

Gestión en Anatomía Patológica

Manuel Carbajo Vicente, Lucía María González López, María Cristina Murillo Lázaro

Servicio de Anatomía Patológica

Hospital General de Ciudad Real

RESUMEN

Los autores definen las Unidades funcionales de Anatomía Patológica (UFAP) desarrollando las normas de funcionamiento de las mismas. Describen las normas específicas de éstas, y las de relación con las de otros Centros. Proponen la aplicación informática que debería utilizarse en las Unidades de Anatomía Patológica, incluyendo el tipo de codificación. Analizan como se cuantificó en el pasado la carga de trabajo, concluyendo que las URVs debieran ser desechadas. Se relata cómo debe ser todo el proceso que se lleva a cabo en cada UFAP. Se incluye en esta sección el consentimiento informado y la segunda opinión. Por último se propone el nombramiento por parte de la SEAP de una Comisión para realizar un baremo cuantitativo y por minutos que sirva para realizar el cálculo de la carga de trabajo de un Patólogo.

La Sanidad Transferida ahora a las Comunidades Autónomas, pretende que las Unidades que la constituyan pasen digamos de un sistema “socializado” a otro más lógico de tipo empresarial. Este tipo de sistema tiene como principal condición la autogestión. Sin embargo las unidades de los actuales Hospitales no pueden autogestionarse, ya que el presupuesto no lo gestiona la propia unidad, sino que viene impuesto por la Dirección del Centro. A pesar de ello, es deseable que los responsables de las Unidades de Anatomía Patológica estén preparados para gestionar, en la medida de lo posible, dicha Unidad para conseguir una máxima calidad a un coste razonable.

Los patólogos somos los que debemos hacer la gestión por dos razones: la primera es que si nosotros no la hacemos vendrán los responsables Sanitarios y nos la impondrán, la segunda porque somos los que mejor conocemos las Unidades de Anatomía Patológica.

Podemos definir la gestión sanitaria como “el proceso que conduce a la mejor utilización de los recursos disponibles para solucionar las diversas problemáticas sanitarias”.

Para gestionar una Unidad de Anatomía Patológica, hay que definir claramente en qué consiste la actividad anatomopatológica. Esta se reconoce a través de las bases estructurales de la enfermedad, mediante técnicas y procedimientos propios de la especialidad de Anatomía Patológica.

El objetivo básico y clave pero no único de la actividad anatomopatológica, se concreta en el diagnóstico anatomopatológico. Este identifica los procesos de enfermedad a través de las bases estructurales, (diagnóstico etiopatogénico, estructural, fisiopatológico, clínico) y establece el pronóstico que es decisivo en la elección terapéutica.

La actividad anatomopatológica se realiza en las que podemos denominar “unidades funcionales de anatomía patológica” (UFAPs) (1)

UNIDADES FUNCIONALES DE ANATOMÍA PATOLÓGICA (UFAP)

Toda UFAP debe tener su propia guía de gestión. En ella se describen las estructuras en donde se realiza la actividad anatomopatológica. Ésta se desarrolla en los denominados Departamentos, Servicios y Secciones. En la guía se debe hacer constar cómo es el organigrama interno de cada una de ellas. Cada UFAP presenta una capacidad básica, para resolver los problemas generales inherentes a la actividad anatomopatológica. Sin embargo paralelamente al resurgir de las superespecialidades se pueden desarrollar unidades con capacidades específicas.

Existe un acuerdo bastante generalizado sobre las infraestructuras con que debe contar una UFAP con capacidad básica. No es así, en el caso de las Unidades con capacidad especial (superespecialidad). Entre ellas contamos con la Neuropatología, la Dermatopatología, Nefropatología, etc. Son unidades que denominamos de referencia, en las que no hay acuerdo sobre cuales serían las infraestructuras profesionales y materiales. Existe dentro de la Anatomía Patológica, un campo concreto que se encuentra aún más independizado y reconocido que es la citopatología, en donde con frecuencia los profesionales sólo realizan esa labor. Como es natural, la existencia de estas unidades dependerá del número de muestras de cada especialidad, del número de casos totales y del número de profesionales asignados a dicha UFAP.

NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DE LAS UFAPs

Las normas de funcionamiento de las UFAPs deben estar claramente redactadas en la Guía de Gestión ó de Funcionamiento de la Unidad en la que se incluyen:

- A) Normas específicas de cada UFAP
- B) Normas de relación de la propia UFAP con las UFAPs de otros hospitales/instituciones
- A) Normas específicas de cada UFAP
 - a. Aplicación informática en una UFAP
 - b. Cómo se deben procesar las muestras
 - c. Evaluación de las muestras microscópicas y no microscópicas
 - d. Redacción del informe anatomopatológico
 - e. Qué genera la actividad anatomopatológica
 - f. Cuantificación del trabajo realizado en una UFAP
 - g. Cálculo total de la actividad anatomopatológica
 - h. Normas a cumplir en una Unidad Funcional de Anatomía Patológica

a. Aplicación informática en una UFAP

Las UFAPs reciben de las Unidades funcionales clínicas del hospital (UFCs) peticiones de estudio anatomopatológico a realizar a través de impresos o bien a través de archivos informativos. En cada Unidad de Anatomía Patológica debe existir una aplicación informática que nos permita, a través de sistemas complejos, explotar datos para ser utilizados con fines asistenciales, científicos o académicos.

