORMACIÓN. REQUISITOS MÍNIMOS
3. PROTOCOLIZACIÓN DIAGNÓSTICA

I.1

ESTRUCTURA DEL SERVICIO. ANÁLISIS DE LOS COMPONENTES ESTRUCTURALES

Definimos buenas prácticas en anatomía patológica como el conjunto de normas, estructuras organizativas y de gestión del conocimiento, que aseguran la emisión del mejor informe final posible para cada paciente.

La implementación de buenas prácticas debe empezar por adecuar la práctica a la normativa legal y preparar a las personas a la aceptación de cambios. Su expresión práctica es un Sistema de gestión de calidad que debe apoyarse en una estructura departamental mínima que tenga en cuenta tanto los Recursos disponibles (humanos y materiales) como el Producto de su actividad.

1. Recursos Humanos

- I. Organigrama general la Unidad de Anatomía Patológica
- II. Personal
 - a) Patólogos
 - b) Titulados superiores no especialistas
 - c) Médicos Residentes (MIR)
 - d) Técnicos
 - e) Administrativos
 - f) Otros

2. Recursos Materiales

- a) Equipamiento básico
- b) Equipamiento especializado

3. Áreas Asistenciales Especializadas¹

(Si se han implantado en el Servicio)

Por ejemplo,

- Neuropatología
- Nefropatología
- Dermatopatología
 - D. Inflamatoria
 - D. Tumoral
- Citopatología
 - C. General
 - C. Ginecológica
 - PAAF
- Patología pediátrica
- Patología digestiva
 - General
 - Patología biliopancreática
 - Patología colorrectal
- Patología respiratoria
 - Tumora
 - Neumopatías intersticiales
- Hematopatología

- Patología de cabeza y cuello
 - Patología de la mama
 - Patología ginecológica
 - Uropatología
- Etc.

4. Actividad Asistencial

a) Unidades Funcionales²:

I. Biopsias y Patología Quirúrgica

- a) Biopsias y piezas quirúrgicas (procesamiento estándar)
- b) Biopsias intraoperatorias
- c) Informes complementarios (revisión)³
- d) Otras (procesos especiales, etc.)

II. Citologías

- a) Citología Generales (no cérvico-vaginales)
- b) Citologías Ginecológicas (cérvico-vaginales)
- c) Punción Aspiración con Aguja Fina (PAAF)
 1. Puncionada por el patólogo o con su asistencia
 2. Puncionada sin asistencia del patólogo

III. Autopsias

- a) Adulto (completa)
- b) Neuropatología (sólo SNC)
- c) Parcial (una o dos cavidades)
- d) Pediátrica (entre 1 y 18 años)
- e) Perinatal (desde 22 semanas de gestación y/o 500 g hasta 28 días)
 1. Neonato (NN)
 2. Mortinato (MN)
- f) Fetal (desde 12 semanas hasta 22 semanas de gestación y / o 500 g)
- g) Alto riesgo

IV. Patología Molecular (especificar)

V. Otras técnicas especiales (Microscopía Electrónica y otras)

b) Muestras: Estructura ajustada a categorías del Catálogo de Muestras de la SEAP⁴

c) Procedimientos: Estructura ajustada al Catálogo de Procedimientos de la SEAP⁴

d) Indicadores mínimos de Actividad:

- Número total de Casos (pacientes, episodios)
- Número total de Muestras (envases)
- Número de Casos por Servicio de procedencia
- Número de Muestras por Servicio de procedencia
- Ratio de Muestras por Caso (muestras / casos)
- Número de Muestras clasificadas según categorías del catálogo de la SEAP

- Número de Procedimientos clasificados según categorías del catálogo de la SEAP
- 5. Adecuación Recursos Humanos/Carga Laboral según referencias de la SEAP
Esta sección trata de evaluar brevemente la idoneidad y adecuación de los recursos existentes a las necesidades del Servicio, cuyo defecto podría condicionar la obtención de los resultados de calidad comprometidos. Como referencia pueden utilizarse las recomendaciones del Libro Blanco.
- 6. Protocolización técnica y diagnóstica. Definir, planificar y proponer.
- 7. Actividad Docente
Breve descripción de la actividad docente pre-grado, post-grado y MIR.
Programa de Formación Continuada. Planificación y Registro
- 8. Actividad Investigadora
Breve descripción de la misma.

NOTAS:

- (1) Áreas Asistenciales Especializadas, solas o por agrupaciones de patologías compartidas por los mismos patólogos (por ej. Nefro+uro, partesblandas+linforreticular, etc.).
- (2) La SEAP recomienda estructurar la Acreditación de la Calidad por Alcances equivalentes a estas Unidades Funcionales (I, II, III, IV, V).
- (3) La mera información adicional de resultados de técnicas complementarias debe ser considerada 'Nota adicional'. El concepto 'Informe complementario' incluye una revisión amplia del caso a propuesta del clínico, comités, etc.
- (4) La SEAP recomienda a proveedores de Sistemas de Información de Anatomía Patológica la implementación en sus sistemas de la versión vigente de su Catálogo a cuyos ítems se asocia codificación SNOMED-CT.

I.2

EL SISTEMA DE INFORMACIÓN. REQUISITOS MÍNIMOS ESPECÍFICOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

El Servicio de Anatomía Patológica debe disponer de un Sistema de Información (SIAP) adecuado a sus necesidades así como de los equipamientos informáticos necesarios e integrarse con otros sistemas de información externos, por ejemplo comités, registros, banco de tumores, y especialmente con la Historia Clínica del paciente.

El SIAP es un instrumento de gestión complejo que incluye:

- El diseño del sistema integrado de gestión de pacientes.
- El sistema de gestión y explotación de informes anatomopatológicos.
- El sistema de gestión de datos de producción.
- Los dispositivos de aseguramiento de la trazabilidad.

En un futuro próximo, el SIAP deberá además integrar gestión de la calidad de las técnicas (IHQ y otras), la gestión de imágenes macro y microscópicas, incluidas las preparaciones digitalizadas y la telepatología como herramienta de consulta interprofesional, segunda opinión e intercomparación diagnóstica o control externo del diagnóstico exigido por los Sistemas de Acreditación de la Calidad como la Norma UNE-EN ISO 15189.

Los profesionales del Servicio de Anatomía Patológica que registran datos en los sistemas de información, deben recibir la formación necesaria para su adecuado manejo.

En general, el Sistema de Información debe:

Integrar todas las unidades funcionales del servicio y gestionar la emisión de todos los informes anatomopatológicos con terminología, siglas y codificación compartida, definida y registrada.

Disponer de herramientas de facilitación del trabajo diario, por ejemplo, listas de tareas pendientes por operador, automatización de procesos rutinarios, y herramientas de gestión basadas en la explotación de los datos así como sistemas que permitan la exportación de los mismos.

Adoptar el sistema de codificación internacional SNOMED-CT (*) para muestras, procedimientos, técnicas y diagnósticos.

Tender a incorporar progresivamente los avances tecnológicos del momento, por ejemplo sistemas de reconocimiento de voz, petición y generación electrónica del informe, sistema de alarmas, sistema de trazabilidad de las muestras, firma autenticada mediante certificado digital, digitalización, examen y archivo de porta-objetos, etc. (véase Badal et al. En el Libro Blanco-2011), todo ello en un contexto de máxima seguridad tanto para la muestra como para los datos del paciente. La

confidencialidad debe ser garantizada siguiendo las directrices de la Ley Orgánica de Protección de Datos (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal).

Integrar, por sí mismo, o por medio de las necesarias conexiones, al soporte informático que gestiona la Calidad del Servicio. Cualquiera que sea el modelo elegido por cada servicio de salud o servicio de anatomía patológica, el SIAP ha de convertir el flujo de datos en variables que alimentando el Cuadro de Mando facilite la gestión de la Calidad.

La SEAP, ante los desarrolladores de *software*, promoverá la homogenización de los datos primarios así como la generación de variables predefinidas para hacer posible:

- La intercomparabilidad de estándares de producción y calidad
- El *benchmarking* y aprendizaje de las mejores prácticas entre servicios de anatomía patológica.

En concreto, y por áreas de actuación, el Sistema de Información debe cumplir los siguientes requisitos:

UNIDAD PETICIONARIA

Salvo peticiones extrahospitalarias, la Unidad Peticionaria deberá haber registrado los datos del paciente en el sistema de gestión hospitalario de forma que sea a través de los Sistemas de Información del Hospital como se incorporen al Servicio todos los parámetros que sean relevantes. En la medida en que los avances técnicos lo permitan, debe tenderse a la implantación de la petición electrónica.

Todo estudio anatomopatológico debe incorporar nombre del paciente, número de historia clínica, DNI, nº SS, Tarjeta Sanitaria, CIP, (al menos doble identificador), datos clínicos relevantes y niveles de urgencia (por ejemplo, normal, urgente, intraoperatoria). La muestra accederá al servicio de Anatomía Patológica con una etiqueta identificativa mostrando datos administrativos con un código de barras identificador del paciente y la identificación de la muestra.

AREA DE REGISTRO DE LAS MUESTRAS

El Sistema de Información debe gestionar la aceptación y registro de las muestras así como el rechazo de las mismas de acuerdo con unas normas previamente establecidas.

La muestra debe acceder al Servicio de Anatomía Patológica convenientemente identificada.

1. En el área administrativa se registrará el caso y se identificará con el objetivo de establecer vínculo con los datos de los Sistemas de Información del Hospital.
2. El Sistema de Información deberá permitir generar automáticamente un nuevo registro que incluya todas las muestras relacionadas y obtenidas en una misma actuación médica de la misma fecha.
3. El Sistema de Información generará etiquetas con identificación independiente para cada uno de los envases de un episodio.

4. La etiqueta debe incluir:
- Número de episodio.
 - Número de envase e identificación de la muestra
 - Identificación de la fecha y hora del registro de la muestra.
 - Nombre y apellidos del paciente.
 - Identificación del médico o servicio solicitante.

UNIDAD DE MACROSCOPIA

Es deseable y recomendable disponer de un punto informático en la zona de macroscopía para poder disponer de información complementaria y para facilitar la implementación de los sistemas de trazabilidad de las muestras, e incorporar el dictado de las descripciones y las fotografías macroscópicas al episodio del paciente.

Asignación automática del código SNOMED-CT (*) correspondiente a cada una de las muestras.

Cada informe macroscópico debe incorporar la posibilidad de establecer: nivel de urgencia, número de casetes, número de fragmentos de cada casete, posibilidad de ordenar protocolos técnicos predefinidos según el tipo de la muestra: biopsia renal, muscular, biopsia nervio periférico, biopsia hepática, ganglio centinela, etc.

Posibilidad de acceder a la impresión automática en cascada de casetes utilizando varios tipos de color y rejilla según tipos de muestra y nivel de urgencia.

El Sistema de Información incorporará la trazabilidad de las muestras en el proceso de inclusión en parafina, corte y tinción (incluidas técnicas especiales e IHQ).

Grabación del informe macroscópico en audio digital con vinculación automática permanente al episodio del paciente, sistema de reconocimiento de voz o introducción manual de datos a través de pantalla táctil según protocolo.

UNIDAD DE MICROSCOPIA

La estación de trabajo del patólogo debe incluir todas las herramientas necesarias para el estudio anatomopatológico con acceso directo al histórico del paciente dentro del Servicio, historia clínica del paciente, petición del estudio, visualizar, en su caso, la trazabilidad del análisis de la muestra en sus distintas fases y disponer de peticionario de las distintas técnicas especiales sin soporte papel con posibilidad de establecer protocolos predefinidos.

El Servicio de Anatomía Patológica debe promover y garantizar la homogeneidad y calidad de la información por medio de plantillas preformadas de estudios microscópicos y diagnósticos con vinculación automática a los códigos SNOMED-CT.

Grabación del informe definitivo en audio digital con vinculación automática permanente al episodio del paciente, sistema de reconocimiento de voz o introducción manual de datos según protocolo.

ESTÁNDARES PARA EL FORMATO DEL INFORME ANATOMO-PATOLÓGICO

Basado en las recomendaciones de ADASP para informes de patología quirúrgica, extrapolables a citologías y PAAF.

