



Nº 910. Conferencia

## La Evaluación de la Mortalidad dentro del Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria

Reynaldo Alvarez Santana<sup>[1]</sup>, José Hurtado de Mendoza Amat<sup>[1]</sup>, Israel Borrajero Martínez<sup>[1]</sup>

(1) Centro Nacional de Referencia de Anatomía Patológica, Hospital Clínico-Quirúrgico de Post-Grado "Hermanos Ameijeiras CUBA

### Conferencia

Se plantea el papel de la autopsia clínica como eslabón fundamental en la evaluación de la calidad del trabajo médico y hospitalario y del Comité de Evaluación de la Mortalidad Hospitalaria como organismo efector de este trabajo apoyado en el estudio autopsico. Se analiza la metódica actual de nuestro Comité de Evaluación de la Mortalidad Hospitalaria y algunas reflexiones sobre como mejorar dicho trabajo. Se presentan las planillas que adjuntamos al informe final de la autopsia para ser utilizada en la evaluación.

La Autopsia Clínica es el método que permite el estudio más completo del enfermo y la enfermedad a la vez que garantiza la más elevada calidad del trabajo médico . Esto constituye la premisa fundamental para los que nos convertimos en patólogos autopsistas dejando a un lado la fascinación de la patología quirúrgica y la sensación de sentirnos "más médicos" por participar más directamente en la atención del paciente vivo. La fascinación de nuestro trabajo radica en tomar una Historia Clínica de un paciente recién fallecido y estudiarla. Durante este estudio asistimos al proceso del pensamiento clínico tratando de llegar o acercarse lo más posible a la verdad en cuanto al proceso patológico que afecta a ese paciente. Como mudos testigos de ese proceso nos vamos haciendo preguntas que trataremos posteriormente de dar respuesta con la realización de la autopsia. Tenemos el privilegio de asistir a un proceso o procesos integrados en un todo, el paciente, y el dar respuesta a todas esas interrogantes, además de un privilegio constituye una alta responsabilidad que adquirimos con nuestra conciencia, con los médicos, con los administradores de salud y con los familiares del paciente. En esta ocasión nos dedicaremos a desarrollar como conducir la alta responsabilidad que adquirimos al realizar una autopsia con los médicos y las autoridades hospitalarias.

Desde que el Hombre se enfrentó a la Muerte se hizo siempre dos preguntas básicas: por qué falleció el paciente y dónde falló la acción médica emprendida para curarlo y salvarlo, acción que resultó en un fracaso. Con el desarrollo de las Ciencias Médicas estas preguntas básicas se fueron institucionalizando. Se ha logrado una Metodología adecuada para la realización de los estudios postmortem apoyados por todo un desarrollo tecnológico que ayuda al patólogo a llegar al diagnóstico más preciso, léase la Inmunohistoquímica, la Microscopía Electrónica, la Informática Médica así como otras tecnologías de las cuales se valen los médicos de asistencia en las especialidades que constituyen los Medios Diagnósticos (Laboratorio Clínico, Imagenología Clínica, Microbiología) y nosotros también cuando estudiamos la Historia Clínica del paciente fallecido y tomamos estos resultados como un elemento auxiliar en nuestra investigación posterior, como elemento orientador, sobre todo la Imagenología, pero siempre sin perder la perspectiva que la imagen que obtiene el Imagenólogo para su estudio y diagnóstico es eso mismo, una imagen, un reflejo, del objeto de estudio, no el objeto de estudio en sí que es lo que nosotros, a través de la autopsia, si vamos a obtener y estudiar. Las Instituciones de Salud, como unidades de salud, y la Salud Pública de una región o un país también se han desarrollado e institucionalizado y existe una metodología para todos los procesos que intervienen en alcanzar un estado de salud adecuado de los ciudadanos de un país. De acuerdo con la importancia que estas Instituciones le brinden a los estudios post-mortem, de ahí resultará el grado de organización que tengan los mismos. En nuestro país el desarrollo de la Salud Pública ha constituido un privilegio para los cubanos y del mismo no está exenta la Anatomía Patológica con una cobertura total del territorio nacional. Específicamente la Evaluación de la Mortalidad Hospitalaria ha tenido la atención debida con vistas a obtener el máximo resultado de los estudios post-mortem para lograr la máxima calidad de la atención médica hospitalaria. No obstante, los patólogos y, específicamente los autopsistas, siempre nos quedamos con deseos de mejorar este aspecto igual que el resto en los que intervienen la autopsia y siempre estamos pensando en como mejorar el trabajo del Comité de Evaluación de la Mortalidad Hospitalaria (CEMH) hacia donde va el fruto de nuestro trabajo con vistas a mejorar la calidad del accionar médico y hospitalario.

