

Mortalidad y calidad de la atención médica en Hospital "Héroes del Baire". 2015

Mortality and quality of medical care in Hospital "Héroes del Baire". 2015

Dr. Jose M. Aguila Figueroa¹

¹ **Especialista de 1er. Grado Anatomía Patológica. Master en Enfermedades Infecciosas.**

Prof. Auxiliar

RESUMEN

Los índices de discrepancia entre el diagnóstico clínico y morfológico constituyen de forma indirecta un indicador de calidad de la atención médica prestada. La autopsia es el medio que permite el análisis de esta discrepancia. El Comité de Análisis de la Mortalidad Hospitalaria debe funcionar activamente en cada hospital en cuyo marco se debe realizar un serio trabajo de revisión y discusión de todos los fallecidos, analizar la concordancia clinicopatológica así como la conducta tomada en todos los casos antes de fallecer el paciente. Con el objetivo de analizar la calidad de la atención médica a partir de la mortalidad se realiza un estudio descriptivo retrospectivo que incluyó a todos los pacientes que fallecieron en el período comprendido entre enero y diciembre del 2015, lo que permitió determinar el índice de necropsia y la correlación clínico-patológica. Se revisaron además un grupo aleatorio de historias clínicas en vista de evaluar la conducta médica durante el manejo diagnóstico y terapéutico así como la calidad de la confección de esta. El índice de necropsias fue de 39.3% y el de discrepancia clínico patológica alcanzo el 30.7%, solo se revisaron el 72.7% de las historias clínicas, de ellas el 28.4% resultaron no satisfactorias, se comprobó así la falta de rigor y sistematicidad del Comité de Evaluación de la Mortalidad Hospitalaria, por lo que se indicaron recomendaciones.

Palabras clave: necropsia, calidad, correlación clínico patológica, evaluación de mortalidad

SUMMARY

The indexes of discrepancy between the clinical and morphological diagnosis constitute in an indirect way an indicator of quality of the borrowed medical attention. The autopsy is the

means that allows the analysis of this discrepancy. The Committee of Analysis of the Hospital Mortality should work actively in each hospital and be carried out a serious revision and discussion work of all the deceased patients, to analyze the agreement clinicopathological as well as the medical behavior taken in all the cases before to die the patient. Objective: to analyze the quality of the medical attention received in deceased patient. Method: Retrospective and descriptive study that included all the patients that died in the period between January and December of the 2015, it allowed to determine the autopsy index and the clinical-pathological correlation. They were also revised an aleatory group of clinical histories in view of evaluating the medical behavior during the handling diagnosis and therapeutic as well as the quality of the making of this. The index of autopsies was of 39.3% and of pathological clinical discrepancy reaches 30.7%, alone 72.7% of the clinical histories was revised, of them 28.4% was not satisfactory, was proven this way the deficient work of Hospital Mortality Assessment Committee, for what recommendations were indicated.

Keywords: autopsy, quality, pathological clinical correlation, evaluation of mortality

INTRODUCCION

Con el transcurrir de los años, la mortalidad ha ido variando y enfermedades que antes eran un azote en el mundo desarrollado, se han ido controlando y algunas de ellas, erradicando progresivamente, como por ejemplo las enfermedades infecciosas, para dar paso a las enfermedades crónicas no transmisibles como primeras causas de muerte. Dentro de este grupo se señalan como las más frecuentes las enfermedades isquémicas del corazón, las cerebrovasculares y las neoplasias malignas. Las personas mayores de 55 años son las más afectadas, pero el índice es mucho más elevado (20 a 30 por 1 000 habitantes) en personas mayores de 75 años, hecho que tiene particular importancia si consideramos el envejecimiento poblacional.^{1, 2}

En EEUU, país que marca pautas para el resto del mundo en la medicina, los índices de autopsias han disminuido de aproximadamente un 50% en la postguerra a un 10% en la década de los ochentas y aun siguen disminuyendo.^{3, 4} Otros países tanto desarrollados como en desarrollo siguen una pauta similar, aun aquellos donde las cifras tradicionales eran elevadas, como los países de Europa Oriental. Para los subdesarrollados, además de esta influencia negativa, las propias limitaciones de su sistema de salud pública, los coloca en situación casi excluyente. Han surgido las "autopsias alternativas" o "no agresivas", como la autopsia verbal de gran uso en países del llamado tercer mundo, y otras como las virtopsias