LISTADO DE EPÍGRAFES QUE DEBEN SER INCLUIDOS EN TODOS LOS INFORMES:

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y DEL ESPÉCIMEN	
1. Información demográfica: ítems	
• Nombre del paciente	
• Ubicación del paciente (Servicio, consulta, domicilio)	
• Sexo	
• Edad o fecha de nacimiento	
• Identificación del médico que envía el caso	
• Régimen económico el paciente	
2. Número AP del caso en la cabecera del informe en todas las páginas, clara y fácilmente identificable	
3. Resumen separado de los datos clínicos en cada informe	
DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA	
1. D. Macro. En todos los informes de patología quirúrgica	
2. D. Macro. Para cada uno de los especímenes enviados separadamente	
3. Se registra en el sistema de gestión el nombre del patólogo, MIR o TEAP que ha hecho la macro de cada espécimen	
4. Órgano adecuadamente registrado y codificado (SNOMED)	
5. Tipo de procedimiento AP convenientemente registrado	
6. Indicar siempre si se incluye todo o no para estudio microscópico.	
7. Cada bloque debe tener un número único de identificación	
8. Especificar las zonas incluidas para micro y sus bloques al final de la macro en las piezas que lo precisen	
9. Registrar en la macro si los márgenes se han pintado o no	
10. Registrar en la macro las muestras remitidas para estudios especiales	
11. En casos de consulta de otros laboratorios: registrar en la macro los números de bloques y laminillas del caso, referencias de las cartas que los acompañen y los datos demográficos del Hospital de origen	
DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA Y COMENTARIOS	
La descripción microscópica y los comentarios se incluyen sólo cuando el patólogo responsable lo considera apropiado pero en ningún caso se recomienda que sean parte de cada informe de patología. Ambas pueden ser recogidas en secciones independientes o combinadas.	
1. Listado de todos los anticuerpos utilizados en casos con inmunohistoquímica y sus resultados	
2. Cuando se incluya el grado de un tumor indicar el sistema utilizado y sus criterios (salvo que sea un sistema estandarizado y conocido por los clínicos)	
3. Incluir toda la información para poder establecer el estadio de los tumores (si se recoge con números debe indicarse el sistema utilizado)	
4. Descripción de todas las técnicas moleculares utilizadas y la interpretación de los resultados de las mismas por parte del patólogo para la consecución de un diagnóstico.	
BIOPSIAS INTRAOPERATORIAS	
1. Informe de intraoperatoria por separado en el acto quirúrgico, con constancia de la hora de entrada y salida.	

2.	Incorporada textualmente en el informe final con constancia del número de intraoperatoria
3.	Identificación del patólogo responsable
4.	Si hay discrepancias con el diagnóstico final debe registrarse e incluirse un comentario

DIAGNÓSTICO FINAL	
1.	Incluir órgano, lugar anatómico y procedimiento en el texto del diagnóstico a.p.
2.	El diagnóstico es fácilmente identificado
3.	Listar el diagnóstico de cada espécimen separadamente en la sección del informe destinada al diagnóstico

INFORMACIÓN GENERAL	
1.	Secciones del informe separadas y fácilmente reconocibles e identificables
2.	Impresión de calidad suficiente que facilite su lectura
3.	Indicar siempre si se han solicitado estudios especiales (IHQ, patología molecular, etc.)
4.	Registrar si se han hecho procedimientos fuera de la rutina
	• Fotografías • Radiografías • Congelación • Bancos de tejidos
5.	Indicar siempre las consultas intradepartamentales en el campo Notas de la aplicación de gestión
6.	Registrar si se ha enviado el caso a consulta externa en el campo Notas de la aplicación de gestión
7.	Informes adicionales con los dictámenes de las consultas externas enviadas
8.	Registrar en el informe las llamadas a los clínicos comunicando inmediatamente resultados trascendentes inesperados como comentario al final de la descripción microscópica o del diagnóstico anatomopatológico,
9.	Se enfatiza de forma clara que los estudios especiales sugeridos en los comentarios son únicamente sugerencias
10.	Destacar de manera prominente cuando un informe se ha modificado, indicando los cambios introducidos si es un informe nuevo o haciendo sólo un informe con las modificaciones
11.	Fecha registradas en todos los informes: de recepción y de informe final en TODOS los informes
	• Fecha de petición del estudio • Fecha de recepción del caso • Fecha de realización de la macro • Fecha de realización del informe • Fecha de transcripción del informe
12.	El remite al que enviar el informe está adecuadamente recogido

ÁREA ADMINISTRATIVA

El Sistema deberá facilitar y agilizar la realización del informe definitivo con maquetación y distribución automática del informe.

ÁREA DE GESTIÓN

El Sistema de Información debe permitir la recogida, generación y mantenimiento de un Conjunto Mínimo Básico de Datos que permita la mejor explotación de la información:

1. Identificación del Servicio de Anatomía Patológica que autoriza la emisión del informe
2. N° de identificación del informe
3. Destino del informe

4. Servicio Solicitante
5. Identificación del solicitante
6. Identificación (datos de filiación) y ubicación del paciente
7. Sexo
8. Fecha de nacimiento
9. Domicilio
10. Número de Historia Clínica
11. Número de Tarjeta Sanitaria (o número SS)
12. Identificación del tipo de muestra
13. Fecha de obtención de la muestra
14. Fecha de recepción y registro de la muestra en el Servicio de Anatomía Patológica
15. Tipo de estudio
16. Fecha de emisión del informe
17. Fecha de validación (o cierre)
18. Resultado del estudio anatomopatológico
19. Valores cuantitativos de expresión de resultados cuando sea de aplicación
20. Identificación del Servicio de Anatomía Patológica que ha realizado un estudio complementario si es distinta del Servicio de Anatomía Patológica que emite el informe
21. Identificación del patólogo (o patólogos) que firma el informe definitivo, así como, en su caso, el patólogo macro y el MIR.
22. Debe quedar traza de las modificaciones realizadas sobre el informe anatomopatológico.

Las herramientas de gestión deben permitir, al menos:

- Seguimiento de la actividad (estudios, muestras, bloques de parafina, procedimientos, técnicas, etc.) del catálogo de productos del Servicio, tanto los realizados internamente como los que se puedan pedir a terceros.
- Visualizar información según distintos indicadores:
 - Cargas de trabajo: a nivel general del servicio y a nivel individual para cada uno de los profesionales.
 - Tiempos de respuesta para cada tipo de episodio, muestra o profesional.
 - Estudios de costes: coste por proceso y coste total para compararlo con estándares definidos o por definir.
 - Imputación de costes por Servicio Peticionario
- Permitir la visualización y exportación de cualquier información que esté disponible en el sistema.
- Gestión de Indicadores de Calidad. Por ejemplo, correlación cito/histológica, correlación intraoperatoria / definitivo, etc.

(*) Actualmente en proceso de revisión y ajuste por un grupo de trabajo de la SEAP. Publicado en la web de la SEAP la revisión del catálogo de muestras que incluye la nueva codificación SNOMED-CT. Pendiente Procedimiento y Diagnósticos.

BIBLIOGRAFÍA

- Badal Alter JM, et al.: Requerimientos de un Sistema de Información en un Servicio de Anatomía Patológica. Libro Blanco 2011 de la Sociedad Española de Anatomía Patológica.
- Carbajo M, et al.: Gestión en Anatomía Patológica. Libro Blanco 2009 de la Sociedad Española de Anatomía Patológica.
- García Rojo, Marcial: Patología digital y telepatología. Manual de salud electrónica para directivos de servicios y sistemas de salud. Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Naciones Unidas, enero de 2012. Todos los derechos reservados. Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- INACEPS: Manual de Anatomía Patológica. Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias. Comunidad Autónoma de Valencia, 2011.

I.3

PROTOCOLIZACIÓN DIAGNÓSTICA

El servicio de Anatomía Patológica adoptará los protocolos diagnósticos propuestos por los clubs de la SEAP, y en su defecto adoptará los protocolos desarrollados por organismos internacionalmente reconocidos como CAP (Colegio americano de patólogos) o ADAPS (Asociación americana de directores de servicio de Anatomía Patológica).

Para las patologías en las que no existan protocolos diagnósticos establecidos, el Servicio de Anatomía Patológica deberá desarrollar una política dirigida a unificar criterios diagnósticos en protocolos que han de sustentarse en el conocimiento científico actualizado. Los Protocolos, deberán contener:

- Título y Alcance
- Responsabilidades
- Procedimiento
- Bibliografía
- Autoría (mínimo 2 patólogos)
- Autoría de aprobación
- Fecha de realización
- Fecha de aprobación
- Fecha de revisión

BIBLIOGRAFÍA

- Raouf E. Nakhleh, MD, FCAP, and Patrick L. Fitzgibbons, MD, FCAP, editors: Quality Management in Anatomic Pathology, College of American Pathologists (CAP), 2008
- Raouf E. Nakhleh: What is quality in surgical pathology. J Clin Pathol 2006, 59:669-672
- Ferreres JC y Alberola M: Control de Calidad en el Diagnóstico Anatomopatológico, en Anatomía Patológica en Oncología (ed. Santiago Ramón y Cajal y Pere Huguet), Biblioteca Oncológica Merck Serono. You &US SA, 2012. Madrid.

II. GESTIÓN DE LA CALIDAD EN ANATOMÍA PATOLÓGICA

1. EL CUADRO DE MANDO
CONCEPTO Y ESTRUCTURA DE LOS INDICADORES
2. INDICADORES ESPECÍFICOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

II.1

EL CUADRO DE MANDO. CONCEPTO Y ESTRUCTURA DE LOS INDICADORES

EL CUADRO DE MANDO

Los indicadores son las partes constituyentes de una herramienta de gestión clave que es el Cuadro de Mando, también llamado en algunas organizaciones Cuaderno de Mando (véase Adendum, Directriz 6: Gestión de Indicadores).

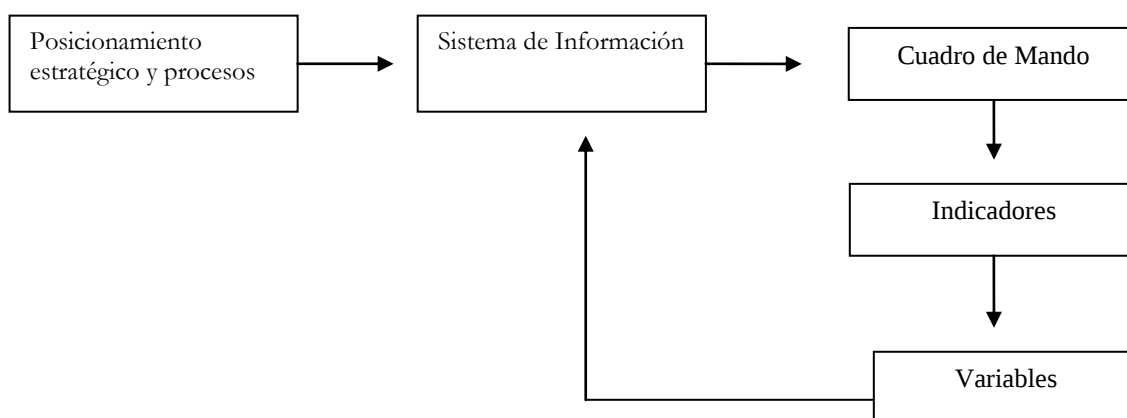
La selección de indicadores debe estar subordinada a las necesidades estratégicas y de mejora de cada servicio u organización por lo que el abordaje de este tema, desde la SEAP, pretende ser lo más general posible, propiciando los enfoques individualizados de los servicios pero tratando de proponer soluciones comunes a objetivos comunes.

Por todo lo dicho, el cuadro de mando no debe responder a un simple listado de indicadores sino a una selección dependiente de necesidades u objetivos específicos. Cada servicio ha de elaborar su propio cuadro de mando adaptado a su propia realidad e identificando las áreas clave donde hay que establecer mecanismos de medición.

