

CALIDAD EN EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN. HOSPITAL “RUIZ Y PÁEZ”, 2005

QUALITY OF DEATH CERTIFICATION. HOSPITAL “RUIZ AND PÁEZ”, 2005

CARMEN E. SUÁREZ DE DÍAZ¹, DIÓGENES SUÁREZ²

¹Universidad de Oriente, Núcleo Bolívar, Escuela Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina, Departamento Salud Pública. ²Universidad de Oriente, Escuela Ciencias Aplicadas, Carrera Ingeniería Mecánica, Departamento Mecánica

RESUMEN

La presente investigación es un estudio descriptivo retrospectivo; de todas las defunciones ocurridas en el Hospital “Ruiz y Páez” año 2005. Para evaluar la precisión diagnóstica y la calidad de la certificación médica se elaboró un formulario que contenía datos como identificación del difunto, causa básica de la defunción, secuencia lógica en el llenado de la causa de muerte, intervalo de tiempo entre el inicio de la enfermedad y la muerte, la utilización de siglas. A fin de comparar los diagnósticos se elaboró un formulario para transcribir los datos tomados del Certificado de Defunción (informe EV-14), tarjetas EPI-13 B, informes mensuales de movimiento hospitalario y de las Historias Clínicas estableciéndose criterios tales como: Diagnósticos Iguales, Diagnósticos diferentes, Diagnósticos Incompletos. La evaluación del registro de información se realizó considerando como total de defunciones las registradas en el EV-14. Se revisaron en total 705 Historias Clínicas en donde se encontró que el 19,9 % de los diagnósticos de las historias revisadas no reflejan la(s) afección(es) que causan la defunción, el 75,1 % de los certificados presentaron datos incompletos, además se encontró que existe un sub-registro del 19,3% de las muertes hospitalarias si utilizamos como fuente de información el EPI 13-B y un sub-registro de 22,3 % de las defunciones si utilizamos como fuente de información el movimiento hospitalario. De esta investigación podemos concluir que la Calidad de la Certificación de Muerte en el Hospital “Ruiz y Páez” para el año en estudio fue deficiente, debe estudiarse a futuro nuevas estrategias que permitan disminuir o eliminar el sub registro de la información epidemiológica donde se registran las causas de muerte.

PALABRAS CLAVE: Certificado de defunción, calidad del llenado de las causas de muerte, evaluación de los diagnósticos.

ABSTRACT

This investigation is a retrospective descriptive study of all the deaths occurred in the Hospital “Ruiz and Páez” during 2005. In order to evaluate the diagnostic precision and the quality of the medical certification I elaborated a form that contained data like a) identification of the deceased, b) basic cause of the death, c) logical sequence in filling out the form of the death cause, d) time interval between the beginning of the disease and the death, and e) the use of initials. In order to compare the diagnoses a form was elaborated to transcribe the data which were taken from the Certificate of Death (report EV-14), cards EPI-13 B, monthly information of hospital activity and Clinical Histories settling down criteria such as Equal Diagnoses, Different Diagnoses, Incomplete Diagnoses. The evaluation of the information registry was made considering as the total of deaths the ones registered in the EV-14. 705 Clinical Histories were reviewed altogether and it was found that 19,9 % of the diagnoses of reviewed histories do not reflect the affections that cause the death; 75,1 % of certificates displayed incomplete data. In addition there was a sub-registry of 19,3% of the deaths occurring in the hospital if we consider EPI 13-B as a source of information. There is also a sub-registry of 22,3 % of the deaths if we used as a source of information the registration of the hospital activity. We can conclude from this investigation that the Quality of the Certification of Death in the Hospital “Ruiz and Páez” for the year in study is deficient. In the future new strategies should be studied to diminish or to eliminate the sub-registry of the epidemiological information where the death causes are recorded.

KEY WORDS: Certificate of death, quality of the filling of the certificate of death, evaluation of the diagnoses.

