

Variabilidad en la coincidencia de los diagnósticos clínicos y patológicos de pacientes fallecidos en servicios hospitalarios

Variability in the coincidence of the clinical and pathological diagnoses of patients who died in hospital services

Dr. Ernesto Sánchez Hernández, Dra. Nilvia Sánchez Barrero, Lic. Iris Borrero Neyra, Lic. Lisbeth Lavalle Gómez y Dr. Fernando Pérez Fouces

Hospital Provincial Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 89 pacientes fallecidos en el Hospital Provincial Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba, en los meses de septiembre a noviembre de 2016, con el objetivo de identificar algunos elementos biológicos y epidemiológicos presentes al momento de la muerte, así como la variabilidad en la coincidencia diagnóstica clínico-patológica. En la serie las defunciones fueron más frecuentes en las mujeres (55,0 %), mientras la hipertensión arterial resultó la condición de riesgo predominante (56,0 %) y la bronconeumonía la principal causa de mortalidad hospitalaria. Se observó un mayor número de muertes en los servicios clínicos (87,0 %), pero la coincidencia en los diagnósticos clínico-patológicos fue más aceptable en las especialidades quirúrgicas. Finalmente, pudieron identificarse algunas condiciones de riesgo al momento de los decesos, así como diferencias diagnósticas en relación con las causas directas de muerte, que mostraron valores superiores a lo esperado, por lo cual se sugirió la revisión de determinados procesos asistenciales en dicha institución hospitalaria.

Palabras clave: fallecimiento, diagnóstico clínico, diagnóstico patológico, diferencia diagnóstica, condiciones de riesgo, causa de muerte.

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study of 89 patients, who died in "Dr. Joaquín Castillo Duany" Teaching Provincial Hospital, was carried out in Santiago de Cuba from September to November, 2016, aimed at identifying some biological and epidemiological elements present at the moment of death, as well as the variability in the clinical-pathological diagnostic coincidence. In the series, deaths were more frequent in women (55.0 %), while hypertension was the predominant risk condition (56.0 %) and bronchopneumonia the main cause of hospital mortality. A higher number of deaths was observed in the clinical services (87.0 %), but the coincidence in the clinical-pathological diagnoses was more acceptable in the surgical specialties. Finally, some risk conditions could be identified at the moment of deaths, as well as diagnostic differences related to the direct causes of death that showed values higher than expected, reason why the review of certain assistance processes in this hospital institution was suggested.

Key words: death, clinical diagnosis, pathological diagnosis, diagnostic difference, risk conditions, death cause.

INTRODUCCIÓN

Numerosos especialistas dedican sus esfuerzos a estudiar la mortalidad en grupos humanos y coinciden en que el conocimiento adquirido es insuficiente para responder todas las interrogantes; a su vez reconocen que esta condición es un elemento biológico, económico y social de importancia para definir el estado de salud de una población. En Cuba se destaca de manera especial el trabajo de Hurtado de Mendoza *et al*,¹ por el profundo aporte científico a los estudios *pos mortem*.

En el ambiente hospitalario la identificación de las causas de defunción y las características de los pacientes que fallecen es un recurso necesario para mejorar la calidad de la atención. Los principales resultados resumen los factores de riesgo y otras variables asociadas a los egresados fallecidos de acuerdo a tipos de hospitales, grupos poblacionales y servicios clínicos y quirúrgicos. Este conocimiento teórico suscita análisis permanentes entre los administradores de salud, para quienes la calidad y la eficiencia son pilares estratégicos en el proceso de dirección, aun sin que se haya podido definir, según criterios de analistas, un modelo estrictamente uniforme de lo que puede considerarse una atención médica de buena calidad.²⁻⁵

Con referencia a lo anterior, para los directivos del Hospital Provincial Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba, la información obtenida del análisis de fallecimientos no ha sido suficiente. Ello ha limitado el mejoramiento de algunas decisiones administrativas desde el plano científico, a fin de perfeccionar los procesos asistenciales mediante la evitación del error médico y de las malas prácticas. Así, el desconocimiento de las condiciones de riesgo relacionadas con los fallecidos, de la diferenciación del deceso por servicios de hospitalización y las variabilidades de la coincidencia clínico-patológica, figuran entre los elementos que conforman el problema científico y que condujeron a efectuar este trabajo.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de los egresos como fallecidos en el Hospital Provincial Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba, de septiembre a noviembre de 2016, a fin de identificar en estos los elementos biológicos y epidemiológicos presentes al momento de la muerte y la variabilidad en la coincidencia clínico-patológica.