Todo cuadro de mando, propio y exclusivo de cada organización y en nuestro caso de cada servicio de anatomía patológica, responde a las siguientes variables:

- Posicionamiento estratégico del servicio acorde al contexto de la organización.
- La organización de sus procesos, tal y como se refleja en su Mapa de Procesos (En línea con las indicaciones de los organismos de certificación y acreditación, la elaboración del mapa de procesos supone la adopción de un compromiso con esa estructura de gestión de procesos y la obligación de medirlos).

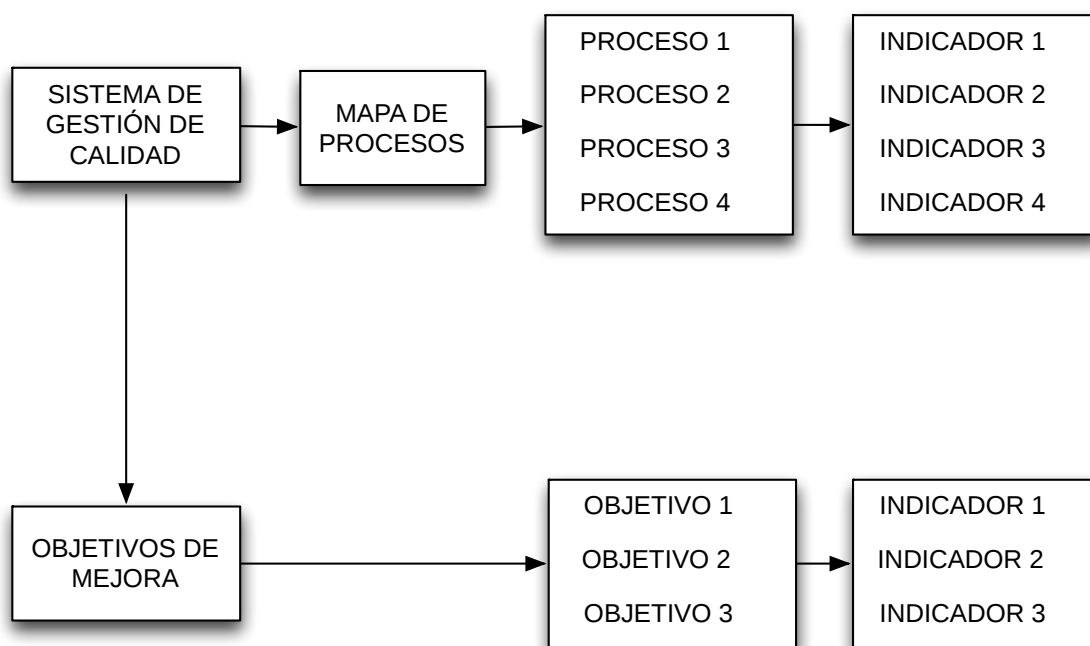
El análisis debe centrarse en cómo elaborar un cuadro de mando: contenido, alcance, diseño y explotación del sistema de información según el esquema siguiente:



El cuadro de mando es un instrumento de gestión que:

- Facilita la toma de decisiones.
- Recoge un conjunto coherente de INDICADORES para facilitar la visión comprensible del área de responsabilidad.
- Permite enfocar los recursos y los procesos a las estrategias de la organización.

El cuadro de mando debe corresponder al siguiente esquema:



CONCEPTO Y ESTRUCTURA DE LOS INDICADORES:

Las principales características de los indicadores son las siguientes:

- Simbolizan una actividad crítica o importante.
- Son fieles y representativos (tienen relación directa sobre el concepto a medir).
- Sus resultados son cuantificables (numérico o valor clasificable)
- Su beneficio es mayor a la inversión necesaria para su elaboración.
- Son comparables en el tiempo y, por tanto, tienen la posibilidad de constituir series temporales que ilustran la evolución del servicio en el aspecto medido.
- Deben ser fiables
- Deben ser fáciles de establecer, mantener y utilizar

Los indicadores deben estar definidos y estructurados en sus elementos fundamentales. Los elementos que caracterizan a un indicador son los siguientes:

- Descripción. Qué es lo que quiero medir
- Método de cálculo: cómo lo voy a medir
- Periodicidad. Cada cuánto tiempo lo voy a medir
- Quién. Se pueden definir responsables y “medidores”
- Criterio de aceptabilidad. Valor que orienta en relación a un resultado o me da una situación de alarma sobre la que actuar o al menos analizar

II.2

INDICADORES ESPECÍFICOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Los indicadores constitutivos del Cuadro de Mando se ordenarán acordes con el Mapa de Procesos. Por ejemplo:

- Indicadores para el control y seguimiento de los procesos de soporte.
- Indicadores para el control y seguimiento de los procesos estratégicos.
- Indicadores para el control y seguimiento de los procesos de la fase pre-diagnóstica.
- Indicadores para el control y seguimiento de los procesos de la fase diagnóstica.
- Indicadores para el control y seguimiento de los procesos de la fase post-diagnóstica.
- Indicadores para el seguimiento de los objetivos de calidad.

Por su contenido y objetivos, los indicadores los clasificamos en:

- Indicadores relacionados con recursos y costes
- Indicadores relacionados con resultados en los clientes (pacientes)
- Indicadores de procesos internos (aseguramiento interno de la calidad diagnóstica)
- Indicadores de procesos externos (aseguramiento externo de la calidad diagnóstica)

INDICADORES RELACIONADOS CON RECURSOS Y COSTES

Tanto Carga Laboral como Costes por Proceso son herramientas fundamentales para analizar la eficiencia de los servicios y para establecer observaciones intercomparativas generadoras de mejora continua. En tanto los Sistemas de Información no respondan a las exigencias planteadas en el Libro Blanco 2011, no pueden abordarse estos conceptos.

Entre tanto, los Servicios deben proveerse de información relativa a los costes totales de su actividad:

1. Capítulo I: Personal
 - a. Personal médico especialista en Anatomía Patológica
 - b. Personal no médico de titulación superior
 - c. Personal del laboratorio
 - d. Personal administrativo
 - e. Otros (celadores, etc.)
2. Capítulo II: Material fungible
 - a. IHQ
 - b. TE
 - c. Patología Molecular según catálogo de procedimientos
 - d. Reparaciones y mantenimiento de aparatos

e. Resto de material fungible

3. Aparataje

INDICADORES RELACIONADOS CON RESULTADOS EN LOS CLIENTES (PACIENTES)

1. Tiempos de Respuesta

a) Recomendaciones SEAP

En el Libro Blanco de 2011(1) se recogieron recomendaciones sobre tiempos de respuesta máximos que se insertaban en el marco general de las posibilidades asistenciales de la media de los hospitales españoles. Se pretendió con ello establecer una referencia de mínimos para calidad de general aplicación.

En el marco de el presente documento, orientado a la implementación de buenas prácticas profesionales tendentes a la excelencia y, teniendo en cuenta la trascendencia axial de los diagnósticos anatomopatológicos en la asistencia médica, es necesario apuntar hacia los niveles máximos de eficiencia que la tecnología actual permite, de acuerdo con estándares internacionales (CAP, ADASP, etc.) y optimizar la disponibilidad personal y de los recursos siempre que se considere necesario, por ejemplo informando alertas ante diagnósticos críticos, información telefónica urgente, etc.

Sin embargo, los mencionados tiempos de respuesta no deben ser considerados un fin en sí mismo sino que, y siempre dentro de límites que permitan preservar la calidad y seguridad de los diagnósticos acordes con estándares acreditados, los centros asistenciales deben elaborar sus objetivos en dependencia de las expectativas demandadas por los clientes: pacientes, clínicos, gestores, etc., así como de los recursos disponibles.

Otras circunstancias han de ser también tenidas en cuenta, por ejemplo la formación MIR o el diagnóstico citológico asistido por citotécnicos podrían incrementar en un día estos tiempos.

Tiempos de Respuesta. Recomendaciones SEAP	LB-2011 *	Excelencia **
Biopsia diagnóstica pequeña	3 días	2 días
Pieza quirúrgica sencilla	7 días	4 días
Casos complejos (tecnología compleja, consultas, etc)	1 mes	7 días
Citología diagnóstica no cérvico-vaginal	2 días	2 días
Citología cérvico-vaginal (cribado)	1 mes	2 días
PAAF diagnóstica	2 días	2 días
Autopsias. Informe provisional macroscópicos	2 días	1 día
Autopsias. Informe definitivo	40 días	30 días***

* LB-2009: Recomendaciones emanadas (tiempos máximos) del Libro Blanco 2011.

** Excelencia: Recomendaciones (tiempos considerados de excelencia en función del desarrollo actual de la tecnología. Estos tiempos pueden ser incrementados en 1 o 2 días por fijación nocturna, decalcificación, retallado, IHQ, consultas, etc.

*** Excepto casos de recomendada fijación prolongada, por ejemplo, cerebros en enfermedades por priones.

b) Indicadores mínimos de Tiempos de Respuesta (demoras)

Los periodos previos a la entrada de la muestra en el servicio de anatomía patológica y los posteriores, una vez firmado el informe, influyen muy notablemente en el tiempo de respuesta real que es el que transcurre desde que la petición es generada hasta que el informe es recibido por el profesional de destino.

A día de hoy y con el desarrollo actual de los Sistemas de Información convencionales, no es factible un completo dominio de estos periodos y mucho menos hacerlo extensivos con carácter general a todos los servicios de anatomía patológica. Con criterios realistas y en el contexto de un SIAP convencional:

Tiempo de Respuesta = Fecha Cierre (validación) – Fecha de Registro, expresado en días naturales.

Se considera que los valores medios son descriptores insuficientes por lo que se debería ahondar, en la medida en que los SIAP lo permitan, en otros indicadores como percentiles, mediana, etc. y cuando sea necesario, realizar cálculos por servicios, tipos de muestras, etc. En el estado actual de los SIAP, Indicadores recomendados:

- Biopsias
 - Media total
 - Media según categorías del catálogo
- Citología General, incluye PAAF puncionadas por el clínico
 - Media total
 - Media según categorías del catálogo
- PAAF (punción por el patólogo)
 - Media total
 - Media según categorías del catálogo
- Citología ginecológica
 - Media total
 - Media según procedencia (Atención primaria, especializada)
- Autopsias
 - Media Informes provisionales (macroscópicos)
 - Media total Informes definitivos
 - Media según categorías del catálogo
- Intraoperatorias (minutos)
 - Media total
- Urgentes generales
 - Media total
 - Media según categorías del catálogo
- Procesos urgentes especiales
 - Media total
 - Media según categorías del catálogo

Debe establecerse un seguimiento de las causas determinantes de tiempos de respuesta que excedan el periodo convenido, por ejemplo, 1 mes.

2. Reclamaciones

Las reclamaciones generadas por el cliente final, el paciente o familiares, son poco expresivas de la satisfacción que genera el trabajo anatomopatológico. No obstante, por el carácter de oficialidad que supone el registro de las mismas en un servicio de Atención al Paciente o en la Dirección de los Centros, requieren una atención diferenciada y específica.

- Número total de Reclamaciones realizadas al Servicio de Anatomía Patológica
- Tiempo Medio de Respuesta (en días)
- Reclamaciones justificadas (**): Número y porcentaje. Deben ser tratadas como No-Conformidades.
- Reclamaciones no justificadas (**): Número y porcentaje

Las reclamaciones más comunes en los servicios de anatomía patológica son las generadas por los clientes internos (clínicos peticionarios), muchas de ellas transmitidas telefónica o verbalmente. Hasta la fecha no se han desarrollado herramientas informáticas que posibiliten su registro, evaluación y seguimiento.

3. Encuestas de satisfacción

- Encuesta de Satisfacción al cliente interno (médicos peticionarios).
- Encuesta de Satisfacción al cliente final (pacientes y familiares), usuarios de PAAF.

En ambos se considera aconsejable una periodicidad mínima bianual.

4. Cumplimentación Consentimientos Informados PAAF

- Número total de PAAF puncionados por el patólogo
- Consentimientos Informados cumplimentados correctamente: Número y porcentaje respecto al total
- Consentimientos Informados incompletos o no cumplimentados: Número y porcentaje respecto al total.