Las aplicaciones informáticas (2) deben estar desarrolladas siempre en entorno Windows y con arquitectura cliente/servidor, que servirá para separar la base de datos de los puestos de trabajo. Con este sistema operativo, podremos disponer de una red local para conectar los ordenadores. Esta arqui-

tectura de la red, debe ser óptima y estar acompañada de tarjetas de red de alta velocidad, que nos permite tener un número de estaciones de trabajo ilimitado.

Es deseable además, que la aplicación informática sea capaz de conectarse tanto a los diferentes aparatos automáticos de tinción del Laboratorio, (teñidores de histoquímica, inmunohistoquímica, citología líquida, etc.), como a los marcadores de bloques de parafina, portaobjetos, etc., aunque en la actualidad muchas UFAPs no los poseen.

En el momento que vivimos, todo sistema informático debe poseer un sistema de edición y gestión de imágenes, tanto macroscópicas como microscópicas de forma sencilla.

Se ha intentado utilizar en los programas informáticos, sistemas de reconocimiento de voz. A pesar de que existen en mercado algunos prestigiados, su aplicación en Anatomía Patológica desgraciadamente no ha dado los frutos deseados, por lo que se han abandonado.

Para el desarrollo de toda la actividad de la UFAP, el sistema informático debe ser conocido y manejado por todo el Personal de la Unidad. Toda petición anatomopatológica realizada a la UFAP, debe registrarse con un número único de entrada, que es el que generará el único Informe anatomopatológico, con su número de Registro correspondiente. En el registro se harán constar todos los datos directamente relacionados con el Paciente, y con la muestra o muestras enviadas. Estos son:

- Nº de Historia Clínica
- Primer apellido
- Segundo apellido
- Número de tarjeta sanitaria
- Numero de Seguridad Social
- Sexo
- Fecha de Nacimiento
- Domicilio
- Calle, población, provincia, teléfono
- Fecha de recepción de la muestra (fecha de registro)
- Fecha de realización de la toma
- Tipo de estudio
- Servicio o Unidad Clínica de Procedencia
- Medico que realizó la toma

La identificación de paciente debe estar sustentada no sólo en los apellidos y nombre sino a través de la historia clínica o la tarjeta sanitaria. Es fundamental que el Programa Informático este conectado al sistema de información del Hospital, ya que de esta forma los datos de identificación del paciente serán mucho más fiables.

Cualquier programa informático de una UFAP, debe contemplar la gestión de estudios citológicos, de patología quirúrgica, de autopsias y de estudios especiales. En estos, se incluye un apartado dedicado a las biopsias intraoperatorias, con su correspondiente descripción macroscópica, microscópica y diagnóstico, haciendo constar además el día y hora en el que se realizó el estudio, así como el nombre del patólogo y las muestras estudiadas.

Cada vez que se realiza el Registro de un nuevo paciente, el programa (3) debe incluir de forma obligada el tipo de estudio, (citología, biopsia, autopsia e intraoperatoria), y el número de muestras enviadas (recipientes). Cada paciente tendrá un número de orden que será asignado de forma manual o de forma automática por el programa. Debe utilizarse el sistema estándar habitual. Los dos primeros dígitos del número, se refieren a los dos últimos números del año en que se registró el paciente.

Estos dígitos se siguen de una letra que indica el tipo de estudio (C, B, A, I, para citología, biopsia, autopsia e intraoperatoria, respectivamente). Después de ésta se añaden 5 dígitos, en función de lo que se considera número máximo anual de pacientes. Dicha numeración es correlativa y comienza el día 1 de Enero de cada año.

El Programa debe editar un libro de Registro, en donde aparecen todos y cada uno de los pacientes registrados con todos los datos anteriormente expresados. Con él se puede averiguar los pacientes registrados por unidad de tiempo. El programa deberá asignar de forma manual o automática, el Patólogo responsable tomándolo de un listado de patólogos previamente establecido por la Unidad.

Cuando el Patólogo realiza el trabajo de tallado de las piezas, dictará la descripción macroscópica de las mismas y la persona encargada de la transcripción la incluirá en el informe anatomopatológico. El programa deberá permitir que el Patólogo solicite a los técnicos especialistas del Laboratorio, el trabajo que deben realizar. Podrá solicitar de cada muestra, el número de bloques y cortes a realizar. También podrá solicitar a través del Programa informático, cada una de las técnicas histológicas, histoquímicas e inmunohistoquímicas que se encuentren incluidas en la Cartera de Servicios de la Unidad. Es muy útil que el Programa tenga asignado a determinadas muestras, un protocolo de tinciones con lo que de forma automática quedará reflejada en la petición de técnicas.

La solicitud del Trabajo de los Técnicos a través de sistema informático (4) nos permite obtener un parte de trabajo diario, listado de trabajo pendientes y listados de trabajo realizado. Todo el trabajo realizado por los Técnicos quedará de esta manera reflejado en el Programa. Así cuando deseemos saber cual es la carga de trabajo en el Laboratorio por Unidad de Tiempo, el Programa nos podrá ofrecer listados del número de bloques de parafina, de cortes histológicos, de tinciones histoquímicas, inmunohistoquímicas etc.

