

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas
"Calixto García". Policlínico Docente "Enrique A. Betancourt Neninger"

Fundamento científico del análisis docente clínico patológico de adultos fallecidos

Scientific base of the pathological clinical educational analysis of deceased adults

Justo Senado Dumoy

Especialista Segundo Grado en Medicina Interna y Medicina General Integral.
Master en Educación Médica. Auxiliar. jsd@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: está establecida la reunión docente clínico-patológica de análisis de adultos fallecidos, que retroalimenta el pensamiento clínico y la conducta diagnóstico-terapéutica, cuyo desarrollo pudiera ser deficiente por no existir una metodología adecuada (orientada oficialmente) que garantice la científicidad de este análisis, en perjuicio de la formación competente del Médico General Básico y el especialista en Medicina General Integral y consecuentemente de la calidad de los servicios que prestan, lo que constituye un problema de la práctica docente. Diversos autores enfatizan en el fundamento científico de este análisis, pues la garantía de su eficiencia está determinada por la profundidad de la interrelación de los procesos salud-enfermedad y enseñanza-aprendizaje.

Objetivo: destacar el fundamento científico del análisis clínico-patológico de adultos fallecidos en el nivel primario de salud.

Método: se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos CUMED. Usando el tesoro DeCS como expresión de búsqueda para obtener información sobre el tema tratado.

Resultados: los factores de riesgo influyen negativamente acelerando el envejecimiento, las enfermedades y la muerte; La prevención es la garantía para la conservación con calidad de la vida humana. El desempeño competente de los profesionales de la salud garantiza la atención adecuada al proceso salud-enfermedad. El análisis científico de la competencia profesional ante un adulto fallecido permite detectar necesidades de aprendizaje.

Conclusiones: el fundamento científico del análisis de adultos fallecidos está determinado por la valoración de la competencia profesional ante el proceso salud-enfermedad, identificando necesidades de aprendizaje.

Palabras clave: análisis clínico-patológico, proceso salud-enfermedad, proceso de enseñanza-aprendizaje.

ABSTRACT

Introduction: it's established that the clinical-pathological educational meeting of deceased adults analysis that provides to the clinical thought and the behaviour diagnosis-therapy whose develop could be faulty for not existing an appropriate methodology (officially guided)) that guarantees the scientific level of this analysis, in damage of the competent formation of the Basic General Physician and the specialist in Integral General Medicine and consequently of the quality of the services that they lend, what constitute a problem of the educational practice. Diverse authors emphasize on the scientific foundation of this analysis, because the guarantee of its efficiency is determined by the depth of the interrelation of the health-illness and of teaching-learning processes.

Objective: to highlight the scientific foundation of the clinical-pathological analysis of deceased adults in the primary level of health.

Method: it was carried out a search bibliographic in the database CUMED using the thesaurus DeCS as search expression to look for modernized information on the with theme dealt.

Results: the risk factors influence negatively, accelerating the aging, the illnesses and the death; The prevention is the guarantee for the conservation with quality the human life; The competent acting of those professionals of the health guarantee the appropriate attention to the process health-illness; The scientific professional competence analysis before a deceased adult allows to detect learning necessities.

Conclusions: the scientific foundation of the analysis of deceased adults is determined by the evaluation of the professional competence before the health-illness process identifying learning necessities.

Key words: clinical-pathological analysis, health-illness process, teaching-learning process.