(*) Recomendaciones de excelencia entendidas en condiciones ideales y con los recursos humanos y materiales óptimos.

(**) Una Reclamación está justificada cuando se han incumplido compromisos previamente establecidos, independientemente de la causa que haya llevado a dicho incumplimiento.

INDICADORES DE PROCESOS INTERNOS Y EXTERNOS (aseguramiento de la calidad diagnóstica)

La selección de indicadores debe responder a un planteamiento estratégico individual y propio para cada servicio y ser establecidos en las correspondientes Instrucciones de Trabajo de los procesos. Los indicadores que siguen a continuación pretenden orientar en la selección y, en su caso, promover una aplicación basada en estándares consensuados.

Los valores aportados como estándar deben ser considerados como referencias de inicio, a reconsiderar según experiencia de seguimiento en el futuro, tanto individual y como de otros grupos.

I) Indicadores de Fase Pre-Diagnóstica

1. Consentimiento Informado PAAF
2. Rechazo de muestras
3. Muestras insatisfactorias PAAF y Citología ginecológica

II) Indicadores de Fase Diagnóstica

II a) Indicadores Internos

1. Muestras perdidas
2. Calidad de la tinción hematoxilina de Harris-eosina
3. Calidad de técnicas Inmunohistoquímicas (IHQ) y Técnicas Especiales (TE)
4. Consultas diagnósticas previas al informe

II b) Indicadores Externos

1. Control externo de las técnicas Inmunohistoquímicas
2. Control externo de las técnicas de Patología Molecular

III) Indicadores de Fase Post-Diagnóstica

III a) Aseguramiento interno de la calidad diagnóstica

1. Protocolos diagnósticos. Seguimiento
2. Correlación diagnóstico intraoperatorio – diagnóstico definitivo
3. Correlación PAAF – biopsia posterior
4. Correlación diagnóstico en muestra endoscópica – pieza quirúrgica
5. Correlación citología cervicovaginal – biopsia
6. Revisión sistemática interna de estudios diagnósticos
7. Seguimiento de la Comunicación de diagnósticos anatomopatológicos críticos (alertas)
8. Consultas diagnósticas previas al informe definitivo

III b) Aseguramiento externo de de la calidad diagnóstica

1. Control externo del diagnóstico (módulos de diagnóstico)
2. Registro de Discusión interdepartamental postdiagnóstica (seminarios, comités, etc.)

IV) Anexos

1. Análisis de la Discrepancia / Error en Anatomía Patológica
2. Modelo de Consentimiento informado PAAF
3. Modelos de encuesta de satisfacción de clientes (4 modelos)

(1) Giménez Mas JA, et al.: Gestión de los Servicios de Anatomía Patológica. Libro Blanco 2011 (25-24). Sociedad Española de Anatomía Patológica, Madrid, 2011.

I) INDICADORES DE FASE PRE-DIAGNÓSTICA

1. Consentimiento Informado PAAF
2. Rechazo de muestras
3. Muestras insatisfactorias PAAF y Citología ginecológica

(código documento)

CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI) PAAF

Indicador Fase Pre-Diagnóstica

Descripción (qué es lo que quiero medir)

Seguimiento de la cumplimentación correcta del CI (código Plantilla)* que debe preceder a la toma de PAAF con intervención directa del patólogo (código Instrucción de Trabajo del procedimiento de PAAF).

Método de cálculo (cómo lo voy a medir)

Verificación manual de los CI de PAAF (todos o una muestra representativa). El CI (o copia del mismo) debe estar archivado y debe comprobarse que todos los apartados están correctamente cumplimentados y que se encuentra firmado por el paciente, o familiar próximo o su representante legal, y por el profesional que ha realizado la punción.

Periodicidad (cada cuánto tiempo lo voy a medir)

Al menos una vez al año. En caso de detectarse una baja cumplimentación debe acortarse dicho periodo.

Quién (se pueden definir responsables y “medidores”)

Responsable: Responsable técnico de PAAF.

La medición puede ser ejecutada por personal adscrito a la sección o administrativo del servicio.

Criterio de aceptabilidad (valor que orienta en relación a un resultado o me da una situación de alarma sobre la que actuar o al menos analizar)

Superior al 90%. Valores inferiores deben generar una No Conformidad y promover medidas correctoras. Debe acortarse el periodo de control (trimestral o semestral en dependencia del grado de desviación).

Resultados

Deben expresarse en una tabla que permita ver su evolución temporal. Por ejemplo:

	<u>2012</u>		<u>2013</u>		<u>2014</u>		<u>2015</u>		<u>2016</u>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total PAAF en el año										
Total Revisados										
Correctos										
Incorrectos										
Sin C.I.										

*Se facilita un anexo con un modelo de plantilla.

(fin del documento)

(código documento)

RECHAZO DE MUESTRAS

Indicador Fase Pre-Diagnóstica

Descripción (qué es lo que quiero medir)

Incidencia de los procesos de Rechazo (código Instrucción de Trabajo del procedimiento de Rechazo de muestras).

Método de cálculo (cómo lo voy a medir)

El número de Procesos de Rechazo se obtiene del Sistema de Información (SIAP). El SIAP debe estar configurado de tal forma que permita fácilmente obtener el número de rechazos y el porcentaje que representa en el total de muestras solicitadas. Igualmente debe listarse los servicios de procedencia de las muestras para detectar los focos generadores de incidencias así como las causas más frecuentes.

Periodicidad (cada cuánto tiempo lo voy a medir)

Anual. En caso de alta frecuencia debe acortarse el periodo de seguimiento.

Quién (se pueden definir responsables y “medidores”)

Responsable: Coordinador de Calidad.

La medición puede ser ejecutada por el Coordinador de Calidad o persona en quien delegue.

Criterio de aceptabilidad (valor que orienta en relación a un resultado o me da una situación de alarma sobre la que actuar o al menos analizar)

Frecuencia de Rechazo de muestras superiores al 1% deben ser motivo de alerta y generar una incidencia promoviendo medidas correctoras. En tal caso debe acortarse el periodo de control (trimestral o semestral en dependencia del grado de desviación), analizar la concentración de incidencias (por servicios, quirófanos, etc.) y causas generadoras de los rechazos.

Resultados

Deben expresarse en una tabla que permita ver su evolución temporal. Por ejemplo:

	<u>2012</u>		<u>2013</u>		<u>2014</u>		<u>2015</u>		<u>2016</u>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total Rechazos en el año										
Periodo medio de cierre*										
1ª causa más frecuente										
2ª causa más frecuente										
3ª causa más frecuente										

*periodo medio cierre de la incidencia (en días): fecha de cierre – fecha de registro

Debe emitirse un listado de procedencias y sus frecuencias.

(fin del documento)

(código documento)

MUESTRAS Insatisfactorias PAAF y Citología Ginecológica

Indicador Fase Pre-Diagnóstica

Descripción (qué es lo que quiero medir)

El diagnóstico de PAAF y Citología Ginecológica (triple toma) es muy sensible a la calidad de la extensión de la muestra sobre el porta. Por medio de este indicador se pretende monitorizar este parámetro de modo que se detecten desviaciones que puedan empobrecer la calidad del diagnóstico.

La aparición de esta incidencia debe ser objeto de codificación específica (SNOMED-2 o SNOMED-CT).

Método de cálculo (cómo lo voy a medir)

Búsqueda en el SIAP del código SNOMED correspondiente en:

- PAAF realizadas por el patólogo.
- PAAF realizadas en los servicios clínicos.
- CITOLOGÍA GINECOLÓGICA.

Periodicidad (cada cuánto tiempo lo voy a medir)

Seguimiento anual.

Quién (se pueden definir responsables y “medidores”)

Coordinador de Calidad o persona en quien delegue, por ejemplo responsable técnico de Citologías.

Criterio de aceptabilidad (valor que orienta en relación a un resultado o me da una situación de alarma sobre la que actuar o al menos analizar)

Las incidencias superiores a 5% en cada una de las categorías definidas deben ser objeto de apertura de una No Conformidad para establecer medidas correctivas y seguimiento.

Resultados

Deben expresarse en una tabla que permita ver su evolución temporal. Por ejemplo:

	<u>2012</u>		<u>2013</u>		<u>2014</u>		<u>2015</u>		<u>2016</u>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total Insatisfactorias PAAF-PAT										
Total Insatisfactorias PAAF-CLIN										
Total Insatisfactorias GINES										

(fin del documento)

II) INDICADORES DE LA FASE DIAGNÓSTICA

II a) Indicadores Internos

1. Muestras perdidas
2. Calidad de la tinción hematoxilina-eosina
3. Calidad de técnicas Inmunohistoquímicas (IHQ)
y Técnicas Especiales (TE)
4. Consultas diagnósticas previas al informe

II b) Indicadores Externos

1. Control externo de las técnicas Inmunohistoquímicas
2. Control externo de las técnicas de Patología Molecular

(código documento)

MUESTRAS PERDIDAS

Indicador Fase Diagnóstica

Descripción (qué es lo que quiero medir)

Se entiende por muestra perdida aquella que una vez registrada en el Sistema de Información del Servicio (SIAP) es extraviada o deteriorada al extremo de que suponga una desviación de los requisitos técnicos de calidad establecidos comprometiendo el resultado final expresado en el informe anatomopatológico.

La gravedad de esta incidencia requiere abrir una No Conformidad cada vez que se presenta la incidencia: descripción, causas, consecuencias, medidas correctivas, medidas preventivas y seguimiento.

Método de cálculo (cómo lo voy a medir)

Registro de No conformidades.

Periodicidad (cada cuánto tiempo lo voy a medir)

Seguimiento anual.

Quién (se pueden definir responsables y “medidores”)

Coordinador de Calidad o persona en quien delegue.

Criterio de aceptabilidad (valor que orienta en relación a un resultado o me da una situación de alarma sobre la que actuar o al menos analizar)

Las incidencias superiores a 6 al año (valores absolutos) deben promover el acortamiento de la periodicidad acordada y, de acuerdo con la gestión de No Conformidades, extremar o revisar las medidas preventivas.

Resultados

Deben expresarse en una tabla que permita ver su evolución temporal. Por ejemplo:

	<u>2012</u>		<u>2013</u>		<u>2014</u>		<u>2015</u>		<u>2016</u>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total Muestras Perdidas año										
1ª causa más frecuente										
2ª causa más frecuente										
3ª causa más frecuente										

(fin del documento)

(código documento)

CALIDAD DE LA TINCIÓN CON HEMATOXILINA-EOSINA

Indicador Fase Diagnóstica

Descripción (qué es lo que quiero medir)

Corte y tinción HE son las herramientas básicas sobre las que asienta el diagnóstico anatomopatológico. Este doble indicador tiene por objetivo garantizar su calidad y monitorizar su seguimiento.

Método de cálculo (cómo lo voy a medir)

- 1) Si se dispone de un sistema de trazabilidad de las muestras debe generarse una incidencia cada vez que se pide nuevo corte y tinción HE, diferenciando si la causa es en el corte o la tinción.
- 2) De modo preventivo, observación de la calidad y adecuación de la tinción nuclear, citoplasmática, muscular, fibrina, etc. para optimizar el uso de los colorantes y anticipar su reposición cuando muestren los primeros signos de desgaste y antes de que puedan influir sobre la toma de decisiones diagnósticas.

La calidad de la tinción se confirma con la observación diaria al microscopio de una muestra de preparaciones, habitualmente la primera bandeja de tinción. Una tinción defectuosa o deficitaria obliga a un cambio de reactivos, hematoxilina, eosina o ambos, antes de seguir con el resto de la tanda.

El resultado de esta observación es registrado.

Periodicidad (cada cuánto tiempo lo voy a medir)

- 1) Mensual
- 2) Mensualmente se obtiene la periodicidad media de los cambios de los reactivos. Un cambio excesivamente frecuente demuestra una baja calidad de los colorantes utilizados que supone un sobrecoste tanto económico como de personal.

Quién (se pueden definir responsables y “medidores”)

Coordinador de calidad u operador responsable de la técnica.

