

11227
24
209

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL GENERAL DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO
I. S. S. S. T. E.**

**"ANALISIS COMPARATIVO DE LOS DIAGNOSTICO DE INGRESO
CONTRA EL DE CERTEZA POR AUTOPSIA EN EL HOSPITAL
GENERAL DR. DARIO FERNANDEZ F. DE 1980 - 1989 "**

**T E S I S D E P O S T G R A D O
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
M E D I C I N A I N T E R N A
P r e s e n t a:
DR. JOEL DORANTES GARCIA**

México, D.F.

TESIS CON
FALLA LE ORIGEN

1 9 9 1



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION.....	1
OBJETIVOS.....	6
MATERIAL Y METODOS.....	7
DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.....	8
DIAGRAMA DE FLUJO.....	10
RESULTADOS.....	11
CONCLUSIONES.....	30
BIBLIOGRAFIA.....	34

R E S U M E N

Se analizaron 281 autopsias de los ultimos 10 años en el Hospital General Dr. Dario Fernandez F. de Medicina Interna,- Cirugía, Terapia Intensiva y Urgencias realizandose la correlación anato-patológica; asi mismo la prevalencia y comportamiento de las neoplasias malignas en el mismo lapso. Correspondiendo al 12.03% de la mortalidad hospitalaria, el 83% -- (235 casos) ocurrieron entre los 45 y 84 años. La Diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular, Hipertensión arterial, cirrosis hepática, neumonias, insuficiencia renal crónica e infarto agudo de miocardio ocuparon las primeras causas de hospitalización y mortalidad. La sepsis, neumonia de focos multiples, choque hipovolemico y transtornos acido-base e hidroelectroliticos son las causas clínico patológicas como causa directa de muerte. La certeza diagnóstica global es de 62.6%. Las principales neoplasias correspondieron a Tubo digestivo, teniendose 60% de diagnóstico certero previo y 40% hallazgo.

S U M M A R Y

In the last 10 years were done a total of 281 autopsies in a general hospital of the south of the city (Hospital Dr - Dario Fernandez, ISSSTE) in the following services: Internal Medicine, surgery, Intensive Care Unit, and Emergency ward. This study was done in order to know the prevalence and types of neoplastic diseases as the correlation between the clinical -- diagnosis and the postmortem findings. The mortality of this service was 12.03% and the main mortality (83%, 235 cases) in the ages 45-84 years. The global diagnostic correlation was 62.6%, the main neoplastic diseases were in the G.I. tract and in 60%, the diagnosis were correct and in 40% was a postmortem finding. The main pathology in those 4 services was the same - as the reported for the country.

INTRODUCCION

Desde la mas remota antigüedad, el investigador del --- cuerpo humano ha estado en conflicto con la sociedad. tabus, creencias religiosas sobre reencarnación, horror a la muerte, ideas religiosas, se han conjugado para evitar que el hombre vivo se sirva de sus semejantes enfermos o muertos para aumentar sus conocimientos. Dichos procedimientos pueden ser registrados 3500 años antes de Cristo por los Babilonios, los cuales examinaban las entrañas de los animales para predecir epidemias; asi en el antiguo Egipto el arte de embalsamar fue altamente desarrollado; e Hipocrates lo considero "Un desagradable pero no cruel procedimiento", Erasistratus quien hizo autopsias en Alejandria, primero en describir la cirrosis, -- exalto la utilidad del estudio en fresco de los organos. Sin embargo en el año de 160-230 Tertuliano y San Agustin se opusieron energicamente a la autopsia. En el año 1299 el Papa Bonifacio VIII ordeno no se hirvieran los cuerpos de los muertos en las cruzadas lo cual fue malinterpretado para hacer -- disecciones y necropsias. (1,8,10,11)

Se puede afirmar sin exageración, que la anatomia y patologia nació en la ilegalidad, en la clandestinidad, entre -- temores y argucias para evitar el peligro de excomuni3n, la -- carcel y aun la pena de muerte. (14,15).

La primera autopsia de un cadaver humano bien documentado se efectuó en 1302 por Bartolomeo de Varignana, profesor de medicina, por orden de los tribunales de Bolonia. En la --

edad media, el Papa Sixto IV (1471-1484) concede a las universidades de Bolonia y Padua permiso para abrir cadaveres humanos. A partir del siglo XV la autopsia fue totalmente aceptada por la Iglesia Catolica, pero fue hasta el Renacimiento -- cuando rotos muchos prejuicios y modificada la ideología --- científica, los medicos contra viento y marea decidieron anatómizar y leer en el propio cadaver lo que antes solo podia leerse en obras ingenuas y falaces de los autores clasicos; - asi en el siglo XVI Andres Vesalio el reformador maximo tuvo que robar cadaveres en la obscuridad del cementerio o descolgarlos de las tenebrosas horcas para realizar sus disecciones las cuales publicó en su obra monumental "De humanis corporis fábrica", que fue la primera obra de anatomia verdadera del cuerpo humano y demostró los errores y falcedades de la obra de Galeno. En 1620 Teofilo Bonetus recopiló mas de 3000 autopsias afectuadas por mas de 450 estudiosos entre los que sobresalen Bartholin, Falopio, Fernal, Helmot, Malphigi, Paracelso, Pare, Riolano, Vesalio, etc, publicando su libro "Sepulchretum" con dichos procedimientos; pero fue Giovanni Batista Morgagni(1628-1772) quien estableció la correlación anatomoclínica considerandosele como el fundador de la anatomia patológica como ciencia. (1,4,8,10,12, 15,18).

