

Certificado médico de defunción sin autopsia clínica en el primer nivel de atención de salud, ¿subregistro estadístico? Healthcare: Does it Apply for a Statistical Subregistry?

Junior Vega Jiménez^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-6801-5191>

Mayasil Morales Pérez² <https://orcid.org/0000-0002-4461-7518>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, Hospital Militar Dr. “Mario Muñoz Monroy”. Matanzas, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Laboratorio Central de Farmacología. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: junioryj.mtz@infomed.sld.cu

Recibido: 23/08/2020

Aceptado: 15/11/2020

Estimado editor:

La confección del Certificado Médico de Defunción (CMD) es una de las habilidades que debe adquirir el médico en su desempeño profesional. Es excepcional que un colega no haya debido firmar, al menos una vez en su vida, un documento de este tipo. De la exactitud e integridad con que se confeccione, depende la calidad de las estadísticas de mortalidad. En tal sentido, debe confeccionarse correcta y completamente para que su validez, tanto legal como estadística, sea plena.⁽¹⁾

Aún existen innumerables dificultades para realizar una secuencia lógica de las causas de muerte. El estudio integral del fallecido y el correcto establecimiento de la correlación clínico-patológica contribuye al análisis posterior y a la adecuada calidad de la atención médica. Aspectos que, además, se tienen en cuenta por el Sistema Nacional de Salud para la toma de decisiones.^(1,2,3)

La tendencia en la actualidad es medir la calidad del trabajo médico, a punto de partida de la evaluación de los diagnósticos anatomopatológicos (autopsia clínica-AC-) y de la aplicación del método clínico (proceso final reflejado en el CMD). El resultado de ambos gana espacios, en todo el mundo, como medida para auditar la calidad de los diagnósticos.^(3,4)

El primer nivel de salud constituye el pilar fundamental del Sistema Nacional de Salud cubano. Su polivalencia de funciones trasciende más allá del nivel de atención en salud y lo convierte en una estrategia que lo interrelaciona de forma transversal con el resto de los niveles. A pesar de ello, desde hace varios años, en este se identifican dificultades en la elaboración del CMD, las cuales tienden a influir en las estadísticas de mortalidad del país. Esto puede estar en relación con el bajo porcentaje de AC indicadas.⁽⁵⁾ Teniendo en cuenta lo anterior, se decide realizar este breve análisis constructivo.

Cuanto menor sea el porcentaje de autopsias indicadas en el primer nivel de atención, menor será el grado de fiabilidad y precisión de los diagnósticos de causa de muerte en los certificados de defunción. Este hecho podría sesgar y cambiar algunos de los resultados estadísticos de estudios epidemiológicos derivados de dicho estrato de la atención médica. Este es un factor que explica las discrepancias en la certificación de las causas de muerte a ese nivel.⁽³⁾

Existe un amplio abanico de posibilidades de cometer algún error en la certificación de la muerte. En algunos pacientes la causa de muerte es desconocida; otras veces está equivocada, y en otros casos existe la duda porque la autopsia no se ha practicado. El error aumenta con la edad del fallecido como consecuencia de la comorbilidad presente, algo muy frecuente en la población cubana en correspondencia con el incremento de la esperanza de vida.^(3,6)

En pacientes con sospecha clínica y radiológica de tumor maligno puede ocurrir que el estado clínico limite la obtención de un estudio histológico para corroborar la hipótesis diagnóstica de cáncer y comienzan a recibir tratamiento paliativo desde su área de salud. En tales casos, la realización de la autopsia permitiría identificar con precisión los sitios más frecuentes de tumor primario y metástasis. También puede orientar hacia la posible existencia de una neoplasia con carácter familiar y de esta manera actuar oportunamente sobre los grupos de riesgo.

Se ha comprobado que cerca del 60 % de los certificados de defunción tienen uno

o más errores. En relación con la causa básica de muerte, entre 25 y 59 % de los diagnósticos clínicos son incorrectos cuando se comparan con los diagnósticos definitivos tras la autopsia.^(3,4)

En ocasiones el galeno que certifica el óbito no conoce la historia de la enfermedad porque no coincide con ser el médico de cabecera del paciente. Resulta este un momento muy difícil para convencer al familiar de autorizar la realización del proceder. Con antelación se debe educar a la familia e incluso al propio enfermo sobre la necesidad de realizar la autopsia clínica. El convencimiento no se debe realizar durante el llenado. Lógicamente, ese es un momento muy desagradable en el que no es ideal efectuar esta tarea, y, de intentarlo, las posibilidades de realizarla serán extremadamente escasas.

