

11224 25
2ej-



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**



Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado
Dirección General de Servicios Médicos
del Departamento del Distrito Federal
Dirección de Enseñanza e Investigación
Subdirección de Enseñanza
DEPARTAMENTO DE POSGRADO
Curso Universitario de Especialización
en:
Medicina del Enfermo en Estado Critico

**CIUDAD DE MEXICO
Servicios DDF
Médicos**

**LA AUTOPSIA COMO COINCIDENCIA DE
CERTEZA DIAGNOSTICA EN LAS UNIDADES
DE TERAPIA INTENSIVA**

**TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA
P R E S E N T A :
DR. FELIPE DE JESUS REYES MANI
PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL
ENFERMO EN ESTADO CRITICO**

Director de Tesis: Dr. René Martín Huerta Valerio

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1992



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

	PAG.
INTRODUCCION.....	1
MATERIAL Y METODO.....	4
RESULTADOS.....	5
DISCUSION.....	19
CONCLUSIONES.....	24
RESUMEN.....	25
BIBLIOGRAFIA.....	26

INDICE DE TABLAS

	PAG.
TABLA I : EXPEDIENTES REVISADOS.....	9
TABLA II : EXPEDIENTES DE PADECIMIENTOS TRAUMATICOS	10
TABLA III : SISTEMAS LESIONADOS	13
TABLA IV : DIAGNOSTICOS CLINICOS PRINCIPALES EN LA UTI.....	14
TABLA V : DIAGNOSTICOS CLINICOS SECUNDARIOS EN LA UTI.....	15
TABLA VI : DIAGNOSTICOS PRINCIPALES EMITIDOS POR ANATOMIA PATOLOGICA.....	16
TABLA VII : DIAGNOSTICOS FRECUENTEMENTE USADOS POR EL SERVICIO DE PATOLOGIA	17
TABLA VIII : RELACION DE LA COINCIDENCIA ENTRE DIAGNOSTICOS SECUNDARIOS.....	18

INDICE DE GRAFICAS

PAG.

GRAFICA 1 : DISTRIBUCION POR SEXO Y EDAD.....11

GRAFICA 2 : PORCIENTO EN RELACION AL SEXO.....12

INDICE DE FIGURAS

PAG.

FIGURA I : HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

UTI, PATOLOGIA.....23

INTRODUCCION.

En los Hospitales de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, se practican autopsias con distintos fines: Médicos, Experimentales, Científicos, Legales, de Investigación, etc. Sin embargo, no se ha establecido la correlación clínico-patológica respecto a los pacientes que fallecen en las Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Es necesario entonces, estructurar un protocolo de estudio para determinar la coincidencia de certeza diagnóstica en esos pacientes, considerando los diagnósticos clínicos contra el diagnóstico histopatológico.

ANTECEDENTES.

La autopsia es un procedimiento antiguo, agradecemos a King y Meehan la búsqueda de su origen en la historia, misma que se remonta aproximadamente al año 3,500 A.C. (1,2). Cuando los egipcios tenían ya conocimiento en el embalsamamiento de cadáveres. En la antigua Grecia, el estudio de la anatomía de los seres vivos fué parte importante de las ciencias médicas y jugó un pequeño papel en la temprana teoría de Greek, que intentaba explicar las enfermedades por medio de alteraciones de los humores; sin embargo, esta teoría no enfatizaba la importancia de las estructuras anatómicas y sus cambios morfológicos (2,3).

En el siglo III A.C. Erasistratus investigó la patología del hígado, observando que un hombre muerto de hidropesía tenía el hígado duro como una roca, en cambio, otro que había muerto por mordedura de serpiente era de consistencia blanda.

En el período medieval tardío existen algunas referencias sobre la realización de autopsias (3,4,5).

Roger y Almod de Villanova, en el siglo XIII recomendaban el estudio de autopsias. Durante el renacimiento (siglo XV) Antonio Benivieni médico de Florencia, promovió la práctica de autopsias y el estudio de las mismas. Teófilo Bonetus recopiló los reportes de autopsias de los siglos XVI y XVII, publicando después su obra: "El Sepulcro", compendio de aproximadamente 3,000 autopsias distribuidas en tres volúmenes.

Queda a G.B. Morgagni el honor de haber establecido la relación clínico-patológica de las autopsias. Rokitanski efectuó cerca de 30,000 autopsias y ha sido probablemente el más capaz de los patólogos, en la historia de la medicina, antes de la era del microscopio.