INTRODUCCIÓN

Las estadísticas de mortalidad se inician en Inglaterra cuando el gobierno, por decreto, establece que todos los entierros deben ser registrados en el lugar de ocurrencia, con previa observación del cadáver e identificación de la posible causa de muerte. Las mismas comienzan a ser de utilidad para analizar el comportamiento de la mortalidad y su uso se hace cada vez más frecuente, pues ella permite estudiar la tendencia de algunas patologías que generan muertes en las poblaciones en relación a su trascendencia, magnitud y vulnerabilidad. En 1885 Wilham Farr relaciona la información sobre mortalidad con la natalidad, saneamiento ambiental, situación económica, abastecimiento de agua y áreas geográficas; en su revisión identifica que los registros usados hasta la fecha se basaban en criterios de clasificación que no permitían el análisis estadístico, pues cada enfermedad era registrada con tres o cuatro términos diferentes y éstos eran a su vez aplicables a varias enfermedades; además encontró el registro de algunas patologías con nombres vagos, así como el registro de las complicaciones y no el de las patologías primarias (Beker, 1992; OPS, 1993).

El valor epidemiológico de las estadísticas de mortalidad depende de la precisión, y la frecuencia de la ocurrencia de las enfermedades (OPS, 1992), pero su estudio y comparabilidad dependerán del cumplimiento de las pautas nacionales e internacionales (Lilinfeld, 1987). Dichas estadísticas son elaboradas sobre la base de la información registrada en el Certificado de Defunción ya que por su disposición legal la legislación de muchos países, entre ellos la de la República Bolivariana de Venezuela, exige que dicha información sea recabada del Certificado de Defunción partiendo del supuesto de que en éste deben estar asentadas las causas de defunción (Chackiel, 1986). La importancia de esta información radica en que permite determinar los problemas de salud de las localidades, así como la toma de decisión sobre las medidas de prevención y control de enfermedades que causan muerte (Lilinfeld, 1987).

Diversos autores han evaluado la correspondencia de diagnósticos asentados en los certificados de defunción con los diagnósticos de las historias clínicas, así se demuestra en una revista de los Estados Unidos; de los certificados de defunción registrados durante 1940 y 1950, la causa básica de muerte fue cáncer, encontrándose que un porcentaje de ésta habían sido erróneamente registradas, pues realmente correspondían a muertes por tuberculosis (OPS, 1992).

Un estudio realizado en El Salvador refiere que de 996 muertes por cáncer, solo 485 tenían confirmación para neoplasia y en 481 muertes por otras causas, solo en 35 defunciones tenían confirmación por biopsia para la causa básica de muerte (Schnitma, 1990). En un estudio llevado a cabo en Sao Paulo se evidenció la correspondencia de 43% de los certificados de defunción con los datos contenidos en las historias clínicas Fonseca *et al.*, (1984); así mismo, un estudio realizado en la localidad de Río Grande reporto solo 27% de concordancia entre los diagnósticos contenidos en los certificados y las historias clínicas, pues de 107 defunciones registradas por gastroenteritis solo 48 realmente se correspondían con dicho diagnóstico; de 84 muertes por causas respiratorias solo 5 eran correctas, además de una sobre estimación de 25% de las muertes por meningitis (Fonseca *et al.*, 1984).

Llama la atención que después de 55 años de uso del Certificado de Defunción, encontremos en los médicos, una serie de deficiencias en la elaboración y certificación de la causa básica de muerte, como lo demuestran algunos trabajos realizados por el Centro Venezolano de la Clasificación Internacional de Enfermedades (OPS, 1992).

Esta investigación se realizó para conocer la calidad, del dato encontrado en el certificado de defunción en el Hospital “Ruiz y Páez”, por ser esta institución el principal centro de referencia en el estado Bolívar.

DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO

La información utilizada, en esta investigación fue tomada de las siguientes fuentes de registros:

Certificados de defunción: (Informe EV-14) de las muertes ocurridas en el Hospital Ruiz y Páez para el año 2005, los cuales fueron fotocopiados de la dirección de la Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E) del Ministerio de Salud, una vez realizada la codificación de acuerdo a la X revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Tarjetas EPI-13-B: elaboradas por el Servicio de Epidemiología del Hospital Ruiz y Páez.

Informe Mensuales de Defunción: elaboradas por el Departamento de Registros Médicos del Hospital Ruiz y Páez.

Informes Mensuales de Movimiento Hospitalario:

elaborado con datos que se producen en los diferentes servicios del Hospital Ruiz y Páez.

Historia Clínica de los fallecidos en el Hospital Ruiz y Páez, durante el año 2005. Y el formulario para la recolección de datos .