Criterio de aceptabilidad (valor que orienta en relación a un resultado o me da una situación de alarma sobre la que actuar o al menos analizar)

Las observaciones que generan una situación de “alarma” en la calidad de la tinción son, fundamentalmente, las siguientes:

- Tinción variable en gradiente
- Tinción incompleta
- Áreas no teñidas
- Precipitados de colorante
- Depósitos de microorganismos
- Núcleos oscuros y falta de detalles morfológicos
- Tinción irregular con presencia de microgotas
- Presencia de grietas o microcristales esféricos
- Blanqueado de la tinción

Resultados

- 1) Deben establecerse una cifra de referencia (por ej. 5%) a partir de la cual abrir una No conformidad: Causas, consecuencia, medidas preventivas, medidas correctivas, etc.

- 2) La periodicidad de cambio de colorantes deben expresarse en una tabla que permita ver su evolución temporal. Por ejemplo:

2012	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Media anual
CORTE													
HEMAT													
EOSIN													

(fin del documento)

(código documento)

CONTROL INTERNO DE LA CALIDAD DE LAS TÉCNICAS INMUNOHISTOQUÍMICAS (IHQ) Y TÉCNICAS ESPECIALES (TE)

Indicador Fase Diagnóstica

Descripción (qué es lo que quiero medir)

Calidad y reproducibilidad tanto de las técnicas IHQ como de las TE. Se utiliza como referencia la positividad de controles externos o internos.

Método de cálculo (cómo lo voy a medir)

Observación conjunta de los resultados de la o las tandas diarias de IHQ y TE. La calidad de cada técnica se establece bien a través de controles específicos o por medio de la búsqueda de controles internos o casos positivos.

Periodicidad (cada cuánto tiempo lo voy a medir)

Diariamente debe emitirse un acta o informe disponible tanto para los patólogos responsables de los casos como para los técnicos responsables de los procedimientos.

Quién (se pueden definir responsables y "medidores")

Coordinador de calidad o persona en quien delegue, por ejemplo responsable de IHQ.

Criterio de aceptabilidad (valor que orienta en relación a un resultado o me da una situación de alarma sobre la que actuar o al menos analizar)

Siguiendo el modelo del Control Externo de la SEAP, debe calificarse cada técnica de 1 a 5:

5: Procedimiento técnico óptimo

4: Procedimiento técnico sub-óptimo. Válido para diagnóstico.

3: Procedimiento técnico de calidad dudosa. El patólogo responsable del caso debe decidir su utilidad diagnóstica y/o indicar su repetición. Si esta calificación corresponde a una preparación control, debe revisarse la técnica.

1 y 2: Tinción débil, no adecuada para diagnóstico. Repetir.

0: En ausencia de control externo específico, la inmunorreacción negativa en todas las preparaciones de la tanda debe hacerse constar en el acta diaria para que los responsables de los casos indiquen, en caso de ser necesario, la repetición con control externo.

El responsable del control debe indicar la revisión del procedimiento técnico en las calificaciones 1 y 2 y extremar el seguimiento de las calificaciones 0.

Anualmente debe establecerse un seguimiento de las calificaciones medias de cada técnica así como su tasa de repeticiones. Tasa de repeticiones recomendada: <5%.

Resultados

Deben expresarse en una tabla que permita ver su evolución temporal. Por ejemplo:

	2012			2013			2014		
	Cantidad	Calif Media	Repe %	Cantidad	Calif Media	Repe %	Cantidad	Calif Media	Repe %
IHQ-1									
IHQ-2									
IHQ-3									
IHQ-n									
Total									
TE-1									
TE-2									
TE-3									
TE-n									
Total									

(fin del documento)

(código documento)

CONSULTAS DIAGNÓSTICAS PREVIAS AL INFORME

Indicador Fase Diagnóstica

Descripción (qué es lo que quiero medir)

La consulta entre facultativos del servicio (y ocasionalmente a expertos de otros servicios), durante la fase diagnóstica (consulta prospectiva) es una rutina afianzada en nuestro proceder habitual. Sin embargo no se lleva registro de la misma.

Método de cálculo (cómo lo voy a medir)

Los sistemas de calidad de referencia recomiendan registrar dicha sistemática y establecer un indicador que facilite su seguimiento. Para ello debe desarrollarse una herramienta facilitadora, a ser posible a partir del Sistema de Información. Debe quedar constancia en el estudio de la identidad de los patólogos consultores o si se ha realizado una sesión conjunta.

Un segundo patólogo firmante debería ser de aplicación en casos en que el estudio es compartido con un profesional del propio servicio al que se reconoce como experto. Para el resto de las consultas debería poderse registrar en un fichero adjunto, tipo carpeta adicional u otro sistema. Explotación de los datos:

1. Seguimiento de informes co-firmados (segundo patólogo). Se recomienda que cada servicio establezca un listado de categorías diagnósticas a compartir.
 - o Indicador: Número de informes co-firmados. Porcentaje respecto del total. Posibilidad de listado.
 - o Indicador: Porcentaje de casos con las categorías diagnósticas seleccionadas que se han compartido.
2. Registro de casos con intervención de más de un patólogo (interconsultas internas). Por ejemplo, un desplegable de patólogos con aceptación de múltiples ítems.
 - o Indicador: Número de informes sometidos a interconsulta interna. Porcentaje respecto del total. Posibilidad de listado.
3. Registro de casos de consulta externa (interconsultas externas). Registro de patólogos consultores y desplegable igual que en el punto 2. En este caso, el clínico solicitante debe ser informado e incluir en el informe la opinión del experto externo consultado.
 - o Indicador: Número de informes sometidos a interconsulta externa. Porcentaje respecto del total. Posibilidad de listado.
4. Indicador global: Número de informes de interconsulta prospectiva: informes cofirmados + informes sometidos a interconsulta interna + informes sometidos a interconsulta externa.
 - o Indicador: Suma de los tres ítems anteriores. Porcentaje respecto del total.

Periodicidad (cada cuánto tiempo lo voy a medir)

Trimestral.

Quién (se pueden definir responsables y “medidores”)

Coordinador de Calidad o persona en quien delegue.

Criterio de aceptabilidad (valor que orienta en relación a un resultado o me da una situación de alarma sobre la que actuar o al menos analizar)

Debe potenciarse la consulta de casos intradepartamental. Valor por establecer.

Resultados

Deben expresarse en una tabla que permita ver su evolución temporal. Se puede analizar globalmente o por tipos de estudio, patologías, etc. Por ejemplo:

	<u>2012</u>		<u>2013</u>		<u>2014</u>		<u>2015</u>		<u>2016</u>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Número informes cofirmados										
Número de interconsultas internas										
Número de interconsultas externas										
Interconsultas totales										

(fin de documento)

(código documento)

CONTROL EXTERNO DE LA CALIDAD DE LAS TÉCNICAS INMUNOHISTOQUÍMICAS (IHQ)

Indicador Fase Diagnóstica

Descripción (qué es lo que quiero medir)

Evaluación y seguimiento de las calificaciones obtenidas en las evaluaciones externas de la calidad de la IHQ. Análisis de discrepancias según protocolo.

Método de cálculo (cómo lo voy a medir)

Registro de las calificaciones obtenidas en las distintas tandas de control y evaluación de las discrepancias. Decisión de apertura de No conformidades.

Periodicidad (cada cuánto tiempo lo voy a medir)

Se revisan las calificaciones de las tandas en el momento en que se reciben y se registran

Quién (se pueden definir responsables y “medidores”)

Coordinador de calidad o persona en quien delegue, por ejemplo responsable de IHQ.

Criterio de aceptabilidad (valor que orienta en relación a un resultado o me da una situación de alarma sobre la que actuar o al menos analizar)

Las calificaciones de la agencia de control externo (SEAP) son el sumatorio de la evaluación de cuatro evaluadores. Por tanto, salvo algún anticuerpo que es evaluado en otra escala, las calificaciones abarcan el espectro de 4 a 20.

Las evaluaciones inferiores a 12 deben ser objeto de No Conformidad estableciéndose las pautas acordadas por el Sistema de Calidad respecto a descripción, medidas correctivas, medidas preventivas y seguimiento.

Resultados

Las calificaciones de la evaluación de las tandas pueden registrarse en una tabla que recoja los resultados anuales y que facilite la comparación media con anualidades anteriores. Por ejemplo:

Seguimiento valoraciones CECP-2012																	
	Ronda N1				Ronda N2				Ronda Nn				Media				
	Casos propios		Casos SEAP		Casos propios		Casos SEAP		Casos propios		Casos SEAP		Casos propios		Casos SEAP		
Ac	Local	CECP	Local	CECP	Local	CECP	Local	CECP	Local	CECP	Local	CECP	Local	CECP	Local	CECP	
IHQ-1																	
IHQ-2																	
IHQ-3																	
IHQ-n																	
Media																	

Las No conformidades deben ser analizadas individualizadamente, técnica por técnica.

(fin del documento)

(código documento)

CONTROL EXTERNO DE LA CALIDAD DE LAS TÉCNICAS DE PATOLOGIA MOLECULAR

Indicador Fase Diagnóstica

Descripción *(qué es lo que quiero medir)*

Evaluación y seguimiento de las calificaciones obtenidas en las evaluaciones externas de la calidad de Patología Molecular (PM). Análisis de las discrepancias según protocolo.

Método de cálculo *(cómo lo voy a medir)*

Registro de las calificaciones obtenidas en las distintas tandas de control.

Periodicidad *(cada cuánto tiempo lo voy a medir)*

Anualmente se revisan las calificaciones y se comparan con anualidades anteriores. Resultados por debajo de lo esperado deben inducir el acortamiento de este periodo.

Quién *(se pueden definir responsables y “medidores”)*

Coordinador de calidad o persona en quien delegue, por ejemplo responsable de PM.

Criterio de aceptabilidad *(valor que orienta en relación a un resultado o me da una situación de alarma sobre la que actuar o al menos analizar)*

Las discordancias deben ser objeto de No Conformidad estableciéndose las pautas acordadas por el Sistema de Calidad respecto a descripción, medidas correctivas, medidas preventivas y seguimiento.

Resultados

Deben expresarse en una tabla que recoja los resultados anuales y que facilite la comparación con anualidades anteriores.

(fin del documento)

III) INDICADORES DE LA FASE POST-DIAGNÓSTICA

III a) Aseguramiento interno de la calidad diagnóstica

1. Protocolos diagnósticos, seguimiento
2. Correlación
diagnóstico intraoperatorio – diagnóstico definitivo
3. Correlación
PAAF – biopsia posterior
4. Correlación
diagnóstico en muestra endoscópica – pieza quirúrgica
5. Correlación
citología cervicovaginal – biopsia
6. Revisión sistemática interna de estudios diagnósticos
7. Seguimiento de la Comunicación de
diagnósticos anatomopatológicos críticos (alertas)

III b) Aseguramiento externo de de la calidad diagnóstica

1. Control externo del diagnóstico (módulos de diagnóstico)
2. Registro de Discusión interdepartamental
postdiagnóstica (seminarios, comités, etc.)

(código documento)

PROTOCOLOS DIAGNOSTICOS, SEGUIMIENTO

Indicador Fase Post-Diagnóstica

Descripción (qué es lo que quiero medir)

El servicio de Anatomía Patológica adoptará los protocolos diagnósticos propuestos por los clubs de le SEAP, y en su defecto adoptara los protocolos desarrollados por organismos internacionalmente reconocidos como CAP (Colegio americano de patólogos) o ADAPS (Asociación americana de directores de servicio de Anatomía Patológica)

Para las patologías en que no exista protocolos diagnósticos establecidos, el Servicio de Anatomía Patológica deberá desarrollar una política dirigida a unificar criterios diagnósticos en Protocolos que han de sustentarse en el conocimiento científico actualizado. Los Protocolos, deberán contener

- Titulo y Alcance
- Responsabilidades
- Procedimiento
- Bibliografía
- Autoria (mínimo 2 patólogos)
- Autoria de aprobación
- Fecha de realización
- Fecha de aprobación
- Fecha de revisión

Método de cálculo (cómo lo voy a medir)

Numero de Protocolos desarrollados

Numero de informes ajustados a Protocolos.