### ¿Cómo esta organizado el trabajo del Comité de Evaluación de la Mortalidad Hospitalaria (CEMH)?

El CEMH forma parte del Consejo de Evaluación de la Calidad (CEC) el cual esta constituido por varios Comités que evalúan las diferentes actividades que se realizan en el Hospital, por ejemplo, Comité de Infecciones, Comité de Evaluación de las Intervenciones Quirúrgicas, Comité de Evaluación de las Historias Clínicas, Comité Fármaco-Terapéutico y otros más. El CEMH, a su vez, esta constituido por los Sub-comités correspondientes a cada Especialidad Médica que exista en el Hospital, por ejemplo, S-CEMH de Medicina Interna, S-CEMH de Terapia Intensiva, SCEMH Quirúrgico, S-CEMH Cardiocentro y otros más. Cada S-CEMH tiene un especialista de alto nivel responsabilizado con esta actividad evaluativo el cual recibe las Historias Clínicas con el Informe Final de la Autopsia y la Planilla del CEMH con los datos del paciente y la evaluación que propone el Patólogo (Ver Anexos). Cada Historia Clínica es evaluada por un especialista designado y en una reunión de todos los médicos de dicha especialidad se discute cada caso y se aprueba o se cambia la Evaluación realizada por el Especialista designado. Esta reunión es muy importante para el Servicio en cuestión pues todos los médicos se enteran de las Conclusiones Finales de cada fallecido y se discute en base a estas conclusiones lo cual redundo en un mejor trabajo médico. Constituye una actividad científica, docente y administrativa, de las más importantes del Hospital. Dicha evaluación puede coincidir con la propuesta por el Patólogo. En caso de no coincidir se discutirá en el seno del CEMH en una reunión donde participa el Presidente del CEMH, el Secretario y los responsables de cada SCEMH en donde debe llegarse a una evaluación definitiva. El Secretario del CEMH, en mi Hospital es el Patólogo Autopsista, lleva un control de los casos pendientes y los evaluados y cada mes redacta un Acta de esta reunión con los resultados de la Evaluación la cual debe informar y entregar en la reunión mensual del CEC.

La Evaluación de los fallecidos autopsiados se dividen en tres categorías: Muerte por Curso Irreversible de la Enfermedad, Comentable y Destacable. En la primera se explica por si misma. La Evaluación de Comentable indica que existieron dificultades en el manejo del paciente, incluso errores médicos o de otro tipo, pero que no guardaron relación con el fallecimiento del paciente. La Evaluación de Destacable si es grave pues implica error institucional, sea médico, paramédico, de procederes diagnósticos o terapéuticos que llevaron al fallecimiento al paciente y estos casos se discuten a todos los niveles, incluyendo con el Director del Hospital. Cada una de estas categorías, Comentable y Destacable, tienen sub-categorías los cuales por si solo se explican:

- ⚡ Por error de Juicio Diagnóstico.
- ⚡ Por error de Juicio Terapéutico.
- ⚡ Por complicación de Procederes Diagnósticos.
- ⚡ Por complicación de Procederes Terapéuticos.