De un universo de 116 defunciones hospitalarias, se seleccionaron 89 por el método probabilístico sistemático; fueron excluidos todos los fallecidos en quienes se practicó autopsia médico-legal. Se analizó cada una de las historias clínicas y se definieron las variables, entre las que figuraron: edad, sexo, tipos de servicios donde ocurrió la defunción, causa directa de muerte (CDM) y su correlación clínico-patológica, factores de riesgo y número de autopsias clínicas realizadas.

La correlación clínico-patológica genera diferencias diagnósticas; se aceptan valores promedios de 20 a 30 %, con una variabilidad de 10 a 40 %. Cuando el resultado se dispersó más allá de los límites superior e inferior, se interpretó de la siguiente manera:⁶

Variabilidad de las diferencias diagnósticas

- Inferior a 10 %
- Superior a 40 %

Interpretación

- Posibles faltas de exigencias en la calificación
- Deficiencias o insuficiencias del trabajo médico

Para representar el número de fallecidos por servicios clínicos y quirúrgicos, así como las coincidencias en los diagnósticos clínico y anatomopatológico de las causas de muerte, se emplearon frecuencias absolutas y relativas.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra que las defunciones predominaron en las mujeres (55,0 %) y en el grupo etario de más de 49 años (94,4 %).

Tabla 1. Egresos fallecidos por edad y sexo

Grupo etario (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
De 18 a 28			1	100,0	1	1,1
De 29 a 38	1	100,0			1	1,1
De 39 a 48	2	66,0	1	33,0	3	3,4
Más de 49	37	44,0	47	56,0	84	94,4
Total	40	45,0	49	55,0	89	100,0

La hipertensión arterial fue la condición de riesgo más frecuente (56,0 %), y se estimó, con una confiabilidad de 95 %, que este parámetro poblacional se encuentra en un intervalo de confianza (IC) entre 46,0 y 66,0 %; en orden descendente estuvieron el hábito de fumar (24,0 %) y la malnutrición (21,0 %), pero estos factores no sobrepasaron un tercio de los individuos (tabla 2).

Tabla 2. Factores de riesgo identificados en los fallecidos

Factores de riesgo	Fallecidos (n=89)		IC
	No.	%	
Hipertensión arterial	50	56,0	(46;66)
Diabetes <i>mellitus</i>	16	18,0	(10;26)
Hiperlipoproteinemia	6	7,0	(2;12)
Hábito de fumar	21	24,0	(15;33)
Alcohol	14	16,0	(8;24)
Malnutrición	19	21,0	(12;30)

La mayoría de los fallecimientos (61,0 %) fueron registrados en el área de cuidados mínimos (tabla 3). Se realizó autopsia clínica en 70,0 % de la serie, con estimaciones similares a nivel poblacional (IC: 67; 73), para un nivel de confianza de 95 %; en el área de atención al paciente grave se indicó un menor número de necropsias (57,0 %).

Tabla 3. Autopsias clínicas por área hospitalaria del fallecimiento

Área hospitalaria	Autopsia clínica				Total	
	Realizada		No realizada		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
Atención al paciente grave	20	57,0	15	43,0	35	39,0
Cuidados mínimos	42	78,0	12	22,0	54	61,0
Total	62	70,0	27	30,0	89	100,0

Primaron las muertes en los servicios clínicos, con 87,0 % (tabla 4), pero entre los pacientes fallecidos la coincidencia clínico-patológica (55,0 % del total de las autopsias) resultó más relevante en las especialidades quirúrgicas, con 62,5 %.

Tabla 4. Correlación clínico-patológica según tipos de servicios de salud donde ocurrió la defunción.

Tipos de servicio	Correlación clínico-patológica				Total	
	Presente		Ausente		No.	%
	No.	%	No.	%		
Clínicos	29	54,0	25	46,0	54	87,0
Quirúrgicos	5	62,5	3	37,5	8	13,0
Total	34	55,0	28	45,0	62	100,0

El diagnóstico clínico de bronconeumonía preponderó como causa directa de muerte (52,0 %), seguido del tromboembolismo pulmonar (11,0 %) y el choque (10,0 %); no obstante, se obtuvo correlación clínico-patológica en todos los fallecidos por hemorragia cerebral y el resto de los diagnósticos alcanzó 50,0 % o más posibilidades de coincidencia con el resultado de la necropsia (tabla 5), a excepción del edema pulmonar (33,0 %).

