



El pulmón como causa “oficial” de muerte

J. Domènech

Asesor del Programa de Mortalidad.
Departament de Sanitat i Seguretat Social.
Generalitat de Catalunya.

Las enfermedades del aparato respiratorio constituyen una sección propia dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)¹. Según datos del año 1986, extraídos del Movimiento Natural de la Población², publicación del Instituto Nacional de Estadística (INE) que recoge, entre otras variables, los datos oficiales de las defunciones acaecidas en el estado español, las causas de muerte más destacadas dentro de este grupo corresponden a las neumonías, con una tasa de mortalidad de 19,97 por 100.000 habitantes (prácticamente sin diferencias entre los dos sexos), seguidas del conjunto de bronquitis, enfisema y asma, con una tasa de 12,93, más elevada en los hombres (16,21) que en las mujeres (9,77). La mortalidad por tuberculosis pulmonar, en el apartado de las enfermedades infecciosas, se mantiene en unas cifras relativamente bajas (2,23). No obstante, la causa respiratoria más frecuente de muerte se encuentra dentro del apartado de los tumores. Los tumores malignos de la tráquea, bronquios y pulmón representan la principal causa de muerte entre todos los cánceres, con una tasa de mortalidad de 30,18 por 100.000 habitantes, casi nueve veces superior en los hombres (54,70) que en las mujeres (6,49) y confirmando la tendencia mantenida de aumento de mortalidad por esta causa (en el año 1976³ la tasa era de 19,60). Este grupo representó en Catalunya, en el año 1989, la primera causa de defunción de todos los que morían entre los 45 y 65 años⁴.

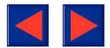
Esta es una de las utilidades de los datos de mortalidad: la utilización de indicadores de frecuencia, centrados aquí en algunas patologías respiratorias, como una aproximación a los problemas de salud de una comunidad. A partir de estos datos se puede detectar la variabilidad de la mortalidad en el tiempo, o entre países o comunidades, entre edades, sexo, clase social, etc., y nos permite introducirnos en sus aplicaciones. Entre éstas cabe destacar la formulación o comprobación de hipótesis sobre la relación entre diversos factores y la mortalidad, su uso en la distribución de recursos sanitarios o en la evaluación de las actuaciones sanitarias.

La fuente de las estadísticas de mortalidad es la información facilitada por el médico. Recordemos que cuando se produce una defunción, el médico debe

cumplimentar dos documentos: el certificado médico oficial (CMO), de naturaleza jurídica a través del cual se da constancia de la muerte ante el Registro Civil, y el Boletín Estadístico de Defunción (BED), base de los datos utilizados posteriormente en los análisis de mortalidad. Este segundo documento se remite a las delegaciones territoriales del INE y de allí a sus servicios centrales donde se elaboran las estadísticas oficiales. En las comunidades autónomas, donde se ha establecido un convenio específico con el INE, la información del BED es codificada y validada en sus propios centros y se realizan unas explotaciones provisionales. Las ventajas que supone esta descentralización son múltiples. Por un lado, la posibilidad de disponer de los resultados con más prontitud y a un nivel menor de desagregación, lo que permite un análisis más específico por comarcas, distritos o áreas de salud, y el facilitar su utilización a los médicos, servicios de la administración u otros usuarios, con los debidos mecanismos para salvaguardar la confidencialidad de los datos. Esta mayor disponibilidad favorece al médico, productor de la información a través del BED, para que se convierta en usuario de ésta. La otra gran ventaja es la mejora de la información contenida en el certificado, detectando errores o problemas en la certificación y estableciendo contactos con el médico certificador, con el fin de conseguir un aumento de su fiabilidad.

Precisamente este aspecto de calidad de información, el de hasta qué punto las estadísticas de mortalidad reflejan adecuadamente las causas de muerte, constituye una de las objeciones que tradicionalmente pesa sobre este tipo de datos. Los factores atribuibles al médico certificador que pueden influir en la calidad de los resultados pueden ser clasificados en dos grupos: los relacionados con el diagnóstico y los relacionados con la certificación⁵.

Dentro del primer grupo cabe la ignorancia absoluta de la causa de la muerte, en donde los factores asociados al ejercicio de la medicina tienen gran relevancia, como la capacidad diagnóstica del certificador, determinada por la formación recibida y las condiciones de la práctica asistencial (acceso a exploraciones complementarias, frecuencia y disponibilidad de necropsias, modas diagnósticas, etc.). Otros factores a tener en cuenta son la categoría profesional del certificador y las circunstancias en que se produce la defunción (si la muerte se ha producido en un hospital



o fuera de él, la disponibilidad de un historial médico adecuado, el haber recibido asistencia médica previa a la muerte, etc.).

El segundo grupo de factores está caracterizado por la cumplimentación deficiente del certificado de defunción. En conjunto, influye tanto o más que la certeza del diagnóstico en la exactitud de las estadísticas de mortalidad. Estudios sobre la forma de certificar en Holanda⁶ y el Reino Unido⁷ revelan un porcentaje importante de errores atribuidos a la mala cumplimentación del certificado. En este sentido resulta muy interesante un estudio realizado por un grupo de trabajo de la CEE ante la observación de diferencias, entre países miembros, de tasas de mortalidad por enfermedades respiratorias⁸. La distinta manera como los médicos cumplimentaban el certificado de defunción explicaba, en parte, las diferencias de mortalidad entre países para algunas categorías de enfermedades.