Virchow en el siglo XIX y Osler en el siglo XX, lograron grandes adelantos en la rama de la patología, en el Simposium publicado en: The Journal of American Medical Association se expresó; "La autopsia en los últimos 100 años ha sido el más importante instrumento de la investigación de las enfermedades y sus manifestaciones clínicas (5,6).

En apoyo a esta aseveración la sociedad ha modificado -- las leyes referente al uso de cadáveres para la investigación, en México hasta hace algún tiempo, la autorización de las autopsias estuvo a cargo del estado regidas por una ley común, - en los casos no legales la autopsia podía ser autorizada por familiares directos. Actualmente debido a la creación de programas de donación de órganos y tejidos, los cadáveres son utilizados tanto para este fin como para establecer las causas - de la muerte.

MATERIAL Y METODO.

En el presente estudio se analizan en forma retrospectiva, transversal y descriptiva, los expedientes de los enfermos que ingresaron a las Unidades de Terapia Intensiva de los Hospitales: General Balbuena y General Villa, de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, en el periodo comprendido del primero de Enero al treinta de Junio de mil novecientos noventa.

Se incluyeron los expedientes de enfermos de ambos sexos con edades comprendidas entre los 17 a 60 años, con diagnósticos de padecimientos médico traumáticos, y estancia en la UTI. mayor de 24 hrs. Se excluyeron los expedientes de enfermos que fallecieron y no se les efectuó autopsia, también todos aquellos con diagnóstico de padecimiento médico no traumático, quedando eliminados los expedientes de los enfermos con diagnóstico no aclarados, también aquellos que fueron incompletos, finalmente aquellos con diagnóstico clínico y dictamen de protocolo de autopsias ilegibles.

La recolección de datos fué tabulada en hojas especiales en donde se consignó: número progresivo, número de expediente edad, sexo, diagnóstico de ingreso de tipo médico o traumático, lesión de sistema u órgano afectado, la causa sindrómica de defunción, causa específica de defunción, se efectuó -- clasificación de los diagnósticos emitidos y comparados con -- de la Organización Mundial de la Salud (OMS), (7,8).

RESULTADOS.

Se revisaron 358 expedientes de los enfermos que ingresaron a las Unidades de Terapia Intensiva de los hospitales en estudio: Hospital General Balbuena y Hospital General Villa, del primero se revisaron 169 expedientes, de éstos 89 -- fueron de padecimientos médicos y 80 de tipo traumático; del segundo 189 expedientes, 102 fueron de padecimiento médico y 87 de tipo traumático. (Tabla I).

En el estudio solo se incluyeron expedientes con diagnóstico de tipo médico traumático, de un total de 167 casos; 80 se excluyeron, 45 se eliminaron y solo 42 se incluyeron como base en este estudio, (Tabla II); 39 expedientes incluidos en el estudio pertenecieron al sexo masculino y solo 3 al femenino, con una relación de 13 a 1. La edad mínima fué de 17 años y la máxima de 60 años, con una media de 33.92 años, con desviación estandar de 12.25. La distribución por edad y sexo se detalla en la Gráfica 1. El porcentaje en relación al sexo se observa en la Gráfica 2. El promedio de estancia en la UTI fué de 5.57 días con desviación estandar de 4.2.

De los 42 expedientes incluidos en el estudio, se observó que los órganos o sistemas más lesionados en orden y número de frecuencia fueron: Sistema nervioso 24 casos, Aparato digestivo 12 casos, Tórax y Cuello 5 casos, Columna vertebral y Cadera 1 caso, Extremidades inferiores 1 caso (Tabla III).

Durante la confrontación entre los diagnósticos clínicos de egreso de la UTI y anatomopatológicos se observaron aspectos específicos como: la poca congruencia entre los diagnósticos clínicos y anatomopatológicos, por lo cual se decidió formar cinco grupos de diagnósticos llamados: Diagnósticos Principales, definiéndose este como: Aquel padecimiento con afección a órgano o sistema donde se originaron las alteraciones fisiopatológicas y que fueron determinantes para la muerte. Estos cinco grupos de diagnósticos clínicos se detallan en la Tabla IV.

