

Impacto de la aplicación del modelo integral evaluativo en fallecidos en un área de atención al grave

Impact of implementation of an evaluating integral form in deceased in an area of care to severe patient

Dra. Marta Elena García Vega, Dra. C. Teresita de Jesús Montero González, Dra. Gladys Sáez Zúñiga y Dr. Julio Pérez Salido.

Hospital Militar Central Dr. Luis Díaz Soto. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: La tendencia en la actualidad es medir la calidad del trabajo médico, a punto de partida de la evaluación de los diagnósticos postmortem o de la aplicación del método clínico, muchas veces a patologías específicas y no a la totalidad de las entidades clínicas. Uno de los indicadores de calidad en el área de atención al paciente grave es el análisis de los fallecidos, por lo que evaluar las historias clínicas puede convertirse en evidencia de calidad. Se concibió un modelo que integró los instrumentos hasta ahora aplicados para medir coincidencias diagnósticas y una evaluación general de los fallecidos.

Objetivos: Validar la eficacia del modelo integral de evaluación de historias clínicas de fallecidos como método apropiado para la evaluación sistemática de las mismas.

Método: Se incluyó a todos los fallecidos patológicos mayores de 15 años en el área de atención al grave desde Enero de 2007 hasta Junio de 2008. Se utilizó para la confección de la base de datos el método descriptivo, se elaboraron tablas de distribución de frecuencias y las medidas de tendencia central como: la mediana, la media, la moda y para la interpretación de los resultados obtenidos la prueba de Chi cuadrado, el análisis factorial, la correlación y la regresión lineal.

Resultados: De 624 historias de fallecidos, 423 (67.7 %) se evaluó sin problemas, a 199 (31.8 %) se le hicieron señalamientos y solo 2 (0.3 %) se catalogó con problemas.

Conclusiones: con el modelo integral se contribuye al rescate y fomento de los principios elementales del método clínico, con la posibilidad de evaluar en un 100 % el proceso de confección de la Historia Clínica, se evalúa también en un 100 %, la

aplicación adecuada del método clínico y con la información obtenida se ha contribuido a mejorar el proceso de salud y enfermedad.

Palabras clave: modelo integral, método clínico, coincidencia clínico patológica, error médico, calidad.

ABSTRACT

Introduction: Nowadays, the trend is to measure the medical work quality from the assessment of postmortem diagnoses or of the implementation of clinical method many times in specific pathologies and not in total of clinical entities. One of the indicators of quality in the care area to severe patient is the analysis of deceased, thus, the assessment of medical records may becomes in quality evidence. A form was designed to integrate the tools until now applied to measure the diagnostic coincidences and a general assessment of deceased.

Objectives: To validate the effectiveness of integral form for the assessment of clinical records from deceased patients as an appropriate method for its systematic assessment.

Method: In above mentioned form were included all the pathologic deceased aged over 15 in the area of care to severe patient from January, 2007 to June, 2008. For the creation of the database the descriptive method was used, designing frequency distribution tables and the central trend measures including: the median, the mean, the mode and the interpretation of results obtained with Chi² test, the factorial analysis, the correlation and the linear regression.

Results: From a total of 624 medical records, 423 (67.7 %) were assessed without problem, in 199 (31.8 %) signaling were made and only 2 (0.3 %) had problems.

Conclusions: With the integral form it is possible to contribute to rescue and fomentation of elemental principles of clinical method and the possibility to assess the design process of medical record in a 100 % as well as the appropriate implementation of clinical method and with the confirmation obtained it was possible to contribute to health and disease process.

Key words: Integral method, clinical method, clinical-pathological coincidence, medical error, quality.

INTRODUCCION

El criterio de la verdad es la práctica y de nada valen las ideas si no se aplican y generalizan. Cada idea surgida de la experiencia obtenida en el trabajo, se ha llevado a la práctica y cuando ha demostrado su utilidad se han pretendido generalizar.¹ Pudieran integrarse en un modelo único, con fines evaluativos de la calidad: el Método clínico, los elementos de Malas prácticas y la Escala de Goldman modificada por el Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía Patológica (SARCAP) para la evaluación de autopsia.

En el mundo actual de la medicina de urgencia y de emergencia la calidad de la atención médica es vital para el buen desempeño de la especialidad y es la garantía de la vida del paciente, evaluar este accionar, es una tarea ardua y difícil, a encontrar la

mejor manera de evaluar la calidad de la atención médica en la urgencia va dirigida esta investigación.

La tendencia en la actualidad es medir la calidad del trabajo médico, a punto de partida de la evaluación de los diagnósticos postmortem²⁻⁴ o de la aplicación del método clínico,⁵⁻⁸ muchas veces a patologías específicas⁹ y no a la totalidad de las entidades clínicas.

Formulando la hipótesis de que la atención de urgencia pudiera ser evaluable a punto de partida de un modelo único que integre el método clínico, los conceptos de malas prácticas y la aplicación de la escala de evaluación de autopsias de Goldman, diseñada para estudios individuales, modificada por el SARCAP: para estudios de múltiples causas y que facilita comparar todos los diagnósticos de causas de muerte clínicos y de autopsia y una evaluación general del proceso de atención que recibió y aplicarlas a todas las Historias Clínicas de Fallecidos en el área de atención al grave del HMC: Dr. Luis Díaz Soto, es el propósito de esta investigación.