Este es un estudio de tipo descriptivo retrospectivo. Para ellos se plantean los siguientes pasos:

Lapso de Estudio: Se revisaron el total de defunciones ocurridas en el Hospital Ruiz y Páez para el año 2005.

Información Básica: Se trabajó, en base a los datos obtenidos en los registros antes mencionados.

Técnicas de Recolección: Se elaboró un formulario para asentar los siguientes datos: Identidad del difunto, los cuales fueron llenados por la autoridad civil, Registro de la causa básica de defunción, Secuencia lógica del llenado de la causa de muerte, Intervalo de tiempo entre el comienzo de la enfermedad y la defunción, Utilización de siglas estos datos son consignados por el médico que firma el Certificado de Defunción.

Para el cotejo del registro de las muertes ocurridas en el Hospital Ruiz y Páez para el año 2005, se utilizaron los listados de fallecidos elaborados diariamente por el Departamento de Registros Médicos y los informes mensuales de Movimiento Hospitalario.

La evaluación de la calidad del certificado de defunción fue analizada en función de los siguientes criterios: Consignación completa de datos, Secuencia lógica en el llenado de la causa de muerte, Utilización de siglas, Precisión diagnóstica, Consignación del intervalo de tiempo entre el comienzo de la enfermedad y la muerte.

Con el objeto de comparar diagnósticos se elaboro un formulario que contempla los siguiente datos: Nombre y apellidos del difunto, número de historia clínica, diagnóstico(s) de la historia clínica, diagnóstico (s) del certificado de defunción.

Se establecieron los siguientes criterios:

Diagnósticos Iguales: Cuando el (los) diagnósticos de la historia clínica del fallecido es igual a los registrados en el certificado de defunción.

Diagnósticos Diferentes: Cuando el (los) diagnósticos de la historia clínica del fallecido no coinciden con los diagnósticos registrados en el certificado de defunción.

Diagnósticos Incompletos: Cuando al comparar la historia clínica del fallecido se encuentran otros diagnósticos que tiene relación con la causa de defunción y no aparecen registrados en el certificado de defunción.

Evaluación del Registro de Información: Para evaluar el registro de información referente la mortalidad hospitalaria se consideran como total de defunciones las registradas en el Certificado de Defunción (EV-14), basándonos en los artículos 10 y 17 del Reglamento de Inhumaciones y exhumaciones, donde las autoridades civiles exigen la presentación del Certificado Defunción para poder entregar el permiso de enterramiento.

Los datos recopilados en esta investigación se presentan en cuadros estadísticos.

Su análisis mediante cifras relativas (porcentajes).

RESULTADOS

En lo que respecta al porcentaje de coincidencias diagnósticas de las defunciones hospitalarias distribuidas por meses del año (Tabla 1), se observa que de un total de 705 historias clínicas revisadas, se encontró coincidencia diagnóstica en 566 historias clínicas con certificado, lo cual representa el 80,3 %. El 12,4 % (88 historias) tenían diagnósticos diferentes y el 7,3 % (52 historias) presentaban diagnósticos incompletos. Si se establece una relación entre diagnósticos coincidentes y no coincidentes se deriva la relación de 4:1, lo cual significa que por cada cuatro (4) diagnósticos bueno hay uno (1) que no se ajusta a la realidad.

Si se establece la relación entre diagnósticos diferentes esta es 12:1, lo cual significa que por cada 12 historias clínicas uno (1) no corresponde a la posible causa.

Al revisar y comparar nombre a nombre los Certificados de Defunción y el movimiento hospitalario de muertes ocurridas en el establecimiento se observa que hubo setenta (70) fallecidos reportados por historia clínica, que no están reportados en el movimiento hospitalario. Hubo 182 defunciones reportadas en el

Certificado de Defunción que a su vez no fueron reportadas en el movimiento hospitalario.

Tabla 1. Porcentaje de coincidencias diagnósticas de defunciones hospitalarias distribuidas por meses del año. Hospital "Ruiz y Páez". 2005.