El Equipo Básico de Salud constituye el elemento primordial en la Atención Primaria de Salud (APS) para concientizar a la población sobre la importancia de la AC. Tanto el médico como la enfermera de la familia constituyen un pilar clave durante las pesquisas y los terrenos. También es cierto que es la enfermera la que se encuentra más tiempo al pie de la cama del paciente, y en ocasiones es quien alcanza más lazos de empatía con el familiar. Por ende, contribuye con su labor como el principal promotor e incentivador para el convencimiento de los familiares en el momento de dar su aprobación para la realización de la autopsia clínica.⁽⁷⁾

El médico y la enfermera de la familia están en todo su derecho de participar tanto en la realización de la AC como en la discusión de los fallecidos. En determinadas circunstancias no se indica la autopsia por temor al posible señalamiento médico o administrativo. Sin mencionar la sobrecarga de funciones que añade la tramitación del proceder. Por ello es válido aclarar que la indicación de la autopsia no debe interpretarse, y mucho menos convertirse, en un “tribunal de inquisición”. El principal objetivo será mejorar los diagnósticos clínicos que se verán reflejados en una atención médica de calidad brindada a nuestra población. Además de contribuir a la superación de los galenos involucrados desde el punto de vista científico, asistencial y docente.

Se apoya la idea de que el conjunto de datos interrelacionados de los certificados de defunción y hallazgos de autopsia clínica pueden utilizarse para mejorar la precisión de las estadísticas de mortalidad, enfermedades contribuyentes,

efectividad de los tratamientos, información de factores demográficos y ambientales como origen y patogénesis de enfermedades, y también para la correlación clínico-patológica.

Por ende, las dificultades en la confección del CMD, exacerbadas por el bajo índice de autopsias, pueden contribuir a un subregistro de las estadísticas de mortalidad. El Sistema Nacional de Salud cubano reúne todas las condiciones para contrarrestar esta situación.

Referencias bibliográficas

1. Vega Jiménez J, Sánchez MBM. Manual para la elaboración del Certificado Médico de Defunción. Rev Médica Electrónica. 2013 [acceso: 20/08/2020];35(5). Disponible en: http://scielo.prueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000500001&nrm=iso.
2. Rodríguez Martín O, Matos Valdivia Y, Anchia Alonso D, Betancourt Valladares M. Principales dificultades en el llenado de los certificados de defunción. Rev Cubana Salud Pública. 2012 [acceso: 20/08/2020];38(3). Disponible en: http://scielo.prueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300008&nrm=iso.
3. Martín Polo R. La autopsia clínica como instrumento de calidad en el proceso asistencial y de investigación [tesis]. Salamanca Universidad de Salamanca. Facultad de Medicina: Departamento de Biología Celular y Patología; 2008 [acceso: 20/08/2020]. Disponible en: http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/17904/1/DBCP_Autopsia%20clinica%20como%20instrumento%20de%20calidad.pdf
4. Martínez Navarro J. La autopsia clínica. Beneficios relacionados con su práctica. Medisur. 2018 [acceso: 20/08/2020];16(5). Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3844/2669>.
5. Martínez Calvo S. Logros y retos de la Atención Primaria de Salud en Cuba. Rev haban cienc méd. 2018 [acceso: 20/11/2020];17(2):157-60. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2325>
6. Vega Jiménez J, Hurtado de Mendoza Amat J, Vega Candelario R. La correlación

clinicopatológica como indicador de calidad de la atención médica brindada al paciente geriátrico. Rev Arch Med Camagüey. 2017 [acceso: 20/08/2020];21(4):448-51. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

7. Vega Jiménez J. El servicio de enfermería contemporáneo: ¿pilar esencial en el establecimiento de la correlación clinicopatológica hospitalaria? Rev Cubana de Enfermería. 2018 [acceso: 20/08/2020];34(3). Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1988/369>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.