En el presente siglo ocurren dos hechos contradictorios, durante la primera mitad del siglo la autopsia alcanzo su clímax numerico y se enriquece con los descubrimientos científicos de la microscopia electronica, de transmision, de barrido la inmunohistoquímica, citogenética y cultivo de tejidos. Asi

la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales exigió un mínimo del 20% de autopsias para permitir el funcionamiento hospitalario en los Estados Unidos de América, considerandose a la autopsia como norma de calidad asistencial docente y de investigación. Pero en la segunda mitad del siglo disminuye dramáticamente de manera paradójica por las mismas razones -- que causaron su espectacular auge: los avances tecnológicos, como la tomografía axial computada y la resonancia magnética nuclear que han permitido verdaderas vivisecciones que casi igualan en mucho a los datos de las necropsias, además de los presupuestos estaratósfericos que se requieren; por lo que la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales en 1971 suprimió las autopsias para el reconocimiento, con lo que descendieron en casi todas las instituciones del 70 al 9 y 2 %.

A pesar del claro decaimiento del número de procedimientos, las aportaciones siguen siendo vigentes y de gran valor; la autopsia sigue siendo el procedimiento por medio del cual se sabe la naturaleza exacta de la muerte; así sucesivos descubrimientos y estudios de nuevas enfermedades que nos atañen como el Herpes o síndrome de inmunodeficiencia adquirida han sido posibles gracias a la autopsia lo que comprueba que el valor de la autopsia no ha disminuido. (1,5,8,10,12,18,20).

Se ha mencionado que las autopsias no siempre revelan -- las dudas clínicas y varios argumentos se han descrito: 1-Numerosos trastornos funcionales carecen de expresión morfológica, 2-El estudio post mortem no siempre permite conocer la causa directa de la muerte, 3-La tercera parte de las causas

de muerte subita en niños, la autopsia no aporta ninguna explicación. En contraste con estos argumentos se ha podido señalar que gracias a ella se ha podido identificar enfermedades que producen muerte subita en niños como la neumonia fulminante, fibroelastosis endocardica, miocarditis viral y fibrosis quística del pancreas y el no aclarar dudas se refiere más a la practica de autopsias incompletas o de poca calidad, ya -- que es dificil que una autopsia bien planeada y bien elaborada no contribuya al mejor conocimiento de los fenomenos clínicos. (6,4,14,16,20).

Un punto importante a considerar y como parte del beneficio aportado se encuentra a las enfermedades malignas que son poco diagnosticadas, pero este error es desconocido, como lo demuestra Wellis, patologo clínico en un estudio comparativo clínico-patológico en 578 casos encontró que 36.5% tuvo diagnostico incorrecto de malignidad previo a la muerte. En Australia, Willis reviso 1000 casos de autopsia demostrando 31% con error diagnostico de cancer; en Boston en un estudio de 10 años en 2734 autopsias el 40% tuvieron error diagnostico de cancer por lo que su inclusion del estudio en este trabajo es del interes en nuestro hospital. (2,3,7,9).

Asi el objeto inicial de la autopsia que fue entender y aprender anatomía, actualmente es clave para los estudios de investigación básica y clínica, enriqueciendo notablemente -- los conocimientos de fisiología, bioquimica, biología celular fisiopatología y por supuesto la correlación anatomoclínica, evaluación de procedimientos terapeuticos, medico-quirurgicos,

quimioterapicos, asi como aportación de estadística confiable de mortalidad e identificación de enfermedades congénitas, - procesos infecciosos, metabólicos, acciones toxicas y carcinogenesis de sustancias;asi como a pesar de todas las controversias acerca del estudio post mortem en cuanto a su utilidad y actualidad, la autopsia ha sido y seguira siendo fuente inagotable de nuevos conocimientos, pues el ejercicio de una buena medicina no puede soslayar este procedimiento,por estas razones la correlación clínico-patológico que se logra seguira aportando información valiosa y ejercitando cotidianamente al clínico y patologo en la practica diaria de la profesion - para beneficio del paciente. (1,8,10,13,14,20).

OBJETIVOS:

GENERAL: Realizar la correlación de los diagnósticos de ingreso y causa de muerte efectuados por métodos clínicos, --- comparandolos estos con los obtenidos por estudio anatómopatológico; así como determinar la prevalencia y comportamiento de las neoplasias malignas en los últimos diez años en un hospital general.

ESPECIFICOS:

1.-Determinar las principales causas de mortalidad efectuadas por estudios clínicos y paraclínicos en un hospital general en los últimos 10 años.

2.-Determinar las principales causas de mortalidad efectuadas por estudio histopatológico en 10 años.

3.-Correlacionar los diagnósticos clínicos con los anatómopatológicos y determinar el porcentaje de certeza diagnóstica

4.-Establecer la causa directa de muerte de las últimas 48 horas establecidas tanto en forma clínica como por autopsia y su correlación entre ambos.

5.-Establecer distribución por grupo de edad y sexo de los diferentes padecimientos.

6.-Determinar la prevalencia de neoplasias detectadas previamente y las obtenidas por hallazgo de autopsia, así como su distribución y comportamiento en la última década.

7.-Efectuar la comparación de los resultados obtenidos con reportes nacionales de hospitales con similares características.

MATERIAL Y METODOS

El estudio fue realizado en conjunto los servicios de Medicina Interna y Patología, a travez del analisis de los expedientes clínicos y los protocolos de autopsia efectuados en los ultimos 10 años en el Hospital General Dr. Dario Fernández Fierro del ISSSTE.

GRUPO DE ESTUDIO

Pacientes que fallecieron de 1980 a 1989 que se les realizo estudio anatomopatológico.

CRITERIOS DE INCLUSION

Incluyo todos los estudios postmortem realizados en el servicio de Patología del Hospital Dr. Dario Fernández F. de cadaveres provenientes de los servicios de Medicina Interna, Terapia intensiva, Cirugía General y Urgencias, y que se les halla realizado estudio anatomopatológico completo en el periodo Enero de 1980 a Diciembre de 1989.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Pacientes en edad pediátrica, obitos, causas Obstétricas.