Meses del Año	Diagnóstico						Total	
	Iguales		Diferentes		Incomplete			
	N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%
Enero	41	77,3	7	13,2	5	9,4	53	100
Febrero	46	74,2	10	16,1	6	9,8	62	100
Marzo	52	82,5	9	14,3	2	3,2	63	100
Abril	49	75,5	6	9,2	10	15,4	65	100
Mayo	41	82,0	8	16,0	1	2,0	50	100
Junio	58	85,3	6	8,8	4	5,9	68	100
Julio	58	85,3	6	8,8	4	5,9	68	100
Agosto	48	81,4	7	11,9	4	6,7	59	100
Septiembre	59	86,8	8	11,8	1	1,4	68	100
Octubre	50	83,3	5	8,3	5	8,4	60	100
Noviembre	50	83,3	5	8,3	5	8,4	60	100
Diciembre	38	76,0	7	14,4	5	10,0	50	100
TOTAL	566	80,3	88	12,4	52	7,3	705	100

Tabla 2. Certificado de Defunción Según la Secuencia Lógica Hospital "Ruiz y Páez" Ciudad Bolívar 2005.

Meses del Año	Diagnóstico				TOTAL	
	Con secuencia lógica		Sin secuencia lógica			
	N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%
Enero	54	85,7	9	14,3	63	100
Febrero	48	71,6	19	28,4	67	100
Marzo	51	80,1	12	19,9	63	100
Abril	50	70,4	21	29,6	71	100
Mayo	42	79,2	11	20,8	53	100
Junio	41	83,7	8	16,3	49	100
Julio	61	81,3	14	18,7	75	100
Agosto	52	76,5	16	23,5	68	100
Septiembre	53	71,6	21	28,4	74	100
Octubre	59	70,2	25	29,8	84	100
Noviembre	50	67,6	24	32,4	74	100
Diciembre	70	92,1	6	7,9	76	100
TOTAL	631	78,5	186	21,5	817	100

Cuando analizamos el Certificado de Defunción según secuencia lógica (Tabla 2) encontramos que el 78,5 % , o sea, 631 Certificados de Defunción revisados tenían secuencias

lógicas, fisiopatológicas entre las causas que conducen a la muerte, el 21,5 % (186) Certificados de Defunción no tenían secuencia lógica entre los diagnósticos.

Tabla 3. Certificado de Defunción según consignación de intervalo de tiempo entre el comienzo de la enfermedad y la muerte. Hospital “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar. 2005.

Meses del Año	Diagnósticos				TOTAL	
	Con consignación intervalo tiempo		sin consignación intervalo tiempo		N ^a	%
	N ^a	%	N ^a	%		
Enero	12	19,0	51	81,0	63	100
Febrero	10	14,9	57	85,1	67	100
Marzo	10	15,9	53	84,1	63	100
Abril	9	12,7	62	87,3	71	100
Mayo	7	13,2	46	86,8	53	100
Junio	7	14,3	42	85,7	49	100
Julio	13	17,3	62	82,7	75	100
Agosto	13	19,1	55	80,2	68	100
Septiembre	5	6,8	69	93,2	74	100
Octubre	15	17,9	63	82,1	84	100
Noviembre	11	14,9	63	85,1	74	100
Diciembre	8	10,5	68	89,5	76	100
TOTAL	120	14,7	697	85,3	817	100

Al analizar el Certificado de defunción según consignación del intervalo de tiempo entre el comienzo de la enfermedad y la muerte (Tabla 3), encontramos que el 14,7% (120)

certificados consignaron ese dato mientras que el 85,3 % (697) certificados no consignaron cual fue el intervalo de tiempo entre el comienzo de la enfermedad y la muerte.

Tabla 4. Certificados de Defunción según utilización de siglas en el registro de la muerte. Hospital “Ruiz y Páez”

Meses del Año	Diagnósticos				TOTAL	
	Con utilización siglas		Con utilización siglas		N ^a	%
	N ^a	%	N ^a	%		
Enero	10	15,9	53	84,1	63	100
Febrero	11	16,4	56	83,6	67	100
Marzo	10	15,9	53	84,1	63	100
Abril	9	12,7	62	87,3	71	100
Mayo	9	16,9	44	83,1	53	100
Junio	1	2,1	48	97,9	49	100
Julio	11	14,6	64	85,4	75	100
Agosto	7	10,3	61	89,7	68	100
Septiembre	9	12,2	65	87,8	74	100
Octubre	9	10,7	75	89,3	84	100
Noviembre	10	13,5	64	86,5	74	100
Diciembre	9	11,8	67	88,2	76	100
TOTAL	105	12,9	712	87,1	817	100

Cuando describimos el Certificado de defunción según la utilización de siglas en el registro de la muerte (Tabla 4) encontramos que el 87,1% (712) certificados no utilizaron siglas, solo el 12,9% (105) certificados de defunción utilizaron siglas para identificar el diagnóstico de muerte.