El Programa debe servir de guía y ayuda para la realización del Informe anatomopatológico, por lo tanto, debe contemplar todo lo que el Patólogo redacta en dicho informe. La redacción y transcripción del informe anatomopatológico deberá hacerse a conveniencia del Patólogo y constará fundamentalmente de tres partes, descripción macroscópica, microscópica y diagnóstico anatomopatológico. Todas pueden hacerse de forma libre o utilizando textos y protocolos estándar. Ha de reflejarse en el Programa si se ha realizado imagen (macroscópica ó/y microscópica) y de qué tipo, aunque no se incluyan en el informe. También se hará constar si es un caso interesante, aunque no se notifique en el informe. Para completar el informe siempre existirá un apartado de comentarios en donde se incluyen algunos datos de interés que pueden servir para aclarar aspectos que no quedan claros en el informe.

Por último, muchos de los datos incluidos en el informe anatomopatológico y que contienen gran cantidad de información, es fundamental recuperarlos de forma eficiente. Pero esto solo es posible si realizamos una correcta codificación. En todo Programa Informático debe estar contemplado la inclusión de diferentes tipos de codificación. El SNOMED (5) es una nomenclatura controlada y desarrollada por el Colegio Americano de Patólogos en 1965. Este ha evolucionado con los años hasta llegar al SNOMED RT (SNOMED referente Terminology) (6) que es el sistema más utilizado en nuestro País. Consiste en un sistema de clasificación jerárquica y multiaxial, que permite la codificación estandarizada de conceptos.

A través de este SNOMED utilizado en las diferentes UFAPs españolas, se codifica la topografía y la morfología. Sin embargo en cada Unidad es necesario añadir códigos propios, ya que las características de ciertos tumores no están contemplados en el original de ese SNOMED. (7) También la literatura médica establece nuevas clasificaciones y subclasificaciones de tumores no incluidas en el SNOMED original. Serían códigos nuevos a añadir. Como existen UFAPs que codifican por sistemas propios, debe existir una fórmula mediante la cual todos los diagnósticos codificados con un sistema determinado puedan ser transportados al SNOMED.

La codificación automática evitaría errores de codificación (más frecuentes de lo que se piensa) y codificaciones incompletas, sin embargo actualmente no es posible, aunque existen grupos de trabajo que están buscando soluciones a este problema. No obstante existe algún programa informático que permite buscar el código de forma sencilla en base al texto introducido.

Cuando se realizan protocolos de diferentes procesos, en el momento de realizarlos debe incluirse la codificación de los mismos. De esta manera los procesos protocolizados queda codificados.

La última versión de SNOMED denominada Systemized Nomenclature of Medicine Clinical (SNOMED CT) (8), consiste en la fusión del SNOMED RT y el READ CORES. Esta versión aparecida en su versión castellana en Abril 2002, ya empieza a utilizarse en muchos Hospitales Españoles. Es una nueva forma de codificar e incluye como parámetros básicos lo que se denominan conceptos, descripciones y relaciones. Es un sistema con menos ambigüedad, mayor expresividad y mejor operabilidad.

Este sistema de codificación cuando se aplica a la Anatomía Patológica, permite incluir un modelo de información genérico con formularios específicos (por tipo de técnica, por tipo de muestra, por órgano y por patología). También incluye un modelo genérico que estará constituido por muestras, submuestras, procedimientos, órgano (literalidad), morfología (macroscópica y microscópica) y diagnóstico.

Este sistema de codificación aunque completo es complejo, por lo que algunas unidades se resisten a su utilización. Sin embargo creemos que es un gran paso que se ha dado y que constituye el futuro de la codificación.

Todo programa deberá además estar capacitado para automatizar tareas elegidas por la propia UFAP como son, entre otras, el uso del lector de código de barras y la posibilidad de utilizar protocolos estándar, textos estándar de macroscopía, microscopía y diagnóstico. Los informes anatómopatológicos podrán imprimirse de forma individual o por lotes. El modelo podrá personalizarse existiendo la posibilidad de incluir firma electrónica. Se podrán enviar a través de correo electrónico o por FAX. Es imprescindible que posea un número de tablas suficiente, para que el Usuario conozca en todo momento el estado de la Unidad. La consulta de cada indicador se realizará en el margen de fechas que se desee. Quizás los indicadores mas importantes serían:

- a) tiempo de demora
- b) indicadores cuantitativos generales
 - nº de muestras
 - nº de estudios
- c) indicadores cuantitativos de Laboratorio
 - nº de bloques de parafina
 - nº de cortes histológicos
 - nº de laminillas
 - nº de técnicas de Tinción
 - Histoquímica
 - Inmunohistoquímica
- d) Estadísticas por Servicios de procedencia
- e) control de calidad
 - Correlación cito histológica
 - Correlación intraoperatoria
- f) indicador de Patologías

Es un indicador al que se le puede realizar una consulta de una determinada patología (por diagnóstico anatomopatológico o por código Snomed), obteniendo el número de casos registrados, el listado resumido de pacientes ó el listado total de informes.

b. Cómo se deben procesar las muestras

En este apartado de la guía de gestión relatamos como se deben realizar la fijación, inclusión y manipulación del tejido para la realización de las técnicas incluidas en el Catálogo de Servicios. De éstas se obtienen las muestras para evaluación microscópica (citología, histología, histoquímica inmunohistoquímica, ME, etc.). Otras muestras no precisan de evaluación microscópica y su análisis se realiza a través de técnicas citométricas, de biopatología genético-molecular, etc.