(basadas en imágenes: Ultrasonidos, Tomografías, Resonancia Magnética Nuclear, etc.) más propias de países desarrollados, y de mayor uso en la autopsia médico legal. Las autopsias alternativas son útiles como complemento de la autopsia clásica, pero nunca para sustituirla.⁵⁻⁷

En Cuba a partir de la década de los sesenta se desarrolla la Anatomía Patológica a la par del desarrollo de la salud pública en general y los índices de autopsia aumentan, en los últimos años aunque existe el criterio de una disminución, las cifras de autopsias se mantienen relativamente elevadas y el índice de autopsias nacionalmente esta cercano al 60%.²

Los índices de discrepancia y coincidencia de las causas de muerte entre el diagnóstico clínico y morfológico constituyen de forma indirecta un indicador de calidad de la atención médica prestada¹. La autopsia es el medio que permite el análisis de esta discrepancia.^{2, 3} A escala internacional se reconoce la necesidad de su realización como medio de confirmación de los diagnósticos realizados en vida y para conocer nuevos hallazgos que sólo por medio de ella se descubren.⁴⁻⁷

Los diagnósticos premortem y demás acciones médicas seguidas con un paciente fallecido tienen en la autopsia el método idóneo para realizar la evaluación y control de la calidad del trabajo realizado en cada caso particular por lo que el análisis de grandes volúmenes de autopsias permite determinar las características de los servicios médicos brindados por la institución de salud. La automatización de la información facilita este análisis.

Los estudios de mortalidad o causas de muerte pueden ser monocausales o multicausales. En el primer caso se toma en cuenta una sola causa de muerte, generalmente la básica, y sigue las reglas que establece la Organización Mundial de Salud (OMS) cuando se extraen de los diagnósticos reflejados en los certificados médicos de defunción, en el segundo caso se tienen en cuenta las diversas causas de muerte establecidas por la OMS: Causa Directa de Muerte (CDM), Causa Intermedia de Muerte (CIM), Causa Básica de Muerte (CBM) y Causa Contribuyente (CC).² No basta con diagnosticar una o varias enfermedades, es necesario ordenarlas en una secuencia lógica y concatenada que explique los acontecimientos que llevaron a la muerte (cronopatograma).

El Comité de Análisis de la Mortalidad Hospitalaria (CAMH) debe funcionar activamente en cada hospital en cuyo marco se debe realizar un serio trabajo de revisión y discusión de todos los fallecidos, analizar la concordancia clinicopatológica así como la conducta tomada en todos los casos antes de fallecer el paciente y llevar a cabo el reparo del certificado de

defunción en los casos que sea necesario, lo cual contribuye a mejorar la calidad y la confiabilidad de nuestro sistema estadístico. Estas reuniones constituyen la cumbre del proceso de evaluación de la calidad de la atención médica utilizando como método evaluador los resultados de la autopsia a través de la relación clínico-patológica. Este análisis de la evaluación de la calidad de la atención médica utilizando los resultados de la autopsia incluye determinar las causas por las cuales la práctica médica evaluada, se aparta de los estándares tomados como referencia (método clínico), ejecutados en las historias clínicas de los fallecidos y además establecer la naturaleza de las deficiencias detectadas (estructural, organizativa o profesional), concluyendo con la implementación de un plan de acción.⁸⁻¹⁰

Durante nuestra práctica asistencial, tanto en las actividades de "pieza fresca", en las clínico-patológicas como en el marco de reuniones de análisis de la mortalidad, hemos observado con interés que en muchas oportunidades no se corresponde el diagnóstico clínico con el resultado de la necropsia, así como se aprecia una disminución de la calidad de las historias clínicas revisadas, como reflejo de una aplicación incorrecta del método clínico, situación que nos hace plantearnos la siguiente pregunta.

¿Cuál es la calidad de los diagnósticos premortem y de las acciones médicas seguidas en los pacientes fallecidos y debidamente plasmados en sus historias clínicas, en Hospital "Héroes del Baire" del Municipio Especial Isla de la Juventud?