Tabla 5. Certificado de Defunción Según consignación completa de datos. Hospital "Ruiz y Páez" Ciudad Bolívar. 2005.

M e s e s del Año	Diagnosticos				TOTAL	
	Consignac completa dato		Consignac incompleta dato			
	N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%
Enero	9	14,3	54	85,7	63	100
Febrero	10	14,9	57	85,1	67	100
Marzo	9	14,3	54	85,7	63	100
Abril	9	12,7	62	87,3	71	100
Mayo	11	20,8	42	79,2	53	100
Junio	38	77,6	11	22,4	49	100
Julio	13	17,3	62	82,7	75	100
Agosto	36	52,9	32	47,1	68	100
Septiembre	20	27,0	54	73,0	74	100
Octubre	24	28,6	60	71,4	84	100
Noviembre	16	21,6	58	78,4	74	100
Diciembre	9	11,8	67	88,2	76	100
TOTAL	204	24,9	613	75,1	817	100

Al estudiar el Certificado de Defunción según la consignación completa de datos (Tabla 5) encontramos que el 75,1% (613) certificados presentaban consignación, incompleta de datos en el Certificado de Defunción, el 24,9% (204) certificados tenían consignados todos los datos requeridos en el Certificado de Defunción.

Cuando clasificamos los Certificados de Defunción según grupo de edad, observamos que los grupos mas afectados son los extremos de la vida, los menores de un años con el 28% (229 Certificados) y el grupo de 65 y mas años con el 27% (228 Certificados). Observamos una variación entre el 3,2 -3,33% de defunción entre los grupos de edad comprendida entre 15 y 34 años.

Para mostrar el perfil del comportamiento de la mortalidad hospitalaria para el año 2005, se presentan las principales causas de muerte las cuales representan el 87,7% de la mortalidad total diagnosticada en

el Hospital Ruiz y Páez, encontrándose entre las principales causas de muerte, ciertas afecciones del periodo peri natal con el 16,2% seguida por Cáncer de todo tipo con el 13,5%, enfermedad isquémica del corazón con el 8,4%, enteritis y otras enfermedades diarreicas con el 8,3%, accidentes de vehículo de motor con el 7,8%, enfermedad cerebrovascular con el 6,9%, neumonías con el 6,5%, enfermedades hipertensivas con el 4,2% y otros diagnósticos como homicidios, suicidios, diabetes mellitas, anomalías congénitas, meningitis, síndrome de inmunodeficiencia adquirida y complicaciones del embarazo, parto y puerperio. La fuente de información fueron los Certificados de Defunción (EV-14) codificados de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades.

En cuanto a los meses donde se registraron los mayores porcentajes de defunción fueron: Octubre con 10%, Diciembre con 9,4%, Julio con 9,2%, Noviembre y Septiembre con 9,1% respectivamente. Los meses que registraron menor porcentaje de defunción fueron Mayo y abril con el 5,9% y el 6,5% respectivamente.

Cuando clasificamos las muertes registradas por sexo encontramos que el 62,2% fueron del sexo masculino y el 37,8% del sexo femenino, siendo la relación de masculinidad de 1,6:1 lo que quiere decir que por 1,6 muertes del sexo masculino se registra una muerte del sexo femenino.

Tabla 6. Muertes Registradas Clasificadas por Departamento Clínico. Hospital "Ruiz y Páez" Ciudad Bolívar. 2005.

Departamento Clínico	Número	Porcentaje
Medicina interna	258	40,6
Pediatría	282	44,4
Gineco-Obstetricia	14	2,2
Cirugía	81	12,8
Total	635	100,0

Si se clasifican las muertes registradas en el Hospital Ruiz y Páez por Departamento Clínico (Tabla 6) nos encontramos que el 44,4% (282 defunciones) se registraron en el Departamento de Pediatría, el 40,6% (258 defunciones) ocurrieron en el Departamento de Medicina, el 12,8% (81 defunciones) se registraron en el Departamento de Cirugía y el 2,2% (14 defunciones) fueron registradas en el Departamento de Gineco-Obstetricia.