c. Evaluación de la muestras microscópicas y no microscópicas

Tras la evaluación de la características estructurales, microscópicas o no microscópicas (citohistológicas, subcelulares y moleculares), y apoyados por los datos macroscópicos (juntamente con la historia clínica) se genera el diagnóstico anatomopatológico definitivo.

d. Redacción del informe anatomopatológico

El informe anatomopatológico es el documento base del quehacer anatomopatológico. En él se reflejan todos los resultados del estudio de la muestra remitida. Se deben incluir en el mismo todos los datos constatados en la sección anterior. Se incluye en el Programa informático de Anatomía Patológica en donde ha de ser codificado y por ultimo archivado.

e. Qué genera la actividad anatomopatológica

Toda la actividad anatomopatológica anteriormente relatada genera lo que los economistas denominan “productos” y que nosotros definimos como servicios. Consideramos dos tipos de productos:

1) Productos intermediarios, que constituyen las muestras de evaluación microscópica y no microscópica.

2) Productos finales ó diagnósticos anatomopatológicos.

Tanto los productos intermediarios como los productos finales consumen recursos:

a) Materiales: Infraestructura general y específica.

Infraestructura técnica específica

b) Recursos humanos (Médicos y no Médicos)

La infraestructura general implica gestión y amortización. Se incluye el suelo físico de la unidad, el suministro energético y los múltiples gastos que ocasiona la misma (gas, teléfono etc.). También se debe incluir aquí, aquellos gastos indirectos que ocasionan la dependencia de una administración que nos sirve de apoyo técnico etc.

La infraestructura técnica específica implica también amortización y mantenimiento del material general, instrumental, aparatos y productos químicos (reactivos etc.).

Pero si queremos profundizar más en el consumo específico de recursos, que es la forma mas correcta de gestionar, debemos separar el consumo específico de recursos de los productos intermedios del de los productos finales.

1) Consumo específico de productos intermedios

Recursos Humanos:

- Auxiliares administrativos para registro de los pacientes con sus datos correspondientes. Realizan además la transcripción y envío a las unidades clínicas de los informes anatomopatológicos. Una vez realizada esta labor archivarán cada caso.
- Patólogo, que selecciona las áreas a incluir del material anatomopatológico (“tallando” las piezas), realiza la descripción macroscópica y, en su caso, el fotografiado de las piezas.
- Los técnicos especialistas de Anatomía Patológica realizan el procesamiento técnico. El consumo de recursos humanos es específico para cada técnica (microscópicas y no microscópicas). Eventualmente puede existir implicación del médico en la realización de determinada técnica.

Recursos Materiales:

- El material que se consume está relacionado con las funciones que anteriormente citamos como son el Programa informático que han de utilizar los auxiliares administrativos.
- En los recursos materiales específicos del laboratorio se debe incluir material de Laboratorio directamente relacionado con el tipo de técnicas que cada UFAP realiza, sean de evaluación microscópicas como no microscópicas. Aquí se incluyen reactivos, productos químicos, etc. así como el instrumental y los aparatos propios y específicos de Anatomía Patológica.

2) Consumo específico de productos finales. Diagnóstico anatomopatológico

Recursos Humanos:

Cuando nos referimos al consumo específico de recursos humanos en los productos finales, hay que enfatizar que el consumo principal lo realiza el personal médico. A veces el personal no médico, también está implicado en la evaluación de las muestras microscópicas, como ocurre en el caso de los citotecnólogos. El tiempo médico debe repartirse entre la actividad asistencial, investigadora y docente.

Recursos Materiales:

El instrumental que se consume en el caso de las muestras microscópicas es el microscopio.

f. Cuantificación del trabajo realizado en una UFAP

Como es bien sabido el cálculo de la carga del trabajo total de una Unidad de Anatomía Patológica la realizaban nuestras autoridades sanitarias basadas en el número de citologías, biopsias y pacientes, sin tener en cuenta ninguna otra circunstancia. En este momento ya les hemos podido demostrar, que existen muchos factores sumatorios que indican la carga total de un UFAP.

Se intentó cuantificar de una forma absoluta el trabajo que realizaba una UFAP, con cuyo motivo se realizaron una serie de Catálogos de procedimientos (9 y 10), que serían capaces de forma más o menos exacta de determinar la actividad de una determinada UFAP.

En nuestro País (11) Sampedro y col. en 1986 propusieron por primera vez un modelo de gestión, creando un catálogo en la que referencia básica sería el estudio citológico. Éste se basaba en 4 procedimientos (citología, biopsia, punción aspiración y necropsia).

En 1997 el Colegio Americano de Patólogos publicó la denominada escala de valores para estudios anatomopatológicos. Incluía 7 grupos de Patología Quirúrgica, 6 grupos de citología, 2 grupos de autopsia y 5 grupos de estudios complementarios

Más tarde se clasificó el material según el grado de complejidad a través de las U.R.V. del denominado Proyecto Signo II (Carbajo, 1999) (12). En éste se publicó un Catálogo de Procedimientos que tomaba como unidad básica la citología, y en el se catalogaban seis tipos de autopsia, siete tipos de citología, cuatro tipos de punción y seis tipos de biopsia/quirúrgica. También se incluyeron en el catálogo 12 tipos de procedimientos especiales: intraoperatorias, histoquímica, inmunohistoquímica etc. A cada tipo se le asigna una URV. La cuantificación total de la actividad realizada a un determinado paciente es el resultado de la suma algebraica de todas las URV generadas.