Por lo que se está en presencia de un problema científico novedoso que pudiera brindar un método sencillo pero eficaz para evaluar calidad a punto de partida de la historia clínica de fallecidos, no solo en el área de atención al paciente grave, sino de manera general.

Cuando en el mundo científico se reporta la disminución cada día más alarmante de los índices de necropsias, la autopsia en Cuba y particularmente en nuestro hospital, alcanza el más elevado nivel científico, asistencial y docente, en cantidad y calidad. Conservadoramente en estos años se han realizado en el país más de un millón de autopsias. Lamentablemente no hay cifras exactas de los primeros años, pero según datos del Departamento de Estadísticas del MINSAP entre los años 1991 y 2004 la cifra alcanza 433 035 autopsias. El porcentaje de autopsias en fallecidos hospitalizados, asciende a cerca del 60 %. Este índice es el que habitualmente se ofrece internacionalmente.^{9,10} Es por esto que este trabajo trata de realzar la importancia desde todos los puntos de vista que tiene y tendrá siempre la autopsia.

Otro reto que tiene el proceso de atención de salud en la actualidad y que involucra a todos los que de una manera u otra participan en el proceso de formación de profesionales de las especialidades clínicas, pero en particular a los de medicina interna y medicina general integral es: restablecer todos los valores del método clínico y sembrar permanentemente sus principios en todos los médicos en formación.¹¹

Probados estudios indican que los médicos obtienen de la historia clínica la mayor parte de la información para el diagnóstico. Los trabajos de *Bauer*,⁸ *Hampton*,⁹ *Sandler*,¹⁰ *Young*,¹¹ *Rich*¹² y otros investigadores en los Estados Unidos e Inglaterra muestran que el interrogatorio hace por sí solo el diagnóstico en el 56 al 62 % de los enfermos; el examen físico añade del 9 al 17 % y la tecnología aporta del 20 al 23 % restante. La importancia del interrogatorio es determinante.

¿Por qué se ignora entonces? Según *Narey*, se invocan 4 razones: por ignorar su importancia, porque requiere de tiempo; sentarse con el enfermo, escucharlo con calma, relacionarse amablemente con él, luego examinarlo y después escribir; porque no da mucho dinero y porque se considera equivocadamente que la tecnología puede sustituirla. Está claro que el menosprecio de la clínica no sólo rebaja al médico, sino

que encarece notablemente los costos de la asistencia y es una fuente continua de errores diagnósticos.¹⁵

George L. Engel,¹⁶ un eminent analista de esta situación, puso el dedo en la llaga cuando escribió este juicio lúcido y profundo: "La declinación en la atención a las habilidades clínicas contrasta con una suprema confianza en la capacidad de la tecnología para resolver los problemas médicos y es un reflejo de la confianza que la sociedad occidental pone en la superioridad de las soluciones tecnológicas para los problemas del hombre".

Autopsia y método clínico no son suficientes a la hora de concebir un método que intente evaluar historias clínicas y calidad de la atención de salud a pacientes sin tener en cuenta, que está relacionada precisamente con las malas prácticas (MP) que hoy día constituye un problema de gran preocupación internacional y resulta de interés para todos los que brindamos servicios de salud.

El tema en cuestión es inagotable, complejo, polémico y difícil de estudiar, por estas y otras razones determina cierto rechazo para su abordaje y, además, por su desconocimiento. Se plantea la posibilidad y necesidad de la prevención de la MP, con un enfoque amplio y eminentemente científico, que permita su control o disminución, para elevar la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente.¹⁵

El modelo que se pone a consideración trae a la luz pública este escabroso tema y propicia una forma más madura y responsable de encararlo en las reuniones médicas de discusión de fallecidos sistemáticamente, priorizando en primera instancia su conocimiento, sus formas de expresión, sus consecuencias y las enseñanzas que siempre trae aparejado.

En el curso de esta investigación ha sido notable el empeño del personal médico en adentrarse cada día más en estos temas, los temores iniciales en las primeras asambleas médicas a enfrentar una discrepancia diagnóstica, una mala práctica médica y las omisiones en la aplicación del método clínico, se han ido sustituyendo con conocimiento e incluso con aportes en funciones de los propios intereses institucionales como son: evaluar el cumplimiento de los protocolos de actuación médicos que rigen el trabajo en la urgencia y la aplicación de la medicina natural y tradicional como medio alternativo en el paciente grave.

Dentro de la práctica de la medicina actual en Cuba, la confección de la historia clínica, la aplicación del método clínico en el proceso de atención y tratamiento sistemático del paciente en su curso intrahospitalario hasta que fallece, la emisión de juicios y diagnósticos, los planteamientos finales causales de la muerte y la realización de la necropsia, forman un conjunto de actividades mensurables que influyen categóricamente en la calidad de la atención al paciente y nos permiten por si sola evaluarlas. Si este conjunto de actividades o procesos sistemáticos los agrupamos como un método evaluativo, buscando enriquecer con una visión más integral la evaluación de las historias clínicas de fallecidos, estaremos entonces ante un método novedoso que nos permitirá llevar el proceso de atención al paciente de manera general a la excelencia médica, que se impone, en los propósitos actuales de nuestro país.

