

Calidad del registro en el certificado de defunción en un hospital público de referencia. Montevideo, Uruguay, octubre-noviembre 2009

Dres. Hugo Rodríguez Almada*, Calíope Ciriacos†, María Piñeyrúa‡, Rossana Logaldo§, Daniel González González¶

Departamento de Medicina Legal.
Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay

Resumen

Introducción: el certificado de defunción es el principal instrumento del sistema de información de mortalidad. Su eficiencia depende de un correcto registro.

Objetivos: conocer la calidad de la información registrada en el certificado de defunción en el Hospital Maciel (octubre y noviembre de 2009), detectar debilidades en el registro; cuantificar los errores y determinar si son reparables o no; conocer la adecuación del registro a las normas vigentes.

Material y método: estudio observacional descriptivo retrospectivo comparativo, basado en la auditoría de los certificados de defunción y su correlación con la historia clínica. Cada caso fue analizado por un comité de integración interdisciplinaria. Se definieron tres categorías: I. Registro correcto y completo; II. Registro parcialmente correcto o completo, o ambos; III. Registro incorrecto.

Resultados: de los 154 pacientes del Hospital Maciel, 92% (n=142) de los certificados de defunción fueron expedidos por médicos del hospital. De los 12 cadáveres derivados a la Morgue Judicial, en nueve casos la decisión estuvo justificada (75%). El 12,87% (n=18) correspondió a la categoría I; 53,53% (n=76) a la categoría II, y 28,73% (n=41) a la categoría III. La mayoría de los procedimientos quirúrgicos (69,53%) con vinculación con el proceso que llevó a la muerte no fueron registrados.

Discusión: los errores detectados también fueron reportados en la bibliografía internacional. Es significativo que apenas 12,87% de las causas de muerte fuese correcto, que 53,52% fue incorrecto o incompleto (podría corregirse mediante una reclasificación) y que en 28,73% la causa de muerte será erróneamente asignada sin chance de corregirse sin una auditoría de la historia clínica. La experiencia internacional muestra la importancia de realizar estudios sistemáticos de validación de los certificados de defunción, así como el impacto en la mejora

* Profesor Agregado de Medicina Legal. Departamento de Medicina Legal. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

† Magíster en Epidemiología. Ex Profesora Adjunta del Departamento de Docencia en la Comunidad. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

‡ Ex Asistente de Clínica Médica. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

§ Residente de Medicina Legal. Departamento de Medicina Legal.

Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

¶ Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

Correspondencia: Dr. Hugo Rodríguez

Gral. Flores 2125 CP 11.800. Montevideo, Uruguay

Correo electrónico: hrodriguez@fmed.edu.uy

Recibido: 18/10/10.

Aceptado: 6/12/10.

Conflicto de intereses: los autores del presente artículo declaran que no existen conflictos de intereses.

del registro que tienen algunas intervenciones educativas sencillas hacia los médicos. Conclusiones: el estudio permitió detectar notorias inconsistencias en la información registrada entre los certificados de defunción examinados y las historias clínicas. Los errores irreparables en la asignación de la causa de muerte (sin una auditoría con la historia clínica completa) alcanzaron al 28,73% de los certificados. Además, en otro 53,52% hubo errores pasibles de enmienda. Se detectaron errores puntuales en el manejo médico-legal del certificado de defunción.

Palabras clave: CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN.

Keywords: DEATH CERTIFICATES.

Introducción

El certificado de defunción es un documento de gran relevancia epidemiológica y médico-legal⁽¹⁾.

Se trata del principal instrumento del sistema de información de mortalidad, cuya eficacia y validez están comprobadas. Desde el punto de vista médico-legal, el manejo médico del certificado de defunción determina que la investigación de un fallecimiento pase a la órbita de la Justicia penal o no.

La eficiencia está determinada por un correcto registro por parte de los médicos encargados de certificar los fallecimientos. Esto supone: registro de todos los ítems previstos en el formulario, correcta asignación de las causas de muerte (básica, intermedia y final), explicitación de las comorbilidades y adecuación a la normativa que establece el régimen de obligaciones y prohibiciones de expedir certificados de defunción por parte de los médicos tratantes.