De estos cinco grupos, el de mayor frecuencia fué el relacionado a Trauma Encefalocraneal, en segundo lugar el Trauma Abdominal, el Trauma Torácico y de Cuello en tercer lugar, en cuarto lugar el Trauma de Columna Vertebral y Cadera, y por último Trauma de Extremidades Inferiores. Para la integración de estos Diagnósticos Principales no se tomaron en cuenta causas contribuyentes o secundarias, definiéndose estas como: las complicaciones de la enfermedad principal, así como otras enfermedades no relacionadas al diagnóstico de ingreso.

Las principales causas secundarias en orden de frecuencia constatadas en el diagnóstico clínico son: Edema cerebral, Fracturas costales (tórax inestable), Choque hipovolémico, Lesión de grandes vasos sanguíneos abdominales, Sepsis abdominal, Hematoma subdural, Bronconeumonía, Hemorragia subaracnoidea, Acidosis metabólica, entre otras. (Tabla V).

Los diagnósticos anatomopatológicos se dividieron en dos grupos, para realizar la determinación de la coincidencia --- diagnóstica; en el primer grupo se incluyó el dictamen general del resultado de la autopsia, clasificándose en grupos de lesiones que afecten a sistemas generales como son: Sistema nervioso central, Aparato digestivo, Tórax y Cuello, Columna vertebral y Pélvis, entre estos uno específico fué el de Bronqu coastpiración. (Tabla VI).

En el segundo grupo de diagnósticos emitidos en los dictámenes del protocolo de autopsias, se encuentran en orden de frecuencia: Edema cerebral, Hemorragia subaracnoidea, Bronconeumonía, Fracturas costales (tórax inestable), Laceración -- cerebral, Lesión hepática, Peritonitis fibrinopurulenta, Choque hipovolémico, Hemorragia cerebral intraparenquimatosa, -- Desgarro pleural, etc. (Tabla VII).

Al efectuar la confrontación de los diagnósticos clínicos de egreso de las UTI (diagnóstico principal o genérico) y el dictamen general del protocolo de autopsia emitido por el Servicio de Anatomía Patológica, se observó una coincidencia diagnóstica de 88 %, que corresponde a 37 expedientes de los sometidos al estudio, y solo 5 casos, un 12 % no coincidieron con los diagnósticos principales.

Al realizar la correlación entre los dos grupos de diagnósticos secundarios, clínicos y anatomopatológicos, se observó una coincidencia de un 70 % solo en el diagnóstico de ---

Edema cerebral, para el resto de los diagnósticos, se observó de un 50 a 60 % de coincidencia, para la comparación de estos diagnósticos se tomó de base el diagnóstico clínico; en la -- Tabla VIII, se detallan los diagnósticos comparando: número - de casos, porcentaje y coincidencia, esto determinado por los diagnósticos similares, Clínico y Anatomopatológico.

LA AUTOPSIA COMO COINCIDENCIA DE CERTEZA DIAGNOSTICA EN LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

EXPEDIENTES REVISADOS

Hospitales	E x p e d i e n t e s		
	Expedientes revisados	Padecimientos médicos	Padecimientos traumáticos
Balbuena	169	89	80
Villa	189	102	87
Total de expedientes	358	191	167

TABLA I

Archivo: UTI.

LA AUTOPSIA COMO COINCIDENCIA DE CERTEZA DIAGNOSTICA EN LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

EXPEDIENTES DE PADECIMIENTOS TRAUMATICOS

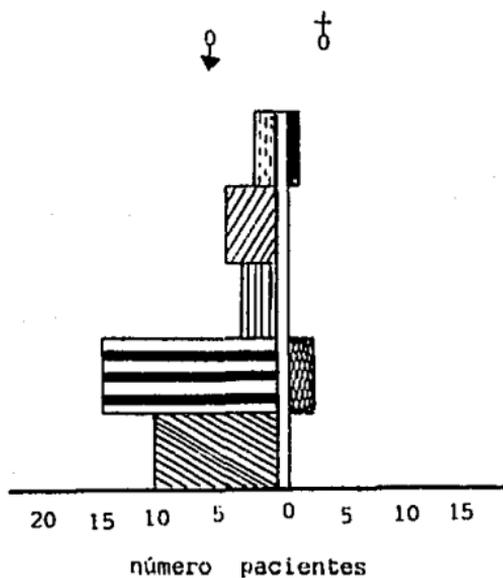
Total	Excluidos	Eliminados	Incluidos
167	80	45	42

TABLA II

Archivo: UTI.