Es por ello que en este trabajo nos planteamos a través de los resultados obtenidos, mostrar las ventajas y lo novedoso del modelo integral de evaluación de historias clínicas de fallecidos como método apropiado para la evaluación sistemática de las mismas, con vista a validar su aplicación a nivel nacional, pues en él se recogen de forma precisa y específica los elementos del error médico, el método clínico, la escala de evaluación de Goldman modificada por el SARCAP y un compendio evaluativo general de la historia clínica del fallecido que nos permitirá evaluar con una visión más integradora el comportamiento de este indicador y la mejoría sistemática de los principales problemas y errores que en la cotidianidad de la práctica médica se cometan.

MÉTODOS

Se trata de un proyecto de intervención y evaluativo a su vez, basado en la creación de una nueva estructura para la evaluación de historias clínicas de fallecidos de una manera más integral con la introducción de cambios en los estilos y métodos evaluativos que existen:

- Según su tiempo de ocurrencia se trata de un estudio prospectivo.
- Según su secuencia es un estudio longitudinal.
- Según la investigación es un estudio de cohortes o casos.
- Según el análisis y alcance de los resultados es un estudio experimental.

La evaluación de los resultados de la aplicación del modelo integral de evaluación de historias clínicas de fallecidos abarcó desde Enero de 2007, en que comenzó su aplicación hasta Junio de 2008 en que se completaron 18 meses de su puesta en práctica, en el HMC: Dr. Luis Díaz Soto.

Para definir el objeto de estudio tomamos un universo compuesto por todos los fallecidos tanto patológicos como médico legales ocurridos en el hospital, desde Enero de 2007 hasta Junio de 2008, aplicándole un esquema aleatorio que nos permitió escoger como muestra a todos los fallecidos patológicos que ocurrieron en el área de atención al grave en dicho periodo.

Se incluyó a todos los fallecidos patológicos mayores de 15 años en el área de atención al grave desde Enero de 2007 hasta Junio de 2008.

Se excluyó a todos los fallecidos en otras áreas del hospital no relacionadas con la atención al grave, los fallecidos de edad pediátrica, los fallecidos médicos legales, los fallecidos en el Servicio de Urgencias y los fallecidos extrahospitalarios.

Esta investigación utilizó para la confección de la base de datos el método descriptivo, se elaboraron tablas de distribución de frecuencias y las medidas de tendencia central como: la mediana, la media, la moda y para la interpretación de los resultados obtenidos la prueba de Chi cuadrado, el análisis factorial, la correlación y la regresión lineal.

Se utilizó como instrumento de recolección de datos el propio modelo de evaluación integral de historias clínicas de fallecidos. En este modelo integral de evaluación de

historias clínicas de fallecidos tuvimos en cuenta cinco niveles de información y recogida de datos.

Un primer nivel donde se plasmó los datos generales del paciente, como nombre y apellidos, edad, sexo, raza, necropsia, si esta se realizó, historia clínica, servicio del fallecido y fechas de ingreso y de fallecimiento.

En un segundo nivel se utilizó la escala de evaluación de Goldman modificada por el SARCAP: En estos dos primeros niveles fue responsable el patólogo a cargo del caso.

Se continuó el acápite relacionado directamente con los diferentes juicios que pudieron provocar la muerte del paciente dentro de las diferentes escalas de error. A partir de esta sección correspondió el llenado a los evaluadores de cada servicio del área de atención al grave.

La cuarta sección se dedicó a evaluar los diferentes pasos del método clínico: Muy Satisfactorio, Satisfactorio y No Satisfactorio. Lo novedoso aquí fue la incorporación entre los parámetros a evaluar.

Indicadores	MS	S	NS	Indicadores	MS	S	NS
Conducta en Observaciones				Confección de la HC			
Orden de Ingreso				Calidad Hoja de Egreso			
Anamnesis				Indicación y Técnica. Quirúrgica			
Examen Físico				Calidad Informe Operatorio			
Discusión Diagnóstica				Calidad Atención Anestésica			
Indicación de Investigaciones				Seguimiento del Embarazo			
Calidad de las Investigaciones				Seguimiento Trabajo Parto			
Diagnóstico				Atención Parto y Recién Nacidos.			
Tratamiento				Aplicación MNT			
Calidad Evoluciones Médicas				Aplicación Protocolos			
Cumplimiento de Enfermería							
EVALUACIÓN FINAL: Muy Satisfactoria ___ Satisfactoria ___ No Satisfactoria ___							

Por último, el resumen final donde se expuso, si se trataba de un fallecido que su proceso de enfermedad y muerte no presentó ningún tipo de problemas: Fallecido sin problemas o tuvo algún señalamiento: Fallecido sin problemas con señalamientos y Fallecido con problemas cuando hubo omisión o violación de algún paso del proceso.

Fallecido: sin problemas _ sin problema con señalamiento _ con problemas _____

Otros Servicios implicados: SI _ NO _ Cual _____

Factores Extrahospitalarios contribuyentes a la muerte: SI _ NO _ Cuales _____

Nombres y Apellidos del evaluador _____

Área _____ Fecha _____ Firma _____

Observaciones:

Nota: los casos considerados CON PROBLEMAS se discutirán en el CEMH: se confeccionará un resumen de historia clínica y los aspectos discutidos que llevaron a esta calificación al dorso de esta hoja. Al final de la HC se señalará la coincidencia y la evaluación del caso. Si tiene "problema", se adicionara los aspectos antes señalado.

Fallecido con problema en la atención médica: es el fallecido que se concluye que en el proceso de diagnóstico y/o tratamiento se detectaron errores, omisiones o imprecisiones que afectaron el resultado de la atención médica.