En el ámbito internacional existe preocupación por la detección de deficiencias en las certificaciones de los fallecimientos, demostradas por la falta de correspondencia de estos registros con los de las historias clínicas de los pacientes fallecidos⁽¹⁻³⁾.

No hay publicaciones nacionales sobre el registro de los certificados de defunción y su validación. No obstante, el trabajo de los comités para el monitoreo y auditoría de fallecidos menores de 15 años (Decreto 340/2006), mostró la existencia de un registro deficitario en un porcentaje considerable de los fallecimientos.

Objetivos

El propósito del estudio es contribuir al mejoramiento del registro de la mortalidad en el país a través de un correcto manejo del certificado de defunción.

Objetivo general: conocer la calidad de la información registrada en el certificado de defunción en el Hospital

Maciel en el período en estudio (octubre y noviembre de 2009).

Objetivos específicos:

- Detectar debilidades en el registro de la información epidemiológica contenida en los certificados de defunción expedidos en el Hospital Maciel en el período en estudio.
- Cuantificar los errores de registro y determinar si son reparables o irreparables, según la posibilidad de corrección a través de la reclasificación y/o reordenamiento de las causas de muerte por parte de la autoridad sanitaria.
- Conocer la adecuación del manejo del certificado de defunción a las normas que regulan las obligaciones y prohibiciones de su uso por parte de los médicos del Hospital Maciel en el período en estudio.

Material y método

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo comparativo basado en la auditoría de los certificados de defunción y su correlación con lo registrado en la historia clínica.

Se estudió el manejo del certificado de defunción de las personas fallecidas en el Hospital Maciel entre el 1° de octubre de 2009 y el 30 de noviembre de 2009. En los casos en que el certificado de defunción fue expedido por un médico del Hospital Maciel se revisó la calidad del registro (anotación de la información requerida en el formulario y correspondencia con lo que surge de la historia clínica). En los casos de los certificados expedidos por médicos forenses, se revisó la pertinencia de la derivación a la Morgue Judicial por parte de los médicos del hospital.

Cada certificado de defunción fue analizado por el comité de revisión de integración interdisciplinaria (médico internista, cirujano, epidemiólogo y legista).

El comité revisó:

- Si los ítems del formulario estaban completos.

b) Si las causas de muerte (básica, intermedia y final) se corresponden con lo que surge de la historia clínica.

c) Si se registraron los estados mórbidos que contribuyeron a la muerte.

Fuentes de datos: los certificados de defunción y las historias clínicas de los fallecidos en el Hospital Maciel en octubre y noviembre de 2009.

Se elaboró una planilla electrónica de cada caso con las siguientes variables operativas:

- Datos patronímicos (nombre, edad, procedencia).
- Causa básica de muerte: la enfermedad o lesión que da inicio a la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal⁽⁴⁾.
- Causa intermedia: causa interviniente en el proceso de la muerte, que está determinada por la causa básica y conduce a la causa final⁽⁴⁾.
- Causa final: la condición, complicación o enfermedad terminal que produjo directamente la muerte⁽⁴⁾.
- Estados mórbidos contribuyentes, todo estado patológico importante que contribuyó a la muerte pero que no estuvo relacionado con la enfermedad que condujo directamente a ella⁽⁴⁾, se corresponde con la información de la historia clínica.
- Ordenamiento de las causas de muerte registradas: correcto o incorrecto.

Las variables relacionadas con la causa de muerte se agruparon definiendo tres categorías:

Categoría I. Registro correcto y completo: se registraron todos los ítems del certificado médico y las causas de muerte concordaron con la historia clínica.

Categoría II. Registro parcialmente correcto y/o completo: faltan datos y/o hay datos incorrectos, pero es posible identificar la causa básica de muerte y esta es concordante con lo que surge de la historia clínica. (Ejemplo: se registró shock cardiogénico como causa básica y enfermedad coronaria como causa final).