OBJETIVO

Caracterizar la mortalidad del año 2015 en el Municipio Especial Isla de la Juventud analizando un grupo de parámetros relacionados con la calidad de la atención médica.

DISEÑO METODOLÓGICO

Escenario: Hospital General Docente "Héroes del Baire" del Municipio Especial Isla de la Juventud. Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó a todos los pacientes que fallecieron (n=290) en el período comprendido entre el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2015. Se incluyó en la muestra los fallecidos que se le realizó autopsia, lo que permitió determinar el índice de necropsia (39.3%) y el índice de correlación clínico-patológica (69.2%). Se revisaron además un grupo aleatorio de historias clínicas en vista de evaluar la conducta médica durante el manejo diagnóstico y terapéutico así como la calidad de la confección de esta.

Criterio de exclusión: Historias clínicas no evaluadas por el CAMH.

Obtuvimos los datos necesarios del informe mensual emitido por el CAMH apoyándonos además en las historias clínicas e informe anatomopatológicos de cada caso fallecido en el periodo propuesto. Estos datos se recolectaron en formularios. Se determinó la correlación clínico-patológica, se evaluó la calidad de confección de las historias clínicas como demostración de la aplicación correcta del método clínico y se calificó de forma integral el manejo del paciente fallecido en relación con diagnóstico anatomopatológico o clínico cuando no se realizó necropsia, estas variables se analizaron por servicios y a nivel hospitalario.

Universo y muestra: el universo de estudio estuvo constituido por los 311 fallecidos del año 2015 en los diferentes servicios médicos del Hospital General Docente “Héroes del Baire”, de estas fueron de muestra 290 pacientes fallecidos de muerte natural (muerte clínica) que constituye el 93.2% del universo estudiado, se excluyeron los 21 casos de muerte médico legales. De esta muestra fueron beneficiados de estudios necrópsicos 114 casos (39.3%) que se realizaron en este Hospital en el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2015. Se evaluaron 211 historias clínicas de fallecidos haciendo énfasis en los procesos médicos de aplicación del método clínico así como la estructura de esta, por otra parte también se obtuvo la calificación del manejo integral del paciente en relación con su diagnóstico Anatomopatológico (AP) o clínico de muerte.

Operacionalización de variables:

- Servicio de procedencia del fallecido: Atención al Grave, Terapia Infantil, Medicina, Urgencias Médicas, Cirugía, Neonatología, Domicilio y Otros: Policlínicos y Hogar de Ancianos
- Causa de muerte: Según resultado de necropsia (ver definición de términos)
- Correlación clínico- patológica

Para la correlación clínico- patológica se siguieron los siguientes criterios.

- Correlación total (T): El diagnóstico clínico se corresponde con el diagnóstico AP en las diferentes causas de muerte establecidas por la OMS.
- Correlación parcial (P): El diagnóstico clínico coincide en lo general y discrepa en lo particular, como cuando el diagnóstico de cáncer no coincide con la localización primaria demostrada en la necropsia o cuando se hacen varios diagnóstico clínicos y solo coincide uno de ellos en la secuencia cronológica de causas de muerte: CDM, CIM, CBM o CC.
- No coincidencia o no correlación clínico-patológica (N): El diagnóstico o diagnósticos clínicos no coinciden con diagnóstico AP.

- Evaluación de historias clínicas

Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios

- Satisfactorio: Manejo clínico adecuado tomando como referencia los estándares de aplicación del método clínico y calidad estructural de la HC satisfactoria.

- No satisfactorio: Manejo clínico inadecuado del paciente tomando como referencia los estándares de aplicación del método clínico dado por omisiones, imprecisiones o mal proceder a partir de los datos ofrecidos por la historia clínica, de la que se tuvo en cuenta también la calidad de su estructura.

- Conclusión de la atención del fallecido

- Sin dificultad: Si la muerte fue debido al curso irreversible de su enfermedad de base, sin la influencia de algún factor adverso de la atención médica.

- Comentable: Durante la evolución clínica se encontraron omisiones, imprecisiones o errores en el proceso de atención médica de diagnóstico, tratamiento o complicaciones de proceder que pudieron haber influido pero no fueron determinantes en la evolución a la muerte.

- Destacable: Durante la evolución clínica se encontraron omisiones, imprecisiones o errores en el proceso de atención médica de diagnóstico, tratamiento o complicaciones de proceder que fueron determinantes en la evolución del paciente a la muerte.