INTRODUCCIÓN

El Reglamento para la organización, desarrollo y control del Proceso Docente-Educativo en la Atención Primaria de Salud (APS), establece y orienta la "educación en el trabajo" como forma fundamental del Proceso Docente-Educativo en los años de estudios superiores de las carreras de Ciencias Médicas y la educación de postgrado.¹

Una de sus modalidades es la Reunión Clínico-Patológica que cumple objetivos relacionados con el análisis de la evolución clínica y terapéutica seguidas con un paciente y los resultados obtenidos en los estudios anatomopatológicos

diagnósticos, lo cual permite la imprescindible retroalimentación al pensamiento clínico.¹

Pero el desarrollo de este análisis pudiera estar limitado o imposibilitado, por no existir una metodología adecuada que garantice su objetividad (solo existe reconocido oficialmente, el modelo 18-41-01, suplemento informativo de los Certificados de Defunción, que no responde a los requerimientos de la APS, en perjuicio de la formación competente del Médico General Básico (MGB) y el especialista en Medicina General Integral (MGI) y consecuentemente de la calidad de los servicios que prestan al sector poblacional que atienden.

Esto constituye un problema de la práctica docente, pues la garantía de la eficiencia de esta reunión docente está determinada por la profundidad de la interrelación científica de los procesos salud-enfermedad y enseñanza-aprendizaje.

A nivel mundial se reporta anualmente un cuarto de millón de fallecidos por accidentes y cada día pierden la vida más de 4 000 personas de forma violenta (casi la mitad por suicidios y un tercio por homicidios).²

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha señalado notable variación en el perfil de mortalidad de los países de la región que evidencia una transición casi generalizada, de predominio de enfermedades transmisibles a las crónicas no transmisibles (que causan dos de cada tres muertes en la población general y casi la mitad del número de defunciones en menores de 70 años), así como accidentes del tráfico y homicidios³ y Cuba, por su desarrollo social, incrementa también los índices de enfermedades no transmisibles.⁴

El Anuario Estadístico de Salud indica que en Cuba falleció en 2011, un total de 85 986 personas de 15 años o más, con elevada frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente por enfermedades del corazón, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares, influenza y neumonía, y accidentes, (causantes en conjunto de 72 % del total de las defunciones).⁵

A lo anterior se añade que un gran número de personas, en situaciones de urgencia médica, fallece antes de llegar a la unidad hospitalaria, pues el tiempo entre síntomas (si aparecen) y monitorización para diagnóstico, resulta determinante en el pronóstico de la víctima de muerte súbita cardíaca. En países del primer mundo, fallecen anualmente de manera inesperada unas 350 000 a 400 000 personas por enfermedades del corazón y vasos sanguíneos, lo que se traduce en unas 1 000 muertes súbitas cada día.⁶⁻⁸

Por otra parte, la certificación de causas de muerte (ejercicio científico-administrativo de gran trascendencia legal y social), así como el análisis de condiciones o circunstancias concurrentes para determinar la necesidad o no de necropsia médico-legal, son procedimientos que aún afrontan dificultades y que motivan orientaciones que pudieran contribuir a mejorar el desempeño profesional en instituciones del nivel primario de salud.^{9,10}

En sentido general, el análisis de fallecidos adultos fortalece el proceso de enseñanza-aprendizaje y si se le imprime un carácter científico, se hará un importante aporte a la formación competente y superación permanente del MGB y el especialista en MGI, pues el análisis de la mortalidad con criterios científicos aporta evidencias para intervenciones comunitarias con el fin de evitar muertes prematuras.¹¹

Estos aspectos justifican el interés por destacar el fundamento científico del análisis clínico-patológico de adultos fallecidos, por lo que el problema científico de esta propuesta se concreta en la siguiente pregunta: ¿Qué aspectos determinan la científicidad del análisis clínico-patológico, en APS ante un adulto fallecido?

La respuesta a esta interrogante define el problema científico de este artículo.

OBJETIVO

- Destacar el fundamento científico del análisis clínico-patológico de adultos fallecidos en el nivel primario de salud.