Categoría III. Registro incorrecto: faltan datos y/o hay datos incorrectos, lo que no permite conocer la causa básica de muerte que surge de la historia clínica. (Ejemplo: se registra muerte por sepsis de origen pulmonar y se omite que el fallecido era portador de cáncer broncopulmonar).

- Datos de las cirugías o autopsias realizadas. Se estableció: si registraron o no los resultados.
- Datos sobre el manejo médico-legal. Se estableció: correcto (cuando se derivaron a la Morgue Judicial los casos en que la causa básica de muerte fue de etiología violenta y cuando el certificado de defunción lo extendió un médico del hospital en los casos de muerte natural) o incorrecto (en los otros casos).

Los datos obtenidos se analizaron con frecuencias absolutas, relativas y en tablas de contingencia. Para su análisis se utilizó el software SPSS 11.5. Los resultados se

presentan en texto, tablas y gráficas.

Aspectos éticos

Se trata de un estudio de auditoría del empleo de un documento de registro médico que no requiere el consentimiento informado de los pacientes o sus representantes legales. Lo que se investigó no son los sujetos ni sus patologías sino la calidad de un acto médico, como lo es el registro de las defunciones. El monitoreo de la calidad de los registros es parte de las obligaciones del hospital.

El estudio fue previamente aprobado por el Comité de Ética del Hospital Maciel. Contó con la colaboración de la Dirección del Hospital Maciel y de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública, que facilitaron las historias clínicas y los certificados de defunción, respectivamente.

Se garantizó la confidencialidad sobre las patologías de los pacientes fallecidos así como sobre su identidad y la de los médicos encargados de las certificaciones de las muertes.

Resultados

En los meses de octubre y noviembre de 2009 fallecieron 154 pacientes en el Hospital Maciel. En 142 casos (92%) los certificados de defunción fueron expedidos por médicos del hospital y en los 12 restantes (8%) por médicos forenses.

En nueve de los 12 casos (75%) en que se derivó el cadáver a la Morgue Judicial la decisión estuvo justificada (se trató de muertes violentas o sin asistencia). En dos casos (16,6%) se trató de muertes naturales ocurridas bajo asistencia hospitalaria. En el caso restante se desconoce la situación en que se produjo el ingreso. El resumen de estos casos se muestra en la tabla 1.

De los 142 casos en los que la expedición del certificado de defunción estuvo a cargo de los médicos del hospital, en 135 (95,1%) se lograron reunir todas las fuentes de datos necesarias para el análisis. En los siete restantes no se obtuvo la historia clínica completa o el certificado de defunción.

Los datos filiatorios fundamentales (nombre, número de cédula de identidad, domicilio y lugar de defunción) fueron correctamente registrados en todos los certificados obtenidos (n=135).

Los datos referidos al medio socioeconómico (profesión u ocupación, instrucción y cobertura asistencial) no se registraron completamente en ningún caso; en 133 casos (98,5%) el registro fue incompleto y en los dos restantes no se completó ninguno de los ítems.

De los datos correspondientes al certificado médico propiamente dicho se verificaron deficiencias diversas en

Tabla 1. Casos en que no se extendió el certificado de defunción (n=12)

<i>Causa básica</i>	<i>Causa final</i>	<i>Etiología médico-legal</i>	<i>Comentarios</i>
Injuria encefálica	-	Muerte violenta. Accidente de tránsito.	
Indeterminada	-	Muerte natural	Ingresó sin vida al hospital
Herida por proyectil de arma de fuego	Shock refractario	Muerte violenta. Suicidio	
Traumatismo encéfalo-craneano	Shock refractario	Muerte violenta. Accidente de tránsito	
Herida por proyectil de arma de fuego	Encefalitis bacteriana por infección de cavidad	Muerte violenta. Indeterminada	Herida producida un año antes del fallecimiento
Heridas penetrantes de arma blanca	Anemia aguda	Muerte violenta. Homicidio	
Politraumatizado	Insuficiencia respiratoria	Muerte violenta. Accidente de tránsito	
Traumatismo encéfalo-craneano	-	Muerte violenta. Accidente de tránsito	
Herida transfixiante de cerebro por proyectil de arma de fuego	Bradicardia extrema refractaria	Muerte violenta. Indeterminada	
Colecistitis ulcerada	-	Muerte natural	Tres meses antes tuvo un accidente de tránsito grave con lesión axonal difusa
Indeterminada	-	Muerte natural	Los planteos en el hospital fueron shock séptico o EPOC descompensado
Indeterminada	-	Muerte natural	Sin datos

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica

la asignación de la causa de muerte y en el registro de comorbilidades significativas (según la historia clínica), además de errores en el orden cronológico y fisiopatológico de los eventos, a saber: causa básica, causa intermedia y causa final de muerte. La tabla 2 muestra los resultados.