Periodicidad (cada cuánto tiempo lo voy a medir)

Seguimiento anual.

Quién (se pueden definir responsables y “medidores”)

Coordinador de Calidad o persona en quien delegue.

Criterio de aceptabilidad (valor que orienta en relación a un resultado o me da una situación de alarma sobre la que actuar o al menos analizar)

Los informes no ajustados a protocolos establecidos no deben superar el 5%.

Resultados

Deben expresarse en una tabla que permita ver su evolución temporal. Por ejemplo:

	<u>2012</u>		<u>2013</u>		<u>2014</u>		<u>2015</u>		<u>2016</u>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nº de Protocolos desarrollados										
Numero de informes no ajustados a protocolo en el año										

(fin del documento)

(código documento)

CORRELACIÓN DIAGNÓSTICO INTRAOPERATORIO / DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Indicador Fase Post-Diagnóstica

Descripción (qué es lo que quiero medir)

Se evalúan la eficacia diagnóstica de una muestra biopsica, en fresco y congelación, realizada durante el acto quirúrgico y de cuyo diagnóstico depende el desarrollo de la intervención. Se recomienda valorar los diagnósticos discordantes y diferidos a parafina y sus oscilaciones en el tiempo.

En resumen: Indicador orientado a la detección de errores diagnósticos que condicionan un desarrollo correcto de una intervención quirúrgica.

Método de cálculo (cómo lo voy a medir)

Cálculo retrospectivo

Se recomiendan las siguientes categorías: concordantes, no concordantes, diferidos, no aplicable.

Fórmula:

Porcentaje de concordantes: n° casos concordantes / total intras X 100

Porcentaje de no concordantes: n° casos no concordantes / total intras X 100

Porcentaje de diferidos: n° casos diferidos / total intras X 100

Porcentaje de no aplicable: n° casos no aplicables / total intras X 100

Periodicidad (cada cuánto tiempo lo voy a medir)

Anual

Quién (se pueden definir responsables y “medidores”)

Medidor: Control de Gestión, Patólogo que coordinada Calidad.

Criterio de aceptabilidad (valor que orienta en relación a un resultado o me da una situación de alarma sobre la que actuar o al menos analizar)

Hasta un 3% se acepta en discordancias y un 10% en diagnósticos diferidos.

Las no concordancias deben ser analizadas según criterios establecidos en el documento de Análisis de las Discrepancias (ver Anexo).

Resultados

Deben expresarse en una tabla que permita ver su evolución temporal. Por ejemplo:

Correlación Diagnóstica Biopsias Intraoperatorias	ESTÁNDAR	2012	2013	2014
% Diagnósticos Concordantes	97%			
% Diagnósticos No Concordantes	3%			
% Intraoperatorias diferidas	90%			

Análisis de discrepancias	2012		2013		2014	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total discrepancias						
Trascendencia leve						
Trascendencia moderada						
Trascendencia grave						
Sin efecto en el paciente						

Bibliografía

Raab SS et al. Cytologic-Histologic correlation. Cancer Cytopathology 2011

(fin del documento)

(código documento)

CORRELACIÓN PAAF/BIOPSIA POSTERIOR

Indicador Fase Post-Diagnóstica

Descripción (qué es lo que quiero medir)

Se evalúan la eficacia diagnóstica de una muestra citológica correspondiente a una PAAF comparando este diagnóstico con el de la biopsia posterior de la misma lesión o en relación con ella. Se recomienda valorar los diagnósticos discordantes y establecer un seguimiento temporal.

Debe clasificarse en falsos positivos, falsos negativos y no concluyentes.

Método de cálculo (cómo lo voy a medir)

Cálculo retrospectivo

Selección: A partir de muestras aleatorias de PAAF con biopsia posterior.

Valoración: Concordantes (1), No concordantes (0), No concluyentes (2).

La fórmula:

Concordancia: N° Concordantes (1) / N° Concordantes (1) + N° No concordantes (0).

No concluyentes: N° No concluyentes (2) / N° Concordantes (1) + N° No concordantes (0) + N° No concluyentes (2).

Periodicidad (cada cuánto tiempo lo voy a medir)

Anual.

Quién (se pueden definir responsables y "medidores")

Medidor: Control de Gestión, Patólogo que coordina Calidad.

Responsables: Patólogos, citotécnicos.

Criterio de aceptabilidad (valor que orienta en relación a un resultado o me da una situación de alarma sobre la que actuar o al menos analizar)

Superior al 90% de concordancia diagnóstica.

Las discrepancias deben ser analizadas según criterios establecidos en el documento de Análisis de las Discrepancias.

Seguimiento de tasa de no concluyentes.

Resultados

Deben expresarse en una tabla que permita ver su evolución temporal.

Correlación PAAF / Biopsia posterior	ESTÁNDAR	2012	2013	2014
% Diagnósticos Concordantes	90%			
% Diagnósticos No Concordantes	10%			
% No concluyentes				

Análisis de discrepancias	2012		2013		2014	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total discrepancias						
Trascendencia leve						
Trascendencia moderada						
Trascendencia grave						
Sin efecto en el paciente						

Bibliografía

Raab SS et al. Cytologic-Histologic correlation. Cancer Cytopathology 2011

(fin del documento)

(código documento)

CORRELACIÓN MUESTRA ENDOSCÓPICA / PIEZA QUIRÚRGICA

Indicador Fase Post-Diagnóstica

Descripción (qué es lo que quiero medir)

Se evalúa la eficacia diagnóstica de una muestra de biopsia endoscópica neoplásica del tracto digestivo o respiratorio, en relación con el diagnóstico de la pieza quirúrgica. Se recomienda valorar los diagnósticos discordantes y establecer un seguimiento temporal.

Método de cálculo (cómo lo voy a medir)

Cálculo retrospectivo

Selección: A partir de muestras aleatorias de endoscopia con pieza quirúrgica posterior.

Valoración: Concordantes (1), No concordantes (0), No concluyentes (2).

La fórmula:

Concordancia: N° Concordantes (1) / N° Concordantes (1) + N° No concordantes (0).

No concluyentes: N° No concluyentes (2) / N° Concordantes (1) + N° No concordantes (0) + N° No concluyentes (2).

Periodicidad (cada cuánto tiempo lo voy a medir)

Anual.

Quién (se pueden definir responsables y "medidores")

Medidor: Control de Gestión, Patólogo que coordina Calidad.

Responsables: Patólogos implicados en el diagnóstico de este tipo de muestras.

Criterio de aceptabilidad (valor que orienta en relación a un resultado o me da una situación de alarma sobre la que actuar o al menos analizar)

Hasta un 95% de concordancia.

Las discrepancias deben ser analizadas según criterios establecidos en el documento de Análisis de las Discrepancias.

Seguimiento de tasa de no concluyentes.

Resultados

Deben expresarse en una tabla que permita ver su evolución temporal. Por ejemplo:

Correlación muestra endoscópica/Pieza quirúrgica	ESTÁNDAR	2012	2013	2014
% Diagnósticos Concordantes	95%			
% Diagnósticos No Concordantes	5%			
% No concluyentes				

Análisis de discrepancias	2012		2013		2014	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total discrepancias						
Trascendencia leve						
Trascendencia moderada						
Trascendencia grave						
Sin efecto en el paciente						

Bibliografía

Raab SS et al. Cytologic-Histologic correlation. Cancer Cytopathology 2011

(fin del documento)

(código documento)

CORRELACIÓN CITOLOGÍA CÉRVICO-VAGINAL/BIOPSIA

Indicador Fase Post-Diagnóstica

Descripción (qué es lo que quiero medir)

Se evalúan la eficacia diagnóstica de una muestra de citología cérvico-vaginal en relación con la biopsia cervical posterior o cono de la lesión. Se recomienda valorar los diagnósticos discordantes y establecer un seguimiento temporal.

Método de cálculo (cómo lo voy a medir)

Cálculo retrospectivo

Selección: A partir de muestras aleatorias de citología cérvico-vaginal con lesión de alto grado con biopsia o cono posterior.

Valoración: Concordantes (1), No concordantes (0).

Los casos no concordantes se subdividen en: Falsos Positivos (FP) y Falsos Negativos (FN)

La fórmula:

Concordancia: N° Concordantes (1) / N° Concordantes (1) + N° No concordantes (0).

Falsos Positivos: N° Falsos Positivos (FP) / N° Concordantes (1) + N° No concordantes (0).

Falsos Negativos: N° Falsos Negativos (FN) / N° Concordantes (1) + N° No concordantes (0).

Periodicidad (cada cuánto tiempo lo voy a medir)

Anual.

Quién (se pueden definir responsables y "medidores")

Medidor: Control de Gestión, Patólogo que coordina Calidad.

Responsables: Patólogos, citotécnicos.

Criterio de aceptabilidad (valor que orienta en relación a un resultado o me da una situación de alarma sobre la que actuar o al menos analizar)

Superior al 87% de concordancia diagnóstica.

Las discrepancias deben ser analizadas según criterios establecidos en el documento de Análisis de las Discrepancias.

Resultados

Deben expresarse en una tabla que permita ver su evolución temporal.

Correlación Cito CV/Biopsia o Cono	ESTÁNDAR	2012	2013	2014
% Diagnósticos Concordantes	87%			
% Diagnósticos No Concordantes	13%			
% Falsos Positivos				
% Falsos Negativos				

Análisis de discrepancias	2012		2013		2014	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total discrepancias						
Trascendencia leve						
Trascendencia moderada						
Trascendencia grave						
Sin efecto en el paciente						

Bibliografía

Raab SS et al. Cytologic-Histologic correlation. Cancer Cytopathology 2011

(fin del documento)

(código documento)

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS

Indicador Fase Post-Diagnóstica

Descripción (qué es lo que quiero medir)

Se trata de establecer una pauta sistemática para la revisión completa de un porcentaje determinados de casos. Selección aleatoria según criterio, por ejemplo, del global de casos, especialidades, etc.

Método de cálculo (cómo lo voy a medir)

Cada servicio debe definir, según sus necesidades, los ítems que considere oportunos y establecer el seguimiento adecuado.

Items a evaluar:

- Datos de filiación, correctos
- Estudio Intraoperatorio, adecuado
- Tiempo de respuesta intraoperatorio
- Macroscopía, adecuada
- Técnicas complementarias, adecuadas
- Microscopía-diagnóstico-informe, adecuación
- Revisión diagnóstico, si procede
- Protocolos Diagnósticos, aplicación
- Codificación SNOMED
- Correlaciones: Intra, cito, biopsia endoscópica, PAAF, etc.
- Demora > 1 mes

Cada ítem se evalúa: Correcto (bien): 1; Incorrecto (mal): 2; No evaluable: 0

Periodicidad (cada cuánto tiempo lo voy a medir)

Trimestral.

Quién (se pueden definir responsables y “medidores”)

Comité específico para esta evaluación, coordinador de Calidad, jefe del servicio o persona en quien delegue.

Criterio de aceptabilidad (valor que orienta en relación a un resultado o me da una situación de alarma sobre la que actuar o al menos analizar)

Seguimiento orientativo de ítems.

Lo importante es detectar las discrepancias y gestionarlas según criterios establecidos en el documento de Análisis de las Discrepancias (Ítems evaluados como incorrectos).

Resultados

Cuantitativamente, pueden expresarse en una tabla que permita ver su evolución temporal. Por ejemplo:

ITEM 1 (2, 3...N)	<u>2012</u>		<u>2013</u>		<u>2014</u>		<u>2015</u>		<u>2016</u>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Correcto (1)										
Incorrecto (2)										
No evaluable (0)										

Análisis de discrepancias	<u>2012</u>		<u>2013</u>		<u>2014</u>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total discrepancias						
Trascendencia leve						
Trascendencia moderada						
Trascendencia grave						
Sin efecto en el paciente						

(fin del documento)

(código documento)

COMUNICACIÓN DE DIAGNOSTICOS ANATOMO PATOLOGICOS CRITICOS/ ALERTAS

Indicador Fase Post-Diagnóstica

Descripción (qué es lo que quiero medir)

Algunos diagnósticos pueden afectar seriamente el curso clínico del paciente y requieren una comunicación inmediata al médico responsable del paciente. Los servicios de Anatomía Patológica establecerán un listado de diagnósticos que deben ser comunicados de forma inmediata, entre ellos:

- Discrepancias con los diagnósticos intraoperatorio, citología previa, biopsia previa, etc. si puede tener repercusión clínica inmediata.
- Discrepancia grave entre el diagnóstico anatomopatológico y la sospecha clínica, si puede tener repercusión clínica inmediata.
- Hallazgos inesperados de trascendencia: tuberculosis, micosis, tejidos inesperados atribuibles a perforación de órganos, etc.