La Consejería de Sanidad de la Generalitat Valenciana (13) publicó un Catálogo de Procedimientos diagnósticos en Anatomía Patológica. Este tiene como finalidad el análisis del costo. Se desarrollaron en él 4 tipos de citología, 5 tipos de biopsias/quirúrgicas, 4 tipos de necropsias y 2 de tipos de intraoperatorias. La cuantificación final en un paciente es la suma de los resultados de todos los procedimientos.

En la Comunidad de Galicia se desarrolló un Catálogo basado en el Signo II. Éste lo dedica fundamentalmente a procedimientos técnicos. Individualiza la rutina de las técnicas histoquímicas, inmunohistoquímicas, microscopía electrónica, morfometría, biología molecular, citometría de flujo, cultivo de tejidos etc.

Estos sistemas que a primera vista podrían ser muy efectivos, sirvieron en su momento para evidenciar que una citología, una biopsia o una autopsia, llevaba consigo una carga de trabajo mayor que lo que nuestras autoridades nos intentaban asignar. Sin embargo desgraciadamente hemos visto con el tiempo, que no nos han solucionado el problema y en su momento han sido criticados.

En una Carta al Director, en la Revista Española de Patología, de Miguel A. Piris (14) titulada "Riesgos derivados de la cuantificación en Unidades de Actividad en los Laboratorios de Anatomía Patológica", concluye que esta forma de catalogar los procedimientos, no es aplicable en Anatomía Patológica, dada la imposibilidad de cuantificar áreas fundamentales de trabajo y protocolos de interpretación morfológica.

Jaime Sánchez en otra Editorial de la misma revista, duda de la validez del concepto de URV. Afirma que es arbitrario, porque no se han planteado razones objetivas por las que la citología vaginal (no supervisada), haya de ser considerada el valor "mínimo". Cree además que los catálogos no son válidos, porque no valoran la actividad total de la actividad anatomopatológica. Debe establecerse que la referencia que da sentido y justificación a toda la anatomía patológica, es la aportación de los diagnósticos anatomopatológicos que aparecen ocultos en las URVs.

Ignacio Aranda (15) publica un trabajo titulado "Catálogo de procedimientos, 'Aliado ó Enemigo'. Experiencia de la Comunidad Valenciana". En éste analiza los tres Catálogos mas conocidos y anteriormente citados (signo II, Comunidad Valenciana y Comunidad de Galicia) y compara las URV, observando una gran diferencia que no parece lógica. Por otro lado valora la crítica de Sánchez, en la que comenta que es necesario añadir a la cuantificación un valor añadido, como es la participación del patólogo en sesiones, en comisiones clínicas, en docencia e investigación, etc.

Según la encuesta realizada por la Sociedad para el Libro blanco 2009, de 154 hospitales, 43 (27%), contestaron que utilizaban algún método de valoración de la actividad distinto de la clásica (Nº de citologías, biopsias etc.) En 22 Hospitales (14.2%) siguen utilizando como método de evaluación las URV.

Por tanto la encuesta realizada demuestra que no son creíbles estos catálogos, y que actualmente pocos hospitales utilizan sistemas de valoración que cuantifican la actividad de las UFAPS. Todo esto deja en entredicho los argumentos que apoyaban hasta ahora la utilización de los Catálogos de Procedimientos.

Sin embargo estamos de acuerdo en que es necesario cuantificar las actividades de los UFAPS, para poder llegar a calcular la carga de trabajo total y, si es posible, el costo por UFAP por procedi-

miento y por paciente. El futuro ha de ser el de desarrollar un Catálogo en el que se acredite la carga de la actividad anatomopatológica por paciente y por UFAP.

Cada UAFP tiene para ello que elaborar una cartera de servicios que incluya técnicas y especímenes que se realizan en la Unidad. Martínez Tello, (16,17) con un grupo de colaboradores, a petición de la Subdirección de Planificación Sanitaria del INSALUD, publicó una Cartera de Servicios exhaustiva para no dejar excluido ningún procedimiento vigente. Es un Catálogo de Técnicas y procedimientos que incluye, desde técnicas convencionales aplicadas a la autopsia, biopsia y citologías hasta el cultivo de tejidos, pasando por técnicas de histoquímica, inmunohistoquímica, ME, patología molecular, citogenética, etc. Pensamos que ésta debería servir de base a las Carteras de Servicios de las UFAP. Cada UFAP por tanto debe tener su propia Cartera de Servicios en la que se encuentren escritas técnicas (citológicas, histológicas, histoquímicas, inmunohistoquímicas, etc.) y procedimientos. Con ésta y con un Programa informático adecuado, podríamos llegar a averiguar la carga del trabajo técnico que se realiza en la Unidad.

g. Cálculo total de la actividad anatomopatológica

El cálculo más exacto de la actividad anatomopatológica en una UFAP por individuo, se obtendría sumando el consumo del coste del producto intermediario al coste del producto final.

El coste del producto intermedio individualizado resultaría de la suma algebraica del valor de todos los bloques de parafina, cortes y técnicas realizadas a un paciente determinado, en el que se incluiría el gasto de personal, reactivos, amortización de aparatos, etc. Sin embargo esto no es posible ya que hoy en día no existe un programa informático que nos aproxime con facilidad este dato. Los programas que conocemos no hacen listados del número de técnicas que se realizan a cada paciente.