CRITERIOS DE ELIMINACION

Estudios histopatológicos, que aun dentro de los criterios de inclusion no esten completos o no tengan expediente en el archivo del Hospital.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO:

Se realizó la obtención de los datos de causas de muerte - clínicas de los expedientes existentes en el archivo clínico del hospital en el area de defunciones, las cuales fueron --- asentadas en la hoja de recolección de datos. Asi mismo de -- los libros de protocolos de autopsias del servicio de Patología, se analizaron y se obtuvieron los diagnósticos anatomopatológicos asi como las causas principales de muerte, las cuales, como las primeras fueron asentadas en la hoja destinada para este fin; al mismo tiempo se recopiló las causas de --- etiología oncológica que se marco en tres principales categorías de informe: sospecha no confirmada, diagnóstico previo -- bien efectuado y hallazgo de autopsia lo cual fue tambien integrado para su posterior analisis.

Cabe mencionar que como lo marcamos anteriormente el grupo de autopsias estudiadas asi como expedientes clínicos abarcó la ultima decada o sea de 1980 a 1989.

Los diagnosticos anatómicos se tabularon de acuerdo a los siguientes criterios:

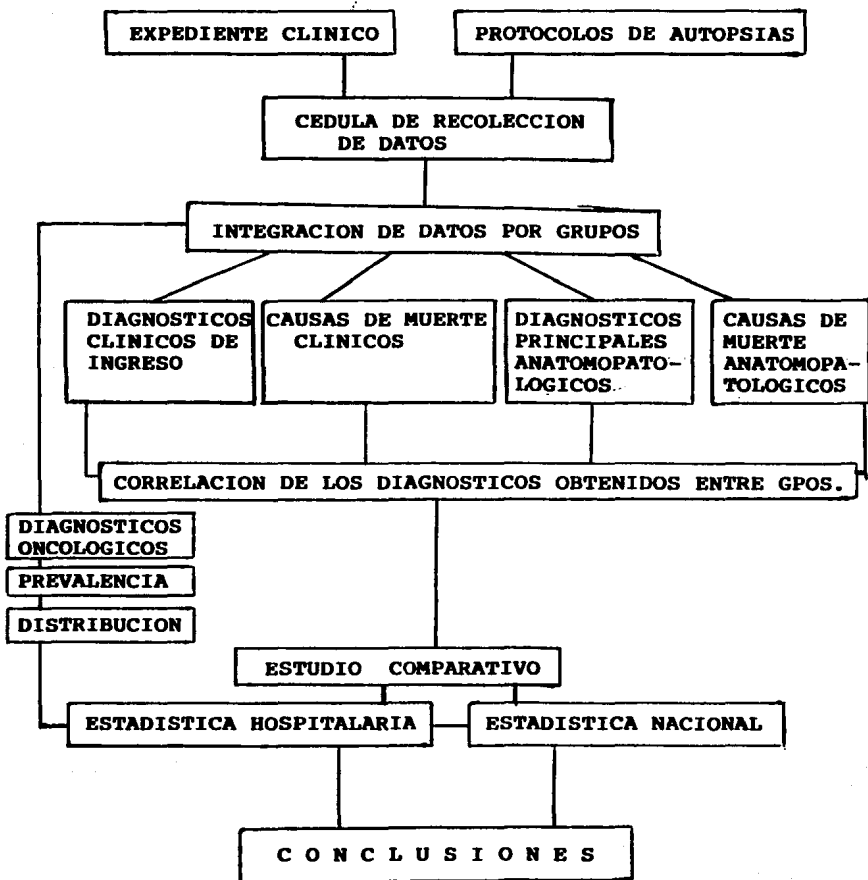
1. Enfermedad o enfermedades que motivaron el internamiento y que explicaron sus sintomas y signos.
2. Enfermedad o enfermedades que sin traducción clínica -- aparente representaron hallazgos relevantes en la autopsia.
3. Enfermedad o enfermedades satisfactoriamente comprobadas en la clínica, que habitualmente no cursan con manifestaciones morfológicas características (p.ej.: Diabetes mellitus,

hemoglobinuria paroxística, post-operatorio complicado)

4. Se omitieron del análisis las lesiones que representaron una complicación habitual de las anteriores como causa principal de diagnóstico, sin embargo si se tomaron en cuenta como causa de muerte principal (como evento final en las ultimas - 48 horas.).

5.-Se omitieron variantes anatomicas sin traducción clínica (p.ejem.:doble sistema ureteral, bazo ectópico o accesorio,diverticulo de meckel, etc.).

6.-Los diagnosticos de post-operatorios complicados en que hubo eventos etiológicos multiples simultaneos demostrados - anatomopatológicamente se engloban en este termino por su dificultad para determinar cual de ellos fue el responsable de la muerte. (11).

DIAGRAMA DE FLUJO:

RESULTADOS

Se analizaron un total de 281 autopsias en un periodo de 10 años que comprendio de 1980 a 1989, correspondiendo por -- servicios a Medicina Interna 177 casos (63.0%), Terapia Intensiva 58 (20.64%), Cirugia General 33 (11.74%) y Urgencias 13 - (4.62%).

Este número de autopsias corresponde al 12.03% de la mortalidad hospitalaria excluyendo a los servicios de Pediatria, Ortopedia y Gineco-Obstetricia, que no fueron incluidos.

La distribución por grupos etareos fueron de 15-24:8 pacientes (2.84%), de 25 a 44:22 (7.82%), de 54 a 64 años:108 - (38.4%), de 65 a 84: 127 pacientes (45.2%) y de 85 a mas años 16 (5.7%), siendo un total de 147 (52.3%) masculinos y 134 - (47.7%) femeninos.

En relación a los diagnósticos clínicos obtenidos al ingreso a los diferentes servicios y que fueron la causa de ingternamiento y hospitalización se enumeran por orden de presentación en la tabla III, siendo 25 patologias las mas relevantes por su frecuencia. Asi mismo la causa directa de muerte - que desencadenó o condicionó el desenlace final por lo menos en las ultimas 24-48 hrs. se enumera en la tabla IV, haciendo la aclaración que las anteriores patologías fueron obtenidas por los metodos clínicos y paraclínicos al alcance de un hospital general y en lagunos casos con estudios de apoyo de tercer nivel.

