

Autopsias realizadas en el Hospital "Comandante Manuel Fajardo Rivero"

Autopsies performed at "Comandante Manuel Fajardo Rivero" Hospital

MSc. Ygnacio Ygualada Correa, DrC. José Hurtado de Mendoza Amat,
DraC. Teresita Montero González

Hospital Militar "Comandante Manuel Fajardo Rivero". Santa Clara, Villa Clara,
Cuba.

RESUMEN

Objetivo: realizar un análisis multicausal de la muerte a partir de las autopsias realizadas en el Hospital "Comandante Manuel Fajardo Rivero".

Métodos: estudio retrospectivo, longitudinal en 2 480 autopsias de la base de datos de autopsias del SARCAP, realizadas en el Hospital Militar "Comandante Manuel Fajardo Rivero" entre 1991 y 2011. Se analizaron las variables: sexo, edad, especialidades de egreso, estadía hospitalaria, principales enfermedades, causas de muerte y evaluación de sus diagnósticos premortem.

Resultados: predominó el sexo masculino (51,7 %) y el grupo etario de 75-84 años (31 %). El 79,6 % de los pacientes fallecidos fueron en el área de atención al grave y el 47,8 % de los casos fallecieron con hasta 48 h de estadía. Las principales causas directas de muerte fueron la bronconeumonía y el infarto cardiaco; mientras las básicas fueron la aterosclerosis coronaria, cerebral y generalizada. Y entre las principales causas contribuyentes estuvieron la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Las discrepancias para las causas directas y básicas de muerte se presentaron en una de cada cuatro autopsias.

Conclusiones: el estudio multicausal de la muerte permite caracterizar los principales problemas de salud. La aplicación del SARCAP y el diagnóstico del daño multiorgánico han sido logros importantes de la especialidad alcanzados en la institución. La metodología de trabajo para el estudio de la autopsia y su empleo en la mejora continua de la calidad de la asistencia médica en este centro constituye referencia para otros hospitales.

Palabras clave: autopsia, estudio multicausal, calidad.

ABSTRACT

Objective: to conduct a multi-causal analysis of death on autopsies performed at "Comandante Manuel Fajardo Rivero" Hospital.

Methods: a retrospective, longitudinal study was conducted in 2480 autopsies from SARCAP autopsy database, at "Comandante Manuel Fajardo Rivero" Military Hospital from 1991 to 2011. Variables were analyzed including sex, age, hospital stay, major diseases, and causes of death and assessment of their pre-mortem diagnosis.

Results: there was 51.7 % predominance of males and 31 % of the 75-84 year-age group. 79.6 % of the patients who died were in the assistance area of severe patients and 47.8 % of patients who died were up to 48 hours in hospital. The main direct causes of death were bronchopneumonia and cardiac infarction; while widespread coronary and cerebral atherosclerosis was the basic infections. High blood pressure and diabetes mellitus were among the major contributing causes. Discrepancies for direct and underlying causes of death occurred in one of every four autopsies.

Conclusions: the multi-causal study of death allows characterizing main health problems. SARCAP application and diagnosis of multiple organ failure has been important achievements in the specialty at this institution. The methodology for autopsy study and its use in the continuous improvement of the quality of medical care at this facility is a milestone to other hospitals.

Keywords: autopsy, multi-causal study, quality.

INTRODUCCIÓN

La autopsia constituye el estudio más completo del enfermo/enfermedad y garantía de calidad en la medicina.¹

Es importante destacar las ventajas que brindan los estudios de multicausalidad de la muerte pues permiten establecer y precisar en los diagnósticos de las causas de muerte el proceso que lleva al paciente a la muerte, a partir de los criterios establecidos por la OMS;² así como elevar la calidad de la autopsia y a la vez unificar y facilitar la comparación y el análisis de esta valiosa información.³

El Hospital Militar "Comandante Manuel Fajardo Rivero" de Santa Clara, comenzó a realizar autopsias en un pequeño departamento de Anatomía Patológica creado en 1991. En los primeros años el trabajo se realizó por diversos patólogos que paulatinamente avanzaron en la cantidad y calidad del trabajo. Este logró estabilizarse a partir de 1995.