Creemos que se debieran cuantificar los productos intermedios por unidad de tiempo. Así se podrían obtener buenos resultados. De esta forma se podría saber el **trabajo total** realizado en una UFAP, ya que los programas informáticos contemplan opciones en las que se pueden obtener listados totales de trabajo de laboratorio por unidad de tiempo (bloques de parafina, cortes histológicos, técnicas microscópicas (histoquímicas e inmunohistoquímicas, etc.) y no microscópicas, etc. Como cada procedimiento realizado por un Técnico especialista consume un tiempo bastante estándar, con el listado total de trabajo del Laboratorio de una UFAP, podemos conocer el tiempo total consumido en un margen de tiempo elegido.

Cuando queremos calcular de forma objetiva cual es el coste del producto final, nos encontramos con una gran complejidad. No hemos encontrado ningún sistema de Gestión en nuestro País que solucione el problema. Pensamos de todas maneras que sería deseable que el cálculo del producto final se midiese en tiempos. Así conseguiríamos datos objetivos que ayuden a cuantificar el trabajo realizado.

A este respecto, creemos que la SEAP debería nombrar una **Comisión** para baremar de forma cuantitativa y por minutos una serie de Patologías. Una parte del baremo se haría tomando como hipótesis de trabajo grupos de citologías, biopsias, piezas quirúrgicas, intraoperatorias y autopsias que por su topografía y patología, generan un número de muestras con un número de cortes histológicos, técnicas (histoquímicas e inmunohistoquímicas) que ocupan un tiempo al Patólogo y que hay que contabilizar. La otra parte del Baremo contemplaría la dificultad que tiene cada caso para realizar el diagnóstico. Esto sería quizás el trabajo más difícil de la Comisión. Sumando las dos partes del Baremo se confeccionaría una tabla estableciendo 10 categorías, con arreglo al número de minutos que la Comisión determinase en cada patología.

Una vez realizada esta tabla la SEAP la enviaría a consulta a expertos en cada tipo de Patología para matizar los detalles oportunos. La suma de los minutos generados a través de los productos intermedios y finales es el tiempo consumido en la UFAP (sería la carga total de Trabajo). De esta manera se sabría el personal que se necesitaría en cada UFAP para realizar el trabajo por unidad de tiempo.

Por ultimo, en el caso del Patólogo, es necesario añadir un factor corrector al tiempo establecido, por su participación en Comisiones, Sesiones, Publicaciones, etc. Es decir, todo lo que es actividad docente e investigadora.

h. Normas a cumplir en una Unidad Funcional de Anatomía Patológica

El 15 de Noviembre de 2002, el B.O.E. publica la ley 41/2002 del 14 de Noviembre reguladora de la Autonomía del paciente y del derecho y obligaciones en materia de información clínica. Esta regula el consentimiento informado y la historia clínica.

En esta ley se define el consentimiento informado como, “la conformidad libre y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada para que tenga una actuación que afecta a la salud”.

El consentimiento informado será verbal, en general. El modelo escrito se reserva a intervenciones quirúrgicas o a procedimientos diagnósticos invasores y que supongan riesgos notorios y previsibles.

El medico informará al paciente el procedimiento a seguir, explicando con palabras sencillas, fuera de tecnicismos por qué se hace la prueba, qué beneficio se espera de la misma, que ocurrirá sino se realiza, y si hay alternativas al procedimiento. Deben apuntarse los riesgos frecuentes y menos graves y los infrecuentes y aquellos que pueden conllevar una cierta gravedad.

La información al paciente y la obtención del consentimiento informado escrito, es un imperativo legal y su omisión puede ser sancionado de acuerdo con la ley. Además es obligatorio permitir al paciente un periodo obligado de reflexión, entre el momento que se otorga el consentimiento informado y la realización del procedimiento. En algunas Comunidades se establece de un mínimo de 24 horas.

Por lo tanto, a todos los pacientes antes de realizarles cualquier tipo de intervención invasora debe solicitarse un consentimiento informado. Existen excepciones al respecto como son, cuando el no realizar un determinada intervención suponga un riesgo para la salud pública, cuando el paciente no está capacitado para tomar decisiones, ó ante una situación de emergencia.

El impreso de consentimiento debe ser específico para cada procedimiento a realizar, y debe llevar el nombre y apellidos del paciente o, en su caso, familiar de más grado en representación. Si el paciente es menor el derecho corresponde a sus padres ó a sus representantes legales.

En el caso de la Anatomía Patológica la realización de la punción aspiración constituye un Procedimiento diagnóstico en cierta manera agresivo como contempla la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre. Esto quiere decir que estamos obligados, cuando se realiza una PAAF, a solicitar del paciente un consentimiento informado. El modelo de solicitud fue editado por la Sociedad Española de citología en el Boletín de Marzo de 1998 (18).