Uno de los objetivos principales de este estudio fue el establecer las causas principales de muerte determinadas por

estudio anatomopatológico, las cuales se muestran en la tabla V, haciendose un analisis global de las diferentes patologias, para posteriormente analizarse por separado en los diferentes servicios de Medicina Interna, Cirugía general, Terapia intensiva y Urgencias (Tablas V-A, V-B, V-C,V-D); integrandose en la primera tabla a las 25 principales patologias por orden de frecuencia al igual que a las causas determinadas -- clinicamente, tambien se obtuvo las causas directas de muerte en las ultimas horas previas al desceso, mostrandose 15 causas por orden de frecuencia en la Tabla VI.

Un objetivo mas del presente trabajo fue el realizar la detección de neoplasias, incluyendose aspectos de error diagnóstico y grado de certeza obteniendose como se muestra en la tabla VII que la sospecha de enfermedad maligna en la que no se encontro confirmación en el estudio de autopsia fue de -- 20%, lo que equivale a 11 casos; el diagnostico previo certero antes del estudio postmortem se realizo en 27 casos o sea un 60% de 45 casos de cancer detectados, y fueron hallazgo de autopsia 18 casos lo que corresponde a un 40% del total.

La distribución y prevalencia en la ultima decada en la serie mostrada de autopsias del hospital se muestra en la Tabla VIII, siendo las primeras cinco causas: Cancer de cabeza de pancreas, cancer de vias biliares, cancer de higado, cancer gastrico y cancer de prostata.

Por otra parte se realizó la correlación entre los diagnosticos de ingreso obtenidos como se menciona por toda una -

serie de metodos clínicos, laboratorio y gabinete con lo encontrado en la autopsia y a su vez en conocer la prevalencia de las causas directas de muerte entre la clínica y estudio de autopsia valorando de esta manera la concordancia entre si.

Como parte fundamental de este estudio que comprendió 281 autopsias en un hospital general se efectuó la comparación de los diagnosticos obtenidos de manera certera por autopsia con los reportados clínicamente y el analisis tambien entre las causas directas de muerte asi como el hacer la comparación -- con series nacionales similares en este caso hal hacer la comparació con el Hospital General de México de una serie de --- 1000 autopsias de 1980, como se muestra en las Tablas IX, X, - XI. (11).

Por ultimo se muestra el porcentaje de certeza diagnóstica al hacer el analisis clínico y lo reportado por la autopsia y esto es mostrado en la Tabla XII.

TABLA I - DISTRIBUCION DE AUTOPSIAS ESTUDIADAS POR SERVICIOS EN EL PERIODO 1980 - 1989. EN EL HOSPITAL GENERAL DR. DARIO FERNANDEZ F. - ISSSTE

Servicio	Número	%
MEDICINA INTERNA	177	63.0
TERAPIA INTENSIVA	58	20.6
CIRUGIA GENERAL	33	11.7
URGENCIAS	13	4.6
T O T A L	281	100.0

Fuente: Archivo clínico de defunciones
1980-89. Protocolos de autopsias
de Patología 1980-89. Hosp. gral.
Dr. Dario Fernández F. ISSSTE.

TABLA II- DISTRIBUCION DE AUTOPSIAS POR GRUPOS ETAREOS

GRUPO ETAREO	MASCULINO	FEMENINO	SUB TOTAL	%
15-24	5	3	8	2.84
25-44	10	12	22	7.83
45-64	59	49	108	38.43
65-84	67	60	127	45.20
85 a mas	6	10	16	5.70
T O T A L E S	147 (52.3%)	134 (47.7%)	281	100.0

Fuente: Archivo clínico de defunciones 1980-89. Protocolos de Autopsias de Patología 1980-89. Hosp. Gral. Dr. Dario Fernández F. - ISSSTE.

TABLA III - DIAGNOSTICOS CLINICOS PRINCIPALES AL INGRESO
EN EL PERIODO 1980-89.

E N F E R M E D A D	# DE CASOS
1. DIABETES MELLITUS	91
2. ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	37
a)-TROMBOTICO	25
b)-HEMORRAGICO	12
3. HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	32
4. CIRROSIS HEPATICA	32
5. NEUMONIAS	27
6. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	26
7. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	16
8. ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	14
9. POST OPERATORIO COMPLICADO	12
10. CANCER HEPATICO	11
11. CARDIOPATIA REUMATICA	8
12. INSUFICIENCIA CARDIACA	7
13. ESTADO HIPEROSMOLAR	7
14. NECROBIOSIS DIABETICA	7
15. MENINGOENCEFALITIS	6
16. TROMBOEMBOLIA PULMONAR	6
17. OCLUSION INTESINAL	6
18. INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	5
19. CANCER GASTRICO	5
20. PANCREATITIS AGUDA	4
21. ICTERICIA	4
22. CANCER DE VIAS BILIARES	4
23. ENCEFALOPATIA HEPATICA	3
24. CANCER DE PROSTATA	3
25. ABSCESO HEPATICO AMIBIANO	3

TABLA -IV- CAUSA DIRECTA DE LA MUERTE DETERMINADA
CLINICAMENTE EN EL PERIODO 1980 - 89.