LA AUTOPSIA COMO COINCIDENCIA DE CERTEZA DIAGNOSTICA EN LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

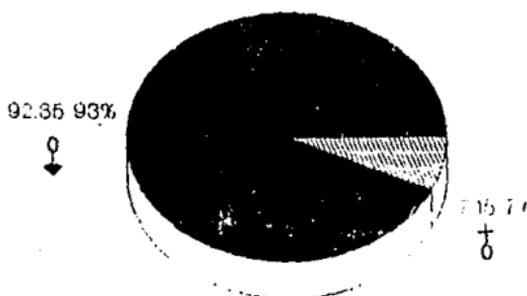
Gpo. edades
años



Gráfica No.1 Distribución por edad y sexo.

Archivo: UTI.

LA AUTOPSIA COMO COINCIDENCIA DE CERTEZA DIAGNOSTICA EN LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA



Gráfica No.2 % en relación al sexo.

Archivo: UTI.

LA AUTOPSIA COMO COINCIDENCIA DE CERTEZA DIAGNOSTICA EN LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

SISTEMAS LESIONADOS

Sistemas	Casos
Sistema Nervioso	24
Aparato Digestivo	11
Tórax y Cuello	5
Columna Vertebral, Pelvis	1
Extremidades Inferiores	1

TABLA III

Archivo: UTI.

LA AUTOPSIA COMO COINCIDENCIA DE CERTEZA DIAGNOSTICA EN LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

DIAGNOSTICOS CLINICOS PRINCIPALES EN LA UTI

Diagnósticos	Nó. Casos	%
Trauma Encefalocraneal (Trauma directo, Arma de fuego)	24	57
Trauma de Abdomen (Trauma directo, Arma de fuego, Instrumento punzocortante).	11	26
Trauma de Tórax y Cuello (Arma de fuego, Trauma directo, Instrumento punzocortante).	5	11
Trauma de Columna Vertebral y Pelvis (Contusión Directa, Fracturas).	1	2.3
Trauma de Extremidades Inferiores (Fracturas)	1	2.3

TABLA IV

Archivo: UTI.

LA AUTOPSIA COMO COINCIDENCIA DE CERTEZA DIAGNOSTICA EN LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

DIAGNOSTICOS CLINICOS SECUNDARIOS
EN LA UTI

Edema Cerebral
Fracturas Costales (Tórax inestable)
Choque Hipovólemico
Lesion de Vena Cava, Aorta abdominal
Sepsis Abdominal
Bronconeumonía
Fractura de Cadera
Hemorragia Subaracnoidea
Hematoma Subdural
Lesion Hepatica
Síndrome Isquemia Anoxia

TABLA V

Archivo: UTI.

LA AUTOPSIA COMO COINCIDENCIA DE CERTEZA DIAGNOSTICA EN LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

DIAGNOSTICOS PRINCIPALES EMITIDOS POR ANATOMIA PATOLOGICA

Alteraciones Anatomopatológicas del Sistema Nervioso Central.
Alteraciones Anatomopatológicas del Aparato Digestivo, secundario a contusión, heridas penetrantes por arma de fuego, instrumento punzocortante.
Alteraciones Anatomopatológicas por Trauma de Columna Vertebral .
Alteraciones Anatomopatológicas de Tórax, secundario a contusión, heridas penetrantes por arma de fuego instrumento punzocortante.
Alteraciones Anatomopatológicas secundarias a, contusión de tórax y - fractura de extremidades inferiores.
Alteraciones Anatomopatológicas secundarias a Broncoaspiración.

TABLA VI

Archivo: Anatomía Patológica.

LA AUTOPSIA COMO COINCIDENCIA DE CERTEZA DIAGNOSTICA EN LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

DIAGNOSTICOS FRECUENTEMENTE USADOS POR
EL SERVICIO DE PATOLOGIA

Edema Cerebral
Bronconeumonía
Lesión Hepatica
Desgarro Pleural
Fracturas Costales
Choque Hipovolemico
Hemorragia Subaracnoidea
Peritonitis Fibrinopurulenta
Laceración de Tejido Cerebral
Hemorragia Intraparenquimatosa Cerebral

TABLA VII

Archivo: UTI.