Definición de términos

Causa básica de muerte (CBM): Es la enfermedad o lesión que inicia la cadena de acontecimientos que conducen directamente a la muerte.

Causa directa de muerte (CDM): Es el evento final que causa la muerte del paciente.

Causa intermedia de muerte (CIM): Es el evento o complicación que se interpone entre CBM y CDM.

Diagnóstico pre-mortem o clínico: Es el diagnóstico emitido por el médico responsable antes de conocer los resultados de la autopsia.

Comité de evaluación de la Mortalidad Hospitalaria (CEMH): Órgano asesor del comité de calidad que basa su estudio en la mortalidad hospitalaria.

Diagnóstico post-mortem o anatomo-patológico AP: Es el que realiza el patólogo después de evaluar los datos clínicos y los aportados por la autopsia.

La correlación clínico-patológica se establece mediante la clasificación que emplea el SARCAP, la cual las divide en:

- **Coincidencia total:** cuando los diagnósticos clínicos coinciden con la totalidad de los diagnósticos morfológicos.

- **Coincidencia parcial:** cuando algunos de los diagnósticos morfológicos no fueron reflejados dentro de los diagnósticos clínicos.

- **No coincidencia:** cuando ninguno de los diagnósticos morfológicos fue planteado como causa de muerte clínica. Esta categoría también fue denominada discrepancia.

Los conceptos expuestos anteriormente fueron extraídos de la clasificación internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción de la OMS (9na. revisión).^{11, 12}

Los datos fueron procesados en microcomputadora mediante el programa procesador de datos Excel y los resultados, expresados en números y porcentajes, se presentan en tablas.

RESULTADOS

Durante el año 2015 hubo 311 fallecidos, de ellos 290 fueron de muerte natural (93.2%) y 21 casos médico-legal. Se seleccionaron para este estudio los 290 de muerte clínicos o natural, la mayoría procedentes de los servicios de Atención al Grave (43.7%), Medicina (25.1%) y Urgencias Médicas (22.4%), seguido de lejos por Cirugía (4.4%), Domicilio y otros del área extrahospitalaria (3.1%), Neonatología (0.6%) y Terapia Infantil (0.3%).

Como se aprecia en la Tabla No.1, el IN: 39.3% es considerado insuficiente, muy lejos del 60% esperado a nivel nacional.

Tabla No. 1. Índice de necropsias clínicas. HHB. 2015

Necropsia	Fallecidos	
	No.	%
Si	114	39.3
No	176	60.7
Total	290	100.0

Fuente: Archivo de necropsias del departamento de Anatomía Patológica. HHB 2015

La Tabla No. 2 nos muestra el índice de discrepancia diagnóstica aquí representado (30.7%) está discretamente por encima de la media aceptada (25%) pero dentro del rango considerado como aceptable (10- 40%)

Tabla No. 2. Correlación clínico-patológica en HHB. 2015

Correlación clínico-patológica	Fallecidos con necropsia	
	No.	%
Si	79	69.3
No	35	30.7
Total:	114	100.0

Fuente: Fuente: Archivo de necropsias del departamento de Anatomía Patológica. HHB. 2015

En la Tabla No. 3 se observa que tres servicios quedan por debajo de la media del Índice de Necropsia (IN) hospitalario, ellos son Cirugía con 30.7%, Medicina 31.8% y Atención al Grave con 33%. Por otra parte Urgencias Médicas muestra un índice de discordancia diagnóstica elevado (36.3%).

Tabla No. 3. Índice de necropsia y CCP por servicios en HHB. 2015

Servicio	Fallecidos	Necropsia	IN en %	CCP+ (%)	CCP- (%)
Atención al Grave	127	42	33	31 (73.8%)	11 (26.1%)
Medicina	73	23	31.8	17 (73.9%)	6 (26%)
Urgencias Médicas	65	33	50.7	21 (63.6%)	12 (36.3%)
Cirugía	13	4	30.7	2 (50%)	2 (50%)
Neonatología	2	2	100	1 (50%)	1 (50%)
Terapia Infantil	1	1	100	1 (100%)	0
Domicilio y otros	9	9	100	6 (66.6%)	3 (33.3%)
Total	290	114	39.3	79 (69.2%)	35 (30.7%)

Fuente: Archivo de necropsias del departamento de Anatomía Patológica. HHB. 2015

La Tabla No. 4 muestra un 72.7% de la mortalidad hospitalaria evaluados en el marco del CEMH, indicador no satisfactorio, estando Cirugía por debajo de la media. El resultado de esta evaluación también muestra a este servicio como el de peores resultados con un 42.8% de sus casos evaluados como no satisfactorio.