E N F E R M E D A D	# DE CASOS
1. NEUMONIA DE FOCOS MULTIPLES	34
2. CHOQUE HIPOVOLEMICO	29
3. CHOQUE SEPTICO	29
4. TRANSTORNOS ACIDO-BASE	24
5. DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO	19
6. SINDROME UREMICO	17
7. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	15
8. ENCEFALOPATIA HEPATICA AVANZADA	11
9. TRANSTORNOS DEL RITMO CARDIACO	10
10. EDEMA CEREBRAL	10
11. EDEMA AGUDO PULMONAR	7
12. TROMBOEMBOLIA PULMONAR	6
13. INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	6
14. CHOQUE CARDIOGENICO	6
15. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	5
16. COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA	5
17. PERITONITIS	5
18. INSUFICIENCIA CARDIACA	5

Fuente: Archivo clínico de defunciones 1980-89
 Protocolo de autopsias de Patología 1980-
 89. Hosp. Gral. Dr. Dario Fernández-ISSSTE.

TABLA - V: CAUSAS PRINCIPALES DE MORTALIDAD GLOBAL DETERMINADA POR AUTOPSIA EN EL PERIODO 1980 -89.

E N F E R M E D A D	# DE CASOS
1. DIABETES MELLITUS	76
2. ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	34
a).HEMORRAGIA CEREBRAL	16
b).EMBOLIA CEREBRAL	11
c).HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA	4
d).TROMBOSIS DEL SENO LONGITUDINAL	7
3. CIRROSIS HEPATICA	30
4. NEUMONIAS	18
5. PANCREATITIS AGUDA	18
6. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	16
7. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	16
8. COLECISTITIS-COLEDOCOLITIASIS	14
9. POST OPERATORIO COMPLICADO	13
10. CARDIOPATIA REUMATICA	10
11. ULCERA GASTRICA	9
12. CANCER DE PANCREAS	8
13. TUBERCULOSIS PULMONAR	8
14. PIELONEFRITIS AGUDA	7
15. E. P. O. C.	7
16. CANCER DE VIAS BILIARES	7
17. MENINGITIS	6
18. PERITONITIS	5
19.ABSCESO RENAL-PERIRENAL	5
20.ABSCESO HEPATICO AMIBIANO	5
21. TROMBOEMBOLIA PULMONAR	5
22. CANCER GASTRICO	4
23. NECROBIOSIS DIABETICA	4
24. BRONQUIECTASIAS INFECTADAS	4
25. CANCER HEPATICO	4

TABLA - V-A: CAUSAS PRINCIPALES DE MUERTE DETERMINADA POR
AUTOPSIA Y SERVICIOS EN EL PERIODO 1980-89

MEDICINA INTERNA

E N F E R M E D A D	# DE CASOS
1. DIABETES MELLITUS	57
2. CIRROSIS HEPATICA	24
3. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	15
4. NEUMONIAS	12
5. HEMORRAGIA CEREBRAL	12
6. EMBOLIA CEREBRAL	9
7. COLECISTITIS CRONICA LITIASICA	9
8. PANCREATITIS AGUDA	8
9. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	8
10. ULCERA PEPTICA	7
11. CARDIOPATIA REUMATICA	6
12. CANCER DE PANCREAS	6
13. TUBERCULOSIS PULMONAR	6
14. ABSCESO RENAL- PERIRENAL	5
15. CANCER DE VIAS BILIARES	5
16. PIELONEFRITIS AGUDA-CRONICA	5
17. E.P.O.C.	5
18. NECROBIOSIS DIABETICA	4
19. TROMBOEMBOLIA PULMONAR	4
20. HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA	4
21. CANCER GASTRICO	3
22. TROBOSIS DEL SENOS LONGITUDINAL	3
23. CANCER HEPATICO	3
24. VARICES ESOFAGICAS ROTAS	3
25. ABCESO HEPATICO AMIBIANO	3

TABLA -V-B CAUSAS PRINCIPALES DE MUERTE DETERMINADA POR
AUTOPSIA Y SERVICIO EN EL PERIODO 1980 - 89.

TERAPIA INTENSIVA

E N F E R M E D A D	# DE CASOS
1. DIABETES MELLITUS (Edo. Hiperosmolar cetoacidosis).	11
2. PANCREATITIS AGUDA	6
3. NEUMONIAS	6
4. POST OPERATORIO COMPLICADO	6
5. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	4
6. CARDIOPATIA REUMATICA	4
7. HEMORRAGIA CEREBRAL	4
8. MENINGITIS PURULENTA	3
9. CIRROSIS HEPATICA	3
10. EMBOLIA CEREBRAL	2
11. ABSCESO HEPATICO AMIBIANO	2
12. PIROCOLECISTO	2
13. PIELONEFRITIS AGUDA	2

**TABLA-V-C: CAUSAS PRINCIPALES DE MUERTE DETERMINADO POR
AUTOPSIA Y SERVICIO EN EL PERIODO 1980-89.**

CIRUGIA GENERAL

E N F E R M E D A D	# DE CASOS
1. POST OPERATORIO COMPLICADO	5
2. PANCREATITIS AGUDA	4
3. DIABETES MELLITUS COMPLICADA	3
4. PERITONITIS	2
5. CIRROSIS HEPATICA	2
6. CANCER DE VIAS BILIARES	2
7. CANCER DE INTESTINO DELGADO	1
8. CANCER DE PANCREAS	1
9. NECROBIOSIS DIABETICA	1
10. TUBERCULOSIS PULMONAR	1
11. EMBOLIA GRASA	1
12. PIOCOLECISTO	1
13. TROMBOSIS DE LA AORTA	1
14. PIELONEFRITIS	1
15. TROMBOSIS CAROTIDEA	1
16. CANCER HEPATICO	1
17. HIPOPLASIA DE MEDULA OSEA	1
18. LEUCEMIA AGUDA	1

TABLA - V-D: CAUSAS PRINCIPALES DE MUERTE DETERMINADAS POR
AUTOPSIA Y SERVICIO EN EL PERIODO 1980 - 89.