Todos los resultados fueron recogidos en una base de datos procesados en computadora con software y soportes asociados para el posterior análisis de los mismos, recogiéndose los valores absolutos y relativos (puntajes y relaciones) necesarios, así como las medidas de tendencia central (media y dispersión). Se aplicaron pruebas de significación estadística (Chi cuadrado y prueba Q de porcentajes) con un 95 % de contabilidad ($\alpha=0,05$).

RESULTADOS

La [tabla 1](#) resume el universo de la muestra y los índices de autopsia obtenidos.

Durante el periodo analizado fallecieron un total de 948 pacientes, 932 (98,3 %) adultos y 16 (1,6 %) fetales, 705 (74,3 %) adultos fueron sometidos a autopsias clínicas y 79 (8,3 %) constituyeron por sus causas de muerte autopsias forenses.

Fue significativo el elevado porcentaje de necropsia en el periodo: 91,6 %, del total general de fallecidos. Solo 148 (15,6 %) familiares de pacientes emitieron su negativa a la realización de la autopsia.

De esta tabla general se extrajeron los datos relacionados con la muestra a utilizar en nuestra investigación y consideramos importante mostrarla.

Tabla 1. Datos generales de los pacientes fallecidos

Parámetro	No.	%
Con necropsia	705	74, 3
Sin necropsia	148	15, 6
Fetal	16	1, 6
Total	869	91, 6
Porcentaje de autopsias clínicas		82,9 %
Autopsias médico legales	79	8, 3
Total de fallecidos	948	100
Porcentaje de autopsias		84,3 %

$p \leq 0,05$

Fuente: Departamento de Archivo y Estadísticas.

Se apreció que las cifras de fallecidos en el área de atención al grave ([tabla 2](#)) no difieren mucho en relación con las generales del hospital, esto se debe a que el mayor número de fallecidos ocurrió en esta área. En el periodo que se analizó ocurrieron un total de 653 decesos en el área, lo que constituye casi un 80 % del total de las muertes hospitalarias. En esta área 524 (80,2 %) de los fallecidos fueron sometidos a autopsias clínicas y 29 (4,4 %) constituyeron por sus causas de muerte, autopsias forenses, siendo significativo los elevados índices de necropsia en la serie: 83,9 %, del total de fallecidos en el área de la urgencia y 84,6 % incluyendo las autopsias forenses. Solo a 100 (15,3 %) fallecidos no se le practicó la misma. Solo en este acápite se mencionaran las autopsias forenses pues las mismas se excluyeron de la serie.

Tabla 2. Fallecidos en el área de atención al grave

Parámetro	No.	%
Con necropsia	524	80,2
Sin necropsia	100	15,3
Total	624	95,5
Porcentaje de autopsias clínicas		83,9 %
Médico legal	29	4,4
Total de fallecidos	653	100
Porcentaje de autopsias		84,6 %

$p \leq 0,05$

Fuente: Departamento de Archivo y Estadísticas.

En la [tabla 3](#) se muestra como se distribuyeron los fallecidos por las diferentes áreas de la atención al grave y los índices de necropsia particulares de cada una de ellas.

Como se puede apreciar los índices de necropsias en estas áreas son elevados, encabeza el Servicio de UCIQ con la menor cantidad de fallecidos pero a su vez el más alto índice de necropsia, 95 (91,5 %), la UCIA le continua en relación al porcentaje de necropsias con 88 % y 134 fallecidos, la UCIM que es el área que contempla la mayor cantidad de fallecidos 263, tuvo a su vez el mayor número de casos no autopsiados 48, no obstante mantuvo un índice elevado de necropsias con 81,7 %, finalmente la UCIE es el segundo servicio con mayor número de fallecidos 27 y el menor porcentaje de necropsia con 79,3 %, lo que pudiera estar relacionado con las características propias de ese servicio.

Tabla 3. Distribución de los fallecidos en los servicios de atención al grave

Servicios de atención al grave	C/N	S/N	Total	Porcentaje de autopsias
UCIA	118	16	134	88,0
UCIM	215	48	263	81,7
UCIQ	87	8	95	91,5
UCIE	104	27	131	79,3
Total	524	100	624	83,9

$p \leq 0,05$

Con la [tabla 4](#) se comenzó a analizar todos los elementos que aporta el modelo integral de evaluación de historias clínicas que se ha aplicado y que permite de una manera sistemática entre otras cuestiones básicas ir evaluando las principales aristas del proceso de atención al paciente hospitalizado en este caso en el área de atención al grave. Dentro de este modelo ocupó un lugar imprescindible el análisis de la mala práctica y de la negligencia médica (NM). Como se aprecia de los 624 fallecidos evaluados que integró la muestra, la MP se comportó de tres maneras, por error de juicio diagnóstico en 82 pacientes, lo que significó el 13,1 % del total de los casos, por complicaciones de un procedimiento terapéutico en 1 caso (0,1 %) y la interpretación errónea de pruebas diagnósticas en 37 pacientes: 5,9 %. Aunque la significación de la presencia de la MP en la muestra es baja está presente e indiscutiblemente no se puede obviar.

La NM, se evidenció en 4 pacientes (0,6 %), 2 de estos casos arribaron al centro víctimas de la NM y los 2 restantes se demostró que la causa desencadenante fue el incumplimiento de los protocolos de actuación médicos, con consecuencias administrativas no legales. El mayor porcentaje se le atribuyó al curso irreversible de la enfermedad, con 500 fallecidos (80 %) y no se pudo demostrar la presencia de Mala Práctica o Negligencia Médica en ninguno de ellos.