DESARROLLO

El movimiento, como atributo de lo material, determina sus formas espaciales de existencia y sus transformaciones a través del tiempo,¹² mediante elementos benefactores que favorecen (en el organismo humano) el crecimiento y desarrollo normal o perjudiciales (de riesgo) que ayudan al decrecimiento e involución y anuncian peligro de enfermedad o muerte. La OMS define el riesgo como "la probabilidad de un resultado desfavorable (daño) para la salud o factor que aumenta esta probabilidad".¹³

Preocupan por tanto, a la Salud Pública, los factores que atentan contra la salud, que causan enfermedades y muerte, dos estados de la vida humana, comportamientos orgánicos cambiantes, en función de la predisposición individual y factores ambientales.^{14,15}

Sus estímulos fisiológicos excesivos o patológicos obligan a adaptaciones o transformaciones celulares (morfológicas y fisiológicas) y cuando se excedan los límites de respuesta adaptativa, se produce una serie de acontecimientos denominados: "lesión celular reversible", "lesión celular irreversible" y "muerte celular", consideradas etapas de deterioro progresivo de la estructura y función normales de la célula.¹⁶

El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la salud en el mundo (2002), analizó y describió los factores de riesgo de mayor influencia en los índices de mortalidad, citando entre ellos: malnutrición, prácticas sexuales riesgosas, hipertensión arterial, tabaquismo, alcoholismo, consumo de agua no potable e higiene deficiente, carencia dietética de hierro, humareda intradomiciliaria por combustibles sólidos, hipercolesterolemia y obesidad, responsables, entonces, de un tercio de la mortalidad mundial y añadió que serán más o menos los mismos que causarán el mayor impacto entre los años 2010 y 2020, por lo que hizo un llamado para su temprana atención.¹³

Otros factores como ansiedad, depresión, disfunción familiar, aislamiento social, insatisfacción o desprotección laboral, malas condiciones de vivienda, deficiencias urbanísticas, alteraciones climáticas, exposición a tóxicos ambientales, alejamiento de servicios de salud e inobservancia de orientaciones sanitarias,¹⁷⁻²³ también han sido identificados en estilos de vida que aceleran este deterioro.

Por tanto, la adopción preventiva de estilos de vida saludables podrá reducir la probabilidad de agresiones de agentes ambientales y sus consecuentes daños, y evitar así mortalidad prematura.²⁴

Los profesionales de la salud tienen, pues, la misión de promover, influir, en favor de los estilos de vida que garanticen la conservación de la salud y la prolongación con calidad de vida humana, orientando la prevención y enfrentamiento a los factores de riesgo, pues su conocimiento y correcta interpretación, son indispensables para la adecuada atención al proceso salud-enfermedad.

Esto indica que la calidad de los recursos humanos y prestaciones sanitarias son también factores a analizar, pues el desarrollo de la tecnología que propició enormes progresos en el conocimiento etiopatogénico de muchas afecciones, diagnósticos más rápidos y certeros y decisiones terapéuticas o rehabilitadoras más acertadas, contribuyó, contrariamente, a desestimar la relación médico-paciente y la aplicación del método clínico (garantía del curso científico del desempeño profesional), con repercusiones negativas para la vida y la salud de las personas.^{25,26}

Cuba aplica el principio de la educación en el trabajo mediante la integración docente asistencial-investigativa, que potencia la creatividad y la capacidad resolutoria individual y colectiva interdisciplinaria en la APS.¹⁴

El proceso salud-enfermedad en su fase final, la muerte, evidencia la definitiva superioridad de los factores perjudiciales y la necesidad de lograr la competencia por parte de los profesionales que en su práctica diaria tratan de evitar su ocurrencia, por lo que los "índices de mortalidad", que expresan esa ocurrencia, reflejan fielmente los obstáculos aún por superar y necesidades de aprendizaje, aún por satisfacer.