URGENCIAS

E N F E R M E D A D	# DE CASOS
1. DIABETES MELLITUS	5
2. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	4
3. EMBOLIA CEREBRAL	1
4. CIRROSIS HEPATICA	1
5. MENINGITIS	1
6. SEPTICEMIA	1
7. E. P. O. C.	1
8. CANCER DE PARTES BLANDAS	1

**TABLA - VI- CAUSA DIRECTA DE MUERTE GLOBAL DETERMINADA POR
AUTOPSIA EN EL PERIODO 1980 - 89.**

E N F E R M E D A D	# DE CASOS
1. NEUMONIAS (Focos multiples, por aspiracion, Hipoestasis, etc)	34
2.-PERITONITIS GENERALIZADA	27
3. CHOQUE HIPOVOLEMICO	18
4. SEPTICEMIA	14
5. EDEMA AGUDO PULMONAR	11
6. EDEMA CEREBRAL	10
7. HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA	8
8. INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	8
9. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	6
10. TROMBOEMBOLIA PULMONAR	5
11. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	5
12. TROMBOSIS MULTIPLE	5
13. INSUFICIENCIA CARDIACA	4
14. TROMBOSIS DEL SENOS LONGITUDINAL	3
15. TAMPONADE	3

**TABLA - VII- PREVALENCIA DE CANCER EN EL ESTUDIO CLINICO
Y ANATOMOPATOLOGICO**

	# DE CASOS	%
SOSPECHA DE MALIGNIDAD NO CONFIRMADA	11	20.0
DIAGNOSTICO PREVIO CERTERO	27	60.0
HALLAZGO DE AUTOPSIA	18	40.0

Fuente: Archivo clínico de defunciones 1980-89
Protocolos de autopsias de 1980-89 Hosp.
Gral. Dr. Dario Fernández F.-ISSSTE.

**TABLA-VIII-DISTRIBUCION POR ORGANOS AFECTADOS EN ORDEN DE
FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN RELACION A CANCER
EN EL PERIODO 1980 - 89.**

O R G A N O	# DE CASOS	%
1. CANCER DE PANCREAS	8	17.7
2. CANCER DE VIAS BILIARES	7	15.5
3. CANCER DE HIGADO	5	11.1
4. CANCER GASTRICO	4	8.8
5. CANCER DE PROSTATA	4	8.8
6. CANCER DE OVARIO	2	4.4
7. LEUCEMIAS	2	4.4
8. SARCOMA DE KAPOSI	2	4.4
9. MESOTELIOMA MALIGNO	2	4.4
10. CANCER BRONCOGENICO	1	2.2
11. CANCER DE TIROIDES	1	2.2
12. CANCER DE COLON	1	2.2
13. CANCER RENAL	1	2.2
14. CANCER VESICAL	1	2.2
15. CANCER DE MAMA	1	2.2
16. CARCINOIDE DE ILEON	1	2.2
17. SARCOMA DE PARTES BLANDAS	1	2.2
18. NO DETERMINADO	1	2.2
T O T A L	45	100.0

TABLA -IX - PREVALENCIA DE LOS DIAGNOSTICOS DETERMINADOS CLINICAMENTE VS LOS OBTENIDOS POR AUTOPSIA (PERIODO 1980-89)

DIAGNOSTICOS CLINICOS	DIAGNOSTICOS ANATOMOPATOLOGICOS
1. DIABETES MELLITUS	1. DIABETES MELLITUS
2. ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	2. ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR
3. HIPERTENSION ARTERIAL	3. CIRROSIS HEPATICA
4. CIRROSIS HEPATICA	4. NEUMONIAS
5. NEUMONIAS	5. PANCREATITIS AGUDA
6. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	6. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO
7. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	7. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
8. E. P. O. C.	8. COLECISTITIS- COLEDOCOLITIASIS
9. POST OPERATORIO COMPLICADO	9. POST OPERATORIO COMPLICADO
10. CANCER HEPATICO	10. CARDIOPATIA REUMATICA
11. CARDIOPATIA REUMATICA	11. ULCERA GASTRICA
12. INSUFICIENCIA CARDIACA	12. CANCER DE PANCREAS
13. ESTADO HIPEROSMOLAR	13. TUBERCULOSIS PULMONAR
14. NECROBIOSIS DIABETICA	14. PIELONEFRITIS AGUDA
15. MENINGOENCEFALITIS	15. E.P.O.C.
16. TROMBOEMBOLIA PULMONAR	16. CANCER DE VIAS BILIARES
17. OCLUSION INTESTINAL	17. MENINGITIS
18. INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	18. PERITONITIS
19. CANCER GASTRICO	19. ABSCESO RENAL-PERIRENAL
20. PANCREATITIS AGUDA	20. ABSCESO HEPATICO AMIBIANO

**TABLA - X - PREVALENCIA DE CAUSAS DIRECTAS DE MUERTE DETERMINADAS CLINICAMENTE
VS. LOS OBTENIDOS POR AUTOPSIAS (PERIODO 1980-89)**

DIAGNOSTICOS CLINICOS	DIAGNOSTICOS ANATOMOPATOLOGICOS
1. NEUMONIA DE FOCOS MULTIPLES	1. NEUMONIA DE FOCOS MULTIPLES
2. CHOQUE HIPOVOLEMICO	2. PERITONITIS GENERALIZADA
3. CHOQUE SEPTICO	3. CHOQUE HIPOVOLEMICO
4. TRANSTORNOS ACIDO-BASE	4. SEPTICEMIA
5. DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO	5. EDEMA AGUDO PULMONAR
6. SINDROME UREMICO	6. EDEMA CEREBRAL
7. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	7. HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA
8. ENCEFALOPATIA HEPATICA	8. INSUFICIENCIA RENAL AGUDA
9. TRANSTORNOS DEL RITMO CARDIACO	9. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA
10. EDEMA CEREBRAL	10. TROMBOEMBOLIA PULMONAR
11. EDEMA AGUDO PULMONAR	11. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO
12. TROMBOEMBOLIA PULMONAR	12. TROMBOSIS MULTIPLE
13. INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	13. INSUFICIENCIA CARDIACA
14. CHOQUE CARDIOGENICO	14. TROMBOSIS DEL SENOS LONGITUDINAL
15. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	15. TAPONAMIENTO CARDIACO
16. COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA	16. TAPONAMIENTO CARDIACO

TABLA- XI- ANALISIS COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR AUTOPSIA EN EL HOSPITAL GRAL. DR DARIO FERNANDEZ DEL ISSSTE CON UNA SERIE DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO DE LA S.S. A.