En él se hacen constar los siguientes datos referentes a la PAAF

- En qué consiste
- Por qué se hace
- Cómo se hace

- Cuáles son los resultados
- Qué riesgos y complicaciones conlleva la realización de la misma
- Qué secuelas físicas puedan quedar
 - aparición de cicatrices
 - limitación de movimiento en los dedos
 - afonía
- Declaración del paciente de haber sido informado satisfactoriamente
- Declaración expresa de autorización de PAAF
- Firma del patólogo que realiza la punción aspiración
- Firma de conformidad del paciente o representante Legal

NORMAS DE RELACIÓN DE LA PROPIA UFAP CON LAS UFAP DE OTROS HOSPITALES/INSTITUCIONES

Las Unidades de Anatomía Patológica se relacionan con otras UFAPs por diferentes motivos. Uno de ellos surge cuando un paciente solicita una **segunda opinión** en otro Centro. En muchas ocasiones el médico clínico consultado una vez leído el informe clínico y anatomopatológico, solicita de la Unidad de la Anatomía Patológica que realizó el estudio, los bloques de parafina y los cortes histológicos correspondientes.

La ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud reconoce en su artículo 4, el derecho de los Ciudadanos a disponer de una segunda opinión facultativa sobre su proceso, en los términos previstos en el artículo 28.1 En éste se indica que las instituciones Sanitarias velarán por la adecuación de su organización, para facilitar la libre elección de médico, y una segunda opinión en los términos que se establezca.

Las diferentes Autonomías fueron complementando esta Ley con Decretos sobre el derecho del paciente a segunda opinión médica. En la mayor parte de ellas se analiza en qué procesos se podría realizar la consulta. La realización de la consulta servirá para contrastar diagnósticos o para **comparar propuestas diagnósticas**. También en algunas Autonomías el derecho a solicitar una segunda opinión sólo se puede realizar una vez.

Cada vez que se solicite una segunda opinión, hay que realizarla a través de un impreso formalizado editado por la Institución, en la que constará el nombre del solicitante (paciente ó familiar autorizado), y domicilio a efecto de notificación. Hará constar el nombre del médico que realizó su informe o estudio. Acompañará a la solicitud el informe del medico ó informe anatomopatológico en caso del que se solicite una segunda opinión diagnóstica. Asimismo a la solicitud se adjuntará fotocopia del carnet de Identidad (ó pasaporte). Dicha solicitud se deberá realizar a través del Servicio de Atención al paciente del propio Centro.

En muchos casos las UFAP recibirán la notificación del Servicio de admisión del Centro, que les comunica que un paciente ha solicitado segunda opinión a un clínico de otro Centro, el cual a su vez habrá solicitado los bloques de parafina y cortes histológicos para que los anatomopatólogos de ese Centro contrasten su opinión.

Esta es la fórmula actual. Sin embargo parece mas lógico que una vez solicitada una segunda opinión a un Centro (y cuando el médico desee contrastar el informe anatomopatológico) sea la Unidad de Anatomía Patológica de ese Centro la que de forma directa se ponga en contacto con la Unidad de Anatomía Patológica del Centro de donde procede el paciente. Creemos que la relación entre ambas Unidades puede ser mas fluida además de beneficioso para el paciente.

El anatomopatólogo consultado deberá emitir un informe completo que enviará al médico clínico de su Centro y a la Unidad de Anatomía Patológica que envió el material. Asimismo devolverá los bloques de parafina y los cristales al Centro de procedencia.

En algunas Comunidades se están planteando la constitución de equipos médicos de expertos en todas las especialidades. Mientras esto no ocurra el Centro decide donde se podrá realizar la segunda consulta. Creemos que en este momento hay muchas situaciones que se resuelven por la buena fe de los profesionales sin embargo tendría que regularse para no responsabilizarnos de lo que, en principio, cae fuera de nuestras obligaciones.

Las UFAPs de los pequeños hospitales están normalmente infradotados, y necesitan del apoyo de las UFAPs de los grandes hospitales, para poder realizar un diagnóstico correcto. Las situaciones en las que se encuentran estas UFAPs son:

- a) cuando, ante un caso determinado, no hay acuerdo unánime, en un diagnóstico anatomopatológico entre los patólogos de la UFAP.
- b) cuando es necesario apoyar el diagnóstico con mayor número de Técnicas inmunohistoquímicas, ó de otro tipo, de las que se dispone en la Unidad de Anatomía Patológica.
- c) cuando una vez realizado el diagnóstico anatomopatológico, el clínico propone realizar un determinado tratamiento, que depende de la positividad o negatividad de una determinada técnica que la unidad no dispone.

El envío de este material a un determinado patólogo del que supuestamente se solicita informe completo, no se encuentra regulado por ninguna normativa legal. Normalmente el envío se realiza a una Unidad que de forma generosa y voluntaria realiza el estudio. Creemos que es el momento de buscar un marco que apoye tanto a los Centros de envío como a los Centros receptores.

De todas maneras tal como se está legislando, es posible que en el futuro (aunque ahora no se suele considerar así) el envío de muestras de patólogo a patólogo sea considerada como una segunda opinión, porque en realidad cae dentro de La ley 16/2003 de 28 de mayo, en la que habla de “contrastar propuestas diagnósticas” entre profesionales.

Hay que decir que la ley de Investigación Sanitaria, nos obliga a ser prudentes y tomar precauciones en el momento de enviar el material, ya que éste tiene que estar preservado como mínimo durante el tiempo diagnóstico.