Anatomía Patológica

LA AUTOPSIA COMO COINCIDENCIA DE CERTEZA DIAGNOSTICA EN LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

RELACION DE LA COINCIDENCIA ENTRE DIAGNOSTICOS SECUNDARIOS

	Diagnósticos Clínicos	Diagnósticos Patológicos	Coincidencia	%
Edema Cerebral	22	16	16	72.7
Fracturas Costales, (Tórax inestable).	5	4	4	80
Choque Hipovólemico	7	4	3	57.2
Bronconeumonía	5	3	2	60
Peritonitis Fibrino- purulenta. *	1	5	1	
Sepsis Abdominal *	6	1	1	
Fractura de Pelvis	2	2	2	100
Lesion de Cuello	1	1	1	100
Hematoma Subdural	3	2	1	66
Hemorragia Subarac- noidea. *	1	9	1	

TABLA VIII

* Casos sin correlación

Archivo: UTI.

DISCUSION.

En las Unidades de Terapia Intensiva (UTI), de los Hospitales de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, es de vital importancia efectuar diagnósticos certeros, ya que los síndromes que afectan a estos pacientes son potencialmente letales, y se precisa de desiciones terapéuticas inmediatas sobre base de certeza diagnóstica, para que el tratamiento sea efectivo; muchas veces solo disponemos de elementos clínicos para efectuar diagnósticos y ocasionalmente de estudios especiales, de aquí que los diagnósticos estén sujetos a cierto grado de error.

Para conocer ese margen de error o mejor dicho la coincidencia de certeza diagnóstica, se decidió investigar esto por medio de la comparación de los Diagnósticos Clínicos de Egreso de la UTI, y el Dictamen Final del Protocolo de Autopsia. En la realización del trabajo se encontraron escasas referencias bibliográficas, todas se relacionan exclusivamente a padecimientos médicos no traumáticos, la base bibliográfica fué la revisión de los expedientes de los archivos de las UTI y del Servicio de Anatomía Patológica de los Hospitales en estudio. Durante la realización del trabajo hubo diversas dificultades, dentro de las cuales las más importantes son: Información Incompleta en los Diagnósticos Clínicos de Egreso de la UTI, del 30 al 40 % de estos diagnósticos, tienen descritos -

Procedimientos Diagnósticos. No se encontró descrito en alguno de los expedientes un Diagnóstico Integral, por lo que --- estos diagnósticos emitidos, muchas veces no correlacionaron con los diagnósticos emitidos por la Organización Mundial de la Salud para las enfermedades generales. La otra dificultad importante fué; la Autopsia realizada a este tipo de enfermos tiene un carácter médico legal y por lo consiguiente es poca o nula la información histopatológica, además no hay una interrelación completa entre el Expediente Clínico y el Anatomopatológico; la falta de recursos limita la realización de -- estudios histopatológicos específicos, por lo que los diagnósticos anatomopatológicos son reportados como conclusiones de tipo sindrómicos, incluyéndose en algunos dictámenes de autopsia: Diagnósticos Nosológicos.

Una vez consideradas estas peculiaridades básicas en este trabajo iniciamos la discusión: El número total de expedientes revisados fué alto, sin embargo, llama la atención la gran cantidad de casos excluidos o eliminados en este estudio y es porque muchos de ellos tienen diagnósticos clínicos de egreso incompletos, por no realizarse la autopsia en los hospitales en estudio, por diagnósticos incompletos en el protocolo de autopsia y no reunir criterios de inclusión al estudio.

La inmensa mayoría fué del sexo masculino (92.85 %) esto explicable por la tendencia común del sexo masculino de verse

involucrados en actos de violencia, riesgos laborales, accidentes viales, alcoholismo, etc. el promedio de edad fué de 33.92 años, recordemos que este tipo de lesiones afectan principalmente al hombre joven como se ha reportado en estudios de morbilidad (15), al realizar la comparación de los diagnósticos clínicos y anatomopatológicos, se observó que el porcentaje de certeza diagnóstica al comparar el diagnóstico principal de ambos grupos, fué de un alto porcentaje (88.9 %), y esto de primera instancia nos lleva a pensar que los diagnósticos en las UTI tiene un alto Índice de Certeza, sin embargo, cuando se efectuó la comparación entre los diagnósticos secundarios de ambos grupos se observó que en la mayoría no hay -- correlación, porque el lenguaje clínico de la nota médica es totalmente diferente al reporte anatomopatológico. Los diagnósticos secundarios enumerados en la Tabla VII fueron algunos de los más frecuentemente usados en los reportes del protocolo de autopsia. Se observó que en la mayoría de los casos los diagnósticos secundarios no correlacionaron y solamente -- uno; el de Edema Cerebral, secundario a trauma-encefalocraneal determinándose una correlación entre ambos diagnósticos de un 70 %, esto por ser la lesión más frecuente, la cual se diagnostica clínicamente y en algunos casos se corrobora por estudios especiales, como la Tomografía Axial Computada, a -- los pacientes que se les realizó este estudio se observó una coincidencia de certeza diagnóstica de un 95 % en los Diagnósticos Principal y Secundario; con lo cual se demuestra que es