HOSP. GRAL. DR. DARIO FERNANDEZ-ISSSTE	HOSPITAL GENERAL DE MEXICO - S.S.A.
1. DIABETES MELLITUS	1. CIRROSIS HEPATICA
2. ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	2. TUBERCULOSIS
3. CIRROSIS HEPATICA	3. DIABETES MELLITUS
4. NEUMONIAS	4. PANCREATITIS AGUDA
5. PANCREATITIS AGUDA	5. PIELONEFRITIS CRONICA
6. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	6. CARDIOPATIA HIPERTENSIVA
7. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	7. ENFERMEDAD DE VIAS AEREAS PEQUENAS
8. COLECISTITIS-COLEDOCOLITIASIS	8. CARDIOPATIA REUMATICA
9. POST OPERATORIO COMPLICADO	9. LEUCEMIAS
10. CARDIOPATIA REUMATICA	10. ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL
11. ULCERA GASTRICA	11. ATEROESCLEROSIS
12. CANCER DE PANCREAS	12. COLECISTITIS
13. TUBERCULOSIS PULMONAR	13. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
14. PIELONEFRITIS AGUDA	14. TUMORES INTRACRANEANOS
15. E.P.O.C.	15. CANCER BRONCOGENICO
16. CANCER DE VIAS BILIARES	16. CISTICERCOSIS
17. MENINGITIS	17. PANCREATITIS CRONICA
18. PERITONITIS	18. LINFOMAS
19. ABSCESO RENAL-PERINEAL	19. CANCER GASTRICO
20. ABSCESO HEPATICO AMIBIANO	20. CANCER CERVICOUTERINO

**TABLA -XII- PORCENTAJE DE CERTEZA DIAGNOSTICA ENTRE
CLINICA Y AUTOPSIA**

CERTEZA DIAGNOSTICA	# DE CASOS	%
SE LLEGO AL DIAGNOSTICO	176	62.63
NO SE LLEGO AL DIAGNOSTICO CORRECTO	105	37.37
T O T A L	281	100.0%

CONCLUSIONES:

En base a los resultados obtenidos tenemos que, analizando la tabla I es clara la mayor cantidad de autopsias por parte del servicio de Medicina Interna, esto primordialmente por el tipo de padecimientos que se manejan en donde el estudio -- postmortem es de gran valor para confirmar o esclarecer dudas diagnosticas, asi mismo las edades de los pacientes que como -- se muestra en la tabla II son avanzadas, siendo el grupo de ma yor incidencia entre los 45-84 años correspondiendo a 235 de -- 281 casos lo que equivale al 83.6% del total, lo que los carac teriza por su polipatología por las complicaciones crónicas -- obvias de la edad o repercusión de un padecimiento crónico o -- degenerativo.

Despues de analizar un total de 281 autopsias en los ulti mos 10 años pudimos establecer las principales causas de ingre so , desde el punto de vista clínico, llamando la atención que la Diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular (oclusivo o -- hemorrágico), la hipertensión arterial, cirrosis hepatica, neu monias, insuficiencia renal crónica e infarto agudo de miocar dio ocupan los primeros lugares como causa clínica de hospita lización; y al realizar la correlación con las causas reales -- determinadas anatomopatológicamente en la autopsia correlacio naron en un alto porcentaje, con pocas variaciones, lo que nos da una idea de que se lleva a cabo un buen diagnóstico en la -- gran mayoría de los pacientes, ligeramente superior a lo repor tado para la media general siendo esto mostrado en la tabla --

XII, donde se indica que se llego de manera global al diagnosico certero en un 62%.

Por otro lado también se estudio por servicios las causas directas de muerte, de manera global guardan clinicamente un - patron similar en relación a procesos infecciosos complicados como fueron la sepsis, neumonia de focos multiples, peritonitis (post-operatoria, post-dialisis o primaria) y por otro lado alteracion en el equilibrio ácido-base o hidroelectrolítico asi como falla respiratoria secundaria a la patología de base; al hacer la correlación con lo determinado en la autopsia en este rubro hubo concordancia en relación a que los procesos infecciosos fueron los desencadenantes finales de la muerte en una considerable mayoria de padecimientos; sin embargo es de notar que poco se diagnostica en los momentos finales a la hemorragia subaracnoidea, tromboembolia pulmonar, trombosis multiple, trombosis del seno longitudinal, lo que nos debe alertar para tomar en cuenta estas patologías y en lo posible prevenirlas, y por el otro lado a los procesos infecciosos para ser mas cuidadosos en las tecnicas de asepsia o en el uso racional y adecuado de los antibioticos. Analizando por servicios y englobando el patron general que guardaron las causas finales y reales de muerte encontramos que las neumonias complicadas (focos multiples, estasis prolongada, intrahospitalarias, por broncoaspiración), asi como la peritonitis ocupo junto con la septicemia y choque hipovolemico un lugar primordial, sobre todo en servicios quirúrgicos, y que a pesar de los nuevos antibioticos de amplio espectro y generación no se ha logrado abatir los proce...

ses sépticos y siguen haciendo estragos en los recursos materiales, financieros y en la morbimortalidad de nuestro hospital

Al mismo tiempo se realizó un análisis comparativo con estadística confiable de un trabajo similar del Hospital General de México de la SSA, en donde asiste clase media y nivel bajo del país comparandose 20 causas principales de mortalidad, llamando la atención que en nuestra serie hospitalaria la tuberculosis pulmonar no ocupó un lugar similar, sin embargo esto es justificable por atender en ese hospital población de mas bajos recursos y otra diferencia de notar es que las neoplasias guardaron otra relación siendo importantes en el Hospital General de México la leucemia, cancer broncogénico, los linfomas y el cancer cervicouterino como causa primaria de muerte, sin embargo el resto de las patologías en terminos generales guardaron una distribución similar a lo reportado en nuestro hospital. (11)