El registro de los datos correspondientes a las causas de muerte y los estados mórbidos contribuyentes se muestran en la tabla 3.

De los 23 casos en que se realizaron procedimientos quirúrgicos que tuvieron vinculación con el proceso que llevó a la muerte, en 16 (69,53%) no se dejó el correspondiente registro en el certificado de defunción.

En ninguno de los 135 casos en que se tuvo acceso a todas las fuentes de información se realizó autopsia clínica por lo que no hubo déficit en el registro.

Discusión

Los resultados obtenidos evidenciaron debilidades en el manejo del certificado de defunción.

Desde el punto de vista médico-legal, en la mayoría de los casos la conducta se adecuó a las normas vigentes que establecen el régimen de obligaciones y prohibiciones de firmar los certificados de defunción a los médicos en función asistencial. En la muestra estudiada no se encontraron certificados de defunción firmados por los médicos tratantes en casos de muerte violenta (cierta o dudosa), sin asistencia, sospecha de delito o intervención de persona no autorizada para el ejercicio de la medicina (hipótesis en las que el médico tratante debe abstenerse de firmar el certificado de defunción, dando paso a una

Tabla 2. Adecuación del registro de los datos médicos en el certificado de defunción según la historia clínica

Variable	Adecuado (FA/FR)		No adecuado (FA/FR)		No se dispuso de la historia clínica o del certificado de defunción (FA/FR)	
Causa básica de muerte*	94	66,19%	41	28,73%	7	4,92
Ordenamiento de las causas de muerte	96	67,60%	39	27,46%	7	4,92
Comorbilidades significativas†	56	39,43%	79	56,63%	7	4,92

* La causa básica de muerte se consideró adecuada cuando apareció registrada en el certificado de defunción, aunque lo fuera en un lugar incorrecto (por ejemplo: se registró como comorbilidad una causa de muerte pero aparece la causa básica, o se registró la causa básica como causa final).

† Se consideró adecuado cuando había comorbilidades que contribuyeron a la muerte y fueron registradas, o cuando no las había.

Tabla 3. Correspondencia de las causas de muerte y los estados mórbidos contribuyentes registrados en el certificado de defunción según la historia clínica (n=142)

	FA	FR
Categoría I (registro correcto y completo: se registraron todos los ítems y las causas de muerte concuerdan con la historia clínica)	18	12,87%
Categoría II (registro parcialmente correcto y/o completo: faltan datos y/o hay datos incorrectos, pero es posible conocer la causa básica de muerte y esta es concordante con lo que surge de la historia clínica)	76	53,52%
Categoría III (registro incorrecto: faltan datos y/o hay datos incorrectos, lo que no permite conocer la verdadera causa básica de muerte según lo que surge de la historia clínica)	41	28,73%
No se pudo determinar por falta de información	7	4,92%

investigación judicial que incluye la participación de los médicos forenses). No obstante, en dos casos, los cadáveres se derivaron a la Morgue Judicial en forma errónea, ya que existía la obligación de extender el certificado de defunción por tratarse de muertes naturales sin sospecha de violencia u otra causa que relevara de la obligación. En uno de estos casos se ignoraba la causa de la muerte, lo que no justifica el incumplimiento de la obligación de extender el certificado de defunción (en su caso, podría solicitarse una autopsia clínica en la forma establecida en el artículo 8° de la Ley N° 14.005, a saber: “*Sometidas a los mismos requisitos, limitaciones y procedimientos que rigen en materia de trasplantes de órganos e injertos de tejidos*”, de tal modo que requieren consentimiento o la

no oposición de los familiares^(5,6). En el caso restante existía una comorbilidad de etiología traumática (lesión axonal difusa por accidente de tránsito de tres meses de evolución), lo que no releva de la obligación de extender el certificado de defunción, ya que la causa de muerte era demostradamente natural (colecistitis ulcerada).