Tabla 7. Muertes Registradas Clasificadas en Intrahospitalarias y Extrahospitalarias. Hospital "Ruiz y Páez" Ciudad Bolívar. 2005

Muertes Hospitalarias	Número	Porcentaje
Intrahospitalaria	338	53,2
Extrahospitalaria	297	46,8
Total	635	100,0

Sin embargo cuando clasificamos, las muertes registradas en el Hospital Ruiz y Páez, en intrahospitalarias que son las muertes ocurridas con mas de 48 horas de ingresado el difunto y extrahospitalarias (Tabla 7) cuando la muerte ocurre antes de las 48 horas de ingresado el paciente, nos encontramos que el 53,2 % (338 defunciones) son intrahospitalarias y el 46,8 % (297 defunciones) son extrahospitalarias.

Tabla 8. Muerte Registradas por Meses del Año Según Fuente de Información. Hospital "Ruiz y Páez". Ciudad Bolívar 2005.

Mes del año	Certificado de defunción	Tarjetas EPI 13-b	Movimiento Hospitalario
Enero	63	62	44
Febrero	67	42	46
Marzo	63	60	51
Abril	71	41	53
Mayo	53	45	38
Junio	49	45	40
Julio	75	50	59
Agosto	68	56	63
Septiembre	74	63	61
Octubre	84	74	57
Noviembre	74	74	56
Diciembre	76	47	67
TOTAL	817	659	635

Los Certificados de defunción reportaron 817 defunciones, las tarjetas EPI 13-B 659 defunciones y el Registro del Movimiento Hospitalario 635 defunciones (Tabla 8), esta diferencia es variable en los distintos meses del año estudiado, encontrándose una discordancia entre las tres fuentes de información de Mortalidad del Hospital Ruiz y Páez.

Tabla 9. Porcentaje de Sub-Registro de Muertes Hospitalarias según Certificado de Defunción por Meses del Año. Hospital "Ruiz y Páez" Ciudad Bolívar 2005.

Meses del Año	EPI 13-B		Movimiento Hospitalario		Certificado de defunción	
	N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%
Enero	62	1,6	44	30,2	63	100
Febrero	42	37,3	46	31,3	67	100
Marzo	60	4,8	51	19,0	63	100
Abril	41	42,3	53	25,4	71	100
Mayo	45	15,1	38	28,3	53	100
Junio	45	8,2	40	18,4	49	100
Julio	50	33,3	59	21,3	75	100
Agosto	56	17,6	63	7,4	68	100
Septiembre	63	14,9	61	17,6	74	100
Octubre	74	11,9	57	32,1	84	100
Noviembre	74	11,9	56	24,3	74	100
Diciembre	47	38,1	67	11,8	76	100
TOTAL	659	19,3	635	22,3	817	100

Si consideramos las muertes registradas en el Certificado de Defunción (EV-14) como la mas fidedignas, tomándose en cuenta que toda persona que muere para ser sepultada necesita la presentación del Certificado de Defunción para obtener la boleta de enterramiento. Para estimar el sub- registro de muertes del Hospital Ruiz y Páez, tomamos como un 100% a las registradas en el Certificado de Defunción y hacemos el cálculo del total real de eventos para cada mes, esto nos permite conocer el sub registro, observándose lo siguiente: Si se utiliza como fuente el Registro del Movimiento Hospitalario (Tabla 9) como registro de defunción el porcentaje de sub registro seria del 22,3%; al utilizar como fuente de información las tarjetas EPI 13-B, este porcentaje disminuiría al 19,3 %. Es de hacer notar que durante todos los meses estudiados el registro del Movimiento Hospitalario presenta un sub-registro importante que oscila entre el 7,4% y el 31,3 % para el total estudiado.

Por otra parte, en las tarjetas EPI 13-B (Tabla 9), también se observa un sub- registro por demás importante que para el lapso estudiado que alcanza un 19,3 % siendo su margen de variación entre 0 y 42,3%.