de vital importancia contar con un apoyo de estudios especiales en estos hospitales, para así efectuar un diagnóstico clínico integral, que será la base en estudios posteriores, y equipar adecuadamente a los servicios de anatomía patológica - para que se realicen estudios histopatológicos en cada una de las autopsias efectuadas, además de integrar en los expedientes clínicos en correlación con el servicio de anatomía patológica una hoja específica (Figura 1) donde se consignen los Diagnósticos Clínicos de Ingreso, Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y se emita un Diagnóstico de Egreso Clínico - Integral, así como el Diagnóstico Histopatológico determinado por el Servicio de Anatomía Patológica. Además de proponer -- que en ambos servicios (UTI y Anatomía Patológica) exista la correlación clínica patológica y se emita una serie de claves para hacer más exacta y práctica la correlación de los diagnósticos (Principales y Secundarios), emitidos por los dos -- servicios; y al confrontar ambos diagnósticos en forma inmediata se determine la certeza diagnóstica y así demostrar la calidad en los diagnósticos efectuados en las Unidades de Terapia Intensiva.

LA AUTOPSIA COMO COINCIDENCIA DE CERTEZA DIAGNOSTICA EN LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

HOSPITALES GENERALES DE LOS SERVICIOS MEDICOS DEL
DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL

HOJA DE DIAGNOSTICOS FINALES : UTI
ANATOMIA PATOLOGICA

I.- Ficha de Identificación.

- | | |
|---------------------|------------------------|
| a) Nombre | e) Registro expediente |
| b) Sexo | f) Registro UTI. |
| c) Edad | g) Registro Patología |
| d) Fecha de ingreso | h) Fecha de egreso |

II.- Diagnósticos de Ingreso a UTI

III.- Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos.

IV.- Diagnóstico Integral de Egreso de la UTI.

V.- Diagnóstico Histopatológico.

VI.- Conclusiones.

Figura I

Hoja de recolección de datos: UTI , PATOLOGIA

CONCLUSIONES.

- 1.- El porcentaje de coincidencia diagnóstica, cuando se -- consideró solo el Diagnóstico Principal (genérico) fué de - 88.90 %.
- 2.- El porcentaje de coincidencia diagnóstica cuando se con sideraron los diagnósticos secundarios, no pudo evaluarse - en todos los pacientes, solo en un 40 % y se observó una -- coincidencia de un 60 a 70 % .
- 3.- El Sistema Nervioso Central fué el más dañado por trauma tismo encefalocraneal.
- 4.- El uso de estudios especiales como la Tomografía Axial Computarizada en los casos utilizados (5 casos), con diag-- nóstico de traumatismo encefalocraneal, determinó una coin cidencia de certeza diagnóstica en un 95 %.
- 5.- La carencia de un lenguaje común en los diagnósticos, - imposibilita determinar el porcentaje de coincidencia clí-- nico patológica.
- 6.- Aún cuando las autopsias son de tipo médico legales pa- ra los fines propuestos estas, deben finalizarse con un estu dio histopatológico.
- 7.- El sexo masculino en edad productiva fué el más afec-- tado.
- 8.- La falta de estudios diagnósticos especiales en este -- tipo de pacientes, determina mayor incremento de la diferen cia diagnóstica entre la certeza clínica y anatomopatoló-- gica.
- 9.- Es indispensable incluir en los expedientes de las UTI una hoja especial de, Diagnósticos de Ingreso, Egreso y Pro cedimientos de Diagnóstico y Tratamiento Específicos, ade-- más del Diagnóstico Histopatológico.

RESUMEN.