En cuanto al registro de los datos no médicos, llama la atención la discordancia entre la calidad de la información de los datos filiatorios básicos (satisfactoriamente consignados en la totalidad de los certificados examinados) en relación con lo que corresponde a los ítems correspondientes a ocupación, nivel de instrucción y cobertura asistencial del fallecido (en los que la información fue invariablemente insuficiente o nula). Estos datos generalmente

son completados por funcionarios administrativos de la oficina de admisión del hospital, lo que sugiere que estas lagunas en la información podrían revertirse en forma relativamente fácil generando instructivos precisos. Estudios extranjeros también han dado cuenta de estas omisiones⁽⁷⁾.

De los errores detectados en la parte del certificado médico propiamente dicho (causas de muerte y estados mórbidos contribuyentes) también ha dado cuenta la bibliografía internacional^(1-5,8-14). Los resultados del estudio muestran que se trata de un problema de importancia cuantitativa y cualitativa. En efecto, en 28,3% de los certificados no constaba la causa básica de muerte que surgía de la historia clínica, en 67,6% la cadena fisiopatológica que llevó a la muerte estaba incorrectamente registrada y en 39,43% no constaban comorbilidades relevantes, es decir, las que contribuyeron a la muerte.

Es importante destacar el significado de las tres categorías en que clasificamos los certificados analizados:

Categoría I. Se registraron todos los ítems que correspondían en el certificado médico y las causas de muerte anotadas guardaban coherencia con la historia clínica. Se puede considerar que ofrecen una información confiable a los fines epidemiológicos.

Categoría II. Los certificados presentan errores y omisiones, pero el análisis de los datos contenidos permite llegar a conocer la causa básica. Por ejemplo, cuando se atribuyó la causa básica de muerte a una "sepsis pulmonar" y se anotó como comorbilidad un "carcinoma broncopulmonar", es posible reclasificar esta causa de muerte. De tal modo que se podría establecer que fue en el cáncer de pulmón donde se inició la cadena fisiopatológica que condujo a la muerte (causa básica); sin perjuicio de que la enfermedad neoplásica haya facilitado una infección pulmonar y la sepsis resultante (causas intermedia y final, respectivamente).

Categoría III. Los certificados expedidos contienen errores y/u omisiones que no permiten establecer retrospectivamente la causa básica de muerte. Es el caso de certificados donde se consignó una "sepsis pulmonar" como causa de muerte, omitiendo indicar la existencia de un carcinoma broncopulmonar evadido. En estos casos, ni siquiera la reclasificación permite conocer la causa básica de muerte (una enfermedad neoplásica), por lo que la muerte quedará registrada como una enfermedad infecciosa (neumonía) que evolucionó a la sepsis.

Esto significa que apenas en 12,87% el registro del certificado médico (causas de muerte y estados mórbidos contribuyentes) fue correcto, que en 53,52% fue incorrecto o incompleto (aunque se podría llegar a corregir mediante una labor de reclasificación en el Ministerio de Salud Pública) y que en 28,73%, la causa de muerte será erróneamente asignada a pesar de una posible reclasifica-

ción (a no ser que se disponga de la historia clínica de cada uno de esos fallecidos) que en apenas 12% se clasificó como categoría I (se registraron todos los ítems del certificado médico cuando ello correspondía) y las causas de muerte guardaban coherencia con la historia clínica. La mayoría de los certificados correspondió a la categoría II: con errores y omisiones, pero el análisis de los datos contenidos puede permitir conocer la causa básica, aunque ella aparezca en otro ítem como causa final de muerte o estados mórbidos contribuyentes. Pero la categoría III (errores que no permiten establecer retrospectivamente la causa básica de muerte) alcanzó a 28,73%, con más del doble de los certificados correctamente llenados. Hay que subrayar que en los casos clasificados como categoría II, si bien existe la posibilidad de la reasignación de una causa de muerte a través del análisis de la información, ello dependerá de la labor de funcionarios administrativos del Ministerio de Salud Pública que, si bien se manejan con pautas y normas preestablecidas internacionalmente, siempre están en peores condiciones que el médico tratante para completar la información del certificado de defunción, además de no contar con el apoyo de la historia clínica de la persona fallecida.