Tabla No. 4. Resultados de evaluación por servicios. HHB. 2015

Servicios	Fallecidos	Evaluados		Satisfactoria		No Satisfactoria	
		No.	%	No.	%	No.	%
Atención al Grave	127	98	77.7	67	68.3	31	31.6
Medicina	73	61	83.5	41	67.2	20	32.7
Urgencias médicas	65	38	58.4	34	89.4	4	10.5
Cirugía	13	7	53.8	4	57.1	3	42.8

Terapia Infantil	1	1	100	1	100	0	
Neonatología	2	2	100	0		2	100
Domicilio y otros extrahospitalarios	9	4	44.4	4	100	0	
Total	290	211	72.7	151	71.5	60	28.4

Fuente: Actas y registros de apuntes del CEMH. HHB 2015

La Tabla No. 5 expone las causas de deficiencias en las HC de fallecidos que otorgaron la evaluación no satisfactoria en la que predomina la no confección de la hoja de egreso (43.3%) seguido de no discusión del fallecido (25%) y la falta de discusión diagnóstica (23.3%).

Tabla No. 5. Principales razones de evaluación no satisfactoria de las 60 (28.4%) historias clínicas de fallecidos. HHB. 2015

Deficiencias que comprometen aplicación correcta del método clínico	No.	%
1. Falta hoja de egreso	26	43.3%
2. No discusión del fallecido	15	25%
3. No discusión diagnóstica	14	23.3%
4. Déficit en calidad y/o cantidad de las evoluciones médicas	8	13.3%

Fuente: Actas y registros de apuntes del CEMH. HHB 2015

La Tabla No. 6 refiere que la inmensa mayoría de los casos fallecidos son calificados como sin problema en la atención médica recibida ya que fallecen por curso irreversible de su enfermedad de base. Sin embargo un pequeño grupo (7 casos) fueron reportados como comentable por problemas en procedimientos terapéuticos o diagnósticos y tres casos como destacables por problemas en proceder terapéutico.

Tabla No. 6. Evaluación de la calidad de la atención integral recibida por los pacientes fallecidos. HHB. 2015.

Conclusión de evaluación de la atención médica recibida	No.	%
---	-----	---

Sin dificultad		201	95.2
	Por problemas en proceder terapéutico	5	2.5
Comentable	Por problemas en proceder diagnóstico	2	0.9
	Por problemas en proceder terapéutico	3	1.4
Destacable	Por problemas en proceder diagnóstico	0	0
Total		211	100.0

Fuente: Actas y registros de apuntes del CEMH. HHB 2015

DISCUSIÓN

En el mundo actual y en especial en el campo de la medicina cobra cada vez más importancia la calidad. Este es un tema de obligada referencia al evaluar la práctica de cualquier especialidad. Los diagnósticos premortem y demás acciones médicas seguidas con un paciente fallecido tienen en la autopsia el método idóneo para realizar la evaluación y control del trabajo realizado por lo que la elevación del índice autópsico es una necesidad básica en el afán de lograr la excelencia de los servicios de salud. Durante el 2015, según muestra la Tabla No.1 se alcanzó un IN de 39.7% indicador muy deprimido si lo comparamos con la media nacional para pacientes hospitalizados de 58.1% ^{2, 5-7,13-15}

Los índices de discrepancias y coincidencias de las causas de muerte entre el diagnóstico clínico premortem y anatomopatológico constituyen de forma indirecta un indicador de calidad de la atención médica prestada.