La principal fuente de errores en la cumplimentación es la ignorancia de las normas de certificación en cuanto a las causas de muerte. Recordemos, de modo esquemático, que se ha de contemplar la sucesión de causas que conducen a la defunción como los *eslabones de una cadena*, anotando cada uno de los acontecimientos en una línea del BED, reservando la línea superior, "causa inmediata", para la enfermedad o condición patológica que fue causa directa de la muerte. En la mayoría de los casos, el paro cardíaco, expresado con frecuencia en este apartado, no es una causa de muerte, sino que refleja una manera de morir. Si la causa inmediata ha sido consecuencia de otra u otras, anotarlas sucesivamente (de más reciente a más antigua), una para cada línea, hasta la causa desencadenante que se inscribirá en la línea destinada a la "Causa inicial o fundamental". No siempre la cadena de acontecimientos comprenderá un máximo de tres estados patológicos; si hubieran más, se anotarían en líneas suplementarias entre la causa inmediata y la causa inicial o fundamental. Si por el contrario, sólo existen una o dos causas, se anotarán en la parte correspondiente del BED, sin vernos obligados a escribir en las demás líneas⁹. En el apartado III del BED "Otros procesos" se reseñarán, por orden de importancia, otras enfermedades o condiciones de las que se suponga puedan haber ejercido una influencia desfavorable en el curso del proceso patológico, contribuyendo así al desenlace fatal, pero que no forman parte directamente de la cadena de acontecimientos que ha llevado a la muerte. La no observancia de las normas de certificación puede suponer que en las estadísticas finales de mortalidad quede reflejada otra causa diferente de la que el médico ha querido expresar como básica.

Otro problema adicional radica en la expresión formal de las causas, como la ilegibilidad de una o más causas, o la utilización de siglas o abreviaturas. Por ejemplo, la expresión IRA puede significar infección respiratoria aguda, insuficiencia respiratoria aguda, o insuficiencia renal aguda, entre otras entidades.

El uso de una terminología adecuada puede también tener repercusión en los resultados finales; por

ejemplo, en la CEE no tienen el mismo código la bronquitis crónica obstructiva que una enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la clasificación de las neumonías puede variar según su organismo causal. Se recomienda por lo tanto expresar las patologías de la manera más clara y precisa posible.

Están en marcha diversas iniciativas para mejorar la calidad de los datos de mortalidad en lo que concierne a la certificación de las causas de muerte. Una es la realización de seminarios de formación e información a los médicos certificadores en algunas comunidades autónomas, como Catalunya, Valencia, Murcia y Castilla-León, entre otras. Recientemente, el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Escuela Nacional de Sanidad han organizado cursos de formación de monitores para impartir estos seminarios y aumentar su difusión. Otra iniciativa es el proyecto de reforma del certificado de defunción para unificar en un solo documento el CMO y el BED.

La concienciación de los médicos sobre la importancia de las estadísticas de mortalidad y la función primordial que ejercen como productores de información es fundamental y se verá reforzada por un uso más amplio de éstas. En efecto, la utilización de estos datos es cada vez más amplia en los trabajos de investigación de los especialistas o de los médicos en general, pero habrían de ser en lo posible estadísticas de mortalidad propias, de nuestro medio, en vez de utilizar cifras o extrapolaciones de los análisis de mortalidad realizados en otros países, no exentas tampoco de problemas de fiabilidad. Entre otras ventajas, su uso permite disponer de unos valores de referencia más correctos, ya que son los que se están dando en nuestra sociedad y con la posibilidad de una mayor adaptación a nuestras necesidades. Por otro lado, una mayor demanda de este tipo de información ha de servir de estímulo a los diversos organismos implicados en la producción y análisis de mortalidad para continuar trabajando en la corrección de problemas.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Clasificación internacional de enfermedades. Revisión 1975. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, 1978.
2. Anónimo. Movimiento Natural de la Población. Año 1986. Tomo III. Defunciones según la causa de muerte. Madrid: INE, 1990.
3. Anónimo. Movimiento Natural de la Población. Año 1976. Tomo III. Defunciones según la causa de muerte. Madrid: INE, 1979.
4. Gabinet Tècnic de la Secretaria General. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya 1989. Barcelona: Departament de Sanitat, Generalitat de Catalunya, 1991.
5. Domènech J, Segura A. El papel del médico en la calidad de las estadísticas de mortalidad. *Jano*. Octubre 1984.
6. Mackenbach JP, Van Duyne WM, Kelson MC. Certification and coding of two underlying causes of death in the Netherlands and other countries of the European Community. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1987; 41:156-160.
7. Leadbeater S. Semantics of death certification. *Journal of the Royal College of Physicians of London* 1986; 20:129-132.
8. Kelson MC, Heller RF. The effect of death certification and coding practices on observed differences in respiratory disease 1983; 31:423-432.
9. Anónimo. Manual de certificación de la causa de defunción. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1980.