La organización del trabajo e introducción de la información de las autopsias realizadas, en el Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía Patológica (SARCAP)¹ permitió la creación de una base de datos de autopsias (BDA) que ha sido empleada en este trabajo.

Esta experiencia fue aplicada en los hospitales militares del país. En el hospital, el interés mostrado por el patólogo y la dirección, permitió emplear en toda su

extensión los beneficios que se obtienen del uso adecuado de las autopsias como una efectiva herramienta para el trabajo en una institución de salud. Por lo que el objetivo del estudio es realizar un análisis multicausal de la muerte a partir de las autopsias realizadas en el hospital.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal en 2 480 autopsias de la BDA del SARCAP realizadas en el Hospital Militar "Comandante Manuel Fajardo Rivero" entre 1991 y 2011. Se analizaron las variables: edad, sexo, especialidad de egreso, estadía hospitalaria, presencia de principales enfermedades, las causas de muerte más frecuentes: directa (CDM), intermedia (CIM) y básica (CBM), y las discrepancias diagnósticas encontradas. Los diagnósticos de las autopsias fueron codificados por la CIE-9² y se evaluaron los diagnósticos premortem de causas de muerte al compararlos con los posmortem según la metodología creada por el SARCAP.³

Se tuvieron en cuenta los resultados de las estrategias institucionales para la gestión del conocimiento (reuniones informativas a todos los niveles organizacionales sobre los objetivos, beneficios y formas de evaluar las coincidencias diagnósticas) y los indicadores de mortalidad (índice de autopsia, principales causas de muerte, coincidencia de los diagnósticos de causas de muerte premortem) los cuales permiten elevar en cantidad y calidad la autopsia con resultados confiables que pueden ser utilizados en la mejora continua del proceso asistencial (reuniones de piezas fresca, de reparo del certificado de defunción, clínico patológicas y reuniones del comité de análisis de la mortalidad).

RESULTADOS

Hubo un predominio del sexo masculino (57,1 %); la razón masculino/femenino fue 1,3. Las autopsias se realizaron en adultos con rango de edad entre 17 y 103 años; el promedio de edad fue de 72 años. El 73,7 % de los fallecidos fueron pacientes de más de 65 años (tabla 1). La especialidad más representada fue Medicina Intensiva y de Urgencia con 79,6 %.

Tabla 1. Grupos etarios y sexo

Sexo	Total	Grupos etarios								
		15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	> 95
Masculino	1415	5	16	62	112	224	326	422	224	24
Femenino	1065	3	8	21	71	130	248	348	214	22
Total	2480	8	24	83	183	354	574	770	438	46
%		0,3	1,0	3,3	7,4	14,3	23,1	31,0	17,7	1,9

El 7,5 % de los fallecidos fueron extrahospitalarios, procedentes de las comunidades vecinas al hospital y el 47,8 % de los casos fallecieron con 48 h de estadía.

Las enfermedades diagnosticadas con mayor frecuencia fueron infección, daño multiorgánico y cáncer (Fig.). La principal CBM fue la enfermedad aterosclerótica. La bronconeumonía y el infarto agudo de miocardio sobrepasan la cuarta parte de las CDM (tabla 2).

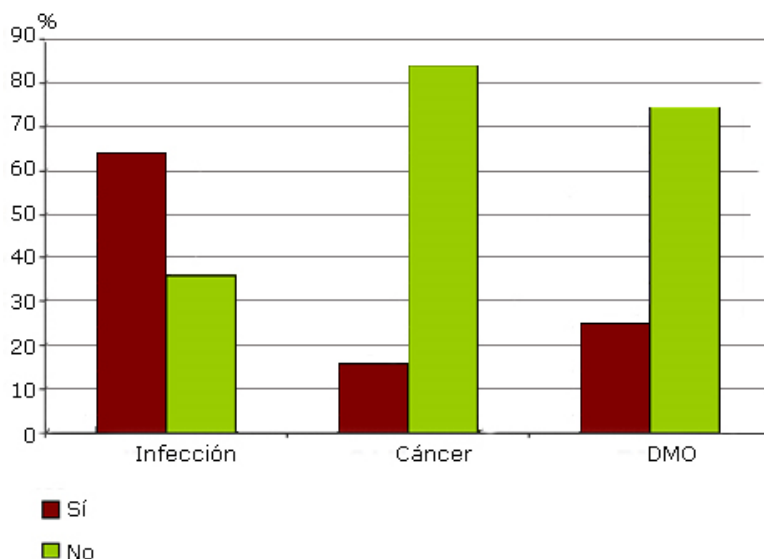


Fig. Enfermedades diagnosticadas con mayor frecuencia.