En la Tabla No. 2 se observa que en el 2015 en nuestro hospital el índice de discrepancias diagnósticas, evaluado a través de la autopsia, se comporto en 30.7%, cifra ligeramente por encima de la media nacional de 25%, con un rango considerado como aceptable del 10% hasta el 40%. Comparado con otros hospitales a nivel nacional de similar estructura, se observa que el hospital de Matanzas "Dr. Mario Muñoz Monroy" tiene cifras de 25.2 %; el resto reporta cifras por encima del 22 %, excepto el hospital "Hermanos Ameijeiras", con 6.9 %. Puede considerarse que cifras mayores de 40 % deben servir de aviso, de alerta, ante posibles deficiencias o insuficiencias en el trabajo médico; pero cifras menores de 10 % deben hacer pensar en posibles faltas de exigencia en la calificación. En conclusión, cuando los resultados sean menores de 10 % o mayores de 40 %, en un hospital clinico-quirúrgico o general, lo recomendado sería revisar la metodología empleada, para garantizar que los elementos y mecanismos de la evaluación sean fieles a la realidad.¹⁶⁻¹⁸

Al comparar por servicios la Tabla No. 3 muestra que el servicio de cirugía reportó el más bajo índice de necropsias (30.7%), seguido por medicina (31.8%) y Atención al Grave (Terapia intensiva e intermedia) (33%), todos por debajo de la media institucional de 39%, estos tres servicios juntos aportan más del 70% de la mortalidad hospitalaria siendo responsables del bajo nivel de este indicador que permite evaluar la calidad de atención hospitalaria.

En la misma Tabla No. 3 se muestra que el mayor nivel de discordancia diagnóstica se observa en el servicio de urgencias médicas (36.3%), resultado que podría deberse a que la atención de urgencia tiene particularidades por la dinámica de los pacientes que atiende con muy corta estadía hospitalaria y la prontitud de la asistencia médica que se brinde dirigida a disminuir la mortalidad y facilitar la recuperación de los pacientes, en definitiva se prioriza el tratamiento intensivo sobre el diagnóstico. El bajo nivel de necropsias realizada por el servicio de cirugía no permite realizar una evaluación fiable del alto índice de discrepancia diagnóstica obtenido. Este hecho permite corroborar la importancia de la necropsia para evaluar no solo los diagnósticos premortem, sino también en mejorar la calidad de la historia clínica, el certificado médico de defunción, así como la atención médica integral.¹⁹

El Comité de Análisis de la Mortalidad Hospitalaria constituye la cumbre del proceso de evaluación de la calidad de la atención médica utilizando como método evaluador los resultados de la autopsia a través de la relación clínico-patológica. Este análisis de la evaluación de la calidad de la atención médica utilizando los resultados de la autopsia incluye determinar las causas por las cuales la práctica médica evaluada, se aparta de los estándares tomados como referencia (método clínico), ejecutados en las historias clínicas del 100% de los fallecidos y además establecer la naturaleza de las deficiencias detectadas (estructural, organizativa o profesional).^{8, 9}

En la Tabla No. 4 se evidencia que el CEMH durante el año 2015 solo evaluó el 72.7% de las historias clínicas de los fallecidos, del total que debían ser evaluado, de ellas el 28% fueron considerados no satisfactorias. Al comparar por servicios, Cirugía mostró mayor frecuencia de Historias Clínicas evaluadas de no satisfactorias (42.8%), seguida por Medicina (32.7%) y Atención al Grave (31.6%), no encontrándose referencia en la literatura revisada que tuvieran comparaciones respecto a evaluaciones de mortalidad entre servicios intrahospitalarios.

La Tabla No. 5 expone las causas de deficiencias en las HC de fallecidos que otorgaron la evaluación no satisfactoria en la que predomina la no confección de la hoja de egreso (43.3%), lo cual es considerado como detalle puramente estructural de la historia clínica que

no influye en la atención médica, sin embargo la no discusión del fallecido (25%) aunque aparenta no influir, sí constituye un paso muy importante desde el punto de vista de formación y superación profesional y docente pre y post-grado, que facilita en última instancia confirmar o corregir el diagnóstico médico, así como previene la repetición del error médico al favorecer la aplicación de la experiencia obtenida en la disminución de la morbilidad y mortalidad de la población, la discusión diagnóstica (23.3%), otra de las deficiencias frecuentemente encontradas, sí constituye factor central en la aplicación del método clínico, en esta etapa se plantean hipótesis diagnósticas y sus diagnósticos diferenciales que guiarán el pensamiento médico hacia la comprobación de estas, mediante complementarios, respuesta al tratamiento y evolución. De los casos evaluados como no satisfactorio el 13.3% corresponden a dificultades con la calidad/cantidad de las evoluciones médicas diarias las que al no reflejar la realidad del paciente, afectaría la contrastación de las hipótesis planteadas y por ende explicaría un mal manejo de este. No se encontró en la literatura análisis similares en este aspecto.