Además, se tiene en cuenta otro acápite en el que se señala si hubo circunstancias extrahospitalarias que influyeron en el fallecimiento del paciente. En nuestro caso, como Hospital de Referencia, se reciben pacientes procedentes de otras Instituciones de Salud, que llegan ya con complicaciones por diversas circunstancias y que no logran ser recuperados y fallecen. Estos casos se evalúan en el Centro y si se detectan dificultades de las anteriormente explicadas se informa a la Institución de origen para que sea analizada por los médicos que participaron en la atención de este fallecido.

En dicho informe van incluidas las evaluaciones de los casos por S-CEMH, el total de casos evaluados por S-CEMH y los pendientes de evaluación, un estudio de la mortalidad en el mes y lo acumulado en el año que incluye distribución mensual de los fallecidos autopsiados por sexo, por grupos de edades, por especialidad de fallecimiento, estadía hospitalaria, discrepancias diagnósticas, Causas Directas de Muerte (Funcionales), Causas Directas de Muerte (Morfológicas), Causas Básicas de Muerte y Causas Contribuyentes de Muerte. Además el total de casos con Infecciones desde el punto de vista Morfológico, con Neoplasias Malignas y con Daño Múltiple de Organos. Este informe se analiza buscando hechos relevantes como el aumento de las infecciones en un determinado Servicio o Intervenciones Quirúrgicas, el aumento de determinado tipo de discrepancia en un Servicio determinado como pudiera ser la discrepancia diagnóstica entre Tromboembolismo Pulmonar e Infarto del Miocardio desde el punto de vista clínico y otros, con vistas a tomar determinadas medidas preventivas o de solución por parte de la Dirección del Hospital ante estos hechos relevantes. De esta manera, junto con los informes de los otros Comités, la reunión del CEC se convierte en una importante actividad científica, docente y administrativa, de gran valor para el Cuerpo de Dirección del Hospital.

### ¿Cómo consideramos que pudiéramos mejorar el trabajo del CEMH y su repercusión dentro del CEC, los médicos de asistencia y la Institución Hospitalaria?

Aunque no es motivo de esta conferencia, es tarea perenne de todo patólogo autopsista el lograr la máxima calidad en el estudio post-mortem que lleve a cabo. De ahí surgirá la información básica que se discutirá por los médicos de asistencia, desde el subcomité determinado hasta la reunión del CEC y, en los casos que sea necesario, hasta el Consejo de Dirección al máximo nivel. Este es un principio fundamental para todos los que intervienen en el proceso de la autopsia, jerarquizado por el patólogo autopsista.

Consideramos que después de este primer principio, la actividad del CEMH incluye también las Reuniones de Discusión Macroscópica donde el patólogo presenta el resultado del estudio macroscópico a los médicos del o los servicios en que fue atendido el paciente fallecido y autopsiado. Estamos envueltos en una tarea sumamente difícil y que consiste en tratar de cambiar la metódica de estas reuniones que son clásicas y tradicionales. Los médicos de asistencia hacen una presentación clínica exhaustiva del paciente y después se discute por los médicos presentes, desde los alumnos hasta el Profesor de

más nivel. Esta discusión puede extenderse sin límites y cuando el patólogo hace su presentación, apenas ha terminado y ya hay colegas abandonando el local. Podemos utilizar algunos subterfugios como el dejar las causas de muerte para el final teniendo como "fondo musical" la protesta de algunos de los presentes. Después de esta presentación, con buena suerte quedarán dos o tres médicos que traten de hacer algún análisis sobre donde se produjo el equivoco que motivó la o las discrepancias diagnósticas. Consideramos que el paciente en vida fue lo suficientemente analizado, discutido, a veces con la participación de otras especialidades e, inclusive, con los patólogos quirúrgicos cuando se practicó en vida alguna biopsia o citología. Por tanto, con un leve recordatorio de los elementos fundamentales discutidos en vida del paciente sería suficiente y, a continuación, se presentarían los resultados macroscópicos de la autopsia practicada al paciente. Después de esta presentación es donde consideramos que debe comenzar la verdadera discusión de todos los presentes tratando de correlacionar la clínica con los hallazgos macroscópicos y analizar tanto las coincidencias como las discrepancias diagnósticas lo cual constituiría una verdadera enseñanza para todos, incluido el patólogo autopsista que se retroalimentaría de muchos elementos que no aparezcan reflejados en la Historia Clínica y les serían de mucha utilidad para el estudio microscópico y la conclusión final del estudio. Aquí comenzaría verdaderamente la discusión del Subcomité de Evaluación de la Mortalidad Hospitalaria correspondiente a cada Servicio que se concluiría con la evaluación final cuando tengan en su poder la Historia Clínica con las Conclusiones Finales de la Autopsia. Además de este aspecto de cambio de tradiciones, estamos tratando de que todo fallecido autopsiado se discuta en estas Reuniones de Discusión Macroscópica. Hasta ahora no lo hemos logrado.