Se investigó la coincidencia de certeza diagnóstica de los diagnósticos de Egreso de la UTI. y los emitidos en los dictámenes de Autopsia. Se revisaron 167 expedientes de pacientes traumáticos, 42 son la base del estudio, el sexo masculino en edad productiva fué el más afectado, la estancia -- promedio 4.2 días, los sistemas más dañados: Sistema Nervioso Central, Aparato Digestivo. Se compararon los diagnósticos -- Clínicos Principales y el Dictamen General de Autopsia, y se encontro una coincidencia de certeza diagnóstica de 88.9 % , Al correlacionar los Diagnósticos Nosológicos Secundarios de ambos grupos, fué imposible; porque en la mayoría de los casos el diagnóstico clínico de Egreso de la UTI, es diferente al anatomopatológico, solo en el diagnóstico de Edema Cerebral coincidio en un 70 %. Por lo que se debiera de realizar en estos enfermos estudios especiales, para poder emitir un Diagnóstico Clínico Integral, y proporcionar los recursos necesarios al Servicio de Anatomía Patológica para que, emita en su protocolo de autopsia un Diagnóstico Histopatológico. Además que en ambos servicios se elabore una hoja especial -- con claves de diagnósticos, donde se valore la coincidencia de los mismos y se determine la Certeza y Calidad de los Diagnósticos de Egreso de la UTI.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Robert W. Chistian M.D.
THE PROBLEM ORIENT AUTOPSY ADULT.
Am Journal Clins Pathol. 60:538-542 Oct. 1973
- 2.- Mona Gritton
THE HISTORY OF THE AUTOPSY.
Am Journal Clins Pathol. 62:603-608 Dic. 1973
- 3.- Richard Lowe.
DIAGNOSTIC ERROR DISCOVERED AT AUTOPSY.
Act. Med. Scand. 196-203 1974
- 4.- Mujuris J. Willian M.D. and Thomas M. Pesrry M.D.
THE AUTOPSY A BEGIN NINE NOT AND END.
Am. Journal Clins Pathol. 216-218 Feb. 1976
- 5.- Lowe J.A. Davis
NEED WE REVIVE FALLING AUTOPSY RATES.
Past Report 15: 1-7 August. 1977
- 6.- Ran Satter M.D.
FACTORS INFLUENCING DISCREPANCIES BETWEEN PREMORTEN AND
POSTMORTEN DIAGNOES.
Jama 256;3: 339-344 Jul. 1977
- 7.- Carl J. Lind Jr. M.D.
ANALYTICAL POTENCIAL FOR MULTIPLE CAUSE OF DEATH DATA
Am. Journal Epidemiol. 322-328 1894
- 8.- Lundberg G.D.
MEDICE WITHOUT THE AUTOPSY.
Arch Pathol. Lab. Med. 108: 449-454 1984
- 9.- Reichert C.M. Kelly.
COMENTARY: PRONOSTIS FOR THE AUTOPSY.
Helaf Affairs 4: 32-96 1985

- 10.- Mc Phee S.J. Botter. K.
AUTOPSY MORBID ART OR VITAL SCIENCE.
Am. Journal Medicine 78: 107-113 1985
- 11.- Valdane T.S. López M.G.
ANALISIS DE LA MORTALIDAD GENERAL Y DE LAS PRINCIPALES
CAUSAS DE DEFUNCION EN MEXICO.
Salud Púb. Méx. 25: 187-199 1985
- 12.- Gall The Medical Association
THE NECROPSY AS A TOOL IN MEDICAL PROGRESE.
Bull Nat. Acred. Med. 44: 828-831 1986
- 13.- Lee Goldman M.D. Robert Sayson.
THE VALUE OF THE AUTOPSY IN THREE MEDICAL ERAS
N. Engl. J. Med. April 28: 1000-1005 1986
- 14.- Hasson J. Gross H.
THE AUTOPSY AND QUALITY ASSESSMENT OF MEDICAL CARE
Am.J. Med. 56; 137-40 1986
- 15.- Paz Garibay
MORBIMORTALIDAD EN LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA
S.M.D.D.F.
Tesis Recepcional. 1986
- 16.- Pilar Fernández Segoviano M.D.
AUTOPSY AS QUALITY ASSURANGE IN THE INTENSIVE CARE UNIT.
Critical Care Medice 16; 7 Jul. 1988
- 17.- Paz Garibay
MORTALIDAD EN LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE LOS
HOSPITALES GENERALES DE LOS S.M.D.D.F.
Rev. Med. Distr. Fed. Méx. Vol. 5 enero-marzo 1988