Es significativo el hecho de que el Hospital Maciel es un centro de referencia nacional en cirugía vascular, neurocirugía, hematología, diabetología, cirugía de tórax, neumología y nefrología, que allí se realiza docencia de grado y de posgrado, que logró la acreditación de la Escuela de Graduados para el Desarrollo Médico Profesional continuo, contando con una Unidad Académica Docente, lo que informa de la calificación de sus recursos humanos. Un interesante trabajo de 2005 de un centro hospitalario académico de la Universidad Vermont mostró cifras de orden similar en cuanto a errores en el certificado de defunción. En ese estudio se encontró que en 34% de los certificados había "errores graves" (error en la causa básica de muerte), en 30% hubo errores mayores en las comorbilidades o en la causa intermedia y final. Además, en 82% de esos certificados hubo más de un tipo de error⁽¹⁾.

Un estudio del Reino Unido mostró un error o más en 58,6% de los certificados⁽¹³⁾. Otros estudios han mostrado mucho menor presencia de errores en la certificación de la muerte. Es el caso de Finlandia, donde se llevan a cabo estudios de validación de los certificados de defunción, los errores se ubican entre 7% y 8%⁽¹¹⁾.

La revisión de la bibliografía muestra la importancia de realizar estudios sistemáticos de validación de los certificados de defunción^(2,3,7-11).

Además, debe destacarse que la experiencia internacional muestra que intervenciones educativas sencillas hacia los médicos alcanzan un alto impacto en la mejora del registro de la mortalidad, lo que es de indudable beneficio para la salud pública^(12,13).

Conclusiones

Globalmente considerada, la calidad del registro en los certificados de defunción estudiados es mala.

En efecto, se detectaron falta de información y notorias inconsistencias entre la información registrada en los certificados de defunción y la que surge de la historia clínica de las personas fallecidas.

Los errores irreparables en la asignación de la causa de muerte (sin una auditoría que cuente con la historia clínica completa) alcanzaron a 28,73% de los certificados. Además, en otro 53,52% hubo errores pasibles de enmienda.

Se detectaron errores puntuales en el manejo médico-legal del certificado de defunción al derivarse injustificadamente dos cadáveres a la Morgue Judicial, cuya obligación correspondía a los médicos responsables de la asistencia.

Summary

Introduction: death certificates are the main instrument of the mortality information system. Its efficiency depends on adequate entries and correct information.

Objectives: to learn about the quality of information registered in death certificates at the Maciel Hospital (October and November 2009); to identify weaknesses in registration; to quantify mistakes and determine whether they can be corrected or not; to learn about the observance of relevant legislation in force, regarding registrations.

Method: retrospective, comparative, descriptive observational study based on death certificates audits and its correlation with medical records. Each case was analyzed by a multidisciplinary committee. Three categories were defined: I. Correct and complete record; II. Partially correct or complete record, or both; III. Incorrect record.

Results: out of 154 patients at the Maciel Hospital, 92% (n=142) of the death certificates were issued by doctors belonging to the hospital. Out of the 12 corpses referred to the Court Morgue, in 9 cases the decision was justified (75%). 12,87% (n=18) corresponded to category I; 53,53% (n=76) to category II, and 28,73% (n=41) to category III. Most surgeries (69,53%) that had some connection with the process resulting in the patient's death were not registered.

Discussion: the mistakes identified were also reported in the international bibliography. The fact that a) only 12,87% of the causes of death was correct; b) 53,52% was incorrect or incomplete (it could be corrected through a new classification) and c) in 28,73% the cause of death was mistakenly allocated without there being a chance to correct it with no audit of medical records, is meaningful. International experience evidences the importance of car-

rying out death certificates validation systematic studies, as well as of the impact on improvement of registrations certain simple educational interventions for medical doctors have.