DISCUSIÓN

En esta investigación se hizo un estudio epidemiológico de la mortalidad registrada en el Hospital Universitario Ruiz y Páez para el año 2005. El universo y la muestra fueron 817 Certificados de Defunción.

Al analizar la coincidencia diagnóstica de defunción para el Hospital Ruiz y Páez encontramos que el 80,2% de los Certificados de Defunción coincidían con los diagnósticos clínicos de la historia encontrándose variaciones en los diferentes meses del año entre el 75,5% y el 84,7%. En cuanto a diagnósticos diferentes e incompletos encontramos un 19,8% de los Certificados de Defunción en comparación con las historias clínicas.

En relación a la secuencia lógica de los Certificados de defunción se encontraron que el 78,5% tenían secuencia, mientras que el 21,5% no presentaba una secuencia lógica, esto se podría explicar si consideramos que el Certificado de defunción es un tema ampliamente conocido por el gremio médico ya que se inicia la formación a nivel de pre-grado y posteriormente en el ejercicio de la carrera de medicina.

Cuando analizamos las variables referentes a la consignación de intervalo de tiempo entre el comienzo de la enfermedad y la muerte, encontramos que el 85,3% de los Certificados no tenían anotada esta variable, siendo solo el 14,5% de los certificados que tenían esta variable asignada. Así mismo, solo un 12,9% de los certificados de defunción utilizaron siglas en el registro de la causa médica de muerte.

Cuando analizamos los Certificados de Defunción en relación a la consignación completa de datos, nos encontramos que el 75,1% de los certificados faltaban la consignación de datos en unas o más casilla del registro.

En cuanto al grupo de edad que tiene el mayor porcentaje de muertes son los menores de un año y los de 65 y más años con el 28% y el 27,8% respectivamente.

El mayor porcentaje de muertes en menores de un año se explica principalmente a las defunciones registradas en el periodo perinatal, mientras que las muertes registradas en los grupos de edad comprendida entre 65 y más años se explica a enfermedades de evolución crónica (hipertensión arterial, cerebrovasculares, cáncer). Esta situación encontrada en nuestra investigación es semejante a la reportada por Martínez y Toussant en el

hospital para el año 1989 .

Las principales causas de muerte encontradas en nuestra investigación no difiere a las principales causas de defunción a nivel nacional, la variación es en cuanto al lugar que ocupan. Las principales causas de muerte notificadas en el Hospital Ruiz y Páez fueron: Afecciones del período perinatal con 16,2% siendo los principales diagnósticos: prematuridad, sepsis neonatal, insuficiencia respiratoria en membrana hialina y otros. En segundo lugar se encuentra Cáncer de todo tipo con el 13,5% diagnosticándose principalmente el cáncer de cuello uterino, broncogénico, útero. El tercer lugar lo ocupa las enfermedades relacionadas al sistema cardiovascular con el 12,6% dado por enfermedad isquémica del corazón y enfermedad hipertensiva con el 8,4% y 4,2% respectivamente. El 8,3% de las defunciones se debió a enfermedades diarreicas ocupando el cuarto lugar. Otros diagnósticos importantes como causa de defunción fueron las Neumonías, Diabetes Mellitus, Insuficiencia Renal Crónica, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Accidentes de Tránsito, Anomalías Congénitas.

El total de defunciones registradas en el Hospital Universitario Ruiz y Páez fueron de 817 muertes, los meses más afectados fueron: Octubre, Diciembre, Noviembre y Julio con 10,3%, 9,4% y 9,1% respectivamente.

El sexo con mayor porcentaje de defunciones fue el sexo masculino con 62,2% siendo la relación de masculinidad de 1.6:1.

El Departamento clínico que registro mas número de defunciones fue Pediatría con 44,4%, este porcentaje se debe principalmente a las defunciones en los niños menores de un año de edad, seguidas por el Departamento de Medicina con el 40,6%.