En este momento existen soluciones para el envío de casos de unas Unidades Funcionales de Anatomía Patológica a otras. En nuestro país y concretamente en Castilla la Mancha se ha desarrollado un Proyecto denominado Serendipia presentado en el Congreso Nacional de informática médica, Informed 2008, y en el IX Congreso Europeo de Telepatología celebrado en Toledo. En este proyecto, publicado en *Diagnostic Pathology* (19), se exponen las posibilidades que tiene la digitalización de imagen con scanner. Este método permite una vez digitalizadas las preparaciones histológicas visualizarlas en la pantalla de un ordenador con una calidad equivalente a la del microscopio (con elección de diferentes campos y número de aumentos, etc.). De esta manera se podrían realizar consultas entre Unidades Funcionales de Anatomía Patológica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Carbajo Vicente, M.; Martínez Cabruja, R., y Sánchez Fernández de la Vega, J., "La gestión en Anatomía Patológica. Un reto para el futuro", *Libro Blanco de la Anatomía Patológica en España* (Primer suplemento). Edición de carácter no venal, SEAP, Barcelona, 1999, p. 125-142.
- 2) García Rojo, M.; Naranjo, J.; Salas-Valien.; Cortes, L., y Esquivias, J., "Sistema de información en Anatomía Patológica: análisis de las soluciones existentes", *Rev. Esp. Pat.* 2001, vol. 34, nº 2, pp. 111-126.
- 3) Figueroa S., *Sistema integral de Gestión en Anatomía Patológica*, pp. 1-6, disponible en URL: http://www.Novasoft.es/docroof/Novasoft/files/Patwin_2004_web.paf
- 4) Fernández, A.; Jiménez, J.; O'Valle, F.; García del Moral, R., y Acevedo, A., *Selección e implantación de un sistema de Gestión para el Servicio de Anatomía Patológica*. Comunicación al VII Congreso Nacional de Informática de la SEIS, Pamplona, 1998, disponible en URL: <http://www.conganat.org/sec/informad98/comunic/028.htm>
- 5) Reynoso, G.; Martin-Jacob, E.; Burlak, O.; Houghton, P., y Vallese, M., *La nomenclatura sistematizada de Medicina del College of American Pathologist Panee@*, vol. IV, nº doble 13-14 de septiembre-diciembre de 2003, pp. 291-292 Disponible en URV: <http://www.medtrad.org/pana.htm>
- 6) College of American Pathologist Snomed RT Systematized Nomenclature of Medicine ReferenteTerminolgy. Versión1.0, disponible en URL: <http://www.c.p.m.columbia.edu/homepages/ciminoj/Snomed/srtusrgd.pdf>
- 7) García Rojo, M., *La codificación en los sistemas de información de Anatomía Patológica*, pp. 234-237, disponible en URL: <http://www.conganat.org.seap.congresos/2001.htm>
- 8) López, A., y Reynoso, G., *Snomed Términos clínicos (Snome CT) en Anatomía Patológica*, pp. 1-110, disponible en URL: <http://www.conganat.org/digital/snomedct.htm>
- 9) Carbajo Vicente, M., *Gestión Integral en Anatomía Patológica. Conclusiones del Club de Hospitales*. II Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. INSALUD, Oviedo, 1994.
- 10) Carbajo Vicente, M. *La Gestión Integral en Anatomía Patológica.Un reto para el futuro*. III Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. INSALUD, La Coruña, 1996.
- 11) Sampedro Nuño, A.; Martín Ferranz, J.; Muñoz Rodríguez, J.; Junco Petrement, P., y Ballestín Cascarilla, C., *El análisis de costes en Anatomía Patológica como instrumento de gestión*. Patología, vol. 19 , pp. 6-83, 1986.
- 12) Carbajo Vicente, M., "Eficiencia y Costos en el Sector público". *Libro blanco de la Anatomía Patológica en España Recursos e impacto de la Patología en España Edición no venal*, Málaga, 1997, pp. 77-87.
- 13) Blas, J.; Fernández, A.; Gómez, A.; Trigueros, M., y Vera, F., *Catálogo de Procedimientos diagnósticos en Anatomía Patológica*, Ed. Generalitat Valenciana, 2000, pp. 11-35.
- 14) Piris Pinilla, M., *Riesgos derivados de la cuantificación en unidades de actividad en los laboratorios de Anatomía Patológica*. Patología, vol. 19, p. 84, 1986.
- 15) Aranda, I., "Catálogo de Procedimientos. ¿Aliado o enemigo? Experiencia en la Comunidad valenciana". *Libro Blanco de la Anatomía Patológica en España* (Primer suplemento). Edición de carácter no venal. SEAP, Barcelona, 1999, pp. 93-86.
- 16) Martínez-Tello, F.J., *Objetivos de la Anatomía Patológica. Cartera de Servicios Libro Blanco de la Anatomía Patológica en España*. (Primer suplemento). Edición de carácter no venal. SEAP, Barcelona, 1999, pp. 86-93.
- 17) Martínez-Tello, F.J., "Cartera de Servicios preliminar del Insalud". *Anatomía Patológica Libro Blanco de la Anatomía Patológica en España*, (Primer suplemento). Edición de carácter no venal. SEAP, Barcelona, 1999, pp. 86-93.
- 18) *Boletín informativo de la SEC*. Consentimiento informado 11 de marzo 1998, disponible en URL: <http://www.conganat.org/sec/consent.htm>
- 19) Peces, C.; García-Rojo, M.; Sacristán, J., Gallardo, A.J., y Rodríguez, A., *Serendipia: Castilla-La Mancha*. Telepathology network Diagnostic Pathology, 2008, Sup. 1 S5.