La historia clínica es el reflejo de la aplicación conciente del método clínico. La mayoría de las quejas que continuamente se producen sobre nuestro sistema de salud están referidas a este aspecto crucial y a otros que tienen que ver estrechamente con el método clínico y la relación médico paciente que solo se logra con la entrevista médica y las habilidades clínicas que sea capaz de mostrar el médico de cualquier disciplina.²⁰

Se considera un fallecido con problemas en la atención médica cuando en el análisis de éste en el Servicio, en el Comité de Evaluación de la Mortalidad o en la Reunión de Evaluación de la Mortalidad del hospital, se concluya que no hubo correlación clínico-patológica o en el proceso de diagnóstico y/o tratamiento ocurrieran, eventos adversos por diferentes causas, como omisiones, imprecisiones o errores, que afectaron el resultado de la atención médica. (Según Manual de Procedimiento del CEMH dentro del Programa de Calidad Hospitalaria). En la Tabla No. 6 se concluye que en 10 casos (4.7% del total) se encontraron dificultades con la atención médica, siete de estos se consideraron comentable, significando que aunque estas dificultades influyeron, no fueron determinante en la evolución del paciente a la muerte, situación que si fue determinante en los otros tres casos por lo que se calificó como destacable. Existen pocas publicaciones que muestren resultados de los CEMH, el Hospital "Gustavo Aldereguia Lima" de Cienfuegos reporto en 1998 un 12.2% de los casos fallecidos con problemas en la atención médica, de ellos 10.2% como "comentable" y un 2% como "destacable", resultados muy por encima de los nuestros, pero con la particularidad de que

en esa entidad se revisan y evalúan el 100% de los fallecidos, razón por la cual es considerado hospital de referencia en el tema.¹ Es muy probable que un mayor rigor científico en la revisión de las historias clínicas y el incremento al 100% de nuestros pacientes fallecidos redunden en un mayor número de casos calificados como “con problemas en la atención médica”. Sin embargo, este resultado nos muestra que aunque son pocos estos casos (4.7%), ello nos permite identificar los problemas existentes como método de control y de profundizar en el conocimiento de los procesos médicos de la institución y elevar el nivel profesional de médicos y estudiantes.^{6, 8, 9}

CONCLUSIONES

El índice de necropsias (39.7%), durante el 2015 se comporto a niveles muy bajos, mientras que el índice de discrepancia diagnóstica clínico patológica (30,2%), durante el 2015 se comporta ligeramente por encima de la media nacional. El CEMH no logró la revisión del 100% de las historias clínicas de fallecidos del hospital, solo el 72,7% de los casos. El 28.2 % de las historias clínicas revisadas fueron evaluadas no satisfactorias. Todo lo anterior propició falta rigor y sistematicidad en la evaluación integral de la atención medica de los pacientes fallecidos teniendo en cuenta los resultados de los estudios necrópsicos y la calidad de la historia clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Figueredo Z, Iraola Ferrer MD, Molina Díaz F, Barco Díaz V. Caracterización de la mortalidad en la unidad de cuidados intensivos: Año 1998. Rev cubana med [Internet]. 2000 Dic [citado 2016 Mayo 24] ; 39(4): 222-227. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232000000400004&lng=es.
2. Hurtado de Mendoza Amat J. Autopsia. Garantía de calidad en la medicina. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009
3. Hill RB, Andersn RE. The Autopsy: medical practice and public policy. Boston: Butterworths; 1988.