Tabla 2. Causas directas y básicas de muertes más frecuentes

No.	Causas directas de muerte	No.	%
1	Bronconeumonía	594	24,0
2	Infarto agudo del miocardio	402	16,2
3	Tromboembolismo pulmonar	287	11,6
4	Daño multiorgánico (FMO/DMO)	267	10,8
5	Choque	240	9,7
6	Edema cerebral	93	3,8
7	Edema pulmonar	70	2,8
8	Septicemia	22	0,9
9	Estadio terminal de enfermedad cancerosa	21	0,9
10	Hemopericardio y taponamiento cardiaco	18	0,7
	Causas básicas de muerte		
1	Aterosclerosis coronaria	656	26,5
2	Aterosclerosis generalizada	375	15,1
3	Aterosclerosis cerebral	207	8,4
4	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	170	6,9
5	Hipertensión arterial	105	4,2
6	Tumor maligno pulmón	95	3,8
7	Diabetes mellitus	69	2,8
8	Alcoholismo crónico	64	2,6
9	Tumor maligno colon	55	2,2
10	Fractura del cuello del fémur	54	2,2

Las discrepancias diagnósticas fueron del 24,9 % y 23,0 %, para CBM y CDM respectivamente. Pero al excluir los casos insuficientes para el análisis, estas cifras aumentaron a 26,8 % y 23,9 % respectivamente (tabla 3).

Tabla 3. Porcentajes de coincidencias diagnósticas

Causa directa de muerte				Causa básica de muerte			
Total	Parcial	No coincidencia	Insuficiente	Total	Parcial	No coincidencia	Insuficiente
55,4	17,8	23,0	3,8	42,7	25,5	24,9	6,9
-	-	23,9*	-	-	-	26,8*	-

*Porcentaje de No coincidencia (discrepancias) al excluir los casos insuficientes para el análisis.

DISCUSIÓN

En la literatura nacional revisada, no aparece ningún estudio similar de autopsias en hospitales con tan amplia representación en distribución y características. La investigación comprueba que el SARCAP es muy útil, al permitir introducir y procesar toda la información de las autopsias, necesaria para lograr los objetivos propuestos, y a la vez desarrollar un banco de datos de autopsias en el hospital en continuo crecimiento, en cantidad y calidad.

El análisis de los grupos etarios muestra el incremento de la esperanza de vida al nacer en la población que atiende el hospital. Estos resultados coinciden con la estadística nacional en la que la población de la provincia de Villa Clara es una de las más envejecidas.⁴

La elevada frecuencia de autopsias realizadas a fallecidos provenientes de la sala de cuidados intensivos y emergencias es un indicador positivo, que debe continuar elevándose, porque es en este servicio de hospitalización en el que se brindan los servicios médicos y tecnológicos más avanzados.⁵

Las enfermedades consideradas CDM más frecuentes coinciden con los resultados de otras publicaciones sobre el tema. Los resultados encontrados en otros trabajos muestran cifras elevadas de tromboembolismo pulmonar e infarto miocárdico agudo. Otras CDM fueron el choque y el daño multiorgánico que, independientemente de su frecuencia, ocupan las primeras causas de muerte no solo en Cuba sino a nivel internacional y no son referidas en los estudios monocausales de la muerte. Si incluimos las CIM, la sepsis y la enfermedad cerebrovascular ascienden, lo que se corresponde con otros estudios nacionales realizados.^{3,6-10}