Otro aspecto que queremos alcanzar y que ya vamos a comenzar con algunas especialidades es establecer las Reuniones de Discusión Microscópica en la cual presentemos a los servicios las conclusiones microscópicas y prundicemos aún más en los mecanismos que llevaron a la muerte al paciente y la naturaleza de las discrepancias diagnósticas. Consideramos que ambas reuniones, Discusión Macroscópica y Microscópica, así como otras reuniones como la Clínico-Patológica Institucional y la Clínico-Patológica de Medicina Interna, constituyen actividades que contribuyen a mejorar la calidad de la evaluación de los Subcomités y del CEMH.

Por ultimo, aunque es un tema no acabado, consideramos que además de la Evaluación de los Fallecidos a nivel Institucional, debe existir una discusión a los distintos niveles de la organización de Salud, municipio, provincia y nacional, donde se discutan y evalúen los casos de mayor trascendencia. También está pendiente el estudio autopsico de los pacientes que fallecen en la comunicad, léase, en su hogar, en los consultorios de los médicos de familia, en los policlínicos o alguna otra institución de salud que no cuente con servicio de Anatomía Patológica y a los cuales, salvo muy contadas ocasiones, no se les realiza el estudio post-mortem.

**Anexos**

**ANEXOS**  
**MODELOS PARA LA EVALUACION DEL FALLECIDO**  
**COMITE DE EVALUACION DE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA (CEMH)**

**EVALUACION DE LA AUTOPSIA A2007-**

**NOMBRES Y APELLIDOS:**

**HISTORIA CLINICA:**

- : X 1 MUERTE POR CURSO IRREVERSIBLE DE LA ENFERMEDAD
- : \_\_\_ 2 COMENTABLE POR ERROR DE JUICIO DIAGNOSTICO
- : \_\_\_ 3 COMENTABLE POR ERROR DE JUICIO TERAPEUTICO
- : \_\_\_ 4 COMENTABLE POR COMPLICACION DE PROCEDERES TERAPEUTICOS
- : \_\_\_ 5 COMENTABLE POR COMPLICACION DE PROCEDERES DIAGNOSTICOS
- : \_\_\_ 6 COMENTABLE POR NO ATENCION O POR INTERPRETACION INCORRECTA DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS
- : \_\_\_ 7 DESTACABLE POR ERROR DE JUICIO DIAGNOSTICO
- : \_\_\_ 8 DESTACABLE POR ERROR DE JUICIO TERAPEUTICO
- : \_\_\_ 9 DESTACABLE POR COMPLICACION DE PROCEDERES TERAPEUTICOS
- : \_\_\_ 10 DESTACABLE POR COMPLICACION DE PROCEDERES DIAGNOSTICOS
- : \_\_\_ 11 DESTACABLE POR NO ATENCION O POR INTERPRETACION INCORRECTA DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS

**EVALUADORES** \_\_\_\_\_ **SUBCOMITE** \_\_\_\_\_

**OTROS SERVICIOS IMPLICADOS:** \_\_\_\_\_

**FACTORES EXTRAINSTITUCIONALES CONTRIBUYENTES A LA MUERTE**

- : \_\_\_ 1 NO EXISTEN
- : \_\_\_ 2 EXISTEN A DISCUTIR EN OTRA INSTITUCION

**NOTA: LOS DATOS PARA SER LLENADOS EN PRIMERA INSTANCIA POR EL PATOLOGO SE MARCARAN CON UNA X. LOS SUBCOMITES MARCARAN CON UN CIRCULO. DE NO EXISTIR CONCORDANCIA ENTRE LAS MARCAS SE DISCUTIRA EN LA REUNION DEL CEMH.**

**EN CASO DE CONSIDERARSE COMENTABLE O DESTACABLE DEBE CONFECCIONARSE A CONTINUACION UN RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA Y LOS ASPECTOS DISCUTIDOS QUE LLEVARON A ESTA CALIFICACION.**

**HOSPITAL CLINICO-QUIRURGICO "HERMANOS AMEIJERAS "**  
**COMITE DE EVALUACION DE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA (CEMH)**

EVALUACION DEL FALLECIDO SIN AUTOPSIA **NF2007-**

NOMBRES Y APELLIDOS:

HISTORIA CLINICA:

AL NO EXISTIR RESULTADOS AUTOPSICOS QUE SIRVAN DE COMPARACION PARA CONSIDERAR SI EL PACIENTE FALLECIO POR CURSO IRREVERSIBLE DE LA ENFERMEDAD O SI LOS ELEMENTOS CLINICOS/QUIRURGICOS EN VIDA CONLLEVARON ERRORES INSTITUCIONALES (MEDICOS, PROCEDERES DIAGNOSTICOS, PROCEDERES TERAPEUTICOS) COMENTABLES O DESTACABLES, ESTE EXPEDIENTE CLINICO DEBE SER REVISADO EXHAUSTIVAMENTE CON VISTAS A DETECTAR ERRORES DE ESTE TIPO CON EL OBJETIVO DE QUE LA EVALUACION SEA UTIL Y SE GENERALICE LA EXPERIENCIA POSITIVA O NEGATIVA. ADEMAS DE LA EVALUACION INDIVIDUAL DEBE SER DISCUTIDA EN COLECTIVO EN EL SENO DEL SERVICIO AL QUE PERTENECE EL SUBCOMITE.

- :\_ 1 MUERTE DEBIDA A CURSO IRREVERSIBLE DE LA ENFERMEDAD  
 :\_ 2 COMENTABLE POR ERROR DE JUICIO DIAGNOSTICO  
 :\_ 3 COMENTABLE POR ERROR DE JUICIO TERAPEUTICO  
 :X 4 COMENTABLE POR COMPLICACION DE PROCEDERES TERAPEUTICOS  
 :\_ 5 COMENTABLE POR COMPLICACION DE PROCEDERES DIAGNOSTICOS  
 :\_ 6 COMENTABLE POR NO ATENCION O POR INTERPRETACION INCORRECTA DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS  
 :\_ 7 DESTACABLE POR ERROR DE JUICIO DIAGNOSTICO  
 :\_ 8 DESTACABLE POR ERROR DE JUICIO TERAPEUTICO  
 :\_ 9 DESTACABLE POR COMPLICACION DE PROCEDERES TERAPEUTICOS  
 :\_ 10 DESTACABLE POR COMPLICACION DE PROCEDERES DIAGNOSTICOS  
 :\_ 11 DESTACABLE POR NO ATENCION O POR INTERPRETACION INCORRECTA DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS

EVALUADORES \_\_\_\_\_ SUBCOMITE \_\_\_\_\_

OTROS SERVICIOS IMPLICADOS: \_\_\_\_\_

FACTORES EXTRAINSTITUCIONALES CONTRIBUYENTES A LA MUERTE

- \_ 1 NO EXISTEN  
 \_ 2 EXISTEN A DISCUTIR EN OTRA INSTITUCION

**EN CASO DE CONSIDERARSE COMENTABLE O DESTACABLE DEBE CONFECCIONARSE A CONTINUACION UN RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA Y LOS ASPECTOS DISCUTIDOS QUE LLEVARON A ESTA CALIFICACION.**