Tabla 5. Causas directas de muerte declaradas y correlación clínico-patológica

Causas directa de muerte	Correlación clínico-patológica				Total	
	Presente		Ausente		No.	%
	No.	%	No.	%		
Edema pulmonar	1	33,0	2	66,0	3	5,0
Tromboembolismo pulmonar	4	57,0	3	43,0	7	11,0
Bronconeumonía	18	56,0	14	44,0	32	52,0
Choque	3	50,0	3	50,0	6	10,0
Infarto agudo del miocardio	2	50,0	2	50,0	4	6,0
Hemorragia cerebral	2	100,0			2	3,0
Neoplasias	1	50,0	1	50,0	2	3,0
Arritmia cardíaca	2	50,0	2	50,0	4	6,0
Accidente vascular encefálico	1	50,0	1	50,0	2	3,0
Total	34	55,0	28	45,0	62	100,0

DISCUSIÓN

La diferencia en la frecuencia de la muerte para ambos sexos no significa que biológicamente las mujeres poseen mayor riesgo de morir, pues esta es una condición muy variable en términos de probabilidad, a pesar de que existen resultados absolutos que demuestran tasas de mortalidad y mortalidad específicas para cada sexo. La edad en hombres y mujeres sí parece tener una relación determinada con el riesgo de muerte, pues al aumentar los años de vida, se incrementa el desgaste físico natural de cada individuo, a lo cual se suman la morbilidad asociada y otros factores, entre los que se destacan las situaciones sociales. Al respecto, Miqueléz *et al*⁷ informaron una razón de tasas de mortalidad mayor en hombres y definieron otras diferencias por grupos etarios; los resultados de este estudio no coincidieron con los de estos autores.

No fue un hallazgo casual que la hipertensión arterial resultara el principal factor de riesgo. Su elevada frecuencia en todo el mundo y sus riesgos asociados indican su importancia como causa de muerte.¹ En cuanto a la malnutrición al ingreso hospitalario, esta ha sido detectada con mayor frecuencia en los adultos mayores a partir del empleo del índice de masa corporal. Al aumento de la esperanza de vida se suman vulnerabilidades sociales y cambios fisiológicos que determinan mayores índices de mortalidad durante la estancia hospitalaria. Gutiérrez Reyes *et al*⁸ explicaron cómo en estos escenarios las combinaciones de tales factores implican mayores riesgos de mortalidad entre ancianos mexicanos hospitalizados.

El índice de autopsia obtenido en la actual investigación se aproximó a los valores notificados en otras publicaciones sobre el tema, como la de Fernández Fernández *et al*,⁹ quienes consideran aceptable que para los servicios que registran una mortalidad inferior a 5 %, la tasa de autopsias debería ser superior a 75 %. Asimismo, se coincidió con el criterio de expertos cubanos¹⁰ que aseguran que un alto índice de necropsias facilita la comprensión del proceso que condujera a la muerte, la detección de posibles errores diagnósticos, la validación de nuevos procedimientos terapéuticos, la clarificación de aspectos médico-legales en torno al fallecimiento y la introducción de toda la información en un sistema automatizado; por último, constituye una fuente ilimitada de investigación. Cabe señalar que los autores de esta serie esperaban como resultado que la mayoría de los fallecimientos no correspondieran al área de atención al paciente grave, como exige la política sanitaria nacional. Esta situación fue modificada debido al mejoramiento en la infraestructura física de dicha sala.

Por servicios de hospitalización, las cifras de diferencias diagnósticas en la causa directa de muerte mostraron una mayor efectividad del diagnóstico clínico en las especialidades quirúrgicas. La mayor variabilidad en los servicios clínicos indica la necesidad de investigar y determinar probables deficiencias en los procesos. González Valcárcel *et al*¹⁰ confirman que cuando en un hospital clínico-quirúrgico o general se observa dispersión de los datos respecto al intervalo establecido de 10 a 40 %, urge revisar las metodologías, los elementos y los mecanismos de evaluación, con énfasis en el incorrecto llenado de los certificados de defunción. En resumen, en la casuística se observaron parámetros variables en los diagnósticos de las causas directas de muerte.

Se confirmó que la bronconeumonía es una causa importante de mortalidad hospitalaria y una de las primeras 5 causas de muerte en muchos países, incluido Cuba.¹² El mayor riesgo se presenta en ancianos y dos tercios de la fuente de infección es extrahospitalaria. Como CDM el tromboembolismo pulmonar fue el segundo episodio más frecuente en este estudio; al respecto, García Gómez *et al*¹³ aseguran que las defunciones por esta causa son más frecuentes en edades que superan los 60 años, con baja probabilidad de acertar en el diagnóstico por la poca especificidad en el cuadro clínico, lo cual conduce a una pobre correlación clínico-patológica.