Tabla 4. Comportamiento de las malas prácticas

Muerte debida a:	Total	%
Curso irreversible de la enfermedad	500	80,0
Error de juicio diagnóstico	82	13,1
Complicaciones de procedimiento	1	0,1
Impericia	37	5,9
Negligencia	4	0,6
Total	624	100

$p \leq 0,05$

Fueron evaluados todos los fallecidos de la muestra con el SARCAP ([tabla 5](#)), el nivel de coincidencia diagnóstica para la causa directa de muerte fue de un 59,5 % de manera total, 16,1 % de forma parcial y no hubo coincidencia en 24,4 % de los fallecidos.

Para la causa básica de muerte el comportamiento fue muy similar con un 49,8 % de forma total, 26,8 % en la parcial y no existió coincidencia en un 23,4 % de los fallecidos evaluados.

En solo 0,03 % de los fallecidos con necropsia, evaluados, no se pudo correlacionar debido a la omisión de datos y criterios clínicos que apoyaran un diagnóstico. Es meritorio comentar que en un número importante de estas no coincidencias dos factores jugaron un papel preponderante, que fueron el breve tiempo de estadía y el estado de gravedad crítica que impidió en algunos casos la realización de estudios mínimos para diagnóstico.

Tabla 5. Aplicación del método de Goldman modificado por el SARCAP

Causa de muerte	Coincidencia diagnóstica			Datos insuficientes
	Total	Parcial	No coincidencia	
Directa	59,5 %	16,1 %	24,4 %	0,03 %
Básica	49,8 %	26,8 %	23,4 %	0,03 %

$p \leq 0,05$

En la [tabla 6](#) puede apreciarse que en la medida en que fue avanzando la implementación del nuevo método evaluativo fue aumentando el número de historias clínicas donde el método clínico se evaluó de Muy Satisfactorio, desde un 3,5 % en el primer semestre hasta un 10,2 % en el tercero y aunque la cifra no es todavía la que se desea se aprecia como un resultado alentador de la aplicación de este sistema evaluativo.

Las historias clínicas con método clínico evaluado de Satisfactorio tuvieron un comportamiento bastante uniforme los tres semestres, incrementándose del primer semestre 179 historias clínicas (91,3 %) al segundo 197 historias clínicas (92,0 %), decayendo aparentemente en el tercero 192 historias clínicas (89,7 %) este decrecimiento se debió al incremento en este tercer semestre de las historias clínicas cuya aplicación del método clínico fue evaluado como Muy Satisfactorio y no reportarse historias con el método clínico evaluado de No Satisfactorio, por lo que no se debe apreciar como negativo este resultado.

En relación con las historias clínicas en donde se evaluó el método clínico como No Satisfactorio, fue gratificante apreciar que del primer semestre con 10 historias clínicas (10 %) al segundo semestre, con 5 historias clínicas (2,3 %) decreció de manera significativa para ya en el tercer semestre no reportarse ninguna historia clínica donde la aplicación del método clínico se evaluara dentro de esa categoría.

De forma general se encontró que en 41 historias clínicas (6,5 %) el método clínico se aplicó de forma Muy Satisfactoria. En 568 historias clínicas (91,0 %) el método se aplicó Satisfactoriamente y solo en 15 historias clínicas (2,4 %) la aplicación del método clínico se catalogó como No Satisfactorio.

Evidentemente las deficiencias recogidas son amplias y diversas pero su sola inclusión en este modelo y su sistemático análisis en las asambleas mensuales de discusión de fallecidos ha sido un instrumento valioso para su erradicación, así como, para el mejoramiento de la historia clínica y la calidad de la atención al paciente grave de manera general.

Tabla 6. Evaluación de la aplicación del método clínico

Evaluación	MS		S		NS		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	
1 ^{er} Semestre	7	3,5	179	91,3	10	10	196
2 ^{do} Semestre	12	5,6	197	92,0	5	2,3	214
3 ^{er} Semestre	22	10,2	192	89,7	0	0	214
Total	41	6,5	568	91,0	15	2,4	624

$p \leq 0,05$

Los principales errores u omisiones en la aplicación del método clínico se muestran en la [tabla 7](#).