Las principales CBM muestran resultados similares a estudios nacionales que reflejan la alta incidencia que tienen las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos en Cuba.³ Esto se corresponde con los factores de riesgo que predominan en la población que atiende el hospital como la cardiopatía isquémica, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y la diabetes mellitus, así como el envejecimiento de la población y los inadecuados estilos de vida, el alcoholismo crónico, reflejado en el anuario estadístico nacional.⁴

La cifra de no coincidencia (discrepancia diagnóstica) para la CDM está por debajo de la media nacional y para la CBM está discretamente por encima de esta. La media nacional es 25 % con un rango permisible de 10 % hasta el 40 %. Este

indicador muestra que los médicos en el hospital tienen más dificultad para diagnosticar la CBM.^{3,6-10} Si se compara con otros hospitales a nivel nacional de similar estructura se observa que el Hospital Militar "Dr. Mario Muñoz Monroy" tiene cifras de 25,2 %, el resto informa cifras por encima del 22 % excepto el Hospital "Hermanos Ameijeiras" con 6,9 %.³

En las enfermedades consideradas como CBM, los valores de discrepancia diagnóstica y coincidencias parciales están dados por la enfermedad aterosclerótica en sus diferentes localizaciones. Esto se explica porque hay dificultades en la expresión del diagnóstico de esta enfermedad, por considerarla un diagnóstico anatómico y no clínico, por ello no aparece reflejada en los documentos médicos como la historia clínica y el certificado médico de defunción.³

Las comparaciones con estudios internacionales se hace difícil debido a que en este estudio se realiza un análisis multicausal de la muerte y la mayoría de los estudios a nivel mundial son análisis monocausales de la muerte y clasificaciones basadas en la de *Goldman* modificada por *Battle*, con rangos de discrepancias diagnósticas para la clase I entre 0 % y 39 %, para la clase I y II sumadas, entre 4 % y 70 %.³

Aun cuando la labor preventiva para evitarlas, como las CDM, es más limitada y circunscrita a los hospitales, si se previenen y tratan adecuadamente, podrían salvarse numerosas vidas humanas.³ En trabajos que comparan estos resultados de causas de muerte posmortem con la frecuencia de los diagnósticos premortem globalmente, no se observan diferencias importantes, las diferencias surgen al analizar los trastornos individualmente.^{11,12}

Este aspecto es importante por la confusión que puede crear al comparar en conjunto los diagnósticos de causas de muerte premortem y posmortem; al ser similares los principales trastornos que causan la muerte pudieran hacer surgir la duda, ¿son realmente necesarios los estudios posmortem?

La mejor respuesta son los resultados expuestos de discrepancias diagnósticas. Las cifras de discrepancias diagnósticas obtenidas en CDM y CBM, se encuentran dentro de las ofrecidas con mayor frecuencia por otros autores. Aunque existe diversidad de criterios en los diferentes trabajos revisados.⁶⁻¹⁰

Una dificultad la crea el enfoque monocausal o multicausal de la muerte. La mayoría de los autores dan una cifra única sin especificar si la discrepancia corresponde a CBM o CDM. Otros lo aclaran distinguiendo las cifras de ambas. Menos frecuente es que se diferencien las discrepancias en totales y parciales. La variación de estas cifras se observa en todas las revisiones que se hacen sobre el tema. Numerosos factores dan lugar a estas variaciones por lo que estas cifras no pueden tomarse como patrones. Establecer un índice de discrepancias diagnósticas es casi imposible y ningún país o institución lo ha pretendido. El gran número de variables: edad, sexo, estadía, el tipo y características del hospital, las propias enfermedades a considerar, entre otras, hacen muy difícil establecer comparaciones y menos aun normar índices.^{3,6-10}

Un factor fundamental es la veracidad del diagnóstico premortem. La certeza de que el certificado de defunción y la historia clínica no reflejan esa realidad es criterio generalizado. Estos son los únicos documentos oficiales en los cuales se registran los diagnósticos en forma precisa, organizada, sistemática y total.³

Es importante lograr que el diagnóstico premortem sea un fiel reflejo del real pensamiento médico. Para lograrlo es necesario medidas organizativas, gran

disciplina y voluntad de acción por parte de todos los factores involucrados en el que los patólogos juegan un rol importante.³