Precisamente, la tasa de mortalidad por causas susceptibles de tratamiento médico o muertes innecesariamente prematuras refleja la efectividad de los servicios sanitarios, pues se considera que para determinados grupos de edad, existen causas de muerte que podrían haberse evitado si toda la cadena de atención sanitaria hubiera funcionado correctamente, por lo que el indicador de mortalidad evitable sirve sobre todo para monitorear la calidad de la atención sanitaria.²⁷

Esto evidencia la base científica sobre la cual se conduce el análisis científico del desempeño profesional ante el proceso salud-enfermedad (proceso activo, participativo,

continuo e integral de valoración de procedimientos e identificación de necesidades de aprendizaje), para evitar consecuencias indeseables de alto costo para la vida del ser humano, pues todo trabajo que no haya sido bien realizado tendrá sus consecuencias consideradas como costo de la mala calidad o incumplimiento de requisitos o normas.²⁷

Las reuniones docentes clínico-patológicas resultan, entonces, ocasiones propicias para la identificación de factores de riesgo relacionados con estilo de vida, condiciones laborales en que se desarrolló el sujeto adulto fallecido, modo de vida familiar y comunitario, así como para valorar la competencia mostrada en el cumplimiento de funciones profesionales de enfrentamiento a los mismos, (estimulando el desarrollo del pensamiento científico y la aplicación del método clínico). Son espacios oportunos para analizar también la eficiencia del desempeño institucional en sus distintos escenarios.

Este análisis se complementa con la información anatomopatológica aportada por la autopsia sobre el proceso salud-enfermedad, que hace más objetiva la valoración sobre la calidad de la atención de salud y contribuye a un mayor esclarecimiento de la cadena de acontecimientos que llevaron al paciente a la muerte, y obtener

experiencias para evitar futuros errores o insuficiencias en favor de la reducción de la mortalidad prematura.²⁸⁻³⁰

Por ejemplo: Valladares y cols., detectaron en un análisis de coincidencia clínico-patológica de 403 autopsias de pacientes fallecidos por Tromboembolismo Pulmonar

como causa directa de muerte, coincidencia total en 156 casos (38,7 %), coincidencia parcial en 20 casos (4,9 %) y discrepancia diagnóstica en 176 casos (43,7 %), así como

diagnóstico insuficiente en 51 casos (12,7 %).³¹

Los aspectos anteriormente comentados, que señalan la influencia negativa de los factores de riesgo en el proceso salud-enfermedad y la prevención como garantía para la conservación con calidad de la vida humana, así como la valoración de la calidad del desempeño profesional para la detección y orientación del adecuado enfrentamiento a

dichos factores, detectando insuficiencias a superar en su gestión profesional, determinan el fundamento científico del análisis que debe caracterizar estas reuniones docentes en el nivel primario de salud.

CONCLUSIONES

El fundamento científico del análisis de adultos fallecidos está determinado por la valoración de la competencia profesional ante el proceso salud-enfermedad, identificando necesidades de aprendizaje.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública, área de docencia e investigación, Organización, desarrollo y control del proceso docente-educativo en APS. 2001, p.22-5, 51.
2. Navarro Machado VR. Situaciones de desastres, manual para la preparación comunitaria. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009, p.1-6.
3. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. 2007; v.1.
4. Duquesne A, López AM. Factores de riesgo aterogénico en dos grupos de adultos mayores. Rev cubana, med gen integr. 2010; 26(2).
5. Ministerio de Salud Pública, República de Cuba, Dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud. Anuario estadístico de salud. Mortalidad. 2011, p. 27.
6. Echarte JC y otros. Muerte súbita extrahospitalaria por Infarto Agudo del Miocardio, cor salud. 2010; 2(1): 69-75.
7. Ochoa LA. Exclusión social y muerte súbita cardíaca. Rev cubana salud pública. Ciudad de La Habana: 2010, julio-sept.; (3):63.