En este estudio se pudieron identificar, en los fallecimientos hospitalarios, algunas condiciones de riesgo al momento de la muerte. La autopsia clínica evidenció diferencias en la gestión de su práctica entre los servicios de hospitalización y una correlación clínico-patológica no aceptable para algunas de las causas directas de muerte, pues las diferencias diagnósticas superaron levemente lo esperado. Sobre la base de dichos resultados, se sugiere la revisión de determinados procesos asistenciales en esta institución hospitalaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hurtado de Mendoza Amat J, Montero González TJ, Deschappelles Himely E. Hipertensión arterial en la base de datos de autopsias del Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía Patológica. *Rev Cub Med Mil.* 2015 [citado 22 Dic 2016]; 44(1): 3-10.
2. Andrés E, Cordero A, Magán P, Alegría E, León M, Luengo E, et al. Mortalidad a largo plazo y reingreso hospitalario tras infarto agudo de miocardio: un estudio de seguimiento de 8 años. *Rev Esp Cardiol.* 2012; 66(5): 414-20.
3. Vilches Izquierdo E, Ochoa Montes LA, González Lugo M, Ramos Marrero L, Tamayo Vicente ND, García Ones D, et al. Perfil de riesgo vascular aterosclerótico del fallecido por muerte cardíaca súbita. *Rev Cubana Med.* 2013 [citado 23 Dic 2016]; 52(3): 146-60.
4. Despaigne Alba I, Rodríguez Fernández Z, Romero García LI, Pascual Bestard M, Ricardo Ramírez JM. Morbilidad y mortalidad por infecciones posoperatorias. *Rev Cubana Cir.* 2013 [citado 23 Dic 2016]; 52(1): 13-24.
5. Jiménez Paneque RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Rev Cubana Salud Pública.* 2004 [citado 27 Dic 2016]; 30(1).
6. Colao Jiménez Y, Carballo Hidalgo N, Romero González R, Estrada Parra R, Nafeh Abi-Rezk M, Villar Inclán A, et al. Correlación clínico patológica de los fallecidos en el postoperatorio de revascularización miocárdica, período 2006 al 2009 del Hospital. *Rev Médicas UIS.* 2012; 24(3).
7. Miqueléz E, Lostao L, Reques L, Santos JM, Calle ME, Regidor E. Desigualdades en mortalidad total y por causa de muerte según el nivel de estudios en Navarra: hallazgos de un estudio longitudinal 2001-2008. *Rev Esp Salud Pública.* 2015 [citado 23 Dic 2016]; 89(3): 295-306.
8. Gutiérrez Reyes JG, Serralde Zúñiga A, Guevara Cruz M. Prevalencia de desnutrición del adulto mayor al ingreso hospitalario. *Nutr Hosp.* 2007 [citado 22 Dic 2016]; 22(6): 702-9.
9. Fernández Fernández F, Estébanez Gallo A, Mayorga Fernández M, Guerra Merino I. Objetivos e indicaciones de la autopsia clínica. *REMI.* 2004 [citado 22 Dic 2016]; 4(1).
10. González Valcárcel K, Hernández Díaz D, Pedraza Alonso NE. Compatibilidad entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico en los servicios del Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro. *Medicentro Electrónica.* 2014 [citado 22 Dic 2016]; 18(4): 163-70.
11. Hurtado de Mendoza Amat J. La autopsia como fortaleza del sistema de salud de Cuba. *Rev Cubana Salud Pública.* 2016 [citado 22 Dic 2016]; 42(2): 321-31.
12. Abascal Cabrera M, González Rubio R, La Rosa Domínguez A, Ulloa Quintanilla F. Repercusión de la bronconeumonía en la mortalidad hospitalaria. *Rev Cub Med Mil.* 2001 [citado 22 Dic 2016]; 30(2): 99-105.

13. García Gómez A, Almeida Correa E, Santamaría Fuentes S, Pérez Pérez O, Gutiérrez Gutiérrez L. Correlación clínica y patológica del tromboembolismo pulmonar. Rev Cub Med Int Emerg. 2003 [citado 22 Dic 2016]; 2(4).

Recibido: 14 de febrero de 2017.

Aprobado: 8 de mayo de 2017.

Ernesto Sánchez Hernández. Hospital Provincial Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany". Carretera Punta Blanca s/n, reparto Mariana de la Torre, Santiago de Cuba, Cuba.
Correo electrónico: ernesto.sanchez@infomed.sld.cu