Además, es fundamental la participación activa y entusiasta de los médicos de asistencia (que serán los evaluados) y los organizadores de salud, que serán los máximos responsables y a la vez beneficiarios de los resultados obtenidos que servirán de herramienta para elevar la calidad del trabajo médico que dirigen. Los principales favorecidos serán los pacientes, sus familiares y la sociedad en general.³

Otro aspecto importante y que explica las variaciones de las cifras obtenidas al realizar la evaluación, es la forma de evaluar y quienes evalúan. No es lo mismo si solo se consideran las discrepancias totales o se incluyen además las discrepancias parciales. Puede variar la calificación si la evaluación la realiza un patólogo o si la realiza un equipo multidisciplinario, que es lo ideal. En gran parte de los trabajos con cifras bajas de discrepancia están incluidos los evaluados en la calificación. Cuando los evaluados se incluyen al tomar la decisión, como regla, disminuye el índice de discrepancia.³

Se puede considerar que cifras mayores de 40 % deben servir de aviso, de alerta, ante posibles deficiencias o insuficiencias en el trabajo médico; pero cifras menores de un 10 % deben hacer pensar en posibles faltas de exigencia en la calificación. En conclusión, cuando los resultados sean menores de un 10 % o mayores de un 40 %, en un hospital clínicoquirúrgico o general, lo recomendable sería revisar la metodología empleada, para garantizar que los elementos y mecanismos de la evaluación sean fieles a la realidad.³

Es necesario sistematizar la práctica de la autopsia con la información adecuada, en cantidad y calidad, que permitan la comparación de los diagnósticos premortem y posmortem, así como establecer con la mayor rigurosidad las coincidencias y discrepancias diagnósticas. De esta forma se crean las condiciones para obtener de la autopsia su mayor valor, un método para garantizar la calidad del trabajo médico.³

El Comité de Análisis de la Mortalidad debe recibir del patólogo el criterio de evaluación de los diagnósticos premortem según la clasificación establecida por el SARCAP y, sometido a discusión multidisciplinaria y colegiada, precisar la evaluación y cuántas y cuáles son las discrepancias.

Detectada y precisada la discrepancia, lo más importante es analizar su causa y más aun, proponer las acciones a tomar para evitar su repetición. De forma similar, se debe analizar otros problemas en la conducta seguida con el paciente y que sin ser motivo de discrepancias diagnósticas hayan constituido una conducta inadecuada. Además ejecutar acciones que impidan nuevos errores debe ser la misión fundamental del Comité de Análisis de la Mortalidad y las direcciones a los distintos niveles de los servicios de salud.³

Los índices de discrepancia obtenidos son secundarios a lo que es primordial, como la correcta metodología empleada que parte de una autopsia realizada con calidad, diagnósticos premortem que reflejen el real pensamiento médico y un correcto trabajo del Comité de Análisis de la Mortalidad, en el que el patólogo debe ocupar la secretaría o la presidencia, que proponga un plan de acciones dirigido a la erradicación de las discrepancias y que aprobado al nivel correspondiente garantice el objetivo.

Los resultados alcanzados demuestran las ventajas de esta aplicación al permitir destacar no solo las CBM sino también las CDM, las CIM e incluso las causas

contribuyente (CC). Las CBM generalmente son las que solamente se consideran en los estudios monocausales, mientras que las CIM y CDM que también forman parte del proceso que lleva al paciente a la muerte, incluso las CC brindan información útil al destacar la importancia adicional que tienen a estos efectos la hipertensión y la diabetes mellitus.³

Precisar los diagnósticos de las principales causas de muerte debidamente clasificadas, permite conocerlas y tomar acciones para contrarrestar sus efectos deletéreos. Es importante tener en cuenta las CDM y CIM, pues muchas veces son inadvertidas y minimizadas como cuando se afirma que "las infecciones ya no son un problema de salud en nuestro país" o se desconoce la importancia del tromboembolismo pulmonar o el daño multiorgánico (DMO).³

La estrategia elaborada perfecciona el proceso de la autopsia que favorece las relaciones interdisciplinarias y facilita la utilización de sus resultados en el control de calidad del proceso asistencial.