Tabla 7. Principales errores u omisiones

Indicadores	Principales errores u omisiones
Conducta en observación	Datos insuficientes, pobres planteamientos clínicos, examen físico incompleto. Sobreuso de exámenes complementarios.
Orden de ingreso	Deficientes datos clínicos. No planeamientos diagnósticos.
Anamnesis	Escueta, con omisiones evidentes de los pasos de la entrevista médica. Se omiten antecedentes familiares.
Examen físico	Incompleto con pobre descripción de signos encontrados. Carente de tacto rectal y fondo de ojo.
Discusión diagnóstica	Carencia de argumentos, sin diagnósticos diferenciales.
Indicación de investigaciones	Sobreuso de exámenes complementarios. Omisión de exámenes exigidos por los protocolos. No control de complementarios.
Calidad de las investigaciones	En este indicador no se constataron errores u omisiones.
Diagnóstico	Omisión de planteamientos diagnósticos finales relacionado con la causa directa y básica de muerte.
Tratamiento	Errores de tratamiento relacionados con planteamientos clínicos.
Calidad evoluciones médicas	Mala calidad de evoluciones. Pobre en elementos clínicos. Poco uso o ausencia del comentario médico. Omisión de la evolución final del evento que condujo a la muerte.
Cumplimiento de enfermería	Mala calidad de las evoluciones de enfermería. Evoluciones de enfermería sin supervisión médica. Indicaciones médicas sin circular. Omisión de acciones de enfermería.
Confección de la HC	Historias clínicas desorganizadas. No evidencia de supervisión por parte del especialista de mayor rango o preparación.
Calidad de hoja de egreso	No resumen al egreso con el cronopatograma final. Omisión o mala confección de la hoja de egreso.
Indicación y técnica Quirúrgica	No se constató ninguna intervención quirúrgica objetable.
Calidad informe operatorio	Mala calidad de los informes operatorios, ilegibles.
Calidad atención anestésica	No se detectó error u omisión en este indicador.
Seguimiento embarazo	No se detectó error u omisión en este indicador.
Seguimiento trabajo parto	No se detectó error u omisión en este indicador.
Atención parto y recién nacido	No se detectó error u omisión en este indicador.

Aplicación MNT	No se refleja en la historia clínica el uso o no de la MNT. No se reflejan en las indicaciones los tratamientos de MNT.
Aplicación Protocolos	Se evidencia pobre conocimiento de los protocolos de actuación. Dificultades con los flujos de pacientes.

$p \leq 0,05$

En la [tabla 8](#) se muestran los resultados obtenidos divididos en los tres semestres que abarca el estudio de manera que se pueda evidenciar los progresos de un semestre a otro y su repercusión sobre el resultado final.

Tabla 8. Resultados de la evaluación general

Período	SP		CS		CP		
	N	%	n	%	n	%	
1 ^{er} Semestre	107	54,5	87	44,3	2	1,0	196
2 ^{do} Semestre	182	85,0	32	14,9	0	0	214
3 ^{er} Semestre	134	62,6	80	37,3	0	0	214
Total	423	67,7	199	31,8	2	0,3	624

$p \leq 0,05$

Sólo en el primer semestre se presentaron 2 (1 %), fallecidos con problemas, que coinciden con dos de los 4 pacientes que esta serie demostró la presencia de negligencia médica, reflejado en este capítulo con anterioridad, a partir de ahí y con la experiencia positiva resultante de su análisis en la asamblea mensual de fallecidos, no se reportan más casos de fallecidos evaluados con problemas en los dos semestres restantes.

De los 624 (100 %) fallecidos evaluados integralmente, 423 se evaluaron como fallecidos sin problemas lo que representó el 67,7 % del total general, siendo su comportamiento por semestre de la siguiente forma, en el primer semestre 107 fallecidos para un 54,5 % del total de la muestra del semestre, 182 fallecidos (85 %) en el segundo semestre y un tercer semestre con un discreto decrecimiento con 134 casos (62,6 %), causado por un incremento de los niveles de crítica y de exigencias en la evaluación de las historias clínicas en cada uno de los servicios y en el subcomité de mortalidad del área de atención al grave.

En el primer semestre se evaluaron 87 historias de fallecidos con señalamientos para un 44,3 %, en el segundo semestre solo se hacen señalamientos en 32 historias (14,9 %) lo cual propicia un aumento de la vigilancia y la exigencia en la evaluación de las historias clínicas por parte del comité de análisis de la mortalidad hospitalaria, se observa entonces que en el tercer semestre se reportaron 80 historias clínicas con

señalamientos, que representó el 33,7 % del total de historias evaluadas integralmente.

Se resume que en esta serie de 624 historias de fallecidos, 423 (67,7 %) se evaluó sin problemas, a 199 (31,8 %) se le hicieron señalamientos y solo 2 (0,3 %) se catalogó con problemas, lo que sin duda refleja un salto de calidad en este sentido que al final se traduce en mayor calidad en la atención al paciente grave.

El 82 % de los tumores malignos se diagnosticaron en vida y solo el 18 % constituyó hallazgo de autopsia, lo que no solo realza el valor de la realización de la autopsia, sino también el buen empeño y la dedicación del médico en el diagnóstico certero de los mismos. Esto traduce calidad y mejor manejo del método clínico.

DISCUSIÓN

En el mundo actual de la medicina probar la efectividad de un método evaluativo, es un trabajo arduo y de mucho empeño, más si se trata de la generalidad de las especialidades médicas directamente vinculadas con la asistencia directa al paciente grave. Ningún método nuevo puede surgir y aplicarse sino demuestra que es más eficaz que los que existen.

En el hospital, desde su creación, en 1962, de una manera u otra se ha dedicado una especial atención a la realización de la autopsia y a realizar el valor de todo tipo que esta tiene, gracias al empeño de un grupo de médicos patólogos, encabezados por el profesor José Hurtado¹⁴ de Mendoza, creador del SARCAP, y uno de los principales motivadores a la realización de esta investigación. En sus trabajos el profesor Hurtado,^{1,14} muestra que el índice de necropsia de los fallecidos mayores de 15 años, de esta institución desde 1962 hasta el 2004 estaba alrededor del 60 %, con la introducción del modelo integral de evaluación del fallecido, en solo 18 meses este se ha elevado a 82,6 % excluyendo las autopsias fetales y en un 83,9 % en el área de atención al grave. El nuevo formato evaluativo aplicado sin duda ha sido un instrumento positivo en la elevación del índice de necropsias en la institución.