Se establecerá un protocolo definido para comunicar este tipo de alertas, y se asegurará la recepción de la misma por parte del responsable asignado.

Método de cálculo (cómo lo voy a medir)

Numero de alertas comunicadas, en valores absolutos y porcentaje respecto al total de informes.

Tiempo transcurrido entre el registro y la comunicación de los diagnóstico critico.

Periodicidad (cada cuánto tiempo lo voy a medir)

Seguimiento anual

Quién (se pueden definir responsables y "medidores")

Coordinador de Calidad o persona en quien delegue.

Resultados

Deben expresarse en una tabla que permita ver su evolución temporal. Por ejemplo:

	<u>2012</u>		<u>2013</u>		<u>2014</u>		<u>2015</u>		<u>2016</u>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Numero de alertas comunicadas										
Media de tiempo										

(fin del documento)

(código documento)

PROGRAMA EXTERNO DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DIAGNÓSTICA

(casuística externa)

Indicador Fase Post-Diagnóstica

Descripción (qué es lo que quiero medir)

Se trata de garantizar que la calidad y veracidad de los diagnósticos emitidos se sustenta en un nivel adecuado de conocimientos y que se mantiene actualizado. Para ello se utiliza como instrumento la observación y diagnóstico de preparaciones histológicas de casos de procedencia externa, por ejemplo los módulos de diagnóstico de la SEAP. Dicha casuística se acompaña de diagnóstico, diagnóstico diferencial, discusión, actualización y bibliografía del tema correspondiente.

El indicador se refiere al número de discrepancias y al modo de afrontarlas.

Método de cálculo (cómo lo voy a medir)

Los casos observados deben ser registrados:

- Fecha de presentación
- Diagnóstico del emisor
- Diagnóstico del receptor
- Grado de discrepancia, acorde con el documento de Gestión de Discordancias.
 - o Positiva
 - o Negativa sin trascendencia clínica significativa (discrepancia leve)
 - o Negativa con trascendencia clínica moderada (discrepancia moderada)
 - o Negativa con trascendencia clínica significativa (discrepancia grave)
 - o Caso no adecuado (explicar)
 - o Observaciones
- Indicadores:
 - o Número de casos examinados
 - o Porcentajes de discrepancia, discrepancia leve, discrepancia moderada, discrepancia grave y no adecuados.

Periodicidad (cada cuánto tiempo lo voy a medir)

Al menos, anual, o ajustadas a las tandas de la entidad gestora del control externo.

Quién (se pueden definir responsables y "medidores")

Coordinador de calidad o persona en quien delegue.

Criterio de aceptabilidad (valor que orienta en relación a un resultado o me da una situación de alarma sobre la que actuar o al menos analizar)

Respecto al seguimiento anual, debe establecerse un valor comparativo con la propia experiencia y en relación con otros servicios.

Las discrepancias deben ser gestionadas según el documento de análisis de discrepancias.

Resultados

Establecer un seguimiento anual

	<u>2012</u>		<u>2013</u>		<u>2014</u>		<u>2015</u>		<u>2016</u>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Número discrepancia graves										
Número discrepancia moderada										
Número discrepancia leves										
Número casos no adecuados										

Análisis de discrepancias	<u>2012</u>		<u>2013</u>		<u>2014</u>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total discrepancias						
Trascendencia leve						
Trascendencia moderada						
Trascendencia grave						
Sin efecto en el paciente						

(fin del documento)

(código documento)

DISCUSIÓN INTERDEPARTAMENTAL POSTDIAGNÓSTICA

Indicador Fase Post-Diagnóstica

Descripción (qué es lo que quiero medir)

Registra la actividad de discusión diagnóstica en foros profesionales interdisciplinarios, tales Comités de tumores, sesiones clinicopatológicas, etc. y el grado de discrepancia detectado.

Método de cálculo (cómo lo voy a medir)

El Sistema de Información debe registrar esta actividad, permitir su explotación estadística y seguimiento de indicadores, por ejemplo, a través de una solapa específica que recoja: fecha, foro de discusión y observaciones. En ausencia de este desarrollo y, en caso necesario, se debe establecer una estrategia de seguimiento externa (hoja de cálculo, base de datos, etc.)

Indicadores:

- Número de casos sometidos a discusión inter-departamental. Porcentaje respecto al total.
- Discrepancia: % de casos discrepantes que han generado rectificación del diagnóstico.

Fórmula: N° casos discrepantes que han generado rectificación del diagnóstico / n° casos sometidos a discusión Inter.-departamental x 100

Periodicidad (cada cuánto tiempo lo voy a medir)

Trimestral.

Quién (se pueden definir responsables y “medidores”)

Coordinador de Calidad o persona en quien delegue.

Criterio de aceptabilidad (valor que orienta en relación a un resultado o me da una situación de alarma sobre la que actuar o al menos analizar)

Se trata de detectar tipos de discrepancias gestionadas según documento de Gestión de las Discrepancias.

Resultados

Deben expresarse en una tabla que permita ver su evolución temporal. Por ejemplo:

	<u>2012</u>		<u>2013</u>		<u>2014</u>		<u>2015</u>		<u>2016</u>	
	N°	discr	N°	discr	N°	discr	N°	discr	N°	discr
Número discutidos / discrepancias										

Análisis de discrepancias

	<u>2012</u>		<u>2013</u>		<u>2014</u>	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total discrepancias						
Trascendencia leve						
Trascendencia moderada						
Trascendencia grave						
Sin efecto en el paciente						

(fin del documento)

IV) ANEXOS

1. Análisis de la Discrepancia / Error en Anatomía Patológica
2. Modelo de Consentimiento informado PAAF
3. Modelos de encuesta de satisfacción de clientes (4 modelos)

(código documento)

ANÁLISIS DE LA DISCREPANCIA/ERROR, EN DIAGNOSTICOS ANATOMOPATOLOGICOS

Para Indicadores de correlación

Descripción (qué es lo que quiero medir)

Una discrepancia ocurre si hay alguna diferencia entre el diagnóstico inicial y el diagnóstico post revisión.

Las discrepancias se clasifican en las siguientes categorías:

Cambio en categoría diagnóstica, por ejemplo de benigno a maligno

Cambio en la misma categoría diagnóstica, cambio de un diagnóstico benigno a otro benigno

Cambio derivados de una defectuosa o inexacta información clínica, por ejemplo cambio en la lateralidad de un órgano

Error tipográfico sin consecuencias

Método de cálculo (cómo lo voy a medir)

Numero de discrepancias observadas, en valores absolutos y porcentaje respecto al total de informes.

Según la trascendencia provocada en el paciente

Efecto/ daño

Leve

Moderado

Grave

Sin efecto

Periodicidad (cada cuánto tiempo lo voy a medir)

Seguimiento anual.

Quién (se pueden definir responsables y “medidores”)

Coordinador de Calidad o persona en quien delegue.

Criterio de aceptabilidad (valor que orienta en relación a un resultado o me da una situación de alarma sobre la que actuar o al menos analizar)

Las incidencias entre el 1 y 5% al año, deben promover el acortamiento de la periodicidad acordada y, de acuerdo con la gestión de No Conformidades, extremar o revisar las medidas preventivas.

Resultados

Deben expresarse en una tabla que permita ver su evolución temporal. Por ejemplo:

	<u>2012</u>		<u>2013</u>		<u>2014</u>		<u>2015</u>		<u>2016</u>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total discrepancias										
Trascendencia leve										
Trascendencia moderada										
Trascendencia grave										
Sin efecto en el paciente										

(fin del documento)

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PAAF

El paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento DECLARA:

Que el Dr./Dra.:
(*nombre y apellidos del facultativo que proporciona la información*) me ha informado de la necesidad/conveniencia de practicar una **PUNCIÓN ASPIRATIVA CON AGUJA FINA (PAAF)**, y que se me ha explicado y he comprendido y aceptado que:

- La Punción Aspirativa con Aguja Fina (PAAF) consiste en tomar una muestra de su órgano lesionado para analizarla e intentar obtener un diagnóstico de su enfermedad.
- La duración aproximada es de 10 minutos.
- No es necesario acudir en ayunas.

Riesgos:

Como cuando se pincha cualquier zona del organismo (por ejemplo para poner una inyección), el riesgo es el sangrado, con formación de hematoma. En caso de darse esta circunstancia, suele resolverse espontáneamente.

Asimismo, pueden darse esporádicamente crisis vagales, con mareo y lipotimia, que suelen ser pasajeras.

Alternativas:

La única alternativa existente en la actualidad sería obtener la muestra mediante una intervención quirúrgica.

Antes de firmar este documento, si desea más información, no dude en consultarnos.

Toma anticoagulantes (Sintrom, Disgren, Adiro):

Sí No

Apellidos

Nombre Sexo

Fecha de nacimiento N° Historia

Afiliación

Domicilio

Población Teléfono

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado/a por el facultativo que me ha atendido quien me ha facilitado las explicaciones en lenguaje claro y sencillo y he comprendido el procedimiento para la realización de una PUNCIÓN ASPIRATIVA CON AGUJA FINA (PAAF), así como sus riesgos y complicaciones más frecuentes, tanto de tipo general como derivados de mi situación concreta.

He sido, así mismo, informado/a de las posibles alternativas, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado las dudas planteadas.

Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me realice la intervención que me ha sido explicada anteriormente.

En, a de de

Firma del paciente: Firma del médico

.....

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./Dña DNI.

y en calidad de , soy consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asumo la responsabilidad de la decisión.

He sido suficientemente informado/a del procedimiento que se le va a realizar y doy expresamente mi consentimiento para la realización de una PUNCIÓN ASPIRATIVA CON AGUJA FINA (PAAF), que podré retirar en el momento que lo desee.

Firma del tutor o representante legal

.....

NO AUTORIZACIÓN / ANULACIÓN

Por la presente NO AUTORIZO / ANULO cualquier consentimiento plasmado en el presente impreso, que queda sin efecto a partir de este momento. Me han sido explicadas, y entiendo y asumo las repercusiones que sobre la evolución del proceso ello pudiera derivar.

En, a de de ...

Firma del paciente o representante legal

.....

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS

Modelo 1

ENCUESTA DE SATISFACCION DE CLIENTES

Esta encuesta le puede suponer unos 20 minutos de su tiempo y sin embargo para nosotros es un medio importantísimo para captar problemas e intentar solucionarlos. Te rogamos que nos ayudes con tu tiempo y tomes en consideración que sois varios los que utilizáis nuestros servicios por lo que nos interesaría conocer el máximo número de opiniones.

1. ¿ A QUE SECCION O UNIDAD DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA SOLICITA USTED SUS SERVICIOS ?

- ☐ SECCION DE AUTOPSIAS
- ☐ SECCION DE PATOLOGIA QUIRURGICA I
 - ☐ GINECOPATOLOGIA
 - ☐ PATOLOGIA DE MAMA Y ENDOCRINO
 - ☐ PATOLOGIA DE CABEZA Y CUELLO
 - ☐ PATOLOGIA DE DIGESTIVO
- ☐ SECCION DE PATOLOGIA QUIRURGICA II
 - ☐ NEUROPATOLOGIA
 - ☐ PATOLOGIA OSTEOARTICULAR
 - ☐ HEPATOPATOLOGIA
 - ☐ PATOLOGIA DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS
 - ☐ NEUROPATOLOGIA
 - ☐ NEFROPATOLOGIA
 - ☐ PATOLOGIA CARDIOVASCULAR
 - ☐ HEMATOPATOLOGIA
- ☐ SECCION DE CITOLOGIA
- ☐ UNIDAD DE INMUNOHISTOQUIMICA
- ☐ UNIDAD DE PATOLOGIA MOLECULAR
- ☐ NO ME ES POSIBLE ESPECIFICAR LA SECCION O UNIDAD DE LA QUE SOY CLIENTE (Describa los servicios que recibe con texto libre)

2. ¿CUAL ES EL GRADO DE SATISFACCION COMO CLIENTE DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA RESPECTO A LAS DIFERENTES SECCIONES?