Finalmente en la prevalencia de cancer en el estudio de autopsia ocupó el primer lugar en cancer de pancreas, seguido por vias biliares, hígado y gástrico, notandose que las neoplasias del tubo digestivo ocupan un lugar importante en relación con los demas organos, sin embargo es de aclarar que las neoplasias como el cancer cervicouterino no figura entre las primeras causas por no haberse estudiado al servicio de Ginecología y obstetricia, y por otro lado al realizar la comparación con la serie del Registro Nacional del Cancer en México no existio correlación aunque sí estan incluidos los organos afectados encontrados en nuestro hospital dentro de las principales neo-

plasias, siendo rebasadas por cancer cervicouterino, de mama ovario, linfomas, prostata, leucemias, cancer de pulmón, vejiga etc. sin embargo es justificable el no encontrar correlación por ser grupos de estudio muy heterogeneos en cuanto a características, magnitud y tipo de población estudiado. Es importante mencionar que existe buen porcentaje de certeza diagnóstica en enfermedades malignas (60%) en este estudio, sin embargo aun no son diagnosticados y son encontrados como hallazgo de autopsia en un 40%. En la sospecha no confirmada del total de estudiados, 11 casos fueron no diagnosticados como total (20%) lo que evidencia que el sobrediagnostico de enfermedad maligna no ha sido irracional. (17)

Para concluir diremos que despues de analizar los datos obtenidos, una aportación de la autopsia es el conocer de una manera real y precisa los diagnósticos del paciente lo cual plantea una estrategia de salud y canalización de recursos mas acorde y racional, asi mismo permite conocer de una manera mas concreta la problematica actual o por lo menos en la ultima de cada en nuestro hospital en las areas estudiadas (Medicina interna, Terapia intensiva, Cirugía y Urgencias). Por otro lado los datos aportados anatomopatologicamente correlacionados con los diagnósticos clínicos efectuados en vida indicaran al médico si hubo un adecuado estudio o si hubo errores y el porque de estos errores, sabiendo de antemano que aun en los mejores hospitales el error varia de 20 al 60% por lo que la autopsia se convierte en el mejor control de calidad del ejercicio de la medicina, que debemos revitalizarlo y enriqueciendo para beneficio final en el paciente. (2,9).

B I B L I O G R A F I A

- 1.-Aguirre, J, Contreras, R., Gonzalez, A., Benitez, L. La autopsia: ¿Un procedimiento que ha pasado de moda?. Gacet Med Mex. -- Sept-Oct 1987; 124:9-10.
- 2.-Buer, F., Santey, R. An Autopsy Study of Cancer Patients. JAMA Vol 221, No.13, Sept 25, 1972.
- 3.-Cisneros, M., Espinoza, R., Pineda, B., Gonzalez, A. Mortalidad - por Cancer de la Mujer Mexicana, Salud Pública de Mex. Vol 29. Jul-Ag. 1987, 299-312.
- 4.-Drsey, DB., Limited autopsies; dified benefits., limited costs. Arch Pathol Lab Med, 1984; 108:469-472.
- 5.-Flores, B.: La Practica de la Autopsia en la enseñanza de la medicina; Gacet Med Mex, 1977; 113:95.
- 6.-Friederich, HR., Sebastian, M: Autopsies in a modern teaching hospital: a review of 2537 cases. Arch Pathol Lab Med. 1984; 108:518-521.
- 7.-Gobbato F, Vecchiet F, Barbiertato D. et al: In accuracy of - death certificate diagnosis in malignancy: An analysis of 1405 autopsied cases. Hum Pathol. 1982; 13:1036-1038.
- 8.-Goldman L., Sayson R., Robbins S., The value of the autopsy in three medical eras. N Engl J Med. 1983; 308:1000-1005.
- 9.-Kenneth, C, Leon, L., Yermakov, V; Cancer and Old Age., Cancer, 33, Abril 1974.
- 10.-King. DW: Potential of the autopsy. Arch Pathol Lab Med. - 1984, 108: 439-443
- 11.-Larrazza, H., Manrique, O, Mota, MA, Magueo, JM., Patología del - subdesarrollo: Analisis comparativo de la Mortalidad en el Hospital General., Ciencia, 34, 1983. 201-220.
- 12.-Lundberg GB.: The Archives of Pathology and Laboratory Medicine and the autopsy. JAMA , 1984; 252:390-392.
- 13.-Mc Farlane, A.: The "Epidemiology Necropsy": Unxpected Detec tions, Demografic, Selections and the Changing Rats of Lung Cancer., Clin Res, 1985, 33:269-A.

- 14.-Mc Phee,S.,Bottles,K.,Autopsy:Moribund Art o Vital Science,The Am Jour Med. 1985,78.
- 15.-Perez Tamayo,R.:Sobre los origenes de la anatomia patológica.Patología. 1985;23:77.
- 16.-Puxty,J,Horm,MA.Fox,RA:Necropsies in the elderly. Lancet,1983;I:1262-1264.
- 17.-Registro Nacional del Cancer.Resultados en la Ciudad de México durante 1987;Dirección General de Estadística,SSA.
- 18.-Sandritter W.,Staeudiger M.,Drexler,H.:Autopsy and Clinical Diagnosis.Pathol Res Pract 1980;168:107-114.
- 19.-Shapiro MJ.:Reimbursement for autopsies:a personer view, Arcc Pathol Lab Med, 1984; 108:473-474.
- 20.-Wisler RW, :The value of the autopsy for , understanding cardiovascular disease. Arch Patol Lab med. 1984; 108:479-483.