En EEUU, país que marca pauta para el resto del mundo en la medicina, el porcentaje de autopsias ha disminuido de aproximadamente un 50 % en la posguerra a un 10 % en la década del 80, según Hill y Anderson.⁹¹

A comienzos de este siglo las cifras han continuado disminuyendo. Bombí,²⁴ en una revisión de este aspecto señala que de acuerdo a diferentes autores en la actualidad el porcentaje de autopsias en los hospitales norteamericanos es alrededor del 5 %.

Otros países desarrollados siguen un camino similar y aún aquellos, como los de Europa Oriental, donde las cifras tradicionales eran elevadas se lamentan de una.⁸⁴

En los países escandinavos,^{85,92,178} ocurre también un lamentable descenso. Otros como Japón,¹³ Australia⁴⁸ y China,²²² presentan cifras en declinación. Ninguno de los países reportados sobrepasa el 15 %.

En los resultados aportados por el modelo integral en el análisis de la mala práctica se puede apreciar que estuvo presente en el 19,8 % de los pacientes de la serie, cifra que

está dentro del rango que exhiben los trabajos relacionados con este tema en el mundo. No obstante el solo hecho de que el modelo integral empleado valore la mala práctica, ayuda a crear una atmósfera adecuada para el análisis de los fallecidos en la institución y contribuir a la disminución de su incidencia.

Aspiazu y otros, en un estudio de 2002, para conocer los errores más frecuentes de los residentes en el interrogatorio a pacientes en relación con la anamnesis, detectaron 632 errores en las 60 entrevistas con un promedio de 10,5 % de errores, que dificultaron el diagnóstico y que consideraron como un fallo de la docencia y proponen tomar en cuenta 3 aspectos íntimamente relacionados de cada una de las esferas psicológicas, la cognoscitiva, afectiva y psicomotora.

En el reporte del IOM se concluye que en EE.UU., en 1999 más de 1 millón de norteamericanos sufrieron de algún error prevenible: 3 % de los egresos hospitalarios y 98 mil fallecieron, para otros las cifras varían entre 40 y 100 mil, con un costo de \$17 a 29 billones. La mala práctica fue la octava causa de muerte nacionalmente, por encima del cáncer de mama, accidentes de vehículos y el SIDA y la sexta causa de mortalidad en hospitales, para un 0,3 % de los egresos anuales.

Agundez, en hospitales de California en el año 2003, al analizar los resultados de las necropsias, planteó que se encontraron entre un 8 y un 24 % de errores.

En 1999 la Agencia de Investigación de la Calidad de Atención Médica (AHRQ) de EUA reportó que en las unidades de cuidados intensivos (UCI) se producía al menos 1 error por día.

Es realmente sorprendente que en un tema tan importante como es la mala práctica, se carezca de un instrumento de evaluación que muestre las deficiencias específicas que se cometen. Este modelo puede contribuir a iniciar el camino en la búsqueda eficaz de un análisis positivo, en una atmósfera adecuada.

Al utilizar, en este modelo, las clases I y II de Goldman, vinculadas a las coincidencias/discrepancias parciales o totales y no coincidencias, para evaluar la correlación clínica y patológica en los fallecidos de la serie sometidos a autopsia clínica, se apreció un incremento paulatino de las coincidencias totales y parciales tanto para CDM como para CBM, según se muestra en la [tabla 4](#) y a su vez el modelo le permite al patólogo médico tener una fuente más fidedigna a la hora de evaluar la correlación clínica y patológica y al médico de asistencia asegurar los diagnósticos pre mortem con o sin cierre final de la historia clínica del fallecido con más nivel de certeza. El incremento del porcentaje de coincidencias diagnósticas hace que cada día se valore más la importancia de la realización de la autopsia clínica en la institución.

El profesor *Hurtado*^{1,14} en sus trabajos sobre la autopsia aconseja que es prudente insistir en que antes de realizar la evaluación de la calidad de los diagnósticos clínicos es fundamental asegurarnos de que ambos, sean de la mayor calidad, o sea, los primeros sean el mejor reflejo del real pensamiento médico y los segundos el mejor reflejo de la realidad objetiva: se realicen todos los diagnósticos y con la mayor precisión. Es necesario para realizar una correcta evaluación que lo que se evalúe no esté falseado y con mayor razón que el patrón utilizado para evaluar, sea preciso y real la forma de recoger los datos, en este sentido el modelo integral logra un alto porcentaje de precisión y de ajuste a la realidad.

El largo camino que condujo a principios del siglo pasado a la asociación entre la aterosclerosis coronaria y las lesiones cardíacas que corresponden al infarto del miocardio tuvo en la práctica de la autopsia y la correlación clínico-patológica el elemento decisivo. *Mallory* y *White* condujeron con sus trabajos al esclarecimiento de las etapas en la evolución del infarto del miocardio agudo.

Hill y *Anderson*,⁹¹ en la monografía que escribieron acerca de la autopsia, relatan varios ejemplos de enfermedades que, luego de causar grandes estragos, la autopsia permitió descubrir o dilucidar la etiopatogenia de las mismas.

El Dr. Alipio Liván Gil Sosa,⁷⁶ en su trabajo para optar por el título de especialista de I grado en medicina intensiva y emergencia, realizó el análisis correspondiente y obtuvo los resultados de las discrepancias clase I y II que ascendieron a 1,2 % y 17,5 % respectivamente.