AUTOPSIAS	NIVEL GLOBAL	ATENCION RECIBIDA POR EL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO	CALIDAD DEL SERVICIO FINAL
	☐ MUY BAJO ☐ BAJO ☐ MEDIO ☐ ALTO ☐ MUY ALTO	☐ MUY BAJO ☐ BAJO ☐ MEDIO ☐ ALTO ☐ MUY ALTO	☐ MUY BAJO ☐ BAJO ☐ MEDIO ☐ ALTO ☐ MUY ALTO

OTRAS CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS RESPECTO A ESTE SERIVICIO:

-
-

PATOLOGIA QUIRURGICA I	NIVEL GLOBAL	ATENCION RECIBIDA POR EL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO	CALIDAD DEL SERVICIO FINAL
	☐ MUY BAJO ☐ BAJO ☐ MEDIO ☐ ALTO ☐ MUY ALTO	☐ MUY BAJO ☐ BAJO ☐ MEDIO ☐ ALTO ☐ MUY ALTO	☐ MUY BAJO ☐ BAJO ☐ MEDIO ☐ ALTO ☐ MUY ALTO

OTRAS CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS RESPECTO A LA SECCION DE LA QUE ES CLIENTE DIRECTAMENTE:

-
-

PATOLOGIA QUIRURGICA II	NIVEL GLOBAL	ATENCION RECIBIDA POR EL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO	CALIDAD DEL SERVICIO FINAL
	☐ MUY BAJO ☐ BAJO ☐ MEDIO ☐ ALTO ☐ MUY ALTO	☐ MUY BAJO ☐ BAJO ☐ MEDIO ☐ ALTO ☐ MUY ALTO	☐ MUY BAJO ☐ BAJO ☐ MEDIO ☐ ALTO ☐ MUY ALTO

OTRAS CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS RESPECTO A LA SECCION DE LA QUE ES CLIENTE DIRECTAMENTE:

-
-

CITOLOGIAS	NIVEL GLOBAL	ATENCION RECIBIDA POR EL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO	CALIDAD DEL SERVICIO FINAL
	☐ MUY BAJO ☐ BAJO ☐ MEDIO ☐ ALTO ☐ MUY ALTO	☐ MUY BAJO ☐ BAJO ☐ MEDIO ☐ ALTO ☐ MUY ALTO	☐ MUY BAJO ☐ BAJO ☐ MEDIO ☐ ALTO ☐ MUY ALTO

OTRAS CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS RESPECTO A LA SECCION DE LA QUE ES CLIENTE DIRECTAMENTE:

-
-

PATOLOGIA MOLECULAR	NIVEL GLOBAL	ATENCION RECIBIDA POR EL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO	CALIDAD DEL SERVICIO FINAL
	☐ MUY BAJO ☐ BAJO ☐ MEDIO ☐ ALTO ☐ MUY ALTO	☐ MUY BAJO ☐ BAJO ☐ MEDIO ☐ ALTO ☐ MUY ALTO	☐ MUY BAJO ☐ BAJO ☐ MEDIO ☐ ALTO ☐ MUY ALTO

OTRAS CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS RESPECTO A LA SECCION DE LA QUE ES CLIENTE DIRECTAMENTE:

-
-

INMUNOHISTO-QUIMICA	NIVEL GLOBAL	ATENCION RECIBIDA POR EL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO	CALIDAD DEL SERVICIO FINAL
	☐ MUY BAJO ☐ BAJO ☐ MEDIO ☐ ALTO ☐ MUY ALTO	☐ MUY BAJO ☐ BAJO ☐ MEDIO ☐ ALTO ☐ MUY ALTO	☐ MUY BAJO ☐ BAJO ☐ MEDIO ☐ ALTO ☐ MUY ALTO

OTRAS CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS RESPECTO A LA SECCION DE LA QUE ES CLIENTE DIRECTAMENTE:

-
-

3. **¿CUAL ES EL GRADO DE SATISFACCION COMO CLIENTE DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA?**

- ☐ MUY BAJO
- ☐ BAJO
- ☐ MEDIO
- ☐ ALTO
- ☐ MUY ALTO

Por favor, complete con texto libre las siguientes frases:

*** PIENSO DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA QUE:**

*** ME GUSTA QUE:**

*** NO ME GUSTA QUE:**

*** ME GUSTARIA QUE:**

4. **DE LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS DE UN SERVICIO DE CALIDAD, ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES PIENSA QUE SE PUEDEN APLICAR O DESTACARIA DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HUMV?:**

- ☐ FIABILIDAD DEL DIAGNOSTICO
- ☐ AMABILIDAD Y CORTESIA EN EL TRATO
- ☐ RAPIDEZ DEL SERVICIO
- ☐ PRECISION Y EXACTITUD DEL DIAGNOSTICO
- ☐ INFORMACION Y COMUNICACIÓN FLUIDA
- ☐ INSTALACIONES DE FACIL ACCESO
- ☐ CALIDAD CIENTIFICA
- ☐ OTRAS (Defina con texto libre):

-

-

5. **¿QUE ASPECTOS MODIFICARIA O MEJORARIA PARA INCREMENTAR COMO RESULTADO SU GRADO DE SATISFACCION?**

-

-

-

6. **OTROS COMENTARIOS O SUGERENCIAS**

-

-

-

DATOS DEL ENCUESTADO:

* REALIZADO POR:

☐ NOMBRE Y APELLIDOS

☐ ANONIMO

* HOSPITAL/CENTRO AL QUE PERTENECE:

* SERVICIO O DEPARTAMENTO:

El Departamento de Anatomía Patológica le agradece toda la información que nos aporta en esta encuesta. Con su análisis intentaremos poner todos los medios posibles para mejorar nuestros servicios.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS

Modelo 2

ENCUESTA DE SATISFACCION DE CLIENTES

Esta encuesta le puede suponer unos minutos de su tiempo y sin embargo para nosotros es un medio importantísimo para mejorar la atención que le prestamos. Le rogamos que nos ayude con su tiempo.

USTED ESTA AQUÍ POR MOTIVOS DE:

¿ COMO VALORARIA muy bien

muy mal mal regular bien

EL TRATO RECIBIDO?	☐	☐	☐	☐	☐
LA INFORMACION RECIBIDA ?	☐	☐	☐	☐	☐
LA RAPIDEZ DEL SERVICIO ?	☐	☐	☐	☐	☐
ORDEN Y LIMPIEZA ?	☐	☐	☐	☐	☐

Complete la siguiente frase: DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLÓGICA...

*** ME GUSTA QUE:**

*** NO ME GUSTA QUE:**

*** ME GUSTARÍA QUE:**

¿ QUE SUGERENCIAS PROPONE PARA MEJORAR EL SERVICIO QUE LE OFRECEMOS ?

REALIZADO POR:

☐ ANONIMO

☐ NOMBRE Y APELLIDOS:

MUCHAS GRACIAS.

PUEDE DEPOSITAR ESTE CUESTIONARIO EN EL BUZON UBICADO AL LADO DE LA VENTANILLA DE RECOGIDA DE MUESTRAS.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS

Modelo 3

Laboratorio: ANATOMÍA PATOLÓGICA – (código documento)	Fecha:
--	---------------

Evalúe cada aspecto del 1 al 5, siendo 5 la mejor puntuación y 1 la peor puntuación. Marque con una X su valoración, en cada uno de los criterios.

Criterio a Valorar	Valoración				
	1	2	3	4	5
¿Recibe sus informes de resultados en el tiempo pactado?					
¿Recibe los informes correctamente identificados?					
¿Los informes recibidos son comprensibles, completos y contienen los aspectos necesarios para el pronóstico y tratamiento?					
¿Es atendido por el personal del servicio con consideración y cortesía?					
¿Recibe los informes con interpretaciones, valores de referencia y comentarios adecuados?					
¿La terminología usada en los informes es adecuada y actual?					
¿Los estudios que realiza el laboratorio corresponden con sus demandas?					
¿Le satisface el nivel científico y técnico del laboratorio?					
¿Se esfuerza el laboratorio en conocer sus necesidades y requerimientos?					
¿Cuándo deja mensajes de consulta recibe contestación?					
El laboratorio ¿responde a sus opiniones y sugerencias?					
¿Encuentra disponibilidad para establecer la correlación clínico-patológica y participar en estudios conjuntos de los casos?					
¿Encuentra disponibilidad para estudios y consultas intraoperatorias?					
¿Encuentra disponibilidad para la realización de punciones?					
¿Recibe información sobre las actividades del servicio y sobre las normas y requisitos para la solicitud de estudios?					
¿El laboratorio cuenta con los recursos profesionales necesarios para responder a sus consultas?					
¿Considera que el personal del laboratorio está capacitado para la atención de los casos a diagnóstico?					
¿Considera que el personal del laboratorio le dedica la atención suficiente a los casos a diagnóstico?					
En general, ¿se siente satisfecho con la atención de nuestro laboratorio?					

Observaciones y Sugerencias. Indique en este cuadro aquellos aspectos que quiera reseñar.

--

Si desea recibir una respuesta personalizada a este cuestionario, indique aquí sus datos:

Centro	
Nombre y Apellidos	
Dirección	
Teléfono de Contacto	

MUCHAS GRACIAS POR SUS OPINIONES, TIEMPO Y COLABORACIÓN.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS

Modelo 4

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS (dirigida a médicos peticionarios)

Se ha establecido un procedimiento para obtener la opinión de los usuarios basado en una encuesta anónima que, enviada a los jefes de los Servicios (ver final de este documento) y Unidades que prioritariamente solicitan estudios anatomopatológicos con el ruego de su reenvío al resto de sus plantillas de facultativos, permita obtener datos significativos. En el Registro correspondiente a la evaluación de la encuesta se registra la lista de distribución.

El mismo cuestionario es enviado a los facultativos del Servicio de Anatomía Patológica con el objetivo de obtener una imagen de nuestra propia auto-percepción y compararla con la de los usuarios.

MODELO DE ENCUESTA:

Querido compañero

El cuestionario (*) que sigue a estas líneas se enmarca dentro de los objetivos de nuestro Sistema de Calidad y tiene por objeto disponer de información sobre la percepción que nuestras actividades generan en quienes demandan nuestros servicios.

Solicito su activa colaboración ya que esta información nos es vital para detectar actuaciones mejorables y proveer cambios que redunden en una mejora continua de nuestras actuaciones. Muchas gracias.

Por favor, indique su grado de satisfacción con el Servicio de Anatomía Patológica en los siguientes aspectos (escala de 1 a 5, siendo 1 el grado menor de satisfacción y 5 el de mayor satisfacción; ns/nc: no sabe/no contesta).

	ns/nc	1	2	3	4	5
Calidad de la relaciones interprofesionales						
Precisión diagnóstica						
Actitud de los patólogos ante los problemas que se les plantean						
Disponibilidad para biopsias o actuaciones intraoperatorias						
Protocolización diagnóstica de los tumores						
Cortesía del personal técnico y administrativo						
Reuniones de trabajo como Comités de tumores, sesiones, etc						
Calidad y exhaustividad del informe						
Comunicación de resultados excepcionales o muy relevantes						
Tiempo de respuesta de los informes						
Grado de satisfacción en general						

Sugerencias (texto libre):

Servicio peticionario: (La encuesta es totalmente anónima pero con el fin de analizar mejor la información necesitamos, si usted no tiene inconveniente, conocer el Servicio peticionario a que usted pertenece)

(*) Modificado y adaptado de: E. Nakheh, MD, FCAP, and Patrick L. Fitzgibbons, MD, FCAP, editors: *Quality Management in Anatomic Pathology, College of American Pathologists (CAP), 2008.*