8. Ochoa LA. Expresión clínica del síndrome de muerte súbita cardíaca, Rev cubana med. Ciudad de La Habana; 2011, ene-mar.; 50(1).
9. Carrera Carrillo G, Barreiro Ramos H, Barreiro Peñaranda A. Impacto de curso de postgrado en Atención Primaria de Salud. Rev cubana med gen integr. Ciudad de La Habana. 2007, ene-mar.; 23(1).
10. Sosa Moreno L. Temas de guardia médica. En: Orientaciones médico-legales de Gerardo Álvarez Álvarez. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008, p. 334-7.
11. Noriega VM, Astraín Rodríguez ME. Mortalidad evitable según condiciones de vida en adultos del Municipio Lisa 1996-1998. Rev. cubana salud pública. 2004; 30 (4): 319.
12. Castro DíazBalart F. El espacio y el tiempo en la filosofía y la física. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 1988, p.1-99.
13. Organization Mondiale de la Santé, Rapport sur la santé dans le monde. Reduire les risques et promouvoir une vie saine. 2002, p. 1-7, 53-104, 164.
14. Rojas Ochoa F. Salud pública, medicina social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009, p. 184-7 y 206-13.
15. Colectivo de Autores, Introducción a la salud pública. La Habana: ECIMED; 2008, p. 167-72.
16. Cottràn, Kumarm Collins. Patología general estructural y funcional. 6ta edición. España: Mc. Graw Hill Interamericana; 1999, 27, 4851.
17. Varona Pérez P, García Roche RG, Molina Esquivel E, Bonet Gorbea M. Humo ambiental de tabaco en el hogar y percepción de riesgo en la población cubana. Rev Cubana Hig Epidemiol [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2011 Ago 31]; 48(3): 291-303. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000300008&lng=es
18. Escalona A. Relación salud-trabajo y desarrollo social. Visión particular en los trabajadores de la educación. Rev cubana salud pública 2006;32(1):71,81.
19. Jiménez P, y otros, Enfoque actual de la salud ambiental. Rev cubana hig y epidemiol. Ciudad de La Habana. 2011, ene-abr.; 49(1): 84-92.
20. Llanes RA. ¿De qué depende el estado de salud de la población? Filosofía, salud y enfermería. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007, p. 33-4.
21. Martínez M, Alba L, Sanabria G. Interrelación dialéctica entre calidad de vida y motivaciones relativas a la salud. Rev cubana, med gen integr, La Habana; 2010, ene-mar.; 26(1).
22. Kynast-Wolf G, Preuß M, Sié A, Kouyat B, Becher H. Seasonal patterns of cardiovascular disease mortality of adults in Burkina Faso, West África.
23. Tropical Medicine & International Health [revista en Internet]. (2010, sep), [citado 2 mar, 2012]; 15(9): 1082-1089. Disponible en: Academic Search Premier.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=52694142&lang=es &site=ehost-live>

24. De la Llera Suárez E, Álvarez Sintés R. Condiciones y estilo de vida, parte IV. Capítulo 9. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008, p. 75-81, v.I.
25. Selman H. Guía de acción para la excelencia en la atención médica, La Habana; Editorial Científico-técnica; 2002, p.2-9.
26. Nasiff A, Rodríguez HM, Moreno MA. Práctica Clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010, p. 55-65.
27. Alonso Caballero J. La medición del estado de salud de la población, indicadores basados en la mortalidad. En: F. Martínez Navarro y otros, Salud Pública. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009, Capítulo 20, p. 345-7,t.I.
28. Narey B. Control de calidad de la atención de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004, p. 28-43.
29. De Mendoza H. Autopsia, garantía de calidad en la medicina. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009, p. 13-20, 25-8.
30. Suárez B, Bastián L. La historia de la anatomía patológica universal y en Cuba contada a través de sus protagonistas, Archivo Médico de Camagüey; 2007;11(4): ISSN 1025-0255.
31. Ministerio de Salud Pública, Programa del médico y la enfermera de la familia. La Habana: ECIMED; 2011, p. 32-9.
32. Valladares Reyes D, Hurtado de Mendoza Seriat J, Méndez Rosabal A. Coincidencia clínico-patológica en 403 autopsias de pacientes fallecidos por Tromboembolismo Pulmonar. Rev. Cub. Med. Militar. 2007; (3).

Recibido: 20 de junio de 2012.

Aprobado: 10 de octubre de 2012.