Se corroboró la utilidad de los sistemas automatizados para crear bases de datos de autopsias y realizar estudios multicausales de la muerte que permiten evaluar los diagnósticos premortem, mejorar la calidad de la autopsia, la historia clínica, el certificado médico de defunción así como la atención médica. Por tanto, es necesario destacar la importancia del estudio multicausal pues permite precisar e identificar las CBM, CDM, CIM y CC y conocer la real trascendencia de estos trastornos.³

El estudio multicausal de la muerte permite caracterizar los principales problemas de salud. La aplicación del SARCAP y el diagnóstico del daño multiorgánico han sido logros importantes de la especialidad alcanzados en la institución. La estrategia elaborada perfecciona el proceso de la autopsia que favorece las relaciones interdisciplinarias y facilita la utilización de sus resultados en el control de calidad del proceso asistencial. La metodología de trabajo para el estudio de la autopsia y su empleo en la mejora continua de la calidad de la asistencia médica en este centro constituye referencia para otros hospitales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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 Mil [Internet]. 1995 [citado 13 feb 2012]; 24(2): 123-30. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol24_2_95/mil10295.htm
2. OPS/OMS. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción. 9a ed. Washington: OPS/OMS; 1978.
3. Hurtado de Mendoza Amat J. Autopsia: Garantía de calidad en la medicina [internet]. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2009 [citado 13 feb 2012]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/scap/librocompleto.pdf>
4. Ministerio de Salud Pública; Dirección Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de Salud 2011. La Habana: MINSAP; 2012.
5. Magret Iglesias ML, Vidaur Tello L, Fernández Olsina S, García Fontgivell JF, Blázquez Vilas S, Alonso Rubio S, et al. Discrepancias entre el diagnóstico clínico y

el anatomopatológico en un Servicio de Cuidados Intensivos Polivalente. Med Intensiva. 2006; 30: 95-100.

6. Hurtado de Mendoza Amat J, Álvarez Santana R, Borrajero Martínez I. Discrepancias diagnósticas en las causas de muerte identificadas por autopsias. Cuba 1994-2003: Primera parte. Patología Rev Latinoamericana. 2008; (2):85-95.
7. Hurtado de Mendoza Amat J, Álvarez Santana R, Borrajero Martínez I. Discrepancias diagnósticas en causas de muerte detectadas por autopsia. Cuba, 1994-2003. Segunda parte. Patología Rev Latinoam. 2009; (2):81-9.
8. Hurtado de Mendoza Amat J, Álvarez Santana R. Borrajero Martínez I. Discrepancias diagnósticas en causas de muerte detectadas por autopsia. Cuba, 1994-2003. Tercera parte. Patología Rev Latinoam. 2009; (3):193-7.
9. Hurtado de Mendoza Amat J, Álvarez Santana R, Borrajero Martínez I. Discrepancias diagnósticas en las causas de muerte identificadas por autopsias. Cuba 1994-2003. Cuarta parte. Patología Rev Latinoam. 2010; (1):3-7.
10. Ornelas-Aguirre JM, Vázquez-Camacho G, González-López L, García-González A, Gámez-Nava JI. Concordance between premortem and postmortem diagnosis in the autopsy: Results of a 10-year study in a tertiary care center. Ann Diagn Pathol. 2006;7:223-30.
11. Medina Medina MC. Mortalidad en los servicios clínicos basada en estudios autópsicos. [Tesis]. La Habana: Hospital General Docente "Dr. Enrique Cabrera"; 2001.
12. Valladares Reyes D. Tromboembolismo pulmonar como causa directa de muerte. Coincidencia clínico patológica en un estudio de 403 autopsias. [Tesis]. La Habana: Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay"; 2004.

Recibido: 19 de marzo de 2012.

Aprobado: 13 de mayo de 2012.

Ygnacio Ygualada Correa. Hospital Militar "Comandante Manuel Fajardo Rivero".
Santa Clara, Villa Clara, Cuba.
Correo electrónico: patalogmfr@capiro.vcl.sld.cu