De las 653 defunciones registradas por el movimiento hospitalario se clasificaron en dos grupos tomando en cuenta el tiempo de ingreso en el Hospital en defunciones Intrahospitalarias y muertes Extrahospitalarias, se observo que el 53,2% de las defunciones correspondían al grupo de muerte Intrahospitalaria y el 46,8% de muertes Extrahospitalarias. Así mismo, de acuerdo a los indicadores que miden la calidad de los servicios adoptados dentro del Hospital entre ellos mortalidad Intrahospitalaria nos sirve de orientación para la evaluación de la calidad del contenido de los actos médicos encontrado en el Hospital Ruiz y Páez, presentándose un índice de mortalidad Intrahospitalaria del 1,13% y comparamos este resultado por los aceptados por la asociación venezolana de

hospitales Schnitma, (1990) que es de 2,5% - 3%, nuestro resultado es considerado normal.

En este estudio se tomo como fuente de información el Certificado de defunción (EV-14) registrándose 817 defunciones, las Tarjetas EPI 13-B reportando 659 defunciones y movimiento hospitalario que registró 635 defunciones. Se observó que existe una discordancia entre las tres principales fuentes de información de mortalidad en el Hospital Ruiz y Páez, revisando y comparando nombre a nombre, los Certificados de defunción y las tarjetas EPI 13-B, encontramos un total de 158 fallecidos que es reportado en el Certificado de defunción y que no fue registrado en las tarjetas EPI 13-B. A su vez hubo 182 fallecidos dentro del área del hospital que no fueron registrados en el movimiento hospitalario. Cuando realizamos el calculo del total real de eventos por cada mes, nos permitió conocer el sub-registro de cada uno de los meses y el total del año, observándose lo siguiente: si utilizamos las tarjetas del EPI 13-B como registro de defunción el sub- registro seria de 19,3%, al utilizar como fuente de información el movimiento hospitalario el porcentaje de sub-registro seria de 22,3%.

La calidad de la certificación médica así como el conocimiento de su perfil epidemiológico son un instrumento útil de evaluación en el campo de la salud, ayuda a mejorar la calidad y capacidad de resolución de los programas de Vigilancia Epidemiológica, así como también en el análisis de la situación de salud como base para la formulación de políticas sociales. Sin embargo es importante mencionar que son pocos los profesionales que en el campo de la salud tienen como proyecto de investigación la Calidad de la Certificación Médica de Defunción y es esta una de las grandes limitantes.

CONCLUSIÓN

Todas las variables evaluadas en este estudio reflejan una deficiencia en la calidad del Certificado de Defunción expedido por los médicos que laboran en el Hospital "Ruiz y Páez". Ya que se observa una discordancia entre las fuentes primarias de información. No se producen datos confiables, ocasionando perdida de tiempo y trabajo improductivo desde el punto de vista técnico, administrativo y científico.

RECOMENDACIONES

- A las autoridades regionales de salud realizar talleres de formación e información para el personal Médico adscrito al Instituto de Salud Pública del Estado,

sobre la importancia de la especificidad de los diagnósticos asentados en los Certificados de Defunción.

- A las autoridades de la Escuela Ciencias de la Salud que a través de los programas desarrollen actividades de formación sobre la importancia epidemiológica y médico legal de la concordancia de los diagnósticos asentados en los certificados con los de la historia clínica

- A los Epidemiólogos Regionales, Distritales y Hospitalarios que establezcan estrategias de intervención y control del sub- registro de causas de muertes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BEKER, R. 1992. Lineamientos Básicos para el análisis de la mortalidad y sus tendencias. Organización Panamericana de la Salud.
- CHACKIEL, J. 1986. La Investigación sobre causas de muerte en América Latina, Situación actual y perspectivas futuras. 171pp
- FONSECA, L.; LAURENTI, L. 1984. Qualidade da Certificado Médico de Causa de Morte em Sao Paulo. Revista de Saúde Pública. 8(5):15-22.
- LILINFELD, A. Y COLABORADORES. 1987. Fundamentos de Epidemiología Iberoamericana. 2da Ed. Mc Graw-Hill Editores. 235 p.
- MUÑOZ, C. 1987. Calidad de la Certificación Médica y de la Causa Básica de Muerte. Cuadernos Escuela Salud Pública. Universidad Central de Venezuela. 62pp.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 1992. Clasificación Internacional de Enfermedades. X Revisión
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 1993. Enseñanza sobre la certificación Médica. Publicación Científica.
- SCHNITMA, A. 1990. Análisis de Fidedignidade da Declaracao da Causa Básica de Morte por Cancer em Salvador, Brasil. Revista Saúde Pública .24(3):17-23.