4. Bambi JA. Numero de autopsias clínicas y correlación clínico-patológica. Rev Esp Patol [Internet]. 2004 [citado 2016 Mayo 24];37(1):5-12. Disponible en: <http://www.patologia.es/volumen37/vol37-num1/37-1n03.htm>
5. Hurtado de Mendoza Amat J, Montero González TJ, Ygualada Correa I. Situación actual y perspectiva de la autopsia en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2013 Mar [citado 2016 Mayo 24] ; 39(1): 135-147. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100012&lng=es.
6. Hurtado de Mendoza Amat J, Montero González T. ¿Es útil realmente realizar autopsias?. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2008 Mar [citado 2016 Mayo 24] ; 37(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572008000100012&lng=es.
7. Hurtado de Mendoza Amat J. Autopsia en Cuba en el siglo XXI. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2007 Mar [citado 2016 Mayo 24] ; 36(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572007000100011&lng=es.
8. Ygualada Correa Ygnacio, Hurtado de Mendoza Amat José, Montero González Teresita. Beneficios de las reuniones derivadas de la autopsia en el control de la calidad asistencial. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2013 Jun [citado 2016 Mayo 24] ; 42(2): 251-254. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000200014&lng=es.
9. Hurtado de Mendoza Amat J. Las reuniones de análisis de fallecidos y la calidad del trabajo médico. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2009 Mar [citado 2016 Mayo 24] ; 38(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572009000100013&lng=es.
10. Sakai, K, Takatsu A, Shigeta A, Fukui K, Maebashi K, Abe S, et al. Potential medical adverse events associated with death: a forensic pathology perspective. Int J Qual Health Care [Internet]. 2010 [citado 2016 Mayo 24];22(1):9-15. Disponible en: <https://academic.oup.com/intqhc/article/22/1/9/1802451/Potential-medical-adverse-events-associated-with#>
11. Hurtado de Mendoza Amat J, Álvarez Santana R, Jiménez López A, Fernández Pérez LG. El SARCAP, Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía

- Patológica. Rev Cubana Med Milit. 2015 [citado 2016 Mayo 24];24:123-30. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol24_2_95/mil10295.htm
12. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a. revisión. 3v. Washington, D.C. : OPS; 1995. [citado 2016 Mayo 24] Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>
13. Bassat Q, Castillo P, Menéndez C. Resucitando la autopsia moribunda. Plos Medicine [Internet]. 2016 [citado 2016 Junio 15];13(1):1-5. Disponible en: http://listas.red.sld.cu/pipermail/lista_patologos/2016-April/000537.html
14. Piñón Pérez J, Sandrino Sánchez M, García Portela RA, Delgado Rodríguez Ariel E, Fernández González JL, León Pimentel OA. Mortalidad oculta por infarto agudo del miocardio. Rev cubana med [Internet]. 2003 Oct [citado 2016 Mayo 24] ; 42(5): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232003000500006&lng=es.
15. Hurtado de Mendoza Amat José. La autopsia como fortaleza del sistema de salud de Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2016 Jun [citado 2016 Mayo 26] ; 42(2): 321-331. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000200015&lng=es.
16. Ygualada Correa Y, Hurtado de Mendoza Amat J, Montero González TJ. Las autopsias en el hospital "Comandante Manuel Fajardo Rivero". Rev Cub Med Mil [Internet]. 2013 Mar [citado 2016 Mayo 24] ; 42(1): 62-71. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000100009&lng=es.
17. Ferrer Santos Vania, Domínguez Hernández Mileidys, Méndez Rosabal Ariadna. La hipertensión arterial como causa de mortalidad. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2011 Jun [citado 2016 Mayo 26] ; 40(2): 168-173. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000200008&lng=es.
18. Triana Triana L. y otros. Correlación Clínico-Patologica del Tromboembolismo Pulmonar en la Cirugía Cardiovascular. CorSalud [Internet]. 2014 Jul-Sep [citado 2016 Junio 15];6(3):217-222. Disponible en: <http://www.corsalud.sld.cu/sumario/2014/v6n3a14/tep-ccv.html>

19. Garcia Montero A, Quiñónez Zamora A, Gómez Sánchez A, Montero González T. Correlación anatomoclínica de los fallecidos en Unidad de Cuidados Intensivos de Emergencia. Rev Cub Med Int Emerg [Internet]. 2003 [citado 2016 Mayo 26]; 2(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2_2_03/mie03104.pdf
20. Corrales Gutiérrez A. A propósito del método clínico. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 Mar [citado 2016 Mayo 26] ; 37(1): 3-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100002&lng=es.