### Bibliografía

- Hurtado de Mendoza Amat, J: La Autopsia. Garantía de Calidad en la Medicina. La Habana, 2005. Disponible en: [www.sld.cu/temas.php?idv=4042](http://www.sld.cu/temas.php?idv=4042)
- Hutchins, GM Editor: Autopsy. Performance & Reporting. Published by College of American Pathologists, Northfield, III, USA, 1990.
- Pérez Tamayo R, Aguirre García J: La Autopsia. El Colegio Nacional. México, 2000.
- Programa de Garantía de la Calidad de la Atención Médica Hospitalaria. Ministerio de Salud Pública. Ciudad de la Habana, 1993. Edit Ciencias Médicas, Ciudad de la Habana, Cuba.
- Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Hospitales. Ciudad de la Habana, Cuba. 2007.
- Hurtado de Mendoza Amat J. Evaluación de la calidad de los diagnósticos premortem en autopsias. Experiencias sobre los talleres y entrenamientos del sistema automatizado de registro y control de anatomía patológica (SARCAP). Folleto. La Habana. 2003.
- Hurtado de Mendoza Amat J, Fuentes Peláez A, Montero González T, Alvarez Santana R. Cáncer en Cuba. Evaluación de la calidad de los diagnósticos premortem según el SARCAP. Aprobado para publicación en la Rev Cub Onc.
- Carter JR, Nash NP, Cechner RL, Platt RD. Proposal for a national autopsy data bank: a potencial major contribution of pathologists to the health care of the nation. Am J Clin Pathol 1981; 76: 597-617.
- Berman JJ, Moore GW, Hutchins GM. Maintaining patient confidentiality in the public domain Internet Autopsy Database (IAD). Proc AMIA Annu Fall Symp 1996; 328-32.
- Smith Sehdev AE, Hutchins GM. Problems with proper completion and accuracy of the cause-of-death statement. Arch Intern Med 2001; 161: 277-84.
- Baba K, Aizawa S. Nationwide autopsy registration over 30 years. IARC Sci Publ 1991; 112: 235-44.

12. Murai Y. Malignant mesothelioma in Japan: analysis of registered autopsy cases. Arch Environ Health 2001; 56: 84-8.
13. Hurtado de Mendoza Amat J, Alvarez Santana R, Jiménez López A y Fernández Pérez LG. El SARCAP, Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía Patológica. Rev Cubana Med Milit 1995; 24: 123-30.
14. Hurtado de Mendoza Amat J, Montero González T, Walwyn Salas V, Alvarez Santana R: El Daño Múltiple de Órganos en autopsias realizadas en Cuba en 1994. Rev Cubana Med Milit 1997; 26: 19-29.
15. Cabrera Rosell P, Montero González T, Hurtado de Mendoza Amat J, Pérez Bomboust I, Cabrejas Acuña MO, McCook Noa L, Almarales Acosta MR, Cabrejas Acuña OM. Utilidad de un sistema de puntuación del Daño Múltiple de Órganos. Rev Cubana Med Milit. 2003; 32. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol32\\_1\\_03/mil04103.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol32_1_03/mil04103.htm) 01/08/03, 42816 bytes.
16. Hill RB, Anderson RE. The Autopsy: medical practice and public policy. Boston: Butterworths, 1988.
17. Montero González T. Histopatología del Daño Múltiple de Órganos en un modelo de ratón quemado. Efecto de los tratamientos con Aloe b, Ozono y Factor de Crecimiento Epidérmico. Tesis para optar al grado científico de Doctor en Ciencias Médicas. La Habana. 2001.
18. Cabrera Rosell P. Aplicación de un sistema de puntuación como método diagnóstico para el estudio del Daño Múltiple de Órganos. Tesis para optar al grado científico de Doctor en Ciencias Médicas. La Habana. 2004.