Conclusions: the study enabled the identification of obvious inconsistencies between the information registered in the death certificates examined and the medical records. Irreparable mistakes in the allocation of the cause of death (without auditing the entire medical record) reached 28.73 % of certificates. Similarly, there were mistakes that could be amended in 53.52% of the cases. Specific mistakes were identified in the medical-legal handling of the death certificate.

Résumé

Introduction: le certificat de décès est le principal instrument du système d'information de mortalité. Son efficacité dépend d'un enregistrement correct.

Objectifs: connaître la qualité des informations enregistrées sur l'acte de décès à l'Hôpital Maciel (octobre et novembre 2009), détecter les points faibles dans le registre; quantifier les erreurs et déterminer si elles sont réparables ou non; connaître l'adéquation du registre aux normes en vigueur.

Matériel et méthode: étude observationnelle descriptive rétrospective comparative, basée sur l'audit des actes de décès et leur corrélation avec l'histoire clinique. Chaque cas a été analysé par un comité d'intégration interdisciplinaire. Trois catégories ont été définies: I. Enregistrement correct et complet; II. Enregistrement partiellement correct ou partiellement complet, ou les deux; III. Enregistrement incomplet.

Résultats: sur les 154 patients de l'Hôpital Maciel, 92% (n=142) des actes de décès ont été délivrés par des médecins de l'hôpital. Sur les 12 cadavres dérivés à la Morgue Judiciaire, sur neuf cas cette décision a été justifiée (75%). 12,87% (n=18) a correspondu à la catégorie I; 53,53% (n=76) à la catégorie II, et 28,73% (n=41) à la catégorie III. La plupart des procédures chirurgicales (69,53%) en rapport avec le processus qui a provoqué la mort n'a pas été enregistrée.

Discussion: les erreurs détectées ont été rapportées aussi dans la bibliographie internationale. Il est significatif que, à peine 12,87% des causes de la mort ait été correct, que 53,52% ait été incorrect ou incomplet (cela pourrait être corrigé moyennant un reclassement) et que, dans 28,73% la cause de la mort sera erronément assignée sans aucune chance d'être corrigée sans un audit de l'histoire clinique. L'expérience internationale montre l'importance d'effectuer des études systématiques de validation des actes de décès, ainsi que l'impact sur l'amélioration de l'enregistrement que quelques interventions éducatives

simples ont chez les médecins.

Conclusions: l'étude a permis de détecter des inconsistances importantes dans les informations enregistrées entre les actes de décès examinés et les histoires cliniques. Les erreurs irréparables dans l'assignation de la cause de la mort (sans un audit avec l'histoire clinique complète) ont atteint 28,73% des actes de décès. D'ailleurs, sur un autre 53,52% il y a eu des erreurs passibles de réparation. On a détecté des erreurs ponctuelles dans la gestion médico-légale de l'acte de décès.

Resumo

Introdução: o atestado de óbito é o principal instrumento do sistema de informação de mortalidade. Sua eficiência depende do registro correto da informação.

Objetivos: conhecer a qualidade da informação registrada no atestado de óbito no Hospital Maciel (outubro e novembro de 2009), detectar pontos fracos no registro; quantificar os erros e determinar a possibilidade de correção ou não; conhecer a adequação do registro as normas vigentes.

Material e método: estudo observacional descritivo retrospectivo comparativo, baseado na auditoria dos atestados de óbito e sua correlação com o prontuário do paciente. Cada caso foi analisado por um comitê interdisciplinar e classificado em uma das três categorias definidas: I. Registro correto e completo; II. Registro parcialmente correto ou completo, ou ambos; III. Registro incorreto.

Resultados: dos 154 pacientes do Hospital Maciel, 92% (n=142) dos atestados de óbito foram emitidos por médicos do hospital. Dos 12 cadáveres derivados à Morgue Judicial em nove casos a decisão foi justificada (75%). Dezoito casos (12,87%) foram classificados na categoria I; 76 (53,53%) na categoria II, e 41 (28,73%) na categoria III. A maioria dos procedimentos cirúrgicos (69,53%) vinculados ao processo que levou à morte não foram registrados.