En su investigación sobre la autopsia, el profesor *Hurtado*,^{1,14} plantea que los porcentajes no coincidentes o discrepancias diagnósticas generalmente oscilan alrededor del 25 % tanto en CDM como en CBM.

En CDM el rango es entre 8 y 50 %. Entre 24 y 24,9 % hubo 12 casos, entre 19,5 y 30 %, 35 casos y entre 14,5 y 41,8 %: 51 casos.

En CBM el rango es entre 6,9 y 51,8 %. Entre 24,3 y 26,1 % hubo 10 casos, entre 19,7 y 29,5 %, 29 casos y entre 14,7 y 40,0 %, 48 casos. Resultados muy similares a los obtenidos en CDM.

Es evidente que en este trabajo se pone de manifiesto que con la aplicación de este modelo evaluativo, se han mejorado, no solo el porcentaje de necropsia, también se ha logrado la obtención de mejor porcentaje con la relación clínica y patológica, con disminución importante de los casos insuficientes para evaluación diagnóstica.

Por los resultados obtenidos con el modelo integral que se muestra en las tablas [6](#), [7](#) y [8](#), es innegable la contribución que ha hecho al rescate y fomento de los principios elementales del método clínico. Con la posibilidad de evaluar en un 100 % el proceso de confección de la Historia Clínica, se evalúa también en un 100 %, la aplicación adecuada del método clínico y con la información obtenida se ha contribuido a mejorar el proceso de salud y enfermedad.

El Comité de Análisis de la Mortalidad Hospitalaria con el empleo de la información que brinda el modelo ha logrado sistematizar la reunión de análisis de fallecidos, de gran importancia asistencial, docente y científica.

Los resultados que este modelo ha aportado contribuyen a mejorar indicadores hospitalarios y de calidad de atención médica y son una fuente de estudio y consulta para todos los profesionales de la salud.

En los manuales de normas ISO (ISO 29004-2) se define la calidad como el conjunto de especificaciones y características de un determinado producto o servicio referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o presuponen.

La OMS (1985) define que la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso.⁶

La American Society for Quality Control define la calidad como la totalidad de funciones y características de un producto o servicio dirigidas a satisfacer las necesidades de un cierto usuario.

Existe una definición clásica (IOM 1972) que dice que una asistencia médica de calidad es aquella que es efectiva en la mejora del nivel de salud y grado de satisfacción de la población, con los recursos que la sociedad y los individuos han elegido destinar a ella.

La definición más completa es la del Programa Ibérico, que define la calidad de la atención sanitaria como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario. Esta definición incluye dimensiones incuestionables en cualquier sistema de calidad: calidad científico-técnica, satisfacción y accesibilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hurtado de Mendoza J, Álvarez R, Walwyn V, Montero T, Carriles R, Guerra J. Autopsias realizadas en el hospital "Dr. Luis Díaz Soto" de 1962-1995. Rev Cubana Med Milit 1997;26(2):122-8.
2. Rodríguez Rivera L. La Clínica y su Método: Reflexiones sobre dos épocas. Madrid: Díaz de Santos, 1999: 17-8.
3. La Práctica Clínica actual y el Legado Humanitario Hipocrático. ¿Dónde Fallamos? Bol Ateneo Juan César García 1996; 4: 104 – 12.
4. Ilizárigui Dupuy F. La Ciencia Clínica como objeto de estudio. Bol Ateneo Juan César García 1996; 4: 7 - 25.
5. Gálvez E, Gálvez M, Santiesteban M, Morales L. Criterio profesional del error médico. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998; 14 (1) En: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol14-198>
6. AHRQ. Medical Errors: The Scoop of the problem. Agency for Health Research and Quality. Estados Unidos de Norteamérica. 2000. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/qual/errback.htm>
7. Moreno Rodríguez MA. Crisis del método clínico. Rev. Cubana Med 1998; 37: 123-8.
8. Moreno Rodríguez MA. Deficiencias en la entrevista médica. Un aspecto del método clínico. Rev. Cubana Med 2000; 39: 106-14.
9. Moreno Rodríguez MA, Quintero Pérez B, Burunate Pozo M, Oquendo León D. el comentario médico en las evoluciones de las historias clínicas: análisis crítico. Rev. Cubana Med 1997; 36: 18-23.
10. Barreto Penié J. la historia clínica: documento científico del médico. Ateneo 2000; 1: 50-5.
11. Rodríguez Rivera L. la clínica y su método. Madrid: Díaz de Santos, 1999: 7.
12. Lancis F. La responsabilidad legal del médico. Temas de Ética Médica, ISCM Habana. 73-64.

13. Agundez LJM. Entre el 8 y el 24 % de las autopsias revelan errores médicos. Junio 2003. En: <http://www.diariomedico.com/anapatological/home.html>
14. Hurtado de Mendoza J, Álvarez R, Jiménez A, Fernández LG. El SARCAP, sistema automatizado de registro y control en anatomía patológica. Rev Cubana Med Milit 1995; 24:123-30.
15. Goldman I, Sayson R, Robins S. The value of the autopsy in three medical eras. N Engl J Med 1983; 308: 1000-5.

Recibido: 6 de marzo de 2011

Aprobado: 2 de abril de 2011

Marta Elena García Vega. Hospital Militar Central Dr. Luis Díaz Soto. La Habana, Cuba.
Dirección electrónica: martagv@infomed.sld.cu