Discussão: os erros detectados também foram registrados na bibliografia internacional. É significativo que apenas 12,87% das causas de morte fossem corretas, que 53,52% incorretas ou incompletas (poder-se-ia fazer uma correção com a reclassificação) e que em 28,73% a causa de morte fosse registrada de forma equivocada sem possibilidade de correção sem uma auditoria do prontuário do paciente. A experiência internacional mostra a importância de realizar estudos sistemáticos de validação dos atestados de óbito, bem como sobre o impacto que algumas intervenções educativas simples para médicos têm na melhoria do registro.

Conclusões: este estudo permitiu detectar inconsistências na informação registrada nos atestados de óbito examinados e os prontuários dos pacientes. Os erros irreparáveis na determinação da causa de morte (sem uma auditoria com o prontuário do paciente) chegaram a 28,73% dos atestados. Além disso, em 53,52% foram encontrados erros passíveis de correção. Foram detectados erros pontuais no manejo médico-legal do atestado de óbito.

Bibliografía

1. **Pritt BS, Hardin NJ, Richmond JA, Shapiro SL.** Death certification errors at an academic institution. *Arch Pathol Lab Med* 2005; 129(11): 1476-9.
2. **Johansson LA, Westerling R.** Comparing hospital discharge records with death certificates: can the differences be explained? *J Epidemiol Community Health* 2002; 56(4): 301-8.
3. **Johansson LA, Westerling R.** Comparing Swedish hospital discharge records with death certificates: implications for mortality statistics. *Int J Epidemiol* 2000; 29(3): 495-502.
4. **Organización Panamericana de la Salud.** Clasificación estadística de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a rev. Washington DC: OPS, 1995.
5. **Ricciardi N, Beroo G, Borges F, Pintos I.** Documentos médico-legales. In: Departamento de Medicina Legal. Medicina Legal. 2ª ed. Montevideo: Oficina del Libro, 1995: 261-7.
6. **Rodríguez Almada H.** Certificado de defunción: aspectos médico-legales prácticos. Disponible en: <http://www.mednet.org.uy/dml/bibliografia/nacional/certificadosdef.pdf> [Consulta: 12/9/2010]
7. **Burger EH, van der Merwe L, Volmink J.** Errors in the completion of the death notification form. *S Afr Med J* 2007; 97(11): 1077-81.
8. **Johansson LA, Björkenstam C, Westerling R.** Unexplained differences between hospital and mortality data indicated mistakes in death certification: an investigation of 1,094 deaths in Sweden during 1995. *J Clin Epidemiol* 2009; 62(11): 1202-9.
9. **Katsakiori PF, Panagiotopoulou EC, Sakellaropoulos GC, Papazafiropoulou A, Kardara M.** Errors in death certificates in a rural area of Greece. *Rural Remote Health* 2007; 7(4): 822. Disponible en: http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_822.pdf [Consulta: 12/9/2010]
10. **Alpérovitch A, Bertrand M, Jouglu E, Vidal JS, Ducimetière P, Helmer C, et al.** Do we really know the cause of death of the very old? Comparison between official mortality statistics and cohort study classification. *Eur J Epidemiol* 2009; 24(11): 669-75.
11. **Lahti RA, Penttilä A.** The validity of death certificates: routine validation of death certification and its effects on mortality statistics. *Forensic Sci Int* 2001; 115(1-2): 15-32.
12. **Villar J, Pérez-Méndez L.** Evaluating an educational intervention to improve the accuracy of death certification among trainees from various specialties. *BMC Health Serv Res* 2007; 7: 183.
13. **Selinger CP, Ellis RA, Harrington MG.** A good death certificate: improved performance by simple educational measures. *Postgrad Med J* 2007; 83(978): 285-6.
14. **Stark MM.** Literature review of death certification procedures-international aspects. *J Clin Forensic Med* 2